



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2006**

**LA CONVENTION TRIPARTITE : D'UN OUTIL JURIDIQUE VERS UN
PROCESSUS DE MANAGEMENT.**

L'EXEMPLE DE L' EHPAD DE LA PROVIDENCE

Laurence DUCOURET

« Aller à l'idéal et comprendre le réel » Jean JAURES

Remerciements

Loin d'être une phase et un « long fleuve tranquille », ce stage de professionnalisation restera une expérience unique et enrichissante.

Aussi voudrais-je remercier toutes les personnes que j'ai croisées sur le chemin de la découverte de la gérontologie.

J'ai une pensée particulière :

- Pour Madame Lydie ROUILLE, mon maître de stage, directrice du pôle médico-social du Centre Hospitalier d'ANGOULEME, qui tout au long des huit mois, m'a laissé une grande autonomie d'action.

- Pour l'équipe de direction du Centre Hospitalier d'ANGOULEME, qui m'a associé, conseillé et m'a fait confiance.

- Pour Alain MARZAT, Attaché de l'Administration Hospitalière, pour son assistance, sa clairvoyance et sa connaissance de terrain.

- Pour l'ensemble du personnel de la Providence, sans qui je n'aurai pas pu mener à bien ma mission.

- Pour le Docteur Catherine MARTEAU, médecin gériatre à l'Hôpital Local de La ROCHEFOUCAULD, pour ses conseils avisés et pertinents.

- Pour le Docteur Geneviève SEVESTRE, médecin gériatre et coordonnateur de la Providence. Outre sa disponibilité et son appui dans l'élaboration de ce mémoire, tous les moments d'échanges et de partage d'expérience autour de la gérontologie ont été d'une grande richesse et m'ont permis de stimuler ma réflexion.

Enfin un immense merci à mes proches, pour leur présence, leur écoute et leur soutien dans l'accomplissement de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA CONVENTION TRIPARTITE, UNE REFORME VOLONTARISTE A LA RECHERCHE D'UNE AMELIORATION PERMANENTE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE : REALITE OU UTOPIE ?	5
1.1 De la mise en oeuvre de nouveaux outils de tarification à l'incontournable place centrale de l'utilisateur.....	6
1.1.1 La refonte budgétaire et comptable des EHPAD : le paradigme de l'égalité et de la transparence	7
1.1.2 La recherche de la satisfaction de l'utilisateur par l'engagement dans la démarche qualité.....	14
1.2 La convention tripartite : un outil juridique comportant certaines zones d'incertitude et compliqué à mettre en œuvre.	22
1.2.1 Les zones d'incertitudes laissées par la réforme	22
1.2.2 L'application du conventionnement : l'exemple de la Providence.....	30
2 LA CONVENTION TRIPARTITE : UN VECTEUR DE MANAGEMENT NOUVEAU. L'EXEMPLE DU RECONVENTIONNEMENT DE L'EHPAD DE LA PROVIDENCE	39
2.1 Comment faire d'un outil conventionnel un dispositif fédérateur ?	39
2.1.1 Constater et analyser la situation de l'EHPAD La Providence pour entreprendre.....	40
2.1.2 Les préconisations pour lancer le processus de renouvellement	45
2.2 L'évaluation de la méthode	49
2.2.1 L'évaluation de la mise en oeuvre de la démarche projet et du management participatif.....	50
2.2.2 L'évaluation de l'évaluation.....	54

CONCLUSION	- 57 -
BIBLIOGRAPHIE	- 59 -
LISTE DES ANNEXES.....	I
Annexe 1	III
Annexe 2.....	V
Annexe 3.....	XIII
Annexe 4.....	XIX

Liste des sigles utilisés

Adehpa	Association des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées
ACTP	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
AFNOR	Association Française de Normalisation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale de l'Evaluation Médicale
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Aide Personnalisée d'Autonomie
ARTT	Aménagement de la Réduction du Temps de Travail
AS	Aide Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
AVTS	Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés
CASF	Code de l'Action Sociale des Familles
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COFIL	Comité de Pilotage
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DARH	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS	Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESS	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DOMINIC	Dotation Minimale de Convergence
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France

