



---

**Filière des directeurs d'établissement  
sanitaire, social et médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**De l'Usld psychiatrique à l'eypad,  
la démarche qualité :  
un instrument au service de la  
restructuration**

---

**Christine MERCIER**

**Christine Mercier**

**ERRATUM**

Les lignes suivantes doivent être lues ainsi :

p. 12, note n°23 : arrêté n° 99-317 du 26 avril 1999

p. 15, 2<sup>e</sup> paragraphe : « A ce jour, 98% des 8000 conventions tripartites prévues sont signées<sup>30</sup> », qui renvoie à la note n° 30, Alain Villez, conseiller technique de l'Uniopss.

p. 17, note n°34 : Actualité 08, revue du CG35, annexe n°II

p. 46, note n°18 :

18	0,58	Schéma départemental des personnes âgées de l'Aube
	0,63	Etude relative aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, CRAM Midi-Pyrénées 2006, p. 78
	0,57	Info stats n°2, Drass Paca, p. 5

---

# Remerciements

---

A l'issue de ce travail et de cette formation, je souhaite remercier tout particulièrement madame Delphine Jacques, ma maitre de stage et madame Anne Guivarc'h pour leurs conseils, mais aussi pour l'autonomie dont j'ai bénéficié durant le stage. Je remercie également tous mes collègues de l'équipe de direction du Centre Hospitalier Guillaume Régner (CHGR) qui ont accepté de répondre à mes interrogations.

J'y ajoute les cadres des unités de soins de longue durée du CHGR et spécialement madame Sylvie Letué pour leur disponibilité sans faille et leur implication.

Merci également à Monsieur Bernard Tirel, directeur du mémoire, et monsieur Michel Louazel, référent du Master 2 à l'Université de Rennes1, qui se sont montrés très disponibles face à mes demandes.

Sans oublier Anne, Emmanuelle et Ghislain avec qui les échanges ont été riches d'enseignement et qui m'ont soutenue avec bienveillance. J'adresse un clin d'œil à Claire pour sa patience J'ai également une pensée particulière pour Colette et tous les soutiens qu'elle a pu m'apporter.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 La réforme des ehpad, levier de transformation .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Un socle juridique ambitieux en constante évolution.....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Une réforme à la portée audacieuse	14
1.1.2 Des limites de nature diverse	16
<b>1.2 Un contexte singulier autour de la restructuration des lits du CHGR .....</b>	<b>17</b>
1.2.1 La démarche qualité, une obligation réglementaire	17
1.2.2 La démarche qualité du CG35, un cas particulier	18
<b>2 La démarche qualité à l'ehpad, levier d'évolution.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 le référentiel, outil fondateur .....</b>	<b>21</b>
2.1.1 L'approche projet, un contexte inattendu	22
2.1.2 La dynamique du projet	24
<b>2.2 La détermination des objectifs .....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Exploiter les résultats	25
2.2.2 Désigner les principaux axes d'amélioration	26
2.2.3 Identifier les actions d'amélioration	28
2.2.4 Considérer de nouvelles orientations	31
<b>2.3 La consultation, miroir de la perception des acteurs.....</b>	<b>33</b>
2.3.1 L'effet de la démarche auprès du personnel des sites	33
2.3.2 Les entretiens avec d'autres responsables d'établissement	36
<b>3 La démarche qualité de l'ehpad, levier de restructuration.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Entreprendre une réflexion sur les éléments techniques et réglementaires .....</b>	<b>41</b>
3.1.1 Négocier avec des partenaires financiers dont les objectifs diffèrent	42
3.1.2 Préparer le budget dans un contexte délicat	42
3.1.3 Déterminer les moyens humains	45
3.1.4 Des freins épars et des éléments de blocage institutionnel	48
<b>3.2 Consacrer le changement de statut .....</b>	<b>49</b>
3.2.1 Préparer la visite d'ouverture	49
3.2.2 Initier la mise en place des outils de la loi 2002-2	50
3.2.3 Communiquer et légitimer le projet	51
<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AGGIR ou GIR</b>	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé
<b>ANESM</b>	Agence nationale d'évaluation sanitaire et médico-sociale
<b>APA</b>	Allocation pour l'autonomie de la personne âgée
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>CAF</b>	Capacité d'autofinancement
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles
<b>CG35</b>	Conseil général d'Ille-et-Vilaine
<b>CHGR</b>	CHGR
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité et d'autonomie
<b>CRAM</b>	Caisse régionale d'assurance maladie
<b>CROSMS</b>	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
<b>DGAS</b>	Direction générale des Affaires sociales
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DSS</b>	Direction de la Sécurité sociale
<b>Ehpad</b>	Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
<b>EPS</b>	Établissement public de santé
<b>EPSMS</b>	Établissement public social et médico-social
<b>ESSMS</b>	Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>GMP</b>	Gir moyen pondéré
<b>GMPS</b>	Gir moyen pondéré soins
<b>LFSS</b>	Loi de finances de la Sécurité sociale
<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finance
<b>MEAH</b>	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
<b>PATHOS</b>	Evaluation du besoin en soins
<b>PHTP</b>	Praticien hospitalier à temps plein
<b>PLFSS</b>	Projet de loi de finances de la sécurité sociale
<b>PMP</b>	Pathos moyen pondéré
<b>PRIAC</b>	Programmes régionaux d'investissement et d'accompagnement
<b>PSD</b>	Prestation spécifique dépendance

<b>PHTP</b>	Praticien hospitalier à temps plein
<b>SMTI</b>	Soins médico-techniques importants
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée
<b>V2</b>	Deuxième visite d'accréditation conduisant à la certification

**Remarques :**

Pour améliorer la lisibilité, j'ai pris le parti de développer les sigles en minuscules. Le Centre hospitalier Guillaume Régnier sera nommé le CHGR tout au long du document. Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine sera nommé le CG35.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale figurera en tant que loi 2002-2 et l'expression « personnes handicapées vieillissantes » sous la forme PHV.

Les sites externalisés dont il est question seront désignés en tant que Site A et Site B pour des raisons de confidentialité.

## Introduction

En promulguant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et instituant une partition entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les pouvoirs publics manifestaient, il y a plus de trente ans déjà, une forte volonté de singulariser chacun de ces secteurs.

Dans *Le nouveau fonctionnement des Ehpad*<sup>1</sup>, Gérard Brami déclare : « La réforme instaurée par le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes met en avant de nombreuses considérations essentielles au bon fonctionnement institutionnel. » Cette réforme prend racine dans la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 sur la prestation spécifique dépendance (PSD).

Ces textes, suivis de nombreux autres qui composent un socle juridique solide, ont conduit à une redéfinition des lits sanitaires en lits médico-sociaux à l'échelle nationale. Ils constituent aujourd'hui des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad). Bien que plus tardivement, les centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie, disposant d'unités de soins de longue durée (USLD), ont dû finalement se soumettre à cette réforme.

L'évolution de la législation a également conduit l'ensemble des établissements médico-sociaux vers la mise en œuvre d'une démarche qualité, qui conditionne désormais la convention tripartite signée avec les autorités de tarification et le représentant de l'Etat. C'est le cas du futur ehpad du Centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier de Rennes (CHGR) qui est présenté ici.

L'objet de ce mémoire est de montrer comment, même dans un environnement complexe, le recours à la mise en œuvre d'une démarche qualité peut simultanément contribuer à préparer une équipe à un nouveau mode de gestion de l'établissement et à sa restructuration en fournissant les éléments nécessaires à la signature d'une convention tripartite.

Ce travail est réalisé conjointement pour l'Ecole des hautes Etudes en Santé publique et l'Université de Rennes 1 dans le cadre d'un master 2 en Droit, Santé et Ethique (DSE).

---

<sup>1</sup> Brami, G., *Le nouveau fonctionnement des ehpad*, LEH, Bordeaux, 2006, 360p

## **a) Le CHGR, une identité affirmée de longue date**

Cet établissement rennais construit en 1653 connaît une longue histoire d'accueil des personnes démunies ou handicapées. Aujourd'hui centre hospitalier spécialisé (CHS), il regroupe 8 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce dispositif est complété par un service médico-psychologique régional (SMPR), un service de soins pour toxicomanes et pharmaco-dépendants, un service d'accueil et de soins pour adolescents et jeunes adultes et un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Enfin, une Maison d'accueil spécialisée (MAS) et une unité de soins de longue durée (USLD) sont installées sur quatre sites dont trois autour de la métropole rennaise.

Au 31 décembre 2006, le centre hospitalier comprend 2145 lits et places, dont 1365 en psychiatrie générale (hospitalisation de jour, de nuit, réinsertion, appartements thérapeutiques, accueil familial pour adultes et pour enfants) répartis sur 78 sites couvrant un territoire très étendu en Ile-et-Vilaine (35), de Fougères (secteur G04) à Janzé (G05) et Maure-de-Bretagne (G09).

A cette même date, 1991 agents équivalents temps plein (ETP) sont recensés, toutes catégories confondues (A, B, C, dans les corps administratif, soignant, technique et médico-technique). Ce chiffre inclut un effectif de 113 médecins, dont 76 praticiens hospitalier temps plein (PHTP) en majorité psychiatres, 2 praticiens hospitalo-universitaires (PUPH), des praticiens à temps partiel, des assistants et des internes.

## **b) L'unité de soins de longue durée**

L'unité de soins de longue durée est implantée sur trois sites éloignés d'une vingtaine de kilomètres les uns des autres : Rennes (80 lits), Site A (80 lits) et Site B (40 lits). Elle accueille en hospitalisation complète 200 patients atteints de pathologies psychiatriques, venus le plus souvent des services de psychiatrie du centre hospitalier lui-même, après un long parcours institutionnel.

Malades et dépendants, ces patients sont aussi vieillissants, avec une moyenne d'âge globale de 75,7 ans en décembre 2007<sup>2</sup>. Ces patients requièrent une prise en charge spécifique, car leur groupe iso-ressources (GIR)<sup>3</sup> est élevé : 90% des patients sont en GIR de 1 à 3 pour un GMP de 852 en décembre 2007. Le Pathos moyen pondéré (PMP)<sup>4</sup> de leur site l'est également : 263 en décembre 2007 (alors que la moyenne française des ssld est de 222)<sup>5</sup>. L'unité est sous la responsabilité d'un médecin

---

<sup>2</sup> Voir : rapport d'activité médicale 2007 du CHGR, p. 81

<sup>3</sup> GIR (voir annexe n°X)

<sup>4</sup> Pathos (voir annexes n° XI)

<sup>5</sup> voir annexe n°IV



généraliste responsable de pôle, assisté de deux autres praticiens, dont un à temps partiel, exerçant sur les autres sites.

L'article 45 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2006 (LFSS) et l'arrêté du 12 mai 2006 fournissent une définition des missions des usld : « *les unités de soins de longue durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable...* ». Les personnes accueillies y requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux fréquents, une présence médicale pluri-hebdomadaire et une présence infirmière continue ainsi que l'accès à un plateau technique.

Si cette définition éclaire le type de population accueillie et précise les moyens humains et matériels nécessaires à l'accomplissement de cette mission, elle souligne aussi la différence avec un ehpad<sup>6</sup>. A sa mission d'accueil et d'hébergement, s'ajoutent celle d'assurer les soins et la prise en charge de la dépendance ainsi que l'animation et l'organisation de la vie sociale des résidents. La continuité des soins est assurée, mais pas la permanence médicale.

Dès l'année 2006, une première coupe Pathos effectuée dans la région Bretagne attribue au CHGR 15 lits sanitaires SMTI<sup>7</sup> et 5 lits M2<sup>8</sup> pour 180 lits d'ehpad. La direction fait alors valoir la diversité des pathologies psychiatriques de ces patients et leur caractère de gravité, ainsi que leur degré de dépendance et l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) propose alors un nouveau découpage. A l'unité de Rennes resteront 80 lits d'usld, et l'unité de Site B (40 lits) et celle de Site A (80 lits) deviendront un ehpad unique, pour une mise en œuvre prévue fin 2009.

La redéfinition des lits d'usld en ehpad entraîne donc un basculement de l'activité du secteur sanitaire vers le secteur médico-social et provoque de nombreuses questions relatives à la prise en charge des patients, au type de patients hébergés en ehpad, au rôle des médecins, à leur perception de cette situation, à la requalification probable des agents et plus généralement à la place de la gérontologie à l'hôpital Guillaume Rognier.

Les institutions sociales et médico-sociales sont des personnes morales de droit public, qui peuvent être autonomes ou non, c'est-à-dire disposer d'un budget et d'un fonctionnement propre ou être rattachées à un établissement sanitaire ou à une

---

<sup>6</sup> Ehpad : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

<sup>7</sup>SMTI : Soins médico-techniques importants - un patient est dit SMTI quand son état de santé impose une permanence infirmière 24h/24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-disciplinaire

<sup>8</sup> M2 : lits de soins palliatifs (fin de vie)

collectivité territoriale<sup>9</sup>. Bien que bénéficiant de ce statut, l'ehpad restera un établissement annexe, soumis à la tutelle du CHGR. Dans un premier temps, il dépendra donc de l'organisation administrative centralisée de cet établissement, notamment pour la gestion des ressources humaines, la gestion financière et l'organisation informatique et logistique. Des liens seront établis avec les axes d'amélioration de la deuxième visite de certification (V2) pour élargir les possibilités d'évolution.

L'usld du CHGR accueille à ce jour des personnes atteintes essentiellement de démences ou de psychoses graves, une population au statut encore mal défini.

### **c) Les personnes handicapées vieillissantes, une population spécifique dont le statut reste à déterminer**

L'évolution des prises en charge médicale et des technologies bénéficie aux adultes handicapés mentaux dont l'espérance de vie augmente désormais à l'identique de celle de la population française. Cette nouvelle longévité interroge les dispositifs de prise en charge existants, les représentations collectives et les politiques sanitaires et sociales. L'impact économique de cette évolution est à considérer également car le vieillissement de la population génère des dépenses de santé et d'accompagnement social croissantes qui rencontrent encore une grande impréparation des différents dispositifs<sup>10</sup>.

Dans son rapport daté du 11 juillet 2006 : « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* », le sénateur Paul Blanc précise que les personnes handicapées vivent aujourd'hui plus longtemps. Mais qu'entend-t-on par « personne handicapée vieillissante » ? Quels problèmes pose cette situation et quel est l'accompagnement des politiques publiques attendu à l'égard de ces personnes ?

La notion de handicap psychique est très hétérogène. Toutefois, la définition suivante « *un handicapé mental est un sujet qui, en raison d'une déficience pathologique, présente une incapacité fonctionnelle d'insertion dans le circuit social ordinaire* »<sup>11</sup> peut convenir ici. Elle est efficacement complétée par celle de B. Azéma et N. Martinez : « *une personne handicapée vieillissante est une personne qui a connu sa situation de handicap avant que de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement.* »<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975, chap. 4, art. 18, *Statut des institutions sociales et médico-sociales relevant des collectivités publiques*

<sup>10</sup> Azema, B., Martinez, N., « *Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et santé ; qualité de vie* », RFAS n°2, 2005, p. 297-333

<sup>11</sup> Liberman, R., *Handicap et santé mentale*, Puf, Paris, 2003, 128p

<sup>12</sup> Ibid.

La loi du 11 février 2005<sup>13</sup> relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a permis l'adoption d'une définition du handicap : «*Constitue un handicap...toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » .

Cette loi, qui a donné un nouveau cadre au monde du handicap, l'a mieux ancré dans la société. Un nombre significatif d'institutions ne répondent pourtant qu'en partie aux besoins qu'elles sont censées satisfaire, vis-à-vis du plus grand nombre. Parmi les catégories de personnes, encore mal prises en charge, figurent, en premier lieu, les handicapés psychiques compte tenu de la fermeture des institutions asilaires. Cependant, la réforme progresse, notamment depuis la mise en place des maisons départementales du handicap (MDPH) en 2006.

La Fédération hospitalière de France (FHF) souligne qu'au moment où l'on observe une « *augmentation sans précédent de l'espérance de vie des personnes handicapées, qui atteignent ou dépassent aujourd'hui la soixantaine, se pose alors la question de leur orientation* ».

Dans une étude publiée en juin 2006<sup>14</sup>, elle remarque que l'orientation de ces personnes vers une maison de retraite « conventionnelle » semble peu appropriée, car cela risque de provoquer une cohabitation avec des populations différentes, dont les besoins ne seront pas conciliables. S'ajoute à cela le fait que les ratios d'encadrement en gérontologie sont traditionnellement moins élevés que ceux du secteur du handicap et conduisent, par conséquent, à un moindre accompagnement de la personne handicapée.

La mission Paul Blanc approuve ce point de vue et confirme que la promotion d'un "modèle unique" pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes n'est pas justifiée.<sup>15</sup> A ce jour, aucune réponse publique spécifique n'est proposée pour l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes. Les lits redéfinis en ehpad ne présentent donc pas de caractère spécifique en lien avec le handicap mental et la dépendance physique et psychique. En mai 2009, cependant, apparaît ce qui peut être considéré comme une nouvelle évolution.

---

<sup>13</sup> Art. L.114

<sup>14</sup> Jamot, M., Causse, D., *Quelles structures pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes ?*, dossier FHF, 8 juin 2006, 7p.

<sup>15</sup> Rapport Paul Blanc, p. 29

Dans le cadre du plan Alzheimer 2012<sup>16</sup>, la direction générale des Affaires sociales (DGAS) a présenté un cahier des charges relatif aux pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et aux unités d'hébergement renforcées (UHR). Ces pôles doivent permettre une prise en charge adaptée en Ehpad et en Usld des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et présentant des troubles du comportement.

#### **d) Un corps médical réservé face à la transformation**

Les plupart des personnes accueillies à l'usld de Rennes viennent déjà d'un service de psychiatrie (par exemple, en 2007, sur 44 admissions, 42 provenaient du CHGR). Quelques-unes seulement ont été admises à la suite d'un accident de la vie qui a conduit à leur admission plus tardive en psychiatrie (accident cardio-vasculaire (AVC) ou Alzheimer à début tardif).

Face à cette réforme dont l'impact se répercutera directement sur leurs services, la plupart des services de soins du CHGR est désormais confrontée à une réorganisation. En effet, la diminution du nombre de lits d'usld risque de prolonger le séjour des patients SMTI dans les services de psychiatrie aiguë, car ils ne seront pas toujours admis à l'ehpad.

En outre, selon les médecins interrogés, certains de ces patients atteints de pathologies psychiatriques (psychose ou démence, par exemple), assez autonomes en apparence, sont toujours susceptibles de présenter des rechutes ou une décompensation et nécessitent une surveillance rapprochée, dans le cadre d'un projet de soins précis. C'est pourquoi le corps médical reste circonspect face au passage d'une partie de cette unité du secteur sanitaire au secteur médico-social, du « projet de soins » au « projet de vie », qui serait susceptible de faire perdre des moyens à l'établissement et de la qualité des soins aux patients. A ces considérations s'ajoute la prise en charge spécifique du « grand âge », qui est susceptible d'alourdir les besoins de prise en charge.

La redéfinition des lits d'usld en ehpad conduira cependant à un redéploiement de la population en deux parties, les patients qui requièrent des soins médico-techniques importants qui resteront à l'usld et les autres qui seront orientés vers l'ehpad. Une Commission d'admission sera créée, afin de permettre l'orientation des patients et d'assurer un travail de liaison entre les services de psychiatrie et l'ehpad, en cas de maintien des patients dans les services. Une mission de réflexion sur la géronto-psychiatrie lui est également dévolue. Enfin, le travail sur la qualité requiert la participation des médecins de l'unité, qui se révèle un soutien précieux auprès des équipes de soins.