Fnadepa	Fédération Nationale des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées
FNACPPA	Fédération Nationale Accueil et Confort Pour Personnes Agées
GALAAD	Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision
GHS	Groupe Homogène de Malades
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Gir Moyen pondéré
HAS	Haute Autorité en Santé
HID	Handicap –incapacité –dépendance
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISO	International Standardization Organization
MAPA	Maison d'Accueil pour Personnes Agées
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MARTHE	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI	Programmation de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PUV	Petite Unité de Vie
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

La France, comme la plupart des pays occidentaux, doit faire face au vieillissement de sa population. Les projections réalisées par l'INSEE sont particulièrement éloquentes, puisque si en l'an 2000, les personnes de plus de 60 ans représentaient 20,6% de la population, en l'an 2050, elles représenteront plus du tiers de la population française. De plus, en 2100, selon VALLIN et MESLE¹, l'espérance de vie des français pourrait être de 91 ans pour les hommes et 95 ans pour celle des femmes. Mais, comme l'exprime Jacqueline TRINCAZ², « si l'homme rêve d'éternité, il ne rêve pas d'éternisation d'un être temporel ».

Bien souvent le grand âge est associé à la dépendance (800 000 personnes âgées sont dépendantes en France) renvoyant ainsi l'être humain à sa temporalité. Cette situation semble d'ailleurs se pérenniser comme le montre les études réalisées par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), qui prévoient en France, pour l'année 2040, une augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes de 35% à 80%.

Si la prise en charge de la personne âgée est un réel fait de société par un constat inéluctable du vieillissement de la population, ou encore par un allongement de la durée de vie, il n'en demeure pas moins que la réflexion commune autour de cette exigence et du changement de nos repères reste difficile et sans réelle anticipation. A croire que la vieillesse demeure un sujet secondaire et que les pouvoirs publics n'agissent qu'après la survenue d'un événement dramatique. Pourtant les français prennent conscience de la nécessité du bien vieillir et du maintien en bonne santé. En effet le fait de donner de la santé à la vie est devenu une des priorités de la politique de santé publique³.

¹ Jacques VALLIN et France MESLE de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), extrait du Congrès de POIGNY- 2001 (évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950)

² J. TRINCAZ est maître de conférence à Pris Val de Marne , extrait de L' Homme, la Revue Française d'Antropologie-1998 Volume 38 N°147 « Les Fondements imaginaires de la vieillesse de la pensée occidentale » p 173

³ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique/ Plan de santé publique

La situation n'en demeure pas moins très hétérogène entre des personnes âgées tout à fait capables d'assumer les actes de la vie quotidienne et de rester à domicile alors que d'autres de plus en plus dépendantes, doivent être « placées » en institution.

Face à la montée en puissance de la dépendance des personnes âgées, le ministère de la santé et de la sécurité sociale a lancé, au début des années 80, l'idée d'une conception d'une nouvelle génération de maison de retraite sous l'appellation de MAPA (maison d'accueil pour personnes âgées) ou MAPAD (maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes). Ce concept a évolué pour devenir EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes). Pourtant, en dépit d'une volonté ambitieuse des pouvoirs publics dans la prise en charge de la personne âgée, les institutions d'hébergement semblent encore répondre trop souvent de façon inadaptée aux besoins et attentes de la population accueillie. De fait, 38% des français ont une « mauvaise opinion » des hébergements collectifs.

C'est dans un contexte d'amélioration de l'offre de soins et d'hébergement, que les pouvoirs publics ont souhaité dynamiser le secteur médico-social. C'est ainsi que les directeurs d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes ont eu à gérer d'une part la réforme de la tarification et d'autre part l'application de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 ,rénovant l'action sociale et médico-sociale. Outre une volonté accrue du législateur d'obtenir une transparence dans la gestion financière des établissements sociaux et médico-sociaux, il contraint de façon contractuelle les établissements de ce secteur à fournir des prestations d'une plus grande qualité. La convention tripartite en est l'illustration. Cette contractualisation réforme en profondeur les organisations pour placer le résident au cœur du dispositif. Seule la satisfaction de l'hébergé et de son entourage et la recherche permanente de l'amélioration des prestations, qui seront fournies, serviront à piloter les actions des acteurs du champ médico-social.