---

<sup>16</sup> Plan Alzheimer 2012, mesure 16

## e) La démarche qualité, une opportunité d'évolution pour l'établissement

Depuis 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) déclare : « **la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible.** »

Il en résulte que l'amélioration de la qualité des soins et des services dans les établissements de santé est devenue une obligation réglementaire. Pour ce qui concerne les établissements relevant du secteur sanitaire et social, la loi 2002-2 incite notamment au développement de l'autonomie et de la protection des personnes<sup>17</sup>. L'outil privilégié retenu par l'Etat et les collectivités est désormais **l'évaluation continue des besoins** et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier **des personnes handicapées et des personnes âgées**, des personnes et des familles vulnérables<sup>18</sup>.

D'autre part, le conseil général (CG35), bien que réservé vis-à-vis de la redéfinition des lits d'usld, a initié une démarche très convaincante de mise en oeuvre de la qualité dans les ehpad du département. Enfin, outre les critères répondant au cahier des charges qualité, la démarche doit permettre d'identifier les éléments d'organisation administrative, les besoins de financement et de ressources humaines indispensables au fonctionnement de l'établissement futur.

J'ai choisi ce thème, pour sa richesse mais aussi pour sa complexité. Travailler avec un objectif de transmission des fondements et des principes de la démarche qualité m'apparaissait comme le début d'un cheminement vers l'éthique de la prise en charge.

En tant qu'élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, j'ai effectué mon stage de professionnalisation au CHGR. Le directeur général m'a confié la coordination de la démarche qualité du Conseil général, j'étais chargée de son organisation, de sa mise en oeuvre et de sa synthèse. Ces différents objectifs contribuaient à préparer l'ensemble de la démarche, afin de rassembler les données nécessaires à la constitution des dossiers de création, pour le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) et pour les différentes annexes de la convention tripartite.

## f) Le directeur, promoteur de projet

Mettre en oeuvre un mode de management fédérateur constitue l'une des compétences attendues d'un directeur d'établissement. Défini comme « *l'action, l'art ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement et de*

---

<sup>17</sup> Loi du 2 janvier 2002, chap. 1er, section 1, art 2

<sup>18</sup> Art. L. 116-1 du CASF

*la contrôler, dans tous les domaines de activité »<sup>19</sup>*, le management prend aujourd'hui de multiples formes et ses techniques évoluent de concert avec la société.

Avec pour objectif de diriger une ou plusieurs équipes, de faire coopérer les énergies et les volontés, l'application concrète de méthodes de travail fondées sur l'égalité et la multiplicité des talents, ou de principes éprouvés tels qu'une « approche processus », est totalement compatible avec la notion d'équipe et indispensable dans un environnement quotidien. Quelle que soit la taille de l'établissement, le directeur est porteur du projet institutionnel, confronté à une réglementation complexe, à des exigences de qualité grandissantes et à des moyens souvent contraints. Dans un environnement en mutation, le responsable d'établissement fait appel à un sens de l'adaptation permanent ainsi qu'à sa capacité de négociation et de dialogue.

Afin de mieux cerner les enjeux de la démarche qui m'était demandée, j'ai tenté de lui donner du sens, avec les moyens requis, c'est-à-dire les équipes de soins et les autres agents hospitaliers qui pouvaient participer à ce projet. Pour percevoir le point de vue des dirigeants, j'ai simultanément entrepris des entretiens individuels avec des directeurs d'établissement ayant eux-mêmes accompli ce travail ou en cours de réalisation. D'autre part, j'ai diffusé un questionnaire auprès du personnel des différentes équipes afin de recueillir leur point de vue à propos de cette démarche et de ses implications dans la future organisation. Les témoignages recueillis ont conforté le fait que mener cette démarche a été un facteur de cohésion, au sein d'équipes qui commençaient à douter de leur avenir. Les entretiens menés avec d'autres dirigeants d'établissement ont affermi ce point de vue.

Dans un contexte hospitalier complexe où la deuxième visite de certification (V2) est en cours de préparation et où la redéfinition des lits d'usld inquiète les agents, je prends comme hypothèse de départ que la démarche qualité est un instrument au service de la restructuration du futur ehpad. En effet, la dynamique créée par la mise en place des groupes et la présentation des objectifs à atteindre ont été des leviers de motivation pour les agents. Dans un projet évolutif où il faut donner du sens au changement, la démarche qualité m'a permis de rendre plus lisible la réflexion institutionnelle qui y conduit.

Au cours de la mise en œuvre de la démarche, l'implication du personnel des trois sites a été remarquable, ainsi que le soutien permanent de la direction de l'établissement. Le rôle des cadres infirmiers est à souligner, car sans ces relais, recueillir l'adhésion des équipes en respectant les délais aurait certainement été plus difficile.

---

<sup>19</sup> Thiétard, R.-A., *La dynamique de l'homme au travail. Une nouvelle approche par l'analyse de système*, Editions d'Organisation, Paris, 1977, 233p.

Dans le but d'étayer mon argumentation, je présente donc le socle juridique de cette réforme ambitieuse, en constante évolution (1). La préparation au changement, repose sur la mise en œuvre de la démarche qualité, levier d'évolution (2) à l'aide d'un outil fondateur et fédérateur, le référentiel du conseil général de l'Ille-et-Vilaine. Une réflexion menée sur les principaux éléments techniques réglementaires indispensables, leviers de restructuration (3) pour anticiper et accomplir la transformation et les outils utilisés afin de consacrer le changement de statut, constituent l'ensemble de ce projet.

# **La réforme des ehpad, un levier de transformation**



# 1 La réforme des ehpad, levier de transformation

Initiée par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des Etablissements d'Hébergement pour personnes âgées (MARTHE)<sup>20</sup> en 1999, cette réforme était destinée à mieux cerner leurs missions et à offrir une meilleure lisibilité sur la répartition de leurs coûts aux pouvoirs publics.

## 1.1 Un socle juridique ambitieux en constante évolution

En introduisant, par son article 23-I, un nouvel article 5-1 dans la loi du 30 juin 1975 précitée, la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président de conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Dès 1999, son contenu en sera fixé par l'arrêté du 26 avril.

Les textes mentionnés ici constituent ensuite un socle qui définit les objectifs de cette réforme volontariste, organisant la prise en charge des personnes âgées dépendantes et son financement. Ils contribuent également à sa compréhension, notamment :

« la réforme de la tarification [...] a pour objectifs principaux :

1. de permettre aux personnes âgées dépendantes hébergées en établissement de connaître les prestations assurées par les établissements et de bénéficier des services rendus nécessaires par leur état ;
2. de définir des critères de qualité des services apportés aux personnes âgées et de vérifier leur respect ;
3. et d'instaurer une répartition équitable du financement de ces actions entre les personnes elles-mêmes, l'aide sociale et l'assurance maladie, sur des règles claires. »<sup>21</sup>

La prestation spécifique dépendance (PSD) a été remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>22</sup>. Arrive ainsi une nouvelle étape, où l'on verra l'association de la convention tripartite à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Selon G. Brami, il s'agit de « la dernière évolution, et se fonde sur la dimension qualitative à développer dans les établissements. [...]

---

<sup>20</sup> Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n°99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des ehpad.

<sup>21</sup> ibid.

<sup>22</sup> Loi n°2003-289 du 31 mars 2003

*Ca n'est pas une préoccupation nouvelle [ ...]. Ce qui est nouveau, c'est la volonté de mettre en œuvre dans les établissements de santé une méthodologie globale et permanente de progrès par la qualité. »*

C'est l'arrêté du 26 avril 1999 qui précise le cadre de la **convention tripartite** de même que les modalités de tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes<sup>23</sup> Il définit le contenu de la **démarche d'assurance qualité** dans laquelle les établissements doivent s'engager en tant que partenaires conventionnels. Le cadrage budgétaire, quant à lui, est précisé par décret ou circulaire. Apparaît aussi progressivement la nécessité de mettre en œuvre des opérations de « sincérité des comptes » lorsque les ehpad sont des établissements annexes à un centre hospitalier, par exemple<sup>24</sup>.

L'évolution suivante aboutira à une distinction précise des unités de soins de longue durée qui accueillent des patients « hospitalo-requérants » (SMTI) et des ehpad, hébergeant des personnes dépendantes, ne nécessitant pas forcément une surveillance soignante permanente.

Au cours de cette progression, les **outils de mesure du besoin de soins** ou de la dépendance se développent également. L'arrêté du 12 mai 2006, dans son article 2, mentionne « *le référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales à visée statistique dans les régions prend en compte les données issues de l'outil logiciel Pathos développé par l'assurance maladie [ ... ]* ».

La grille nationale **AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) , quant à elle, constitue un *outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique*, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens<sup>25</sup>

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les 6 groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi le groupe iso-ressources 1 (GIR1) comprend les personnes les plus dépendantes alors que le GIR6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale (1 à 4) ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

---

<sup>23</sup> Arrêté n°çç-317 du 26 avril 1999

<sup>24</sup> Circulaires DHOS-F 2/MARTHE/DGAS/DSS-1 A n°2001-5 8 du 26 janvier 2001 et n°2001-276 du 21 juin 2001

<sup>25</sup> Code de l'action sociale et des familles : articles R232-1 à R232-6 Article R232-3

A cette étape de l'évolution législative, il apparaît que le secteur sanitaire et le secteur médico-social ont la volonté de redéfinir leurs missions face au vieillissement de la population et aux besoins émergents. L'étude Handicap-Incapacités-Dépendance<sup>26</sup> fait aussi apparaître le vieillissement prolongé des personnes handicapées et le besoin de structures adaptées qui en découlera.

On reconnaît désormais l'accélération du vieillissement et de la dépendance des personnes âgées, mais aussi handicapées. Dans le but d'améliorer leur prise en charge et pour tenter de lisser les inégalités entre les départements, a donc été initiée la partition des lits entre les usld et les ehpad, après l'utilisation de l'outil « Pathos » en 2006. A l'échelle nationale, le résultat a été l'attribution de 6 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans, en moyenne, pour assurer un maillage de proximité. La réforme, échelonnée sur trois ans, s'achève cette année. Dans la région Bretagne, par exemple, le schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>e</sup> génération (SROS III) 2006-2010 propose la création de plus de 2000 lits et places d'accueil et de soins, pour les personnes âgées, sur la période.

Pour chaque établissement, la partition se traduit par la publication d'un arrêté conjoint entre le directeur de l'ARH et le préfet du département, fixant la nouvelle capacité et l'enveloppe financière. Pour le CHGR, cela engendre une augmentation de 60 places de la Maison d'Accueil spécialisée et la création de 120 lits d'ehpad à partir des lits de longue durée.

En 2009, le contexte législatif est toujours fortement évolutif en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. La création des unités spécialisées UHR et PASA, financées par la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA<sup>27</sup>) dans le cadre d'un plan d'aide à l'investissement (PAI) en est un premier exemple. Tout récemment, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite « *Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)* » poursuit l'évolution du système de santé vers la promotion du secteur médico-social. Elle préconise une approche plus dynamique de la compensation et de l'accessibilité. La création des Agences régionales de Santé (ARS) devrait permettre de rapprocher les services de l'Etat, de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales, puisque notamment, les conseils généraux seront membres des conseils de surveillance des ARS.

Cependant, quel bénéfice le passage d'un lieu de soins à un lieu de vie apporte-t-il, à l'usager comme à l'établissement et aux autorités de tarification ?

---

<sup>26</sup> Etude HID, DREES, 1998-2002

<sup>27</sup> créée par la loi du 30 juin 2004

C'est ainsi que se pose la question de la mise en place d'un établissement d'accueil spécifique aux personnes handicapées vieillissantes, atteintes de pathologies psychiatriques graves, alors qu'il n'existe pas encore de réponse publique ?

Si l'objectif le plus visible de la réforme est d'améliorer la prise en charge et la satisfaction des résidents, il doit aussi permettre de mieux administrer les dépenses de santé.

### **1.1.1 Une réforme à la portée audacieuse**

#### **A) Une origine récente, mais une évolution rapide**

En 2003, Jean-Marie Palach, inspecteur général des affaires sociales et responsable de la mission Marthe, considérait que la réforme de la tarification des ehpad était l'« *une des plus ambitieuses que notre pays ait concoctée au cours de ces dernières années* »<sup>28</sup>. Selon lui, 10300 établissements de catégories diverses (foyers-logements, maisons de retraites, services de soins de longue durée, etc.) hébergent plus de 600 000 personnes âgées de plus de 60 ans. Leur statut et leur taille, public ou privé de 10 à 600 places, sont très variables également.

Les établissements hébergeant des personnes âgées ont commencé à connaître une dynamique d'amélioration au cours des années 1970, consacrée notamment par la loi de 1975 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Dans le secteur sanitaire, c'est la réforme hospitalière de 1990 qui a instauré la mise en place d'une évaluation médicale. Les ordonnances dites « Juppé » (avril 1996) ont renforcé le dispositif en créant une obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des ehpad, l'arrêté qui instaure les démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité précise désormais que, pour chaque institution, elle s'accompagne d'un cahier des charges qui constitue la référence de base dans la convention tripartite.

#### **B) Une volonté des pouvoirs publics d'améliorer les prestations offertes**

Le dispositif d'évaluation des politiques publiques résulte d'une directive européenne<sup>29</sup> transposée en droit français dans le décret n°90-92 du 22 janvier 1990 qui crée un comité interministériel d'évaluation et un conseil scientifique. Ce dispositif encadre le budget de l'Etat dans le cadre des objectifs assignés à la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF). L'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques par comparaison aux objectifs assignés et aux

---

<sup>28</sup> Palach, J.-M., « *Marthe et Angélique à l'origine de la réforme de la tarification* », Revue de l'Infirmière, n°88, février 2003, p. 16-17

<sup>29</sup> La directive services de l'Union Européenne 2006/123/CE du 12 décembre 2006

moyens mis en oeuvre sera généralisée dans tous les domaines de l'action publique, y compris le secteur social et médico-social.

Au demeurant, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale impulse une nouvelle dynamique à ce secteur, après trente ans d'évolution. Elle permet la promotion des droits des usagers et crée une variété de dispositifs destinés à mieux prendre en compte leurs besoins et leurs attentes, notamment la mise en place d'un projet d'établissement, qui intègre les objectifs de la démarche qualité. Cette loi prévoit également l'obligation d'une évaluation, interne et externe, dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Avec la création de l'Agence nationale d'Evaluation sociale et médico-sociale (Anesms) en mai 2007, les pouvoirs publics persévèrent sur cette voie. Pour l'exercice de ses missions, l'Agence est chargée de favoriser et de promouvoir toute action d'évaluation ou d'amélioration de la qualité délivrée dans le domaine social et médico-social. Mais cela reste un phénomène culturel nouveau dans ces établissements.

« A ce jour, 98% de 8000 conventions tripartites prévues sont signées<sup>30</sup> », alors que, à raison d'un peu plus de 1000 par an, de 4000 à 5000 conventions l'étaient à fin 2007. A l'époque, devant le constat de ce retard, l'article 5 du projet de loi de finances pour 2007 a proposé un dispositif d'encouragement, sous la forme d'un renforcement de la réduction d'impôt accordée au titre des dépenses liées à la dépendance. Cet article tend, d'une part, à étendre aux dépenses d'hébergement la réduction d'impôt accordée au titre des frais de dépendance engagés par les personnes âgées hébergées en établissement spécialisé et, d'autre part, à relever le plafond des dépenses prises en compte de 3.000 euros à 10.000 euros par an et par personne hébergée.

Là où une réduction d'impôt n'était proposée qu'aux personnes hébergées (ou à leur famille) dans des établissements ayant effectivement signé leur convention tripartite et compte tenu des retards pris pour la signature des conventions, cet avantage fiscal est dorénavant proposé aux établissements appliquant une tarification ternaire provisoire, c'est-à-dire en cours de conventionnement, récompensant le progrès accompli et contribuant ainsi à l'achèvement des signatures de conventions.

Toutefois, au terme de l'enquête nationale relative à la mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS, réalisée en 2008, seuls 60% des établissements ont réalisé une évaluation interne en France<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Alain Villez, conseiller technique de l'Uniposs, le 8 septembre 2009 à l'Ehesp.

<sup>31</sup> Anesm, sur le site [anesm.sante.gouv.fr](http://anesm.sante.gouv.fr)

## 1.1.2 Des limites de nature diverse

### A) Les limites externes

L'avancement de cette réforme est donc freiné, la date limite de signature des conventions tripartites ayant été plusieurs fois repoussée. Elle est toujours fixée au 31 décembre 2007 par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles mais la loi de finances de la Sécurité sociale (PLFSS) de cette année-là a instauré un mécanisme de tarification d'office ou de gel des revalorisations des dotations de section de cure médicale encore en usage, pour tous les établissements non conventionnés au 31 décembre 2007. Cette mesure s'applique au CHGR et la dotation « soins » est gelée depuis 2006.

Malgré ses objectifs ambitieux, cette réforme se heurte tant aux difficultés de financement de l'Etat qu'à celles des collectivités locales. Les conseils généraux ralentissent parfois les évolutions, innovations et initiatives coûteuses, tel le CG35, face à la redéfinition des lits d'usld.

Jean-Marc Leroux<sup>32</sup>, spécialiste en gestion financière des établissements de santé, précise que les difficultés qui expliquent le retard pris par la réforme tiennent d'abord à des raisons touchant son financement. Elle ne se fera pas à coût constant du simple fait de l'accroissement prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes et les moyens supplémentaires seront alloués au fur et à mesure des besoins, selon un mode de financement non encore défini. A ce jour, le point d'équilibre du financement des ehpad entre département et assurance maladie n'est pas encore trouvé, mais, la récente création des ARS amènera peut-être des solutions.

### B) Les limites internes

Précisément, la migration de ces unités du secteur sanitaire vers le secteur médico-social est difficile, certes pour des raisons budgétaires, mais aussi pour des raisons culturelles.

En interne dans les établissements, la résistance au changement est forte et concourt à ralentir l'implantation d'une culture évolutive pour les personnes âgées dans des domaines tels que la qualité. A telle enseigne que l'Etat en a fait l'une de ses priorités en lançant en 2007 le « *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance* ». La création de l'Anesm permet de faire appel à ces nouveaux concepts pour inciter encore davantage à une évolution du regard sur le vieillissement, une meilleure protection de la personne âgée et vulnérable et une recherche du maintien de l'autonomie.

---

<sup>32</sup> Leroux, J.-M., *La réforme de la tarification*, Revue de l'infirmière n°88, Elsevier, Paris, Février 2003, p. 18-24

Au sein même de l'usld du CHGR, la perspective d'une remise en cause possible des pratiques suscite des interrogations. D'autre part, les craintes se situent autour des questions de ressources humaines, de l'évolution probable des effectifs et de la réorganisation du travail, médical, soignant ou d'organisation générale.

## 1.2 Un contexte singulier autour de la restructuration des lits du CHGR

Le cadre de la redéfinition des lits et de la création d'un ehpad est fourni par plusieurs textes du Code de l'action sociale et des familles. Ils précisent les conditions de création<sup>33</sup>, de transformation ou d'extension d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ils soulignent le rôle joué par le conseil général, qui délivre les autorisations, ainsi que les conditions de signature de la convention tripartite. Celle-ci est conditionnée au succès d'une visite de conformité ou à l'accomplissement d'une démarche qualité spécifique.

Cependant, parmi les interlocuteurs du CHGR, le CG35 fait connaître son opposition à la redéfinition des lits d'usld dans le département<sup>34</sup>. A l'occasion de diverses réunions ou des instances, il annonce que le financement des établissements lui sera difficile. En effet, la définition d'ehpad influe sur le régime tarifaire et non sur le statut juridique de l'établissement. En outre, depuis 2008, il est devenu obligatoire de signer une convention tripartite<sup>35</sup>, en lui conservant un statut sanitaire. La circulaire du 10 mai 2007 précise d'ailleurs les modalités de redéfinition de l'usld, après le vote du report de cette réforme dans le PLFSS. Le CHGR s'inscrit alors pour achever la redéfinition des lits à la fin de l'année 2009.

### 1.2.1 La démarche qualité, une obligation réglementaire

Les institutions sociales et médico-sociales doivent donc procéder à l'évaluation de leur activité et suivre des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées, ainsi que des recommandations de bonne gestion.

Invoquée en relation avec la santé, la qualité répond à plusieurs définitions. Selon les normes Iso 9000 en 2000, si la qualité est « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* », **l'amélioration de la qualité** constitue la partie du management axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences de la qualité.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), définit la **qualité des soins** comme « *la démarche qui doit garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat [...], au meilleur coût [...], au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction [...]* ».

---

<sup>33</sup> voir références législatives n°7

<sup>34</sup> Actualité 08, revue du CG35, octobre 2008, annexe n°III

<sup>35</sup> circulaire Dhos du 12 juin 2008, art. 69 de la LFSS 2008

La réforme de la tarification contient, par conséquent, des objectifs d'amélioration de la qualité de vie offerte aux résidents et de transparence dans l'allocation des ressources publiques. L'évaluation interne, sans être une référence opposable, répond aux recommandations d'une agence nationale. En outre, assurer une qualité de vie optimale aux résidents, aussi bien dans la prise en charge matérielle et les soins que dans l'organisation de la vie quotidienne, c'est le sens même du métier de directeur dans un ehpad. Elle est aussi une opportunité pour l'hôpital Guillaume Rénier, à saisir afin d'introduire un nouvel esprit et de redonner une place centrale aux usagers. Cependant, le contexte politique du département est singulier.

### **1.2.2 La démarche qualité du CG35, un cas particulier**

Le législateur de la réforme a souhaité qu'elle conduise à la détermination d'objectifs d'amélioration de la qualité des soins et des services. En contrepartie de la fixation de ces objectifs, les autorités de tarification fournissent les moyens nécessaires pour procéder au changement vers le projet de vie.

Opposé à la redéfinition des lits d'usld, le CG35 reste toutefois attentif à la qualité des services offerts aux personnes âgées dans le département. En partenariat avec 13 organismes, il a mis un point son propre référentiel, qui s'appuie sur le référentiel Angélique. Il est complété par un suivi détaillé des évaluations entreprises par les ehpad, par le biais du programme « Aqualie 35 ».

Une note d'information de la Direction générale des Affaires sociales (DGAS)<sup>36</sup> en 2004 précise d'ailleurs que, si la plupart des établissements utilisent le référentiel Angélique<sup>37</sup>, dont les qualités sont reconnues, d'autres référentiels<sup>38</sup> existent et cette note cite le référentiel qualité des ehpad d'Ille-et-Vilaine. L'enquête de l'Anesm précise justement que « *le rapport d'évaluation interne est un outil d'appréciation de la qualité* » et que 8% des conseils régionaux ont conçu leur propre outil.

Fondée sur la structure du document, une organisation par groupes de travail pluridisciplinaires sera mise en place sur plusieurs mois et demandera de la patience, de la ténacité et l'implication de tous.

---

<sup>36</sup> Note d'information DGAS/5 B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

<sup>37</sup> Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements (ANGÉLIQUE), outil d'auto-évaluation réalisé par la mission MARTHE et diffusé en juin 2000.

<sup>38</sup> Rapport complet de l'enquête ESSMS 2008 de l'Anesm, p. 22



A) Un contexte inconfortable pour tous les acteurs

Pour l'établissement Guillaume Régnier à cette période, les obligations en interne et en externe s'additionnent. En interne, l'usld est en cours de certification V2. Mais pour signer la convention de l'ehpad en décembre 2009, il faut avoir satisfait à la démarche qualité du CG35. Les deux démarches devront donc être menées en parallèle, car tant que la convention n'est pas signée, l'usld reste dans le secteur sanitaire et l'ehpad n'a pas d'existence juridique.

Cela a pour effet de provoquer le scepticisme des équipes de soins et leur sérénité n'était pas acquise au départ, de même que le soutien à la démarche qualité qui devait être menée dans le cadre de la restructuration. S'il semblait d'ailleurs difficile à l'équipe de direction, à ce stade, d'anticiper sur ce que pourrait lui apporter ce travail, il lui fallait pourtant en connaître les potentialités et les limites pour en faire un levier de management.

B) Un questionnement nourri sur l'avenir de la nouvelle structure

De nombreuses questions se posent : dans le cadre de la restructuration d'un établissement qui accueille des personnes âgées atteintes de pathologie mentale, comment passer d'un lieu de soins à un lieu de vie ? Avec quel projet de vie ?

Mais aussi, quel projet qualité faut-il mener ? Quelles en seront les conséquences sur la vie de l'usager et sur l'organisation du quotidien, des équipes ? Faudra-t-il, à terme, requalifier le personnel et organiser une nouvelle donne sociale ? Ces questions suscitent des craintes au sein des équipes soignantes.

Dans l'avenir de l'établissement, pourra-t-on envisager la mixité des publics ? En d'autres termes, sera-t-il possible d'y accueillir des personnes âgées dépendantes, mais non handicapées mentales ? Ou encore, étant donné sa position d'établissement annexe d'un centre hospitalier psychiatrique, faut-il évoquer un ehpad « spécialisé », alors qu'à ce jour, le statut juridique n'existe pas ? A ce stade d'évolution de la réforme et de ses objectifs, il apparaît que si les pouvoirs publics y avaient associé des objectifs ambitieux, les moyens n'ont pas toujours été au rendez-vous et, à ce jour, les objectifs ne sont pas tous atteints.

Et pourtant, au vu de l'éclairage qu'elle apporte et des perspectives qu'elle ouvre, la démarche qualité est bien un levier d'évolution.

**La démarche qualité  
à l'ehpad,  
levier d'évolution**

## 2 La démarche qualité à l'ehpad, levier d'évolution

Lorsque la démarche qualité découle des choix stratégiques de l'établissement, il devient plus aisé d'en défendre la logique et le sens. Parmi les procédures de pilotage, l'auto évaluation entraîne pour les établissements la nécessité d'apprécier la qualité des prestations délivrées, sur la base de recommandations de bonnes pratiques. Au CHGR, la réussite de cette restructuration, tant auprès du personnel que d'un point de vue technique, pour porter les objectifs institutionnels, repose en partie sur l'utilisation de l'outil de référence. Cependant, ce manuel est avant tout destiné aux ehpad déjà existants. Or, l'établissement redéfini restera unité de soins de longue durée pendant toute la durée de la démarche, avant la signature de la convention tripartite, qui permettra son ouverture. Cela sous-entend qu'il sera difficile de répondre aux questions de redéploiement des effectifs et que le statut des agents ne changera pas non plus. Il sera donc nécessaire, à un moment donné, de clarifier ces points auprès d'eux.

### 2.1 le référentiel, outil fondateur

Améliorer la qualité de la prise en charge du patient âgé est l'objectif premier d'une telle démarche, de même que procurer aux personnes accueillies en établissement un cadre de vie adéquat.

Le référentiel du CG35 a été élaboré en 1999-2000 par un un groupe pluriprofessionnel composé de représentants des usagers, de directeurs d'établissement, de médecins, de psychologues, d'agents des établissements et de représentants des autorités de tarification<sup>39</sup>. C'est un recueil de critères et de bonnes pratiques applicables dans les ehpad, mais son objectif est aussi de « *permettre aux partenaires et aux collaborateurs de parler un langage commun et de disposer de références communes* »<sup>40</sup>. Il s'adresse plus particulièrement aux responsables d'établissements qui, lors de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des ehpad, doivent s'engager dans le cadre de la convention tripartite.

Alors que Le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESM) a été créé par la loi 2002-2 pour accompagner la mise en place d'une obligation d'évaluation interne et externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il valide et sélectionne les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles. En l'occurrence, cet organisme n'intervient pas ici, puisqu'il ne s'agit pas d'une évaluation obligatoire postérieure à l'ouverture. La Haute autorité de santé précise, par ailleurs, que les publics concernés doivent être définis. En réalité, la définition des

---

<sup>39</sup> Voir le site : [www.reseau-ideal.asso.fr/cdc/bien-veillir/medias/sp1/cg35\\_qualite.pdf](http://www.reseau-ideal.asso.fr/cdc/bien-veillir/medias/sp1/cg35_qualite.pdf)

<sup>40</sup> Référentiel qualité des ehpad d'Ille-et-Vilaine, janvier 2000, page 1

publics concernés par ce référentiel ne répond pas parfaitement aux patients de l'usld du CHGR.

Cependant, cet outil doit permettre à l'établissement :

1. de procéder à un état des lieux et de repérer ses forces et ses faiblesses
2. de fixer des objectifs concrets d'amélioration de la qualité de la prise en charge
3. de mesurer le chemin parcouru par des évaluations régulières

L'évaluation est un temps fort, capable de susciter une véritable dynamique. En poussant les équipes à se remettre en cause, une telle démarche devient source de dialogue, de créativité et de projets. En outre, dans le département d'Ille-et-Vilaine, les différents acteurs de la politique gérontologique ont signé en décembre 1996 une convention de progrès qui prévoyait déjà de fixer des objectifs annuels d'amélioration de la qualité.

La politique de qualité du CHGR découle de la stratégie générale de l'établissement et de son management, elle est donc à son service. Cette démarche représente une étape dans le processus de restructuration et c'est ce message que j'entreprends de transmettre aux équipes.

### **2.1.1 L'approche projet, un contexte inattendu**

Dans le cas de l'ehpad futur, la situation de cette démarche qualité est singulière. puisqu'il s'agit d'engager la démarche avant l'ouverture de l'établissement, alors qu'un tel projet est normalement le résultat d'une réflexion institutionnelle dans le cadre d'un projet d'établissement. En outre, les délais étaient très courts, ce qui a contribué à restreindre les actions de communication relatives à ce projet. Pour autant, toutes les étapes de mise en oeuvre ont été respectées. L'approche « projet » est une technique utilisée depuis quelques décennies dans les établissements de santé. Son succès repose en priorité sur l'écoute et l'accompagnement des participants, ce qui a pour corollaire de demander du temps, aux agents et au directeur.

A) La préparation de la démarche d'auto-évaluation

a) *Le comité de pilotage*

Pour mettre en oeuvre cette démarche qualité en 2009, l'implication de la direction a joué un rôle primordial. La création d'un comité de pilotage<sup>41</sup> a permis de valider l'organisation générale de la démarche, le suivi des travaux, et la finalisation de la

---

<sup>41</sup> composé d'au moins 8 personnes, dont la directrice générale adjointe, la directrice adjointe à la qualité, la responsable qualité, la directrice de la maison d'accueil spécialisée (elle est coordinatrice du projet Usld-ehpad), la directrice des soins, la cadre supérieur de santé de l'usld, le médecin de l'usld et moi-même, élève-directrice.

synthèse. Ce comité a également décidé de la composition pluriprofessionnelle des groupes de travail, du nombre de participants, du nombre minimal de réunions et du mode de coordination des réunions (désigner un animateur et un rapporteur).

La période concernée se situait de janvier à mai 2009, avec pour mission de coordonner la démarche dans les unités, réaliser la synthèse, identifier les forces, les faiblesses et les axes d'amélioration. L'objectif final était de présenter le dossier complet au CG35 avant la fin de l'année afin de signer la convention tripartite avant l'ouverture de l'ehpad en janvier 2010.

*b) L'appel à candidatures*

Dans un établissement de cette taille, j'ai proposé le lancement d'un appel à candidatures. Il a eu lieu par la diffusion d'une note de service, accompagnée d'un document porteur d'un coupon-réponse. Les cadres infirmiers des unités constituaient les relais de cette information auprès du personnel. En effet, cette démarche intervient conjointement à la démarche de certification du centre hospitalier et de l'usld. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est en cours dans cette unité et il y a lieu d'éviter tout risque de confusion entre les deux démarches.

**B) La mobilisation des acteurs**

*a) Les groupes de travail*

Deux types de groupes pluridisciplinaires, composés d'au moins un agent de chaque catégorie, (A, B, C issus de secteurs administratif, soignant et technique et médecins) sont constitués, chargés de remplir une moitié du référentiel chacun.

Une partie des thèmes traite des soins et du quotidien de la personne âgée (soins, vie sociale, organisation des soins, accès et environnement, fonctionnement général, organisation de la journée) et sera prise en charge par un « groupe soignant » sur chaque site distant, composé de : un médecin, un cadre infirmier, des aides-soignants, des agents des services hospitaliers (ASH), des IDE, des animateurs, un aumônier, une diététicienne, une assistante sociale, un kinésithérapeute, des représentants d'associations et d'usagers ;

L'autre partie des thèmes traite de la qualité matérielle de l'hébergement : entrée en établissement, confort, sécurité, dignité, personnel, réseaux, et sera traitée par un « groupe institutionnel » composé de : un médecin, le cadre supérieur de santé, un cadre infirmier, une assistante sociale, une secrétaire, un représentant des services techniques (travaux, sécurité), un représentant de la cuisine (sécurité alimentaire), un représentant de la pharmacie.

## b) *La méthodologie*

Un calendrier est validé par chaque groupe, avant d'être approuvé par le comité de pilotage. La méthodologie retenue consiste à traiter chaque thème principal du référentiel en groupe de travail pluridisciplinaire, selon l'ordre préconisé par le document. Chaque page est divisée en trois colonnes : les questions auxquelles il faut répondre, la réponse préconisée par le document et une colonne de commentaires.

Plutôt que remplir le référentiel lui-même, le comité a préconisé que les équipes rédigent leurs remarques et leurs préconisations séparément, de façon à pouvoir les exploiter plus simplement ensuite. Chaque groupe respecte le calendrier, à son rythme. Un animateur et un rapporteur sont désignés et ce dernier me fait parvenir les comptes-rendus des réunions.

### **2.1.2 La dynamique du projet**

Sur des sites externalisés tels que les deux unités où avaient lieu la démarche, la « culture » qualité n'était pas dominante. Or, il me paraissait important que les agents, acteurs de la démarche qui allait modifier leurs organisations de travail, soient informés des objectifs attendus et des enjeux du projet. Au moment du lancement, j'ai donc placé la démarche dans le contexte de la partition réglementaire des lits, mais en soulignant l'importance de la loi 2002-2 et les enjeux qu'elle sous-tend pour l'eypad futur.

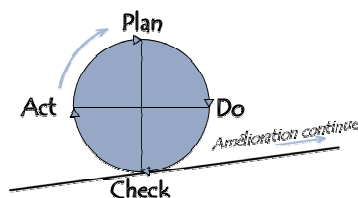
D'une part, cela leur permet de mieux percevoir les objectifs et orientations de la direction, concernant leur site. D'autre part, lorsque la politique qualité fait émerger des priorités et une stratégie de mise en oeuvre qui fait sens pour l'ensemble des agents, il est plus aisé de présenter les décisions ultérieures. Dès lors, l'appropriation par chacun du sens de la démarche, pouvait s'en trouver facilitée.

Une fois la méthodologie présentée et le calendrier validé, les groupes de travail se sont mis à l'oeuvre. Cependant, il était nécessaire qu'un représentant de la direction soit présent, afin de souligner l'importance de ce projet. J'ai donc assisté à bon nombre de réunions, sur chaque site. J'ai pu ainsi, présenter aussi pédagogiquement que possible, la genèse de la qualité (la roue de Deming) et l'importance de ces méthodes pour les établissements, ainsi que le principe du processus.

Afin de percevoir plus finement l'état d'esprit des collaborateurs des différentes équipes de soin face à cette démarche qualité, j'ai également entrepris de diffuser un questionnaire. En effet, si la mise en oeuvre d'une démarche qualité et le plus souvent vécue comme un projet, et pilotée par des personnes enthousiastes, ce qui était le cas des cadres de santé, elle est également un acte stratégique qui s'inscrit dans une politique générale, dont la restructuration fait partie.

## 2.2 La détermination des objectifs

Toute démarche qualité repose sur le concept d'amélioration continue (la roue de Deming)<sup>42</sup>, la résolution de problèmes et le traitement des dysfonctionnements, la méthode PDCA.



- **(Plan)** Planifier
- **(Do)** Mettre en oeuvre
- **(Check)** Vérifier, évaluer
- **(Act)** Ajuster, améliorer

S'il s'agissait ici de la démarche qualité du CG35, c'était néanmoins une auto-évaluation. Cela signifiait qu'il fallait suivre point par point le contenu du référentiel, fiche par fiche, dans le cadre d'une démarche participative, afin d'identifier les points forts de l'organisation des deux sites et les points faibles. L'étape suivante consiste à déterminer les axes d'amélioration.

Au cours des réunions, les agents qui se sont portés volontaires s'expriment donc librement sur ce qu'ils perçoivent de leurs pratiques quotidiennes. Les fiches sont remplies après avoir recueilli l'avis collectif des participants. A l'issue, les rédacteurs, les cadres soignants le plus souvent, me faisaient parvenir les fiches remplies et tous les commentaires recueillis au cours de la concertation. C'est ainsi qu'ont été constituées les premières synthèses, et que sont apparues les premières actions d'amélioration.

### 2.2.1 Exploiter les résultats

Ce référentiel de 90 pages est divisé en deux parties :

1. **la vie au quotidien** de la personne âgée : 5 fiches (18 thèmes, 35 sous-thèmes) :  
L'entrée en établissement, le déroulement de la journée, la vie sociale, le respect de la dignité et de l'intimité, les soins.
2. **l'environnement** de la personne âgée ; 7 fiches (17 thèmes, 44 sous-thèmes) :

---

<sup>42</sup> W.E. Deming et la démarche de progrès PDCA (1950)

le fonctionnement général de l'établissement, l'accessibilité et l'environnement, la sécurité, le confort, le personnel, l'organisation des soins, les réseaux et complémentarités.

Les 12 fiches évaluent 588 critères.

Sur la première colonne de chaque page, les questions appellent une réponse binaire (oui/non) pour chaque critère. Chaque réponse est comptabilisée, 1 ou 0. A chaque thème correspond ainsi un nombre de réponses, qui seront exploitées dans un tableau pour produire des statistiques. Ces données seront utilisées ensuite pour initier la réflexion sur le plan d'amélioration de la qualité (PAQ). Elles seront aussi produites dans le cadre du dossier Crosmis nécessaire à la création de l'ehpad et dans le dossier de conventionnement à remettre au conseil général.

Chaque site a rempli son propre référentiel. Les différences qui ont pu apparaître ont été lissées dans les moyennes. Une synthèse des points forts et des points faibles a ensuite été réalisée et elle est présentée ici.

### **2.2.2 Désigner les principaux axes d'amélioration**

Trois axes d'amélioration avaient été retenus par la V2, qui ont orienté les travaux : **harmonisation des pratiques, gestion des risques et développement des ressources sociales.**

Dans l'annexe qualité du dossier de conventionnement, des échéances de réalisation sont proposées : court terme, moyen terme, long terme, en regard du financement et des moyens humains nécessaires.

A) Une harmonisation des pratiques est nécessaire

Les axes d'amélioration sont débattus en comité de pilotage, avec la direction des soins et, si possible, mis en place dès la fin de la démarche, souvent en corrélation avec des constats analogues issus de la démarche de certification.

Dans le registre de l'organisation interne, **l'harmonisation des pratiques**, touche surtout l'organisation des soins d'hygiène et de la distribution des repas. Une réflexion est à mener sur la réorganisation des horaires des toilettes. En ce qui concerne la distribution des repas, deux points avaient été soulevés : certains repas servis dans la chambre du résident arrivent froids, car il n'existe pas de dispositif chauffant. Enfin, les horaires des repas sont l'objet de nombreux débats, notamment le dîner. Servi assez tôt en fin d'après-midi, il provoque une amplitude trop grande sans alimentation avec le petit-déjeuner.



L'ehpad bénéficiera de la réflexion globale qui est menée au sein de l'hôpital. Une mission d'expertise et d'audit hospitalier (Meah) est actuellement en cours sur la nutrition, qui inclut la prise en charge nutritionnelle, la mise à jour du logiciel de saisie des repas qui doit tenir compte des aversions et une réflexion sur l'alimentation de la personne âgée.