L'ensemble de la réflexion qui suit, a été réalisé dans le cadre de l'EHPAD de La Providence, structure d'hébergement de 199 lits au sein de laquelle j'ai effectué mon stage de formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social (DESS). Ce thème a été d'autant plus intéressant à traiter que La Providence est en cours de renouvellement de conventionnement, dont l'échéance est prévue pour le 2 janvier 2007. Cet EHPAD a été l'un des premiers établissements du département de la Charente à s'engager dans ce processus. A l'époque, c'était un établissement public autonome. Depuis janvier 2004, il est devenu un budget annexe du Centre hospitalier d'Angoulême, structure hospitalière de référence. Ce rattachement au secteur médico-social, qui compte en totalité 572 lits,

permet à La Providence de bénéficier du rayonnement et de l'impact du champ sanitaire. Toutefois, le secteur de la personne âgée doit conserver sa spécificité.

L'une des missions, qui m'a été confiée pendant ces huit mois, a été d'amener le personnel de l'EHPAD à adhérer à cette démarche de renégociation.

La volonté de ce travail est de poser le cadre général de la convention tripartite en l'envisageant avant tout comme un outil juridique, complexe et contraignant pour les dirigeants des établissements de ce secteur (1), déjà bien absorbés par la gestion du quotidien et de l'urgence. Néanmoins nous tendrons aussi à prouver que le conventionnement peut être utilisé comme un nouveau vecteur de management (2), nécessitant l'adhésion du personnel pour envisager et conduire le changement.

1 LA CONVENTION TRIPARTITE, UNE REFORME VOLONTARISTE A LA RECHERCHE D'UNE AMELIORATION PERMANENTE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE : REALITE OU UTOPIE ?

Les établissements accueillant des personnes âgées, qu'ils soient autonomes ou rattachés à une structure hospitalière, ont longtemps été les laissés pour compte d'un système de santé qui se veut être le meilleur au monde⁴. En effet, la prise en charge de la personne âgée a souffert d'un manque de considération, trop souvent illustré par une absence de moyens aussi bien humains, que financiers. En dépit de ce constat, les acteurs du secteur ont dû s'adapter tout en maintenant des prestations de qualité.

Les années 70 vont enclencher une dynamique du secteur médico-social grâce à des moyens économiques plus importants et en raison d'un bouleversement de la conception de la famille française. La personne âgée, qui jusque là, vieillissait encore parmi les siens⁵, se retrouve aujourd'hui plus facilement placée en institution. Les familles conscientes de ne plus pouvoir assumer leurs aînés, par une incapacité à répondre à la perte d'autonomie qui accompagne le vieillissement de la population et par manque de temps, recourent au placement en hébergement avec des exigences accrues de bons traitements.

Depuis la loi n°75-535 du 30 juin 1975, le législateur tente de réformer le secteur social en l'autonomisant et en lui appliquant des règles spécifiques. La réforme de la tarification, suivie de la loi du 2 janvier 2002 prouvent la volonté de faire perdurer la dynamique, lancée il y a plus de trente ans. Cependant, si les pouvoirs publics exigent, les directeurs d'établissement de ce secteur doivent appliquer la nouvelle réglementation, en ayant en tête que l'institution devra évoluer pour s'accommoder. Si la remise en question d'un système est indispensable pour fournir une amélioration de prestations, il n'en demeure pas moins qu'elle est source de modification voire de bouleversement profond aussi bien

⁴ Rapport sur la Santé dans le Monde 2000- « Pour un système de santé plus performant »- Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

⁵ En 1962, 15% des personnes âgées de plus de 65 ans cohabitaient en famille, alors qu'au dernier recensement de 1999, elles n'étaient plus que 5%

dans les habitudes de travail, que dans la prise en compte d'un environnement toujours en perpétuelle mutation.

La convention tripartite naît de cette ambition de vouloir répondre à la spécificité de la prise en charge gérontologique avec pour objectif la quête permanente de la satisfaction du résident et de son entourage. Souvent vécu comme un véritable défi par les dirigeants des établissements, cet engagement contractuel complexe, contraignant et de grande envergure, est aussi l'occasion d'obtenir une contribution de la part des financeurs.

« Mais la mise en œuvre de cette démarche ne va pas de soi. Elle exige de la rigueur et de la patience, de la ténacité et de l'intelligence, de la modestie et de la compréhension »⁶.

Ce processus de conventionnement comporte deux aspects. Au delà de la révolution comptable et budgétaire lancée par la réforme de la tarification, et la reconnaissance de la place du résident au cœur du dispositif de prise en charge (1), un autre aspect majeur du conventionnement est à envisager. Il s'agit en effet de considérer l'obligation de mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité (2) effectuée sur la base d'une évaluation périodique.