Ces deux questions sont à rapprocher d'un travail publié par la FHF et le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) en avril 2009 sur ces thématiques<sup>43</sup>. Ces institutions ont présenté des fiches thématiques sur les soins d'hygiène, la continence, l'alimentation, la sécurité pour le résident et la prévention de la perte d'autonomie, l'entretien de l'environnement et l'accompagnement de fin de vie, en relation avec les taux d'encadrement. Y figurent également les recommandations de bonnes pratiques de soins en ehpad élaborées par la direction générale de l'action sociale (DGAS) et la société française de gérontologie clinique (SFGC) en octobre 2007.

Lors de la présentation du plan Solidarité grand âge en juin 2006 (plan toujours en vigueur), le Gouvernement avait indiqué que « *l'objectif était d'augmenter significativement le nombre de soignants auprès des personnes âgées, pour passer à un ratio moyen, tous personnels confondus, de 0,65 pour un résident et, dans le cas des personnes âgées les plus malades et les plus dépendantes, de porter ce ratio à un professionnel pour un résident* »<sup>44</sup>. La FHF souligne également qu'un ratio d'au moins 0,6 soignant par résident est nécessaire à la réalisation de chacun de ces points, faute de quoi la personne âgée court le risque d'une « perte de chance ». Cette question revêt une particulière acuité à l'ehpad du CHGR, compte tenu du niveau élevé de dépendance des résidents et de leur pathologie psychiatrique, qui requiert un accompagnement soutenu.

Un autre axe d'amélioration à court terme concernant l'organisation interne faisait ressortir la prise en charge de l'incontinence car presque tous les patients sont concernés. La prévention supposerait un accompagnement des patients « en amont », avant la demande, et les équipes mettent en avant leur difficulté à répondre au besoin des résidents. Une réflexion à ce sujet est déjà menée et sera poursuivie pour l'ehpad. Au cours des réunions d'auto-évaluation, a également été soulevée la délicate question de la maltraitance. La démarche qualité a eu pour effet d'inciter les agents à s'exprimer librement et cela a permis de faire savoir que, dans le cadre du nouvel établissement, un plan de formation adapté donnerait aux agents l'opportunité de mieux comprendre la géronto-psychiatrie.

---

<sup>43</sup> Dépêche APM n°L188626 du 4 avril 2009

<sup>44</sup> JO Sénat du 23/07/2009 - page 1831

B) Une réflexion est à mener sur la gestion des risques

En évoquant **la gestion des risques**, il est également question de la sécurité des résidents et du personnel. La démarche a mis en évidence le besoin de certains équipements spécifiques, tels des dispositifs destinés à transporter les résidents directement de leur lit à la baignoire. Des systèmes de sécurité plus facilement accessibles des lits doivent être installés afin que les résidents puissent appeler.

Les accès aux deux sites doivent être repensés dans le cadre de l'accessibilité du cadre bâti. Les textes<sup>45</sup> précisent que : *« Les établissements recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée, puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps. »*

Un autre point concernait les moyens permettant de préserver l'intimité des résidents, tels des paravents ou des volets dans les chambres qui n'en sont pas pourvues. Enfin, l'aménagement d'une chambre permettant d'accueillir les familles venant rendre visite à un résident en fin de vie a été soulevé également et diverses propositions suggérées. Ces questions font l'objet d'une étude attentive, car leur financement sera intégré au projet global de conventionnement.

C) Le développement de ressources sociales émerge

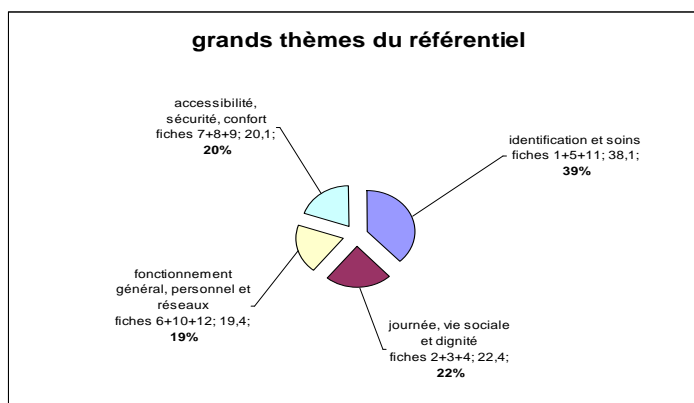
Enfin, le troisième type d'axe d'amélioration concerne surtout le **développement des ressources sociales** et contient des points aussi divers que la réorganisation des équipes soignantes et médico-techniques dans le cadre de l'ehpad, la formation des agents à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ou encore l'accès à des services de transport externalisés. Les questions concernant les effectifs sont très sensibles, car elles impactent directement le financement de l'ehpad. Ce qui relève de la formation est en cours de réflexion. La question des transports repose sur l'organisation logistique interne du CHGR et sur l'organisation future qui sera mise en place.

### 2.2.3 Identifier les actions d'amélioration

L'objectif d'un référentiel est de faire émerger les zones de forces et de faiblesses d'un établissement. Avant même de travailler sur les thèmes eux-mêmes, une première analyse du contenu de ce référentiel fait apparaître que, bien qu'il s'agisse d'un document destiné à des établissements « d'hébergement », l'identification du résident et la prise en charge soignante représentent 39% des items. Cela souligne que c'est un **référentiel de « qualité des soins »** en ehpad. C'est donc la fonction médicalisation qui domine, même dans un établissement d'hébergement.

---

<sup>45</sup> L'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation et le décret 2006-138 du 9/2/06



De ce point de vue, l'usld de Guillaume Régnier répond en de nombreux points aux exigences de la démarche, comme nous le verrons plus loin. Les 588 critères ont été traités par les deux sites, qui présentent quelques différences, essentiellement liées à des architectures différentes, lissées dans les résultats.

457 pour Site A      78% réponses conformes aux attentes du référentiel  
 420 pour Site B      72% réponses conformes aux attentes du référentiel

80 actions d'amélioration ont été proposées par les deux sites, sachant que chaque équipe peut avoir proposé le même parfois. Les tableaux synthétiques sont présentés ci-dessous.

Points forts	Axes d'amélioration
Fiche 1 – <b>L'organisation de l'entrée en établissement</b> , 87% de conformité aux réponses attendues	Améliorer l'information aux familles concernant la préparation de la chambre, créer un livret d'accueil spécifique
Fiches 5 et 11 - <b>Les soins</b> : 88% de conformité aux réponses attendues	Améliorer les outils de traçabilité de l'individualisation de la prise en charge (protocole individualisé de fin de vie...). Faire évoluer le Dossier patient informatisé sur certains thèmes : fin de vie, consignes décès dans le DMS
Fiche 3 - <b>La vie sociale</b> : 79% de conformité aux réponses attendues	Unifier les pratiques d'accueil et de rencontre des équipes avec les familles ( à l'admission, dans l'année...). Harmoniser les animations, étendre la collaboration avec les institutions communales, acquérir du matériel (lits pliants).
Fiche 10 - <b>La gestion du personnel</b> : 87% de conformité aux réponses attendues	Créer et mettre en place un outil de gestion des plannings, enrichir le livret d'accueil des personnels arrivants, créer les profils de poste spécifiques à l'ehpad, organiser des formations et le temps rééducation
Fiche 8 - <b>La sécurité</b> : 78% de conformité aux réponses attendues	Améliorer les systèmes d'appel dans les chambres et mettre en conformité avec la réglementation des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec le projet d'implantation d'un groupe électrogène (en cours).
Fiche 9 - <b>Le confort</b> : 83% de conformité aux réponses attendues	Moderniser les équipements des salles de bains, améliorer la régulation de la température et opérer des travaux de peinture

A) Les points forts

Ils sont nombreux et relevés par les équipes. La **spécificité soignante** de ces deux sites et la cohérence avec les attentes du document est valorisée. En outre, la **prise en charge globale** des résidents est satisfaisante, l'habillement, la coiffure et l'entretien sont soignés et les relations des familles avec l'institution sont encouragées. En ce qui concerne la vie sociale, les animations, nombreuses et variées, tentent de respecter les goûts et les capacités des résidents. La vie citoyenne et religieuse est respectée. Les exigences d'hygiène et de sécurité le sont aussi, l'état des locaux est satisfaisant. La traçabilité de la prise en charge médicale, soignante et médicamenteuse est informatisée. La gestion des ressources humaines est satisfaisante.

B) Les points faibles

Points faibles	Axes d'amélioration
Fiche 2 – <b>Déroulement de la journée</b> : 64% de conformité aux réponses attendues	Améliorer les pratiques horaires concernant la toilette et le temps consacré aux repas. Harmoniser les pratiques entre semaine et week-end – acheter matériel ergonomique. Enrichir le logiciel de saisie des repas
Fiche 4 - <b>Respect de la dignité et de l'intimité</b> : 70% de conformité aux réponses attendues mais des améliorations importantes	Améliorer la prise en charge de l'incontinence (EPP en cours) et l'accompagnement des résidents. Achat de paravents/rideaux. Meilleure information des familles sur la personnalisation de la chambre.
Fiche 6 - <b>Le fonctionnement général de l'établissement</b> : 55% de conformité aux réponses attendues	Les outils de la loi du 2 janvier 2002 devront être mis en place : projet d'établissement, projet de vie, contrats de séjour, conseil de la vie sociale, personne qualifiée. Des fiches de postes spécifiques établies (médecin coordonnateur, infirmier référent)
Fiche 7 - <b>Accessibilité et environnement</b> 69% de conformité aux réponses attendues	Mettre aux normes les salles de bains et toilettes ainsi que certains abords extérieurs en termes d'accès
Fiche 12- <b>Les réseaux</b> 40% de conformité aux réponses attendues	Adhérer à un ou plusieurs réseaux spécialisés (ehpad, filière gériatrique, etc.)

L'une des faiblesses à souligner dans ce référentiel est le manque de références propres à des résidents atteints de pathologies psychiatriques et à des personnes très dépendantes. Un seul critère concerne ce point, ce qui ne correspond pas à la réalité du quotidien des agents de ces sites. Ils sont d'ailleurs conscients de cette sous-estimation des besoins.

Il apparaît que, en regard des besoins propres à un ehpad :

Les points faibles portent sur l'organisation de la journée (lever, petit-déjeuner, repas et horaires) et la préparation de la chambre avant l'admission. Si l'organisation de

la vie sociale est satisfaisante pour les résidents, le développement des relations avec les familles doit être encouragé ainsi que leur association à la vie de l'institution. L'organisation du futur conseil de la vie sociale (CVS) devrait corriger ce point. La prise en charge de l'incontinence est à améliorer, elle fait déjà l'objet d'une réflexion. Sur le plan de l'organisation, il apparaît que les outils institutionnels de l'ehpad ne sont pas en place. Ainsi, le médecin coordonnateur n'est pas désigné, ni l'infirmier(e) « référent(e) ». Enfin, une remise aux normes des accès extérieurs doit être planifiée sur les deux sites, ainsi que pour une partie des locaux et des sanitaires. La non appartenance à un ou des réseaux et l'instauration de complémentarités avec d'autres établissements est à reconsidérer également.

#### 2.2.4 Considérer de nouvelles orientations

Le CHGR avait déjà développé un plan d'amélioration de la qualité à l'issue de la V1. Il comportait trois grands axes d'amélioration portant sur le développement des relations avec les usagers et le respect de leurs droits, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et la coordination et l'organisation de la gestion des risques.

A ce jour, le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) pour l'ehpad est en cours de réflexion. Au vu des résultats, il pourrait retenir des axes tels que **respect et protection des droits des usagers, évaluation des pratiques professionnelles** et, peut-être, des orientations dans l'organisation à venir, autour des notions d'**éthique et de bientraitance** et de la **création d'indicateurs**.

En effet, le référentiel fait peu référence à une réflexion sur ces questions. En conséquence, ce sont des thématiques qui n'ont pas souvent été abordées dans les réunions auxquelles j'ai assisté, mais seulement dans les échanges avec les soignants.

##### A) Les fondements juridiques de la réflexion éthique

La démarche d'auto-évaluation peut être le point de départ d'une réflexion sur l'éthique et la qualité, par exemple.

Décrite comme « science de la morale »<sup>46</sup>, l'éthique prend de plus en plus de place dans la société actuelle. En s'appuyant sur l'ouverture d'esprit, la tolérance, l'écoute, la discussion, le partage et la confrontation des idées, elle devient outil de réflexion et elle est utilisée désormais dans les processus d'aide à la décision. Elle permet d'introduire une dynamique de réflexion, qui amène les acteurs à opérer des choix conscients, en faisant référence à un système de valeurs communes. L'ensemble conduit à une plus grande « opérationnalité »<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Le dictionnaire « Littré »

Dans cet esprit, la loi 2002-2, fondatrice de l'esprit rénové des institutions sociales et médico-sociales, doit être connue tant des professionnels que des usagers, tout autant que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et, notamment son Titre 1er, article 1, « solidarité envers les personnes handicapées ». Enfin, la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs doit être connue à la fois des professionnels, mais aussi des familles dans l'intérêt de la protection de leurs proches vulnérables.

Le Plan national de développement de la bientraitance propose également des pistes, en insistant sur la diffusion de bonnes pratiques professionnelles, la formation et la sensibilisation des personnels à leur environnement, mais aussi leur soutien et leur accompagnement dans les situations difficiles. Il préconise un renforcement des effectifs dans les établissements en veillant à la qualification des personnels et à la spécificité du soin gériatrique. Enfin, la poursuite de l'amélioration du cadre de vie est favorable aux résidents comme au personnel.

Chacun de ces points pourrait faire l'objet d'une réflexion, qui réponde aux thèmes et aux critères de l'auto-évaluation, dans la perspective de l'élaboration d'un Plan d'Amélioration de la Qualité à l'ehpad du CHGR.

#### B) Apprécier la pertinence des indicateurs

Pour mettre en œuvre des pratiques nouvelles, qui font appel à la réflexion, mais aussi à l'action, il faut pouvoir mesurer le besoin. Les outils à utiliser sont des indicateurs, et il faut retenir la meilleure approche, celle qui répond le mieux au besoin. Des thématiques telles que satisfaction des usagers et des proches, des indicateurs budgétaires et financiers et des indicateurs de qualité des soins peuvent constituer des éléments de tableau de bord qui fourniront une bonne lisibilité du fonctionnement de l'institution.

*« La mesure de l'éthique nécessite que la clarification des processus ait été précédée d'une clarification des valeurs et des principes que l'équipe prendra soin de mettre au cœur de ses pratiques. »*<sup>47</sup>. Ensuite, il faut s'interroger sur les indicateurs que l'on peut utiliser : « quels sont les outils d'observation et de mesure des besoins ? » A l'usld, par exemple, existent déjà un suivi des chutes et un suivi des escarres, ils peuvent être réutilisés à l'ehpad.

Mais les pratiques existantes peuvent être questionnées : en vertu de quel principe puis-je déclarer une pratique satisfaisante ou non ? Une mesure existante est-elle

---

<sup>47</sup> Joing, J.-L., *Ethique et qualité dans les services humains*, éd. L'Harmattan, Paris, 2002, 305p.

<sup>48</sup> Joing, J.-L., *ibid.*

acceptable ? Si les indicateurs sont revisités et débattus, ils peuvent être mis en cause et remplacés par des critères et indicateurs plus pertinents. Un indicateur de la satisfaction des familles pourrait être de plus nombreuses visites, par exemple. De même qu'un indicateur d'un climat social satisfaisant pourrait être une plus grande participation aux animations ou une diminution de l'absentéisme dû aux arrêts maladie, par exemple.

## **2.3 La consultation, miroir de la perception des acteurs**

Parallèlement à la démarche et dans le but de percevoir plus finement l'état d'esprit des collaborateurs des différentes équipes de soin avec lesquelles nous avons travaillé à cette démarche qualité, j'ai également entrepris de réaliser une enquête. En effet, si la mise en oeuvre d'un tel programme a été vécue comme un projet et pilotée par des personnes enthousiastes, elle est également un acte stratégique qui s'inscrit dans une politique générale, dont la restructuration fait partie.

De même, dans le but de recueillir le point de vue de responsables d'établissement ayant eux-mêmes mené la démarche qualité du CG35, j'ai sollicité un entretien auprès de quelques-uns d'entre eux.

### **2.3.1 L'effet de la démarche auprès du personnel des sites**

*« Toutefois, le changement reste investi d'une forme de supériorité venant de ce qu'il propose une représentation de l'avenir. [...] »<sup>49</sup>.*

Après le démarrage de l'autoévaluation, j'ai diffusé un court questionnaire anonyme auprès de tous les agents, qu'ils aient participé aux réunions ou non. Instrument de collecte de l'information, la mise au point d'un questionnaire repose sur :

- Le choix d'un sujet
- La définition d'une population (qui interroger ?), l'échantillon
- L'élaboration des questions
- La neutralité du questionnement.

Celui-ci est composé de huit questions fermées et de deux questions ouvertes, avec pour objectif de connaître le point de vue des agents sur l'intérêt de la démarche, étant donné les conséquences que cela entraînerait sur leur environnement professionnel. L'hypothèse de départ est que la démarche qualité est un instrument au service de la restructuration et qu'elle permet aux équipes de mieux comprendre les enjeux de la restructuration.

Au 31 décembre 2007, l'effectif total de l'usld est de 173 agents. 68 questionnaires ont été distribués aux agents présents sur deux sites et 35 ont été retournés, soit un taux

---

<sup>49</sup> Bernoux, P., Sociologie du changement, éd. Seuil, Paris, 2005, p. 62

de retour de 51,47 %. L'échantillon est composé de 35 agents médicaux et non médicaux, (de 18 à 60 ans, hommes et femmes), volontaires pour participer à l'enquête, tous grades confondus sur les deux sites A et B et qui n'ont pas tous contribué aux groupes de travail.

Les résultats portent sur cet échantillon. La première et la deuxième question concernaient le grade et l'unité, cela a permis de dénombrer le nombre de personnes qui ont participé dans chaque partie de l'échantillon :

20	AS	==>	22%	de l'effectif total	des aides-soignants
2	ASH	==>	7,4%	de	" des ASH
6	IDE de jour	==>	17,6%	de	" des IDE
3	cadres de santé	==>	50%	de	" des CS
1	Assistante sociale	==>	100%	de	" des assistantes sociales
2	médecins	==>	66%	de	" des médecins
1	adjoint administratif	==>	50%	de	" des adjoints administratifs.

### **35 personnes interrogées**

#### A) Présentation de la méthodologie

Il s'agit ici de consulter les agents pour leur demander leur point de vue vis-à-vis d'un fait récent auquel ils ont pu être conviés, à savoir la démarche qualité préalable à l'ouverture de l'ehpad. Le questionnaire est anonyme et se compose de quelques questions simples et neutres, ne mettant pas en cause l'interviewé et n'exigeant pas d'empiéter sur son temps de travail. Pour simplifier la démarche, les modalités de réponse sont simples (oui/non), à l'exception des deux questions ouvertes. Ce document d'une page a été diffusé aux agents dans les services<sup>50</sup>. Il s'agit, grâce au calcul statistique, d'analyser les informations recueillies, en se plaçant du point de vue précis des objectifs de l'enquête. Les résultats proposés décrivent la situation à l'instant T où les personnes ont été interrogées.

#### B) Synthèse de l'enquête

Les résultats sont présentés sur le tableau, page suivante.

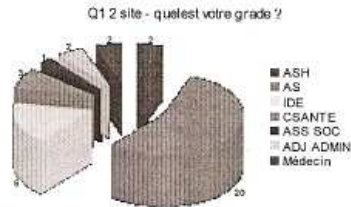
Cette synthèse privilégie les aspects socio-économiques et psychologiques des résultats. Elle permet une interprétation des réponses fournies. Au terme d'une courte enquête de ce type, menée dans ce service réparti sur plusieurs sites, il apparaît que la plupart des agents expriment le fait qu'une démarche qualité est utile et amènera des changements. La majorité des personnes interrogées admet qu'il s'agira de changements matériels surtout, mais plus de la moitié conviennent que des changements d'organisation interviendront aussi, notamment du fait de la réorganisation des équipes soignantes. Au cours des réunions, notamment, les agents précisent (AS, ASH) qu'ils craignent de voir

<sup>50</sup> Voir Annexe n°VIII

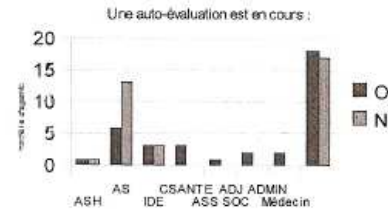


leur charge de travail augmenter, car disent-ils : « les patients seront les mêmes et il y aura moins de soignants. »

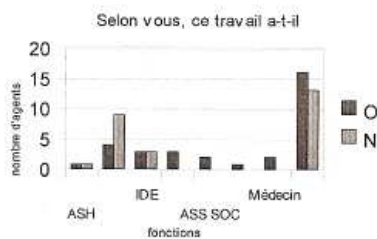
## Enquête sur l'impact de l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la démarche qualité



Q1 - La répartition des agents correspond à l'organisation soignante de l'usid, à laquelle se sont ajoutés l'assistante sociale, des adjoints administratifs et des médecins qui ont répondu au



Q2 - Sur les 33 questionnaires renseignés, 45% des personnes interrogées répondent non, 55% répondent oui. La catégorie la plus représentée est celle des aides-soignants, qui sont effectivement les plus nombreux (52% de l'échantillon total). Parmi ceux qui n'y ont pas contribué, se trouvent toutes les



Q3 : Une majorité d'agents répond oui. Cependant, ceux qui font penser les chiffres vers le « oui » se situent souvent parmi les cadres et les médecins. L'opinion des aides-soignants interrogés prédispose à penser que, pour eux, la démarche qualité n'a pas facilité les relations entre les



Q4 : Sur les deux sites, la majorité des agents pensent que oui (79%) dont une majorité d'aides-soignants et d'infirmières. 5% des personnes interrogées n'ont pas d'opinion.



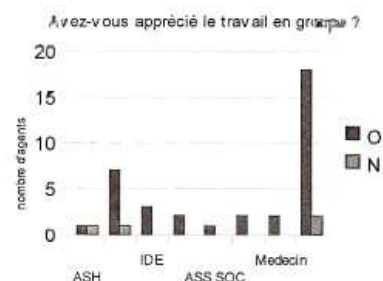
Q5a : Sur cette question qui concerne les apports potentiels de la démarche, les opinions sont partagées : 28,5% des personnes interrogées pensent avoir appris quelque chose alors que 20% ne le pensent pas. Une analyse un peu plus fine des réponses permet de voir que les personnes qui ont répondu non peuvent se situer parmi celles qui



Q5b : Une majorité apparaît avec cet item, où 79% des personnes interrogées pensent que oui, la démarche qualité fera progresser le service. Il n'y a pas de réponses négatives et 7 personnes ne se sont pas exprimées (11%).



Q5c : Une forte majorité (64%) des personnes interrogées pense que oui, alors que 3% ne le pensent pas. Une remarque inscrite sur une questionnaire fait état de changements lents. Pour cette question, 10 personnes (28,5% de l'échantillon) ne se sont pas exprimées.



45% des personnes interrogées disent avoir apprécié le travail de groupe, pour 6% qui disent non. Cependant, seules 20 personnes sur 35 ont répondu.

## 35 questionnaires renseignés

La plus grande partie des personnes (78%) interrogées auraient aimé participer à la démarche, qu'ils considèrent comme utile et porteuse de changement, notamment dans leurs pratiques. Ils ne précisent pas s'ils se sont portés candidats lors de l'appel à candidature pour l'auto-évaluation ni pourquoi ils n'ont pas participé. Par ailleurs, près de la moitié des personnes interrogées disent avoir apprécié le travail en groupe pluridisciplinaire, y compris les cadres et les médecins et un tiers d'entre elles pensent que ce travail a facilité les relations entre les agents, ainsi qu'une meilleure connaissance des métiers. Pour autant, ces résultats doivent être pondérés par le faible niveau de réponse parfois.

Cette enquête confirme les observations effectuées au cours des réunions d'auto-évaluation. Les agents y ont apprécié la capacité d'expression qui leur était donnée et le fait de pouvoir interroger leurs pratiques professionnelles, pour les résidents et pour eux-mêmes. Ils y ont abordé leur crainte du changement de statut et de modes de travail, mais aussi leurs espoirs d'obtenir des conditions matérielles plus satisfaisantes, des équipements supplémentaires, une autre organisation et une réflexion plus ouverte.

Pour autant, ils craignent la requalification des agents, notamment l'augmentation prévisible des aides médico-psychologiques (AMP) au détriment des aides-soignants. Ils y voient une « démedicalisation » et une perte de qualité de prise en charge soignante. Les notions exprimées, tant dans les réponses aux questions ouvertes qu'au cours d'échanges divers, soulignaient la nécessité d'être innovant auprès des familles dans le cadre de la nouvelle structure. La démarche qualité a fait apparaître la nécessité de décloisonnement, notamment entre les deux parties de l'ehpad. La distance de 20 km ne facilite pas les rencontres entre agents, par exemple.

Enfin, ils ont souvent exprimé leur intérêt pour ce qu'ils apprenaient sur l'organisation même de l'institution et, notamment les objectifs à moyen et long terme. En résumé, « *Ce qui sera demain est meilleur que ce qui a été hier, tout changement ne peut qu'améliorer les choses* »<sup>51</sup>. S'il semble encore tôt pour augurer de ce que pourrait apporter cette démarche, il apparaît qu'elle aurait donc pour vertu de légitimer le changement, ce qui permet d'en faire un levier de management.

### **2.3.2 Les entretiens avec d'autres responsables d'établissement**

Dans le contexte particulier de l'Ille-et-Vilaine, il me semblait important de confronter les points de vue de plusieurs responsables d'établissements, afin de mieux cerner leurs objectifs mais aussi les difficultés qu'ils ont pu rencontrer, au moment de la mise en oeuvre de cette démarche qualité dans le cadre de la redéfinition des lits d'usld

---

<sup>51</sup> Bernoux, P., Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, éd. Sueil, 2004, 307 p.

en ehpad. J'ai donc réalisé des entretiens avec la direction du centre hospitalier universitaire de Rennes (307 lits d'ehpad), le directeur du CHGR nouvellement arrivé (120 lits d'ehpad), et un directeur adjoint de l'hôpital local de la Guerche-de-Bretagne (270 lits d'ehpad).

Ces établissements, différents dans leur statut et leurs missions, partagent une préoccupation, celle de la prise en charge de personnes âgées dépendantes, le plus souvent atteintes d'un handicap psychique. Je m'interrogeais sur les enseignements qu'ils avaient tirés de la démarche qualité du conseil général 35, et quelles modalités de prise en charge avaient été retenues pour leur population spécifique à l'occasion du conventionnement. Trois entretiens semi-directifs à questions constantes ont été menés. Ma contribution s'est faite par la reformulation de leurs propos et par des questions de relance.

A l'issue de ces trois rencontres<sup>52</sup>, apparaissent des points de convergence forts. Dans les deux autres établissements, tout comme au CHGR, ils ont dû mener cette démarche en parallèle avec la certification (V2). Cela a représenté une forte charge de travail pour les équipes, mais a eu le mérite d'instiller un début de « culture » qualité dans chaque établissement. En effet, une fois les actions correctrices validées, la mise en oeuvre d'un « programme qualité » peut contribuer à faire évoluer les mentalités.

Cependant, au CHU en particulier, le passage de l'usld à l'ehpad n'a pas été spontanément validé par le personnel, qui se réfère toujours au sanitaire. En revanche, à l'hôpital local de La Guerche-de-Bretagne, la conversion a été vécue différemment, puisque la signature de la convention tripartite a eu pour conséquence une attribution de crédits, ils n'ont donc pas perdu de moyens budgétaires et ont eu la possibilité de recruter.

Le directeur du CHGR connaît, quant à lui, une situation particulière. En effet, arrivé au 1er janvier 2009, il était là depuis trois semaines au moment où cette démarche a débuté. Néanmoins, en tant que responsable de la mise en oeuvre de la partition de l'usld, il a accepté de participer à cette enquête.

Pour lui aussi, la requalification de l'établissement est logique, c'est une volonté ancienne des pouvoirs publics, la difficulté principale réside dans la mesure du besoin en soins pour les patients qui resteront à l'usld. Le problème rencontré à l'hôpital psychiatrique reste que les outils Pathos et GIR ne sont pas parfaitement adaptés à ces patients et sous-évaluent le besoin en soins psychiatriques. Par ailleurs, conserver des capacités significatives d'usld évite les hospitalisations aux urgences hospitalières. Supprimer ces lits aura pour conséquences d'encombrer les urgences somatiques du CHU et les services de psychiatrie aiguë.

---

<sup>52</sup> Voir grille des entretiens, annexe n°X

Pour ces trois établissements, cependant, la signature d'une convention représente un « contrat de progrès », qui doit amener des éléments positifs. Dans un contexte où la nécessité des lits d'aval est grande, pour assurer la fluidité du parcours des patients, la création de filières de soins et la transformation des lits d'usld en ehpad sont de puissants levier de projets.

Ainsi, la démarche qualité a fait émerger les points forts et les points faibles de ces deux sites destinés à devenir un unique ehpad, de même que la nécessité de préserver certaines valeurs. Les quelques différences existant entre eux, notamment dues à une architecture différente, seront lissées par la mise en place d'un projet et d'une organisation commune. Dans l'optique de la signature de la convention, il s'agit maintenant de mettre en place les outils techniques qui permettront l'accomplissement de la restructuration.

# **La démarche qualité de l'ehpad, levier de restructuration**

### 3 La démarche qualité de l'ehpad, levier de restructuration

La restructuration résulte de deux contraintes : d'une part, l'établissement est confronté à une obligation légale et d'autre part, il doit mettre en oeuvre un nouvel outil de pilotage, la démarche qualité. Patrice Roussel<sup>53</sup> identifie quatre dimensions du management par la qualité : stratégique, structurelle, culturelle et technique. C'est cette dernière qui sera plus particulièrement précisée ici.

#### 3.1 Entreprendre une réflexion sur les éléments techniques et réglementaires

Dans le champ du social, la préoccupation pour l'avenir concerne bien sûr l'emploi, tant en nombre qu'en qualification. L'organisation du temps de travail des agents est en effet à la source de différents enjeux :

- **enjeux financiers**, les ressources humaines (hors personnel médical) représentant plus de 75% de la masse salariale du CHGR. Le budget est un enjeu majeur pour l'établissement, qui se trouve dans une situation de passage à un nouveau système, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).
- **enjeux sociaux**, en particulier en termes de conditions de vie des agents. L'organisation du temps de travail détermine l'alternance des jours de repos et des jours de travail et rythme donc à la fois la vie au travail et hors travail. C'est pourquoi, au travers de règles de gestion du temps de travail, l'établissement doit garantir non seulement l'égalité entre les agents mais aussi la continuité du service,
- **enjeux de qualité de prise en charge des résidents**, les présences combinées de chaque catégorie professionnelle étant indispensables à la bonne organisation du quotidien, non seulement au fil des 24 heures, mais aussi selon les jours de la semaine ou encore les mois de l'année en fonction de la variation de l'activité.

Le financement de l'ehpad constitue la préoccupation première de la direction, au moment de la redéfinition des lits. En effet, l'usld, bien que déjà financé selon un mode ternaire (soins, hébergement, dépendance), est un service hospitalier. Les résidents y sont donc accueillis en tant que patients, même s'ils financent eux-mêmes leur hébergement, par leurs propres moyens ou avec le soutien de l'aide sociale s'ils n'ont

aucune autre possibilité. Le passage à l'ehpad impose un nouveau mode de financement, toujours fondé sur trois sections tarifaires (soins, hébergement, dépendance).

### **3.1.1 Négocier avec des partenaires financiers dont les objectifs diffèrent**

Contrairement aux centres hospitaliers qui ont adopté l'EPRD et la T2A depuis 2004 et la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, les centres hospitaliers spécialisés sont encore financés en grande partie par dotation globale. Les partenaires financiers d'un CHS sont donc l'ARH, représentant de l'Etat qui verse la dotation, l'Assurance maladie pour le forfait soins, la Ddass et, pour l'usld, le Conseil général qui reverse l'APA. Il finance l'hébergement des personnes admises à l'aide sociale. Enfin, les résidents qui financent eux-mêmes leur hébergement représentent également un partenariat.

Afin de préparer au mieux la situation financière de départ pour l'établissement futur, des simulations, c'est-à-dire différentes versions budgétaires, sont préparées simultanément puis comparées avec les propositions des autorités de tarification, afin de mesurer l'impact des choix éventuels et de permettre la prise de décision.

### **3.1.2 Préparer le budget dans un contexte délicat**

Enjeu majeur de la négociation préalable à la signature de la convention, il est nécessaire de réaliser une opération dite « de sincérité des comptes ». Elle permet d'imputer les charges réelles des 120 lits au budget propre de l'ehpad, dont une partie est aujourd'hui partiellement intégrée dans le budget général de l'hôpital (budget H). Cela consiste donc à reconstruire le budget de l'ehpad en y intégrant le total de ses charges actuelles.

Des clés de répartition sont définies, qui permettent d'évaluer à leur juste niveau certains coûts périphériques aux soins, mais inclus dans l'hébergement, notamment ceux de personnels technique et d'entretien (jardiniers, électriciens). Par exemple, les surfaces nettoyées en mètres carrés par lits, ou la surface de pelouses entretenues, ou le nombre d'interventions techniques par résident. Il faut y inclure une part représentée par les personnels administratifs (personnel des différentes directions). S'y ajoutent encore la nouvelle répartition des coûts des services fournis par le CHGR tels la restauration et la blanchisserie. La première simulation aboutit ainsi à une augmentation du tarif journalier qui pourrait se situer dans une fourchette de 5 à 17 euros. L'annonce de ces chiffres a produit une vive réaction de la part des représentants du personnel.

---

<sup>53</sup> Roussel, P., *La visite de conventionnement des EHPAD : guide à l'usage des partenaires conventionnels*, Rennes : Editions ENSP, Rennes, 2004, 127 p.

#### A) Les simulations budgétaires

Afin d'évaluer au mieux les besoins de la future structure dans le nouveau cadre tarifaire, des simulations ont été réalisées par le service responsable des affaires financières du CHGR, à partir d'une simulation initiale proposée par la Ddass35. Une négociation a ensuite été entreprise avec l'ARH et le Conseil général, destinée à évaluer les incidences de la partition sur les tarifs journaliers pour les usagers, mais aussi sur les métiers et qualifications des agents dans la perspective de l'établissement futur.

Des réunions dites « de tarification » sont organisées par les représentants de ces autorités. C'est au cours de ces rencontres, qu'apparaît toute la difficulté de cette opération de sincérité des comptes. En effet, en dépit du transfert de la subvention du budget H , le premier budget apparaît en déficit, avant même l'ouverture de l'ehpad.

Outre le fait qu'il serait préjudiciable à l'établissement de démarrer dans de telles conditions budgétaires, cela aurait un impact sur le prix de journée imputable au résident et, par conséquent, au CG35 pour les personnes dépendant de l'aide sociale (25% des résidents de l'usld). Dans un tel cas, voyant ses ressources diminuer, tant pour l'hébergement que pour les soins, le directeur doit prendre des décisions, concernant le plus souvent les ressources humaines. Il faut envisager, non seulement un redéploiement des effectifs, peut-être une réorganisation de l'équipe de nuit, mais encore une requalification de certains postes, par exemple, les aides-soignants en aides médico-psychologiques. En outre, entreprendre la création d'une nouvelle structure avec un déficit risque de limiter d'autant la capacité d'autofinancement (CAF) de l'établissement de même que sa capacité d'investissement pluriannuel. Il est donc souhaitable de l'éviter. Enfin, le CG35 conteste la proposition de la Ddass.

Par ailleurs, il faut également tenir compte des conditions réglementaires imposées dans le cadre de la tarification des ehpad.

#### B) La convergence tarifaire

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 poursuit la mise en oeuvre du processus de convergence tarifaire. « *La modernisation du secteur passe par des "réformes structurantes" dans la gestion du secteur "personnes âgées"*, notamment avec la mise en oeuvre d'outils de convergence tarifaire et une évolution de la tarification des ehpad ainsi que par le "*développement de modalités d'allocation de ressources responsabilisantes*"<sup>54</sup> ». L'Etat souhaite faire en sorte que les dotations allouées aux établissements se rapprochent d'une référence moyenne nationale pour des activités similaires en termes d'accueil et de caractéristiques de population. La conséquence

---

<sup>54</sup> Circulaire du 20 février 2009 relative à la campagne budgétaire pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées



directe pour les établissements dont la dotation soins est supérieure au plafond est que leur évolution est bloquée à 0,5% d'augmentation en 2009 et un retour au plafond à échéance 2016 est prévu par une diminution progressive des moyens en soins<sup>55</sup>. Alors que la moyenne nationale se situe à 12,3, le point GMPS du CHGR est de 16,2. Le CHGR n'ayant pas encore signé de convention, la dotation soins est bloquée depuis 2006.

A ce jour, environ 700 établissements, représentant 60 090 places doivent s'y soumettre<sup>56</sup>. 65% des établissements concernés sont dans le secteur public, dont 40% sont des établissements rattachés et 25% des établissements autonomes, ce qui conduit à une diminution des moyens en personnel soignant en raison de la convergence. En outre, le tarif journalier est plafonné également (56 euros en Ille-et-Vilaine), par les conseils généraux. La variable d'ajustement restante est l'APA, ce qui signifie que « *le conseil général d'Ille-et-Vilaine devra financer à hauteur de 1,5 à 2 millions d'euros supplémentaires en 2010* »<sup>57</sup>.

La question qui découle de cette situation, est comment résorber le déficit pour éviter qu'il perdure et qu'il altère le budget ? Si le CHGR souhaite maintenir ces moyens, il devra réintégrer une partie des charges de l'ehpad dans le budget H. Ce point de départ montre qu'il faudra prendre des décisions, notamment concernant les effectifs.

**Encadré : Le GMPS et la dotation soins**

La tarification Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) correspond à une modalité de fixation de la dotation « soins » des établissements calculée sur la base des outils Aggir et Pathos. Ces outils permettent de déterminer un nombre points dits « points GMPS » qui sont fonction de la charge en soins requis par les résidents.

La valeur du point est fixée chaque année par les pouvoirs publics. Plus le Pathos et le Gir sont élevés, plus le GMPS est élevé. Il est important de préciser que la valeur du point n'est pas corrélée avec le coût de la prise en charge. Il s'agit ainsi, par le biais de la tarification GMPS, d'allouer les crédits disponibles, au sein d'une enveloppe limitative, selon une clé de répartition tenant compte de la charge en soins d'un ehpad. Etant donné le niveau du GMP (> 800), la mise en oeuvre de cette modalité de tarification permettra probablement à l'ehpad du CHGR un financement de la dotation soins proche de la situation actuelle.

<sup>55</sup> Arrêté du 16 juillet 2008 relatif aux tarifs plafond

<sup>56</sup> Dépêche APM n°193397 du 9 septembre 2009

<sup>57</sup> J.L. Tourenne, PCG 35, conférence EHESP, 8 septembre 2009

### 3.1.3 Déterminer les moyens humains

Avant la partition, l'usld dispose de 173 agents, dont 150 équivalent temps plein (ETP) inscrits au tableau des emplois permanents et des agents contractuels pour 200 résidents. Chaque unité de soins (5 en tout) est gérée par un cadre infirmier sur les sites et un cadre supérieur infirmier basé à l'usld de Rennes gère la totalité des équipes. Un médecin (1PH ETP) est responsable du pôle gériatrie et deux autres médecins (1,5 ETP généralistes) du centre hospitalier se rendent sur les sites externalisés. Cette organisation répond aux besoins d'une unité de soins de longue durée et le passage d'une organisation sanitaire à une organisation médico-sociale affectera l'ensemble de la structuration des ressources humaines.