1.1 De la mise en oeuvre de nouveaux outils de tarification à l'incontournable place centrale de l'utilisateur

Conformément à la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent s'engager dans un processus de conventionnement pour continuer à assurer leur mission, à savoir l'accueil de la population âgée. Cette convention pluriannuelle est signée entre chaque établissement et ses tarificateurs, l'Etat et le Conseil Général. A l'origine, l'ensemble des structures devait se lancer dans ce processus avant le 31 décembre 2005⁷. Comme le dispositif a pris du retard, le délai a été repoussé au 31 décembre 2007. Dans un bilan d'étape du conventionnement en EHPAD au 31 décembre 2005⁸, la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA) constate le retard pris par le dispositif. 390 000 lits sont conventionnés sur les 610 000 qui doivent l'être avant le

⁶ Jean-Marie PALACH, Inspecteur des affaires sociales, Chef de la mission MARTHE

⁷ Au 31 décembre 2006 pour les logements foyers

⁸ Bilan du conventionnement tripartite des EHPAD au 31/12/05, document de la FHF du 24/05/06

31/12/2007, soit un total de 64%. A ce jour près de deux EHPAD sur trois ont passé une convention tripartite.

La loi du 30 juin 1975 (article 5-1) et la loi du 24 janvier 1997 (article 23-1) déterminent la convention tripartite comme un moyen de « définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières ».

Le processus de conventionnement reste donc l'expression de deux nouvelles exigences.

En effet la réforme dite « de la tarification des EHPAD » couvre un champ bien plus vaste que la simple tarification. Au delà de la transparence dans l'allocation des ressources publiques, la loi du 2 janvier 2002 donne une position centrale au résident et lui confère de nouveaux droits, notamment en matière de qualité des prestations fournies. La stratégie des dirigeants d'EHPAD ne pourra dorénavant plus que s'appuyer sur cet outil. La convention tripartite représente alors pour les acteurs un véritable enjeu, soit d'essor et d'évolution, soit de survie institutionnelle.

1.1.1 La refonte budgétaire et comptable des EHPAD : le paradigme de l'égalité et de la transparence

La réforme de la tarification et du financement des EHPAD, initiée par la loi du 24 janvier 1997, a été introduite dans la réglementation française dès avril 1999.

Elle tend à ne plus se fonder sur le statut juridique de la structure pour déterminer l'allocation budgétaire, mais sur le degré de dépendance des personnes âgées hébergées. Ce nouveau mécanisme induit l'unicité du mode de financement de l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Autrement dit, la distinction entre le secteur sanitaire (long séjour) et le secteur social (maison de retraite) n'aurait pu lieu d'exister et déboucherait ainsi sur une homogénéisation des règles comptables.

Cette réforme de la tarification prend également en compte la charge spécifique liée au niveau de dépendance. Ce mécanisme individuel, qui fait que chaque résident aura à sa charge un forfait en fonction du degré de son autonomie, se calque sur les règles appliquées en matière de distribution d'aide, comme la prestation spécifique dépendance, transformée aujourd'hui en allocation personnalisée d'autonomie. La nouvelle tarification dite « ternaire » met fin aux notions de forfait de section de cure médicale⁹ et de soins

⁹ Décret n°77-1289 du 22 novembre 1997

courants pour laisser place aux forfaits soins, hébergement et dépendance. Aussi permettra-t-elle de remédier à une disparité de situations financières entre établissements à niveau de dépendance équivalent.

A) La prise en charge des personnes âgées à son origine :

Elle pourrait correspondre à l'évolution de la législation hospitalière avec dès l'Antiquité, la création des fondations, puis aux II^{ème} et III^{ème} siècles avec l'émergence d'un fonctionnement religieux placé sous la tutelle de l'évêque. Au VII^{ème} siècle des Hôtels Dieu et des Maisons Hospitalières apparaissent, manifestant le besoin de notre société de s'organiser pour secourir les indigents, les infirmes et les vieillards, à défaut de la solidarité familiale. Si le code napoléonien reconnaît à la société, le devoir d'assistance aux vieillards nécessiteux, cette démarche n'aura que très peu de portée et le secteur médico-social ne s'organisera réellement que dans les années 70.