Le référentiel ne souligne pas assez la nécessité d'une organisation spécifique pour l'accueil des personnes âgées handicapées psychiques, notamment les questions concernant la qualification spécifique des agents et particulièrement leur sensibilisation à la gérontologie, ici à la géronto-psychiatrie. Des compétences nouvelles sont nécessaires pour mettre en oeuvre des « savoirs » et des « savoir faire » mais aussi des aptitudes comportementales. L'un des objectifs de la convention consiste précisément à négocier un financement qui autorise une organisation des ressources humaines en adéquation avec les besoins d'accompagnement des résidents. Cependant, la redéfinition impose un redéploiement des effectifs pour l'ehpad futur de 120 lits.

#### A) Evaluer les effectifs

Il existe plusieurs manières de calculer les besoins en effectifs, qui seront brièvement rappelées ici.

- Effectif théorique : Effectif calculé de manière empirique en référence à la capacité potentielle du service sur une discipline donnée
- Effectif réel : Effectif rémunéré mensuellement dans le cadre d'un service=
- Effectif budgétaire : Part de l'effectif théorique retenu dans le cadre d'un exercice budgétaire en fonction des prévisions d'activités du service
- Effectif présent : Effectif des agents au travail dans l'unité fonctionnelle à un moment donné

Plusieurs simulations ont eu lieu durant le stage et celle présentée ici, en prenant pour exemple un effectif « global », est le résultat d'un travail effectué en collaboration avec le cadre supérieur infirmier, responsable des équipes de soins de l'usld.

a) *Aspects quantitatifs*

L'effectif global est calculé en incluant l'ensemble des agents qui interviennent à l'usld, soit le personnel administratif, soignant, aides médico-psychologiques (amp), médical, médico-technique, le personnel d'hygiène et des intervenants salariés du centre hospitalier, tels que le coiffeur. Le ratio global est d'environ 0,87 au 31 décembre 2007.

Diverses études menées en France font apparaître que les ratios généralement observés dans les ehpad hospitaliers dont le GMP est compris entre 700 et 800 se situent autour de 0,60<sup>18</sup>. Un ratio proche de 0,8 correspond donc à des résidents dont le GMP est compris entre 800 et 900.

Si l'on extrapole une organisation avec un ratio d'environ 0,8, cela signifierait qu'environ 94 agents ETP peuvent travailler pour l'ehpad. Ces moyens seraient attribués en fonction du GMPS. Lors de mon passage en stage, le calcul de l'effectif nécessaire au fonctionnement de l'usld se faisait sur la base de l'effectif réel par unité de fonctionnement (UF), pour chaque site, soit 5 unités de 40 lits. Dans l'ehpad futur, il est possible de considérer les effectifs de manière « globale », c'est-à-dire de calculer par équivalent temps plein (ETP) et d'organiser ultérieurement les horaires de telle sorte que, par exemple, les agents puissent travailler sur les deux sites de manière alternée.

Cela pourrait présenter l'avantage de la souplesse en termes d'horaires, et tendrait probablement à décloisonner les relations inter équipes entre les deux sites, ainsi qu'à unifier les pratiques. Le frein majeur risque d'être l'opposition des agents qui devront se déplacer périodiquement. Ces situations sont susceptibles de produire de l'absentéisme et d'accentuer les difficultés.

b) *Aspects qualitatifs et nouveaux rôles*

Si une solution de ce type était retenue, il resterait à déterminer la répartition de ces agents sur les deux sites (désigner les postes de travail des agents), en fonction de l'organisation temporelle future (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle et les congés annuels) et remanier les plannings actuels s'imposera dès l'ouverture de l'établissement.

En second lieu, la répartition des qualifications doit évoluer aussi, notamment en faveur des aides médico-psychologiques pour l'animation. Ces agents remplaceraient certains aides-soignants au fur et à mesure des besoins. Ajoutons que le nouveau statut

---

<sup>1</sup> <sup>8</sup> 0,58 : Schéma départemental des personnes âgées de l'Aube 2006-2011 p30  
0,63 : Etude relative aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, CRAM Midi-Pyrénées 2006, p78  
0,57 : Info stats n°2, Drass PACA, p. 5

de l'établissement impose une réorganisation institutionnelle et la désignation d'un médecin coordonnateur ainsi que d'un infirmier référent.

c) *Le médecin coordonnateur en ehpad*

Cette fonction n'est pas nouvelle, puisqu'en 1975 déjà, les établissements sociaux et médico-sociaux devaient passer un contrat avec un médecin rémunéré sur la base de vacations. Le profil, le rôle et les missions du médecin coordonnateur sont précisés dans l'arrêté du 26 avril 1999. Ce médecin, doit être compétent en gériatrie, et répondre aux objectifs déjà fixés dans la réforme de la tarification : améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans un cadre maîtrisé de dépenses de santé.

Son cadre juridique s'est constitué assez lentement. Le dernier texte est le décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées. Il donne une valeur réglementaire au statut de médecin coordonnateur. En application du décret, la rémunération du médecin coordonnateur en ehpad est fixée selon la forme juridique de l'établissement et en fonction du temps de présence du praticien. Dans le secteur public, le médecin coordonnateur peut être rémunéré comme un praticien attaché ou un praticien hospitalier.

« Pièce maîtresse » de l'organisation institutionnelle, il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution qui le désigne et, à ce titre, il est souhaitable qu'ils travaillent en équipe. Le médecin coordonnateur doit s'assurer de l'existence d'une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment les nuits et les week-ends, et contribuer à une bonne organisation de la permanence des soins. L'une de ses missions est d'alerter le directeur de la structure en cas de difficultés liées à la permanence des soins. Il est également en relation avec les différentes autorités administratives (Ddass) et les caisses d'assurance maladie. Son rôle n'est pas hiérarchique.

Il contribue à l'élaboration du projet de soins, il est garant de la cohérence de l'organisation des soins, assure les prises en charge spécifiques des personnes âgées, assure la prévention des risques et met en place les protocoles. A ce titre, sa responsabilité pénale peut être engagée. Mais il est également force de proposition pour la formation interne et il est un interlocuteur privilégié des familles. Dans le cas de cet établissement annexe, il est envisageable de conserver un PH, pour les deux sites.

Le passage d'un lieu de soins à un lieu de vie implique également une nouvelle organisation du quotidien, notamment une évolution des pratiques ainsi qu'il est apparu à l'issue de la démarche qualité. Enfin, la nouvelle organisation inclut également le recrutement de professionnels tels que psychologue, orthophoniste, diététicien, ergothérapeute, et psychomotricien à hauteur d'un ETP pour l'ensemble, et d'un ou de plusieurs

animateurs. Il est judicieux de s'interroger sur la pertinence d'une collaboration avec les professionnels de santé libéraux des localités de chaque site, de même que les possibles interventions de ces professionnels sur prescription d'un médecin traitant.

#### **3.1.4 Des freins épars et des éléments de blocage institutionnel**

A ce jour, le principal élément de déséquilibre que j'ai identifié dans cette structure est celui du pourcentage important de personnel contractuel (49% de l'effectif). Les agents recrutés à l'usld en contrat à durée déterminée de droit public ou de droit privé sont, le plus souvent, entrés au CHGR pour travailler dans le secteur psychiatrique. Ils sont presque toujours affectés à l'usld au début de leur affectation, puis changent de service.

La conséquence première de ce mode de fonctionnement est un « turnover » très élevé, les agents restent généralement moins d'un an dans le service, parfois de 10 à 30 jours. En second lieu, il leur est difficile d'adhérer aux projets du service, en raison de ce système. C'est pourquoi la démarche qualité, porteuse de sens, peut contribuer à pallier ce problème. Si les agents, même présents depuis peu, comprennent le sens du projet d'ouverture de l'ehpad et y adhèrent, ils seront plus enclins à y rester.

Le second problème était précisément celui du changement de statut, incompris avant le projet qualité. Certains agents souhaitaient quitter les sites externalisés pour revenir à Rennes, craignant de perdre leur emploi ou leur statut public. Les différentes interventions au cours de réunions d'auto-évaluation m'ont donné l'occasion de mieux faire comprendre le projet à moyen terme de la direction, et de préciser quel serait le statut de l'ehpad, ainsi que l'attestent les résultats du questionnaire. C'est là que la cohésion du groupe, le « travailler ensemble » peuvent servir de soutien à une réflexion future sur les programmes d'amélioration mis en œuvre. La présentation de la loi 2002-2 et ses implications a contribué à les rassurer, d'autant que j'ai souligné l'importance de l'environnement public et des partenaires institutionnels de l'établissement.

Pour autant, dans ce futur lieu de vie, le personnel doit être recruté, par voie interne ou externe, avec un objectif de plus grande stabilité. En effet, trop d'incertitudes ou un manque de visibilité de l'avenir peut aisément conduire à un absentéisme plus important. De même, proposer des formations spécifiques à la population de l'ehpad peut à la fois résoudre partiellement les problèmes d'absentéisme et de « burn-out » et donner une image plus gratifiante de l'institution. Ultérieurement, il apparaîtra nécessaire d'organiser un plan de communication permettant de présenter l'ehpad et ses projets dans le contexte de la loi 2002-2, tant aux agents internes qu'aux familles et à l'environnement externe.

Enfin, face à la redéfinition des lits, que les agents considéraient comme une « perte » d'emplois et de qualifications, les représentants du personnel ont marqué leur

opposition. Ce sont principalement les représentants de la Confédération générale des travailleurs (CGT) et de Force Ouvrière ( FO) qui se sont mobilisés à l'occasion des conseils d'administration, dont une séance qui a dû être repoussée trois fois en raison d'un blocage des portes de la salle.

Cependant, il est désormais possible de préparer l'ouverture du futur établissement médico-social.

## **3.2 Consacrer le changement de statut**

### **3.2.1 Préparer la visite d'ouverture**

A la suite de l'arrêté du 6 juin 2002 relatif au dossier de conventionnement, c'est une instruction de la DGAS<sup>58</sup> qui précise la liste des pièces nécessaires à la recevabilité du dossier :

- Le rapport d'évaluation avec ses points forts et points faibles
- Le classement des résidents par GIR
- Le projet de convention incluant les demandes financières argumentées (c'est-à-dire le budget sous forme ternaire avec mesures nouvelles).
- Le budget ternaire sans mesures nouvelles
  - L'engagement de recruter un médecin coordonnateur.

#### **A) Achever le dossier de conventionnement**

J'ai donc été sollicitée pour compléter l'annexe qualité et le rapport d'évaluation<sup>59</sup>. Ces documents reprennent de manière détaillée les items du référentiel qualité et les objectifs de la démarche ainsi que leur financement sur cinq ans.

L'établissement a donc satisfait à la plupart des critères attendus avant la signature, à l'exception de la question qui concerne la solitude des résidents. Au regard d'une évaluation en ehpad, la gravité des pathologies des résidents rend plus difficile l'appréciation de leur propre sentiment de sécurité ou de solitude. La plupart d'entre eux s'exprime avec difficulté, parfois ne s'exprime pas du tout, ou pas au moyen de la parole. L'article 5 précise les objectifs opérationnels de l'établissement, qui incluent les projets à long terme, en l'occurrence la mise en place des outils de la loi 2002-2 tels le projet de vie et le projet d'animation, mais aussi le projet de soins et le projet architectural.

#### **B) Projets à long terme**

La synthèse de la démarche fait apparaître plusieurs points dont le financement doit faire l'objet d'une étude et qui peuvent représenter un projet à moyen ou long terme. Il

---

<sup>58</sup> DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n°2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites  
<sup>59</sup> voir formulaire vierge, annexe n°1V

s'agit, notamment, de la mise aux normes des sanitaires et de divers accès intérieurs ou extérieurs de chaque site. Les ascenseurs doivent permettre de différencier le transport des personnes et le transport des déchets ou du linge. De même, les accès aux parkings doivent être praticables pour une personne en fauteuil roulant. La mise aux normes des salles de bains requiert un projet de travaux, et probablement une procédure d'appels d'offres et ne peut s'effectuer que sur une durée de plusieurs mois.

Enfin, l'intégration de l'établissement dans une filière géronto-psychiatrique fait partie des projets évoqués par la direction du centre hospitalier et souligné par la démarche dans la thématique des réseaux. Il serait mené en coopération avec le centre hospitalier universitaire de Rennes et représente l'opportunité de créer une équipe géronto-psychiatrique qui interviendrait dans l'ehpad. Le CHGR, déjà partie prenante du réseau gérontologique départemental, est volontaire pour participer à l'organisation et au financement de ce projet.

### **3.2.2 Initier la mise en place des outils de la loi 2002-2**

La démarche a souligné l'absence des outils spécifiques à la loi 2002-2. En donnant une place nouvelle aux bénéficiaires, ce texte vient renouveler le fonctionnement des institutions et le métier des professionnels. La prise en charge qu'ils effectuent selon les règles transmises par la formation professionnelle, ne constitue plus un acte vertueux mais, doit objectivement devenir l'enjeu d'une démarche discutée, négociée et réévaluée, avec l'utilisateur lui-même ou sa famille.

Les fondements de l'action sociale et médico-sociale visent à placer l'utilisateur au coeur des dispositifs proposés, dans le respect de ses droits. L'article 2 souligne notamment la promotion de l'autonomie, la protection des personnes et la nécessité d'une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, particulièrement à l'égard des personnes handicapées et des personnes âgées. L'article 3 précise le critère de la réponse adaptée aux besoins de chacun et le principe d'équité.

Dès lors, les utilisateurs doivent bénéficier du principe d'individualisation : « *Droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité*<sup>60</sup> », mais aussi au respect de leur dignité et au libre choix des prestations.

Les principaux outils à mettre en place, permettant l'expression de ces droits, seront donc le livret d'accueil, qui présente l'établissement et informe des conditions d'hébergement et des caractéristiques des prestations. Il doit contenir la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement. Ces deux derniers documents doivent également être affichés dans l'établissement.

---

<sup>60</sup> art. L.311-3 al.3 CASF

Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge doit être élaboré avec la participation de l'intéressé ou de son représentant légal. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il doit être rédigé lors de l'admission, remis au résident ou à son représentant et signé dans le mois qui suit.

Le conseil de la vie sociale (CVS) est une instance consultative à laquelle participent les résidents. Ils émettent des avis sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les soins, mais aussi sur les projets de travaux et d'équipement. Soutien à l'expression des personnes, c'est un organe facilitateur des relations entre les usagers, les familles et l'institution. La durée du mandat du CVS est de 1 à 3 ans et il est composé de 2 représentants des personnes accueillies, 1 représentant des représentants légaux ou des familles, 1 représentant du personnel, 1 représentant de l'organisme gestionnaire (le directeur, le plus souvent) avec voix consultative.

Enfin, le projet d'établissement établi pour une durée de 5 ans maximum, définit les objectifs de coopération, de coordination et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Il précise les modalités d'organisation ou de fonctionnement. Il est approuvé après consultation du CVS ou d'une autre instance participative.

D'autre part, les préconisations du rapport Blanc à long terme tendent à « *favoriser au niveau local un rapprochement des institutions et des dispositifs destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées* ». En l'occurrence, l'ehpad de Guillaume Régnier est un exemple en la matière, puisqu'il accueille des personnes handi-capées et âgées, alors que la France a plutôt développé un « double dispositif », c'est-à-dire des établissements différents pour des populations différentes.

### **3.2.3 Communiquer et légitimer le projet**

Lorsque des projets d'une telle envergure sont menés au sein d'une institution, l'information des acteurs, internes et externes, institutionnels ou non, est essentielle à leur compréhension des enjeux et nécessaire pour obtenir leur adhésion.

#### **A) Informer les acteurs internes**

La démarche qualité a révélé les changements qui doivent intervenir dans l'organisation même de l'usld, notamment en tant que filière d'aval des services de soins. En l'occurrence, là où existaient 200 lits d'accueil de personnes âgées lourdement handicapées et hospitalo-requérantes, il n'en restera que 80 dès la fin de l'année 2009, ce qui aura des conséquences sur les services psychiatriques, qui devront garder plus longtemps certains de leurs patients âgés.



Par ailleurs, 120 places d'ehpad pouvant accueillir des patients handicapés mentaux sont désormais disponibles. Cependant, ces patients ne seront ni SMTI ni hospitalo-requérants et sont susceptibles de rester longtemps, dans cet établissement où la durée moyenne de séjour d'un patient âgé est de 13 ans (en 2007). J'ai donc présenté cette nouvelle organisation en Commission médicale d'établissement (CME) ainsi qu'aux autres instances, notamment au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et au Comité technique d'Etablissement (CTE), après le suivi réalisé avec le comité de pilotage et présenté en réunion de direction.

Par ailleurs, la démarche entreprise à l'usld comme préalable à l'ouverture de l'ehpad a été inscrite dans les articles de la lettre d'information interne périodique qui est adressée aux agents avec leur bulletin de salaire.

Enfin, il me paraissait important de présenter une synthèse détaillée de la démarche et des ses résultats aux agents des sites concernés, après avoir diffusé une invitation à tout l'établissement. Ainsi, toute personne, qu'elle ait participé à la démarche ou non, pouvait en connaître le déroulement et les détails. A cette occasion, étaient présents les membres du comité de pilotage.

#### B) Rassurer les familles et l'environnement externe et institutionnel

A l'issue de ce travail, il est prématuré de présenter un projet de communication externe, puisque la convention n'a pas encore été signée. Néanmoins, une information à destination des familles doit être prévue, sous forme d'une réunion rassemblant toutes les familles et le personnel, sur chaque site, avant l'ouverture de l'ehpad, par exemple.

Au cours de cette réunion, une présentation de la loi 2002-2 et ses implications aux familles est nécessaire, afin d'en souligner les enjeux. La qualité de l'accueil, le respect des droits, la convergence des idées doivent être soulignées et ainsi faciliter la naissance d'une culture propre. D'autre part, l'importance des activités quotidiennes dans ce nouveau lieu de vie est à valoriser, de même que la participation des familles lorsqu'elles le souhaitent, ainsi que la création du CVS, essentiel à la vie de l'institution.

En effet, depuis une dizaine d'années, les familles et les résidents d'établissement d'hébergement sont mieux informés de leurs droits et plus exigeants en termes de qualité des prestations. « *Ainsi, dès 1998, la Fédération nationale des familles rurales réclamait-elle la mise en place d'un certificat de qualification des établissements, le renforcement des contrôles publics, le développement des outils de participation et d'information des résidents et de leur famille, l'affichage effectif et la communication aux résidents du règlement intérieur et d'un contrat de séjour [...]* »<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Endroit, A., *La démarche qualité dans les ehpad*, in Bulletin juridique de la santé publique, n°96, sept. 2006, éd. Weka, p. 13

Ensuite, une information à la presse locale paraît nécessaire, afin de poursuivre l'insertion de l'établissement dans son environnement. Il faut d'ailleurs souligner que chaque site est localisé dans un environnement différent : Le site A à la frontière de la métropole de Rennes est dans un environnement plutôt urbain, alors que le site B est dans une petite commune plutôt rurale.

A titre d'information, il me paraît utile de faire connaître aux autres institutions sanitaires la création de cet établissement. La démarche qualité a souligné le fait que l'ehpad ne s'inscrit dans aucun réseau, filière ou association. La première action de communication à mener me paraît donc d'inscrire l'établissement dans son environnement avec son nouveau statut et de rencontrer les autres directeurs d'institutions sociales et médico-sociales ainsi que les représentants des collectivités locales pour établir des liens de proximité.

## Conclusion

Malgré les efforts de quelques penseurs du XIXe siècle<sup>62</sup>, on considère aujourd'hui qu'il n'existe pas de théorie générale du changement social<sup>63</sup>. Pour autant, les organisations ne peuvent vivre sans projection dans l'avenir et donc, sans envisager des scénarios de changement. Issue d'une obligation réglementaire, demandée par l'ARH au CHGR, la création de cet ehpad est soumise à une double injonction : celle de la loi et celle de la démarche qualité. Tout est à construire dans ce projet, depuis les outils de la loi 2002-2, jusqu'au développement des relations avec les agents, les usagers, les familles et l'environnement même de l'établissement futur, par le biais des réseaux.

En effet, dans le cadre du plan « Psychiatrie et santé mentale », la mission nationale d'appui souligne la nécessité d'entretenir une réflexion contribuant à une meilleure articulation de la psychiatrie avec les autres disciplines et secteurs, notamment médico-sociaux. Elle préconise la collaboration en réseau pour la gériatrie, ce qui pourrait devenir le fondement d'un projet externe. Dans les projets internes, envisager un scénario reposant sur un projet éthique et développement durable répondrait aux besoins de modernisation de l'institution et à ses préoccupations de stabilité. Ou encore construire un projet de « prendre soin », qui impliquerait de former le personnel à l'« éthique du soin » et à la prévention de la maltraitance.

Il existe également des formations complémentaires au métier "initial" des professionnels en contact avec le public "handicapé" ou le public "âgé". Des crédits sont prévus dans le budget de la CNSA pour financer des actions innovantes et contribuer à la formation des personnels s'occupant des personnes âgées. Il convient de favoriser des actions de formation "croisées", permettant aux établissements d'élargir les compétences disponibles. » Enfin, en s'appuyant sur la recommandation n°7 du rapport Blanc, il faudrait concevoir un projet de ressources sociales destiné à revoir et à assouplir les normes d'encadrement en personnel dans cet ehpad qui comprend un taux élevé de personnes handicapées vieillissantes.

« Rien n'est plus fort en ce monde qu'une idée dont l'heure est arrivée<sup>64</sup> ». A l'ehpad du CHGR, l'heure du changement est là. L'approche qualité et éthique, la démarche de progrès tiennent en peu de mots : clarifier les besoins, dire ce que l'on peut faire, faire ce que l'on dit, prouver qu'on l'a fait, se contrôler, corriger les erreurs et s'interroger sur la place de l'humain. Quel futur pour la personne âgée handicapée psychique ? C'est à ces conditions que la confiance des équipes peut perdurer et que l'éthique peut s'instaurer au coeur des pratiques.

---

<sup>62</sup> Auguste Comte (1798-1857) et la loi évolutionniste des trois états, Karl Marx (1818-1883) et Emile Durkheim (1858-1917)

<sup>63</sup> Mensdras, H. et Forsé, M., *Le changement social*, Ed. Colin, 1983, 183p

<sup>64</sup> Bellaïche, M., *Manager vraiment par la qualité*, Ed. Afnor, Paris, 2008, 236p

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- Bellaïche, M., *Manager vraiment par la qualité*, éd. Afnor, La Plaine St-Denis, 2008, 236p.
- Bernoux, P., Amblard, H., Herreros, G., et al., *Les nouvelles approches des organisations*, éd. Seuil, Paris, 2005, 291p.
- Bernoux, P., *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, éd. Seuil, 2004, 307p.
- Berthiau, D., *Droit de la santé*, ED. Gualino, coll. Mémentos LMD, Paris, 2007, 273 p.
- Bami, G., *Le nouveau fonctionnement des ehpad*, éd. Les Etudes Hospitalières, 2006, Paris, 355 p.
- Breitenbach, N., *Une saison de plus handicap et vieillissement*, coll. Handicaps, éd. Desclée de Brouwer, 1999, 256p.
- Cadin, L., Guérin, F., Pigeyre, F., *Gestion des ressources humaines*, 3e éd., Dunod, Paris, 2007, 622p.
- Changeux, J.P., (sous la direction de) *Fondements naturels de l'éthique*, Odile Jacob, Paris, 1993, 334p.
- Ewald, F. *L'état-providence*, Ed. Grasset, Paris, 1986, 608 p.
- Fondation de France : *Les accompagner jusqu'au bout du chemin*, Rennes, éd. ENSP, 2002, 187 p.
- Joing, J.-L., *Ethique et qualité dans les services humains*, éd. L'Harmattan Paris, 2002, 305 p.,
- Liberman, R. , *Handicap et maladie mentale*, Puf, 2003, 128 p.
- Miramon, J.-M., *Manager le changement dans l'action sociale*, 2e éd., éd. ENSP, 2001, Rennes, 105 p.
- Terrier, E., *Déontologie médicale et droit*, Ed. Les Etudes hospitalières, coll. Thèses, Bordeaux, 2003, 527 p.
- Weber, G. *Vieillesse et handicap intellectuel, perspectives pour la décennie à venir*. In Zribi, G. et Sarfaty J. : *Construction de soi et handicap mental*, Rennes, éd. Ensp. 223 p.

## Rapports

- Blanc, P., *politique de compensation du handicap*, Centre d'Analyse Stratégique, 2001-2002, 95 p.
- *Le Handicap*, rapport Cour des comptes, juin 2003 (année européenne du handicap), 309 p.
- *Handicap, incapacités, dépendance (HID)*, DRESS, études et résultats, déc. 2002, n°204
- *Le modèle « Pathos »*, document publié par la CNAMTS et le SNGC, janvier 2007, 19p.
- *Etude relative aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, CRAM Midi-Pyrénées, 30 juin 2006, p. 30
- *Schéma départemental des personnes âgées du département de l'Aube 2006-2011*, p. 78

## Articles

- Azéma, B., Martinez, N., 2005, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie*. Revue française des Affaires sociales n°2-2005 , p. 297-333

## Documents internes au centre hospitalier

- *Service de soins de longue durée*, rapport d'activité service infirmier, CHGR, année 2007, 70p.
- *Service de soins de longue durée*, rapport d'activité médicale, CHGR, année 2007, 256 p., SSLD p. 203-225

## Textes législatifs

- 1) **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 annexé au décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- 2) **Décret n°99-317 du 26 avril 1999** relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

- 3) **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 ; crédits sur l'ONDAM 2000
- 4) **Circulaire DHOS-F 2/MARTHE/DGAS/DSS-1 A n° 2001- 58 du 26 janvier 2001** relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées
- 5) **Circulaire DHOS-F 2/MARTHE/DGAS n° 2001-276 du 21 juin 2001** relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé (unités
- 6) Code de l'action sociale et des familles : articles R232-1 à R232-66) **Article R232-3** (modifié par le décret n°2008-821 du 21 août 2008) : Conditions générales d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et Guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie.
- 7) Au titre de l'**article L313-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)** « La création, la transformation ou l'extension des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont soumises à autorisation, sous réserve des dispositions de l'article L. 313-1-1. »
- 8) Il est suivi de l'Article L313-3, Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 15 JORF 7 mars 2007 en vigueur le 1er janvier 2009 qui précise que « L'autorisation est délivrée par le président du conseil général », notamment pour les ehpad, y compris « lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département »
- 9) **Article L313-6 du CASF**, modifié par l'ordonnance n°2005-1477 du 1 décembre 2005 - art. 4 JORF 2 décembre 2005 souligne que « L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 ou son renouvellement sont valables sous réserve du résultat d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 312-1 dont les modalités sont fixées par décret et, s'agissant des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, de la conclusion de la convention tripartite mentionnée à l'article L. 313-12. Ils valent, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et, lorsque l'autorisation est accordée par le représentant de l'Etat, seul ou conjointement avec le président du conseil général, autorisation de dispenser des prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale. »

---

## Liste des annexes

---

- I ) Article FHF-SNGC (dépêche APM)
- II ) Article « L'Actualité 35 » n°8, CG35
- III ) Extraits du rapport d'activité médicale et soignante à l'usld du CHGR
- IV ) Annexe qualité dossier de conventionnement
- V ) Annexe budgétaire du dossier de conventionnement
- VI ) Extrait du dossier CROSMS
- VII ) Synthèse démarche qualité
- VIII ) Questionnaire
- IX ) Grille d'entretiens
- X ) Calcul du GIR
- XI ) Définitions de Pathos



**SUJET : FHF GERONTO MEDICO-SOCIAL DEPENDANCE MALTRAITANCE SNGC EHPAD**

**La FHF et le SNGC comparent les soins réalisés en Ehpad selon les taux d'encadrement**

PARIS, 2 avril 2009 (APM) - La Fédération hospitalière de France (FHF) et le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) ont réalisé des fiches à destination des usagers et des familles pour comparer les soins réalisés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) selon leurs taux d'encadrement, ont-ils annoncé au cours d'une conférence de presse jeudi.

Dans un souci de transparence, la FHF a également annoncé le lancement de guides "l'Ehpad expliqué", qui seront mis à disposition des usagers et de leurs proches dans les établissements, pour expliquer le fonctionnement et les prestations des structures et faire état des difficultés auxquelles elles sont confrontées en termes d'encadrement en personnels.

Alors que la circulaire budgétaire 2009, qui fait craindre une restriction des moyens, est fortement contestée (cf dépêches APM MHMCV002, APM MHMCO002 et APM MHMCQ003), la FHF et le SNGC ont mis en exergue le faible niveau de prestations en soins auquel on peut s'attendre dans des établissements insuffisamment dotés en personnels afin de rendre "lisibles" ces carences auprès des usagers et des familles.

La FHF et le SNGC ont présenté six fiches thématiques, qui ont été élaborées "à partir de retour de terrain par des cadres soignants et des médecins pour un profil Ehpad dont la charge en soins est importante", pour étudier le différentiel entre les soins requis et les soins réellement réalisés selon le taux d'encadrement.

Les différentes thématiques des fiches sont les soins d'hygiène, la continence, l'alimentation, la sécurité pour le résident et la prévention de la perte d'autonomie, l'entretien de l'environnement de vie et, enfin, les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie.

Dans chacune des fiches, les recommandations, issues du guide des bonnes pratiques de soins en Ehpad élaboré par la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) d'octobre 2007, sont rappelées.

Pour chaque thème, la FHF présente une colonne avec des soins réalisés avec un ratio de 0,6 soignant par résident.

Ce taux est celui "d'un certain nombre de structures publiques au sein desquelles les résidents peuvent requérir un niveau de soins importants en raison d'une forte perte d'autonomie ou de polyopathologies", tels que les établissements, anciennement unités de soins de longue durée (USLD), requalifiés en Ehpad ou pour des Ehpad rattachés à des établissements de santé qui accueillent des personnes âgées en suite d'hospitalisation.

Une seconde colonne présente les soins réalisés avec un ratio de 0,3 soignant par



Octobre 2008 - N°31 - www.ille-et-vilaine.fr

# L'ACTUALITÉ

LA LETTRE DU CONSEIL GÉNÉRAL D'ILLE-ET-VILAINE



## SUR L'AGENDA DU PRÉSIDENT

### Judi 2 octobre

- Inauguration du 119<sup>e</sup> congrès national des sapeurs pompiers de France au parc des expositions de Bruz

### Mardi 7 octobre

- Participation aux Open Days à Bruxelles (séminaire sur l'innovation dans les structures publiques)

### Judi 9 octobre

- A l'occasion des Rencontres nationales de l'éducation, inauguration du nouvel Orientibus, la plateforme départementale de découverte des métiers au Triangle à Rennes

### Judi 16 octobre

- Signature de la convention de site de Rennes Métropole dans le cadre du contrat de projets Etat-Région (participation du Département à 4 projets : l'étude préalable à l'extension du métro, le centre de congrès, la cité internationale des chercheurs et l'espace entreprises Biopôle).

- Signature du contrat restauration entretien des milieux aquatiques du bassin de l'Ille et Villet 2008-2012 à Saint-Aubin-d'Aubigné

### Mardi 21 octobre

- Inauguration du collège de La Mézière

### Samedi 25 octobre

- Rencontre, à Rennes, avec le Comité départemental olympique et sportif, les maires et adjoints au sport, les présidents de communautés de communes sur le thème de la politique sportive départementale

### Mercredi 29 octobre

- Congrès de l'Association des Départements de France à Orléans

### Judi 6 et vendredi 7 novembre

- Session du Conseil général (DM)

## SOLIDARITÉ

### Les personnes âgées sont victimes de la réforme des unités de soins de longue durée

Les unités de soins de longue durée (USLD) rattachées à des hôpitaux et communément appelées « longs séjours », qui hébergent les personnes âgées les plus dépendantes font l'objet d'une réforme prévue par la loi de financement de la Sécurité sociale. Le Conseil

général s'inquiète de ce mouvement de fermetures massives de lits USLD. Cette réforme remet en cause les principes de proximité, de service rendu et de sécurité. Elle a fait l'objet d'un débat lors de la session de septembre à l'occasion d'une discussion avec Antoine Perrin, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation.

En Ille-et-Vilaine, 1 531 lits relèvent des USLD et sont répartis dans 13 hôpitaux : Cancale, Saint-Méen-le-Grand, Montfort-sur-Meu, Antrain, La Guerche-de-Bretagne, Vitré, Redon, Fougères, Saint-Malo, Combourg, Chantepie, CHU et Guillaume-Régner à Rennes. Avant la fin 2009, plus de 1 000 lits qui étaient en USLD doivent être requalifiés en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le prétexte avancé est le suivant : les personnes

hébergées aujourd'hui en USLD n'ont pas toutes besoin de « soins médicaux techniques importants ».

Certaines personnes âgées dépendantes ou en fin de vie qui, à l'avenir, auront besoin d'un accueil en USLD risquent de ne pas pouvoir rester près de leur domicile dans la mesure où l'hôpital local aura vu ses lits d'USLD transformés en Ehpad, établissement qui n'a pas l'encadrement médical nécessaire pour les accueillir en toute sécurité. Ces personnes déjà fragilisées se retrouveront ainsi encore plus éloignées de leurs familles. Par ailleurs, ces familles auront, en même temps, à supporter un coût supplémentaire de 5 € par jour, soit 150 € par mois en moyenne. La charge supplémentaire pour le Département est, quant à elle, évaluée à 1,5 million d'euros.

Contact : direction personnes âgées,  
02 99 02 37 06.

## RENDEZ-VOUS

• La troisième réunion annuelle plénière des comités consultatifs du Conseil général se tiendra le mardi 25 novembre prochain. Les élus du Conseil général, les membres des huit comités consultatifs thématiques et les services concernés se retrouveront à l'espace Anne-de-Bretagne à Rennes à partir de 16h30. Au programme, un temps d'information sur la réorganisation des services et la création d'agences départementales, dans les pays et une séance de théâtre-forum sur un sujet de préoccupation partagée, animée par Altair Ego.

SERVICE de SOINS de LONGUE DURÉE

### 1 REPARTITION PAR SEXE

Sur 200 résidents	Dec.2005	Sur 257 résidents	Dec.2006	Sur 244 résidents	Dec.2007
% des Femmes	56.1 %	% des Femmes	56.43 %	% des Femmes	57 %
% des Hommes	43.9 %	% des Hommes	43.57 %	% des Hommes	43 %

### 2 MOYENNE D'AGE

#### 2.1 Moyenne d'âge global

Sur 200 résidents	Dec.2005	Sur 257 résidents	Dec.2006	Sur 244 résidents	Dec.2007
M.âge global	76.42	M.âge global	76.42	M.âge global	75.70
M.âge Femme	79.48	M.âge Femme	79.30	M.âge Femme	78.30
M.âge Homme	76.33	M.âge Homme	75.19	M.âge Homme	73.11

#### 2.2 Moyenne d'âge en fonction des diagnostics

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Démence	80.14	80.26	82.10	78.98	79.34	81.95
Démence	76.78	77.78	76.8	77.02	69.66	75.21
Psy	74.82	76.1	73.86	76.2	74.4	74.63
Psy	71.06	73.2	69	71.41	71.96	71.01

### 3 DUREE MOYENNE DE SEJOUR ET TAUX D'OCCUPATION

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nb admissions de psychiatrie	57	50	66	60	54	42
Nb admissions de l'extérieur	8	10	8	10	5	2
Résolutions de patients hospitalisés	48	42	33	54	27	20
Durée moyenne de séjour	275 j	242 j	225 j	267 j	250 j	221 j
Taux d'occupation	98.98 %	99.17 %	98.81 %	99.9 %	99.12 %	99.11 %

### 4 LES DIFFERENTS DIAGNOSTICS (244 Résidents)

#### 4.1 Relevé des diagnostics lors de l'admission (les chiffres entre parenthèses représentent l'année 2006)

- Maladie d'Alzheimer à début tardif	31.6 %	(36.6 %)
- Psychose chronique avec déficit intellectuel	21 %	(17.5 %)
- Psychose maniaco-dépressive	4.1 %	(4.3 %)
- Etat démentiel mixte	11.1 %	(12.1 %)
- Névrone sévère avec déficit intellectuel	5.3 %	(5 %)
- Etat dépressif sévère, mélancolique	2.9 %	(2 %)
- Démence vasculaire	3.3 %	(3.50 %)
- Oligophrénie et déficience intellectuelle	7 %	(7.1 %)
- Démence post-éthanolique et Korsakoff	5.7 %	(4.3 %)
- Démence temporo-frontale	2.4 %	(1.3 %)
- Parkinson évolué	2 %	(1.5 %)
- Maladie à corps de Lewy	2 %	(1.5 %)
- Chorée de Huntington	0.8 %	(1.5 %)
- Sclérose en plaque	0.8 %	(1 %)

Commentaire : Le pourcentage de résidents qui présentent une maladie démentielle baisse significativement cette année (5 %). Le nombre des psychiques augmente.

SERVICE de SOINS de LONGUE DURÉE

### 4.2 Répartition au cours des années des deux grandes catégories de patients (état démentiel « patients psychiatriques »)

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Etat démentiel	58 %	61.5 %	61 %	65 %	60.56 %	65.05 %	63.5 %	57 %
« Malade psychiatrique »	42 %	38.5 %	39 %	35 %	39.44 %	34.95 %	36.5 %	43 %

### 5 DEPENDANCE ET GRILLE AGGIR

#### 5.1 Enquête effectuée en juin 2007 et décembre 2007

GR	1	2	3	4	5	6
Date enquête	Jun	Déc.	Jun	Déc.	Jun	Déc.
1 <sup>er</sup> étage	17	16	14	15	7	4
Reuses	42.3 %	40 %	35 %	37.5 %	17.5 %	10 %
2 <sup>ème</sup> étage	17	23	12	6	4	7
Reuses	42.3 %	57.5 %	30 %	15 %	10 %	17.5 %
Châteaugiron	22	23	12	10	1	4
Châteaugiron	35 %	37.5 %	30 %	25 %	2.5 %	10 %
Vignalon	19	19	7	11	8	7
Bruz	47.5 %	47.5 %	17.5 %	27.5 %	20 %	17.5 %
Larocque	24	24	9	7	3	4
Bruz	60 %	60 %	22.5 %	17.5 %	10 %	22.5 %
Leuroque	99	105	54	49	23	26
Effectifs cumulés	49.5 %	52.5 %	27 %	24.5 %	11.5 %	5.5 %
% Effectif						

#### 5.2 Evaluation du GMP (Gir Moyen Pondéré) au cours des années

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
GMP	874	869	864	826	844	835	852

Commentaire : Comme au cours des années précédentes le GMP reste supérieur à 800

#### 5.3 Histogramme AGGIR

SERVICE de SOINS de LONGUE DURÉE

### 5.4 Grille AGGIR : évolution des GIR au cours des années

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
GIR 1	50 %	51.5 %	45 %	45 %	41.75 %	40.5 %	51 %
GIR 2	35.75 %	35 %	35.67 %	39 %	40 %	37.75 %	25.75 %
GIR 3	8.75 %	5.25 %	8.04 %	7.5 %	8.75 %	11.5 %	12.25 %
GIR 4	3.50 %	4.75 %	7.54 %	4.5 %	6 %	6.75 %	6 %
GIR 5	2 %	2.25 %	0.5 %	2.25 %	1 %	2.75 %	4.25 %
GIR 6	0 %	1 %	1.51 %	2 %	2.5 %	0.75 %	0.75 %

Commentaire : Les psychiques en nombre plus important sont globalement moins dépendants. Le GIR 2 diminue, GIR 5 augmente. Le GMP reste supérieur à 800 : la grande dépendance (GIR 1) représente 51 % des GIR.