En cohérence avec la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, la loi n°75-535 du 30 juin 1975, dite loi sociale ¹⁰ constitue une étape décisive pour structurer le secteur social et médico-social. Outre les précisions sur les modalités de créations et de fonctionnements des établissements et services sociaux et médico-sociaux, cette loi sépare le sanitaire et le social. Malgré des modifications à vingt et une reprises entre 1978 et 2001, ce texte a eu pour mérite de répondre en partie aux besoins de la population âgée en offrant des structures d'hébergement et en instituant une aide financière.

a) *Un non ajustement dans le versement d'allocations financières aux personnes âgées*

C'est à la Libération, que le système de protection sociale français voit le jour avec les ordonnances du 4 octobre 1945¹¹. Le plan de Sécurité Sociale de 1945 se propose de garantir à l'ensemble de la population des revenus suffisants ou des prises en charge pour assurer la subsistance familiale en toutes circonstances. La branche vieillesse fonctionne sur le principe de répartition. Elle permet à la personne qui n'est plus en activité de percevoir une prestation, sous réserve qu'elle ait été salariée. Les individus, qui n'auraient droit à aucun des avantages vieillesse, reçoivent sous condition de

¹⁰ Loi encore dite « Loi LENOIR » en référence à l'ancien ministre et directeur de l'Ecole Nationale de l'Administration

¹¹ Ordonnances LAROQUE, Conseiller d'Etat et premier président de la Sécurité Sociale

ressources, une allocation spéciale souvent égale à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS). Mais bien souvent, ces avantages de droit commun restent insuffisants pour assumer les frais d'hébergement. C'est ainsi que l'aide sociale « générale » peut être attribuée en complément et sous certaines conditions. Même si l'une des formes de l'aide sociale est l'aide médicale, il n'en demeure pas moins qu'à aucun moment le degré de dépendance de la personne âgée n'est retenu comme un critère d'attribution.

Les dépenses d'aide sociale sont à la charge du département et réglées par le Président du Conseil Général. L'aide sociale peut être assortie d'une obligation alimentaire après décision du juge aux affaires familiales et elle est versée sous réserve de récupération sur succession.

La loi du 30 juin 1975 dans son article 39 crée l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP). Cette dernière est versée aux adultes handicapés ayant besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. L'ACTP est une prestation d'aide sociale accordée par la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et accordée par le Président du Conseil Général. En réalité, cette allocation est essentiellement allouée aux personnes handicapées et très peu aux personnes âgées.

b) Le mode d'allocation budgétaire des établissements hébergeant des personnes âgées :

La loi sociale de 1975 marque la césure entre le champ sanitaire et le social pour créer le médico-social. Elle établit les règles budgétaires spécifiques à ce secteur.

Dans ce texte, apparaît l'élaboration du budget des établissements d'hébergement construit sur deux sections tarifaires ; « l'hébergement » et le « soins ».

Les dépenses liées à « l'hébergement » prennent en compte les prestations d'accueil hôtelier, d'administration générale, de restauration d'entretien et d'animation. Elles sont supportées par le résident ou par le Conseil Général du département si la personne âgée bénéficie de l'aide sociale.

Les dépenses liées au « soins » comportent les prestations médicales et paramédicales. Elles restent à la charge de l'assurance maladie. Ce forfait soins est versé à l'institution sous forme de dotation.

Ce mode d'attribution du budget a été appliqué aussi bien aux maisons de retraite qu'aux services de longs séjours. Pourtant une différence doit être faite entre ces deux

institutions, l'une est une structure d'hébergement¹² et l'autre est sanitaire¹³. La différence s'explique par le mode de prise en charge. La mission du long séjour est d'héberger des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante. La maison de retraite accueille des personnes valides ou peu dépendantes si elle possède une section de cure médicale.

Mais avec l'augmentation de la dépendance des personnes âgées et faute de places dans les longs séjours, les maisons de retraite ont admis des personnes âgées avec des pathologies de plus en plus lourdes. L'absence de prise en compte de cette réalité par les autorités de tarification (Etat et Conseil Général) en ne donnant pas les moyens financiers à la hauteur du surcoût des dépenses liées à l'accroissement de dépendance, a généré une inégalité entre les deux types de structures.