### 6 ETUDE DE LA DEPENDANCE COGNITIVE (MMS de Folstein)

#### 6.1 Evolution des MMS au cours des années (moyenne des scores)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Moyenne Globale	6.22/30	7.16/30	6.77/30	6.72/30	6.43/30	7.6/30	< 10
Moyenne 1	6.27/30	7.78/30	7.82/30	7.46/30	7.45/30	9.3/30	< 10
Moyenne 2	6.17/30	6.74/30	6.06/30	6.28/30	6.28/30	6.30/30	< 10

#### 6.2 Evolution des MMS en fonction du stade de la démence

Stade évolutif de la démence	2004	2005	2006	2007
Démence profonde MMS = 0	34.5 %	44.5 %	43 %	44.2 %
Démence sévère MMS < 10	36.5 %	27.5 %	22 %	24.1 %
Démence modérée MMS 11 à 19	14.2 %	18 %	21.5 %	17.6 %
Démence légère MMS 20 à 26	8.2 %	7.5 %	10 %	11.6 %
MMS > 27	4.5 %	2.5 %	3.5 %	2.5 %

#### 6.3 Evolution des MMS en fonction des diagnostics

Diagnostic	2002	2003	2004	2005	2006	2007
« Psychiatrique »	16.24/30	15.04/30	13.38/30	9.69/30	10.95/30	11.19/30
« Dément »	3.60/30	3.98/30	4.13/30	4.87/30	6/30	< 10/30

### 7 MODELE PATHOS

#### 7.1 Objet

→ Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées, qui a été élaboré conjointement par le service médical de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et le Syndicat des Gériatres Français.

→ Le système permet :

- D'identifier sur une liste pré-établie de 50 états pathologiques celui ou ceux qui résument mieux l'ensemble de la pathologie actuellement présentée par le patient le jour de l'enquête. Chaque « état pathologique » identifié est associé à un profil de soins.
- De compléter la description de cet état clinique par un « profil de soins nécessaires » choisi parmi 13 profils possibles.
- Chaque état pathologique précédemment identifié est associé avec son profil de soins correspondant pour former 250 couples « état pathologique-profil ». Chaque profil de soins est l'expression d'une démarche thérapeutique combinant les soins médicaux, paramédicaux, pharmaco-logiques et les examens complémentaires dictés par la gravité et l'évolution de la situation clinique.

→ Autre concepts :

- SMTI : Soins Médico-Techniques Important. Un patient est SMTI quand son état de son impose une permanence infirmière 24h/24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire.
- PMP : Pathos Moyen Pondéré mesure le besoin global moyen en soins médico-techniques d'une population. Exemples (moyenne nationale) :

- Le PMP en foyer logement est à 80
- Le PMP en maison de retraite est à 125
- Le PMP en service de soins de longue durée est à 222
- Le PMP en soins de suite et de réadaptation est à 300
- Le PMP en court séjour est à 550

#### 7.2 Coupe transversale PATHOS effectuée en décembre 2007

	2006	2007
Nombre de patients	200	200
Nombre états pathologiques	2741	2771
Nombre moyen états pathologiques/patients	13.71	13.86
SMTI	20.50 %	16.50 %
Pathos Moyen Pondéré	271	263
BGS	1537	1533
Part des SMTI	45.66	44.43

NB : BGS = Besoin Global de soins regroupant les soins de base et les soins médicaux techniques. SMTI = Soins Médico-Techniques Importants. NMTI = Soins Médico-Techniques Importants

#### 7.3 Pathos et dépenses pharmaceutiques

Etude des postes de soins (attribution de point en fonction de l'importance de chaque poste)

Poste de soins	2005	2006	2007
Soins médicaux gériatriques	41.48	18.6	17.1
Soins médicaux psychiatriques	32.26	10.2	9
Soins techniques infirmiers	39.82	20	18.7
Rééducations et réadaptations	16.76	11.2	10.4
Psychothérapie ordonnance	55.02	50.3	49.1
Actes de biologie	14.38	7	6.8
Autres explorations	8.82	6.4	7.2
Pharmacie et petits matériels	42.66	36.4	35.6

Commentaire : Le pathos moyen pondéré (263) et le SMTI (16.50 %) diminuent sensiblement. L'activité médico-technique reste soutenue (part des SMTI à 44.43 %).

### 8 PROTECTION JURIDIQUE

#### 8.1 Statut juridique des résidents ayant séjourné au long séjour

Type de protection	2006	2007
Tutelle famille	63 (23.42 %)	57 (22.2 %)
Tutelle CHGR	65 (24.16 %)	62 (24.12 %)
Tutelle extérieure	25 (9.29 %)	29 (11.28 %)
Curatelle (renforcée)	13 (4.83 %)	16 (6.22 %)
Instances de tutelle	5 (1.86 %)	6 (2.33 %)
Sous-garde de justice		25 (10.2 %)
Pas de mesure	98 (36.44 %)	87 (33.85 %)

#### 8.2 Evolution dans le temps des mesures de protection (% de personnes âgées protégées)

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SMTI	73.57 %	67.55 %	64.34 %	62 %	63.56 %	66.15 %	74.6 %

Commentaire : Le pourcentage de personnes sous protection juridique augmente et atteint 74.6 %.

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITE - PRISE D'EFFET AU :				
ETABLISSEMENT :		UNLSD de CHU de Grenoble - Centre de Soins de Longue Durée		
Thème 2 : Le déroulement de la journée	ÉTAT DES LIEUX	OBJECTIFS	ECHÉANCES / MOYENS	RÉALISATION EFFECTIVE
L'heure moyen du lever des résidents :				
Fréquence moyenne des toilettes complètes observée :				
L'heure moyen de fin des toilettes observé :				
<b>Les repas :</b>				
Préciser les horaires des repas :				
Existence d'un goûter organisé :				
Horaires, le cas échéant du goûter :				
Existence et rôle de la commission menus dans l'établissement :				
Existence d'un recours à un professionnel de la nutrition :				
Préciser le rôle et la fréquence d'intervention, le cas échéant, du professionnel de la nutrition :				
<b>Les soirées :</b>				
Préciser l'heure moyen du coucher observé :				
An menu est-il proposé dans la soirée aux résidents qui le souhaitent ?				
Préciser selon quelle pratique :				
Préciser l'amplitude moyenne entre la fin du dîner et le début petit déjeuner observée de façon générale :				
<b>REMARQUES DE L'ETABLISSEMENT</b>				



**EHPAD - ANNEXE FINANCEMENT**

convention pluriannuelle tripartite 2010 - 2014

**tableau récapitulatif des mesures retenues  
ayant un impact sur les dépenses de fonctionnement**

**1 - base 2009**

**intégration des prestations financées hors budget en 2009 en fonction du tarif**

**demande exposée concernant le choix du tarif soit : PARTIEL ou GLOBAL**

Remplir les cases jaunes en fonction de l'existence d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) dans l'établissement et du tarif demandé. Une seule colonne correspond à la situation de l'établissement et à la demande.

numéro de compte	nature des dépenses	coût à intégrer suivant existence PUI et du tarif demandé			
		partiel		global	
		sans PUI	avec PUI	sans PUI	avec PUI
6214	remunérations (DE libéraux)				
62113	structure des activités médicales libérales				
6223	remunérations et prescriptions des médecins généralistes libéraux				
6223	examens de radiologie et de biologie (autres que ceux répertoriés ci-dessus)				
6021 - 60211 - 60221	médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables (PUI)				
6022 - 60222 - 60223	matériel médical et fournitures médicales (PUI)				
<b>total des mesures à intégrer</b>					

**exclusion de prestations intégrées au budget en 2009**

Remplir les cases jaunes en fonction de l'existence d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) dans l'établissement et du tarif demandé. Les médicaments, matériel médical et fournitures médicales financés par la section de cure, réalisés dans le cadre du forfait soins sont à retirer.

numéro de compte	nature des dépenses	montant des dépenses à retirer suivant existence PUI et du tarif demandé			
		partiel		global	
		sans PUI	avec PUI	sans PUI	avec PUI
6021 - 60211 - 60221	Médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables (PUI)				
6022 - 60222 - 60223	Matériel médical et fournitures médicales (PUI)				
<b>total des mesures à retirer</b>					

**2 - récapitulation de l'évolution de la capacité de l'E.H.P.A.D.**

Années	nombre de places						total
	hébergement permanent		hébergement temporaire		accueil de jour		
	Alzheimer	autres	Alzheimer	autres	Alzheimer	autres	
2010							
2011							
2012							
2013							
2014							

**COMITE REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE  
"SECTION SOCIALE"**

**TRANSFORMATION D'UNE USLD EN MAISON DE RETRAITE TARIFEE E.H.P.A.D.  
NOTICE DE REMPLISSAGE**

*Cette procédure simplifiée concerne uniquement la transformation juridique d'une structure USLD en établissement médico-social tarifé EHPAD.  
Toute autre modification (capacité, gestionnaire, restructuration, etc.) nécessitant un avis du CROSS doit faire l'objet de la procédure habituelle*

**IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT**  
A reprendre dans le dossier promoteur sans commentaire

**LA CAPACITE D'ACCUEIL**  
Il s'agit des lits et des places autorisés

**LA POPULATION ACCUEILLIE**  
Précisez la date du dernier girage connu, même non validé.  
Un commentaire s'impose si le GMP est ou très faible ou très élevé.  
Population spécifique : Alzheimer, désorientées, handicapés vieillissants, autre.  
Précisez la capacité des sections spécialisées

**LE PROJET DE VIE :**  
• Commentaires sur l'adéquation des prestations du projet de vie avec l'état de dépendance des résidents et des populations spécifiques accueillies.

**LOCAUX ET MATERIELS**  
• Commentaires sur l'adéquation des locaux et la qualité des espaces au regard de l'état de dépendance des résidents et des populations spécifiques accueillies.  
• Commentaires au regard de la sécurité, l'accessibilité, l'hygiène  
Si des travaux sont envisagés ou en cours, en décrire la nature, les coûts, les plannings de réalisation.

**LES PERSONNELS**  
• Commentaires sur l'adéquation des qualifications des personnels au regard de l'état de dépendance des résidents et des populations spécifiques accueillies.  
• Préciser le nombre d'agents (ETP), et le ratio AS+AMP par lit.  
• Commentaires sur le plan de formation des personnels.

**LES MOYENS FINANCIERS**  
Commentaires sur la ventilation des dépenses dans les trois sections tarifaires, et les tarifs qui en découlent.

**L'INSCRIPTION DANS UN RESEAU GERONTOLOGIQUE ET DE SOINS**  
• Commentaires sur l'opérationnalité des conventions, et le maillage existant.

**CONCLUSION**  
• Avis d'opportunité de la transformation au regard de :  
- l'état de dépendance des résidents et des populations spécifiques accueillies.  
- des objectifs du projet de vie  
- de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées, à travers les moyens humains, techniques et financiers mis en place.  
Préciser la date probable de passage à la nouvelle tarification (si une convention tripartite est en cours).

---

DRASS de Bretagne Décembre 2000

**Les points forts**

- L'adhésion et l'implication**  
Tous les EHPAD ont obtenu une reconnaissance
- Les soins**  
Tous les EHPAD ont obtenu une reconnaissance
- Le rôle social**  
Tous les EHPAD ont obtenu une reconnaissance
- La gestion du personnel**  
Tous les EHPAD ont obtenu une reconnaissance
- La sécurité**  
Tous les EHPAD ont obtenu une reconnaissance
- La qualité**  
Tous les EHPAD ont obtenu une reconnaissance

**Les axes d'amélioration**

- Améliorer l'adhésion aux habitants concernant la prévention de la chute, éviter un lit d'hospitalisation
- Améliorer les soins en établissement de soins de longue durée (ESLD) de la prise en charge gerontopsychiatrique de la vieillesse, à l'exception de la section gériatrique de l'hôpital de jour de la vieillesse, améliorer la qualité de la prise en charge de la vieillesse
- Améliorer les pratiques d'accueil et de soutien des équipes de soins de longue durée (ESLD) de la prise en charge gerontopsychiatrique de la vieillesse, à l'exception de la section gériatrique de l'hôpital de jour de la vieillesse, améliorer la qualité de la prise en charge de la vieillesse
- Améliorer les pratiques d'accueil et de soutien des équipes de soins de longue durée (ESLD) de la prise en charge gerontopsychiatrique de la vieillesse, à l'exception de la section gériatrique de l'hôpital de jour de la vieillesse, améliorer la qualité de la prise en charge de la vieillesse
- Améliorer les pratiques d'accueil et de soutien des équipes de soins de longue durée (ESLD) de la prise en charge gerontopsychiatrique de la vieillesse, à l'exception de la section gériatrique de l'hôpital de jour de la vieillesse, améliorer la qualité de la prise en charge de la vieillesse

**- Démarche qualité**

- Obligation qui conditionne la signature de la convention.
- Sera systématique à terme.
- Rôle important pour valoriser le travail fait.

**- Négociation tarifaire complexe**

**- Incidences dans l'organisation des soins**

- Nécessité d'étudier les profils des patients à orienter en EHPAD, en USLD
- Création d'une Commission d'Admission.
- Assurer un travail de liaison des services de psychiatrie vers l'EHPAD
- Maintien dans les services de psychiatrie de patients âgés ne pouvant pas être admis en USLD ou en EHPAD.
- Développer une réflexion sur la gériatrie psychiatrie en psychiatrie générale.

**- Incidences financières : l'opération "sincérité des comptes"**

- Objectif : imputer les dépenses au coût réel par section tarifaire pour avoir une image sincère des budgets (parvenir à rétablir la réalité des coûts)
- Moyens : identifier et évaluer les charges à imputer (comptabilité analytique, reversements, ...)
- Objet de la négociation avec le Conseil Général et le DDASS = incidence de la démarche sur les tarifs pour les usagers et sur les métiers pour assurer la prise en charge des résidents

**Incidence sur les 3 tarifs**

Hébergement	Dépendance	Soins
Un prix de journée hébergement CROQUE à la charge de l'usager ou de l'aide sociale hébergement	3 tarifs dépendance à la charge de l'usager ou de l'APA + 1 pour les personnes de 60 ans ou plus (à l'exception des personnes handicapées)	3 tarifs selon la charge de l'usager ou de l'APA + 1 pour les personnes handicapées

Conseil Général
DDASS 9114

Des questions ???

- 1 Quel est votre grade ?
- 2 Une auto-évaluation est en cours  
pour la démarche qualité : y avez-vous contribué ? oui non  
non
- 3 Pour vous, ce travail a-t-il facilité les relations entre les agents ? oui non  
(mieux se connaître...)
- 4 Pensez vous qu'une telle démarche est utile ? oui non
- 5 Si oui, pensez-vous qu'elle
- a) vous apprendra quelque chose oui non
- b) Fera progresser le service oui non  
(en termes d'organisation et  
de matériel)
- c) Apportera des changements oui non  
favorables (modes de travail)
- d) Autres .....
- 6 Si non, pourquoi ?  
.....
- 7 Y avez-vous adhéré ? oui non
- 8 Avez-vous apprécié le travail en groupe ? oui non
- 9 Si non, pourquoi ?  
.....
- 10 Si non, avez-vous une autre proposition ?  
.....  
.....

**A propos de la partition USLD-Ehpad**

**M.**

**M.**

**Introduction**

**L'organisation et la filière gériatrique**

Préciser l'organisation :

**La filière :**

- 1 - **Pourquoi avoir tardé à mettre en œuvre la réforme ?**
- 2- **Avez-vous tiré des enseignements de la démarche qualité spécifique ?**
- 3- **L'intérêt de la convention tripartite**
- 4- **quel impact de cette réforme pour l'établissement ?**

**L'aspect financier**

**Les effectifs**

- 5- **Pour un établissement tel que le vôtre, que représente la création d'un établissement médico-social ?**

**Remarques générales**



**PRATIQUE : Calcul du GMP = GIR Moyen Pondéré**

webmaster le 26/6/2007 7:24:31 (1538 lectures)

Pour calculer le GMP (GIR Moyen Pondéré), vous devez :

- faire la somme des patients de chaque groupe avec un coefficient multiplicateur :

Ce coefficient est 1 pour GIR 1

Ce coefficient est 0,84 pour GIR 2

Ce coefficient est 0,66 pour GIR 3

Ce coefficient est 0,42 pour GIR 4

Ce coefficient est 0,25 pour GIR 5

Ce coefficient est 0,07 pour GIR 6

- faire la somme globale

- diviser par le nombre de patients

- multiplier par 1000

Vous pouvez également utiliser ce fichier Excel comportant la formule de calcul:

<http://medco5962.free.fr/modules/mylinks/visit.php?cid=4&lid=22>

**Association des médecins coordonnateurs d'Ehpad du Nord-pas-de-Calais**

Autre organisme :

**Albi gériatrie :**

Le gir moyen pondéré est obtenu par :

- le nombre de patients obtenu dans chaque groupe (GIR) multiplié par un coefficient propre à son groupe :

Ce coefficient est 1 pour GIR 1

Ce coefficient est 0,84 pour GIR 2

Ce coefficient est 0,66 pour GIR 3

Ce coefficient est 0,42 pour GIR 4

Ce coefficient est 0,25 pour GIR 5

Ce coefficient est 0,07 pour GIR 6

- le jeu consiste alors à effectuer la somme des produits obtenus

- cette somme est divisée par le nombre total de patients (ou résidents ou clients ou personnes âgées ou...)

Modèle PATHOS

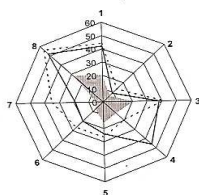
### Les bilans du modèle PATHOS comportent

#### ■ La distribution des états pathologiques et leurs associations

■ La **distribution des profils de stratégie thérapeutique**, et le croisement entre profils et états pathologiques (la distribution des états pathologiques par profil et la distribution des profils par état pathologique).

■ Un algorithme complexe, imposant l'utilisation de l'informatique, mesure pour l'ensemble des couples état pathologique - profil présentés par une personne les **niveaux de moyens à mobiliser pour assurer les besoins réels dans les huit postes de ressources**.

Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base de **niveaux moyens de soins nécessaires par personne** (comparables au GMP du modèle AGGIR), sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de ressources, rapportés à une valeur maximale 100. Ils sont habituellement illustrés par un graphique dit "en radar" où chaque axe représente un poste de soins. Ce graphique constitue un "profil de besoins" de la population pouvant être comparé à des profils caractéristiques de certains types de structure.



Le graphique ci-contre visualise la situation moyenne dans les services de soins de longue durée (zone grise), dans les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques (trait plein) et dans les services de court séjour gériatriques (tracé en pointillé).

Depuis 1999, deux indicateurs ont été mis au point, utilisés dans diverses études au niveau national : les **"Soins Médicaux et Techniques Importants"** et le **"Pathos Moyen Pondéré"**.

■ Les **"soins Médicaux et techniques importants"** ou SMTI, correspondent à la nécessité d'une prise en charge par une structure disposant de ressources humaines et matérielles suffisantes pour assumer correctement et en toute sécurité des pathologies "lourdes" évolutives et/ou instables, sans préjuger de la nature de cette structure. Un patient est SMTI quand il présente un ou plusieurs couples état pathologique - profil imposant une **permanence infirmière 24 heures sur 24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire**.

En outre, les populations "SMTI" et "non SMTI" peuvent être subdivisées en **"groupes de patients proches"** ou GPP, exclusifs les uns des autres et rassemblant des personnes ayant des besoins quantitativement et qualitativement comparables.