- B) L'indispensable reconnaissance d'une prise en charge individualisée liée au degré d'autonomie

La loi du 30 juin 1975 a certes constitué une étape décisive pour structurer le secteur médico-social, toutefois elle présente des lacunes. Le texte est resté muet sur les droits de la personne et de son entourage. De plus, il prévoit essentiellement des prises en charge à temps complet. Il n'a pas organisé les partenariats nécessaires entre l'Etat et les départements, ainsi qu'entre ces autorités et les établissements. Enfin, cette loi ne comporte pas d'outils suffisamment performants pour adapter l'offre aux besoins.

L'objectif des principaux textes de la réforme du secteur médico-social est binaire. Il concerne d'une part l'utilisateur et d'autre part les structures d'hébergement.

- a) *L'amélioration de la prise en charge de la dépendance au bénéfice de l'utilisateur*

Suite aux réflexions de professionnels du secteur médico-social, aux demandes des représentants des usagers et aux conclusions de différents rapports¹⁴, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de réformer le système établi en 1975.

¹² La maison de retraite relève de la loi sociale de 1975

¹³ Le long séjour relève des lois de 1970, 1991 portant réforme hospitalière, et ordonnances de 1996

¹⁴ Rapport HENRARD de 1984, rapport BOULARD de 1991 et rapport SCHOPFLIN de 1991

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en est l'illustration.

Il s'agit d'une part de trouver un outil permettant l'évaluation du degré de dépendance de la personne âgée et d'autre part de déterminer une allocation financière ajustée et personnalisée.

C'est dans les années 1990, que la grille d'Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressource va être proposée (AGGIR). Ce modèle évalue la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne âgée seule. C'est à partir des activités non réalisées que les aides et les soins nécessaires sont décidés. De plus, il définit en fonction de la perte d'autonomie des « groupes iso-ressources » (GIR), comportant des personnes ayant des besoins de base significativement proches. Il existe six groupes iso-ressources numérotés de un (pour les personnes totalement dépendantes) à six (les personnes considérées comme indépendantes).

Seuls les quatre premiers GIR de la grille ouvrent droit à l'APA, dès lors que les bénéficiaires répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) correspond à la moyenne du niveau de dépendance des résidents dans un établissement. Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance est important.

L'autre aspect de l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée concerne les aides financières.

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 a créé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Comme son nom l'indique, cette allocation était spécifique pour aider les personnes en perte d'autonomie à faire face aux dépenses liées à une prise en charge adaptée. Cette prestation était versée par le département avec des exigences d'âge et des conditions de ressources ne devant pas dépasser un certain plafond. En amont, une évaluation de la dépendance de la personne était réalisée par une équipe pluridisciplinaire à partir de la grille AGGIR, seul outil d'évaluation. Mais cette prestation n'a pas connu le succès escompté par le législateur. Car si elle s'adressait au départ aux personnes dépendantes et souvent démunies, le fait qu'elle fasse l'objet d'un recouvrement sur succession en a limité les demandes. Le nombre de bénéficiaires de la PSD en septembre 2000 a été évalué à 135 000, alors que les chiffres de la DREES affichent 800 000 personnes âgées dépendantes pour cette même année. De plus, cette prestation a été source de

critiques¹⁵, car le montant était variable d'un département à un autre et son attribution restreinte aux seuls GIR 1, 2 et 3.

Face à l'insatisfaction du dispositif et aux recommandations du rapport SUEUR, fait à la demande de Martine AUBRY, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, le législateur réagit avec l'adoption de la loi du 20 juillet 2001. L'APA devait se substituer à la PSD au 1^{er} janvier 2002. Le montant de l'allocation est déterminé en fonction du degré de dépendance. Il est versé aux personnes âgées classées du GIR 1 à 4. Cette aide se veut universelle. Elle rompt avec l'exigence du plafond de ressources¹⁶, fait disparaître le recours sur la succession du bénéficiaire¹⁷, et est identique sur l'ensemble du territoire. Elle devrait concerner les 800 000 personnes âgées dépendantes en répondant à leurs besoins réels.

L'APA concerne les personnes qui résident soit au domicile soit en établissement. Le montant de l'APA à domicile est fixé par arrêté et finance un plan d'aide. Pour celui en établissement, il est égal au montant des dépenses correspondant au degré de perte d'autonomie de la personne dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance diminuée d'une participation du bénéficiaire (art.L.232-8 CASF). En effet un ticket modérateur dit « talon » reste à la charge du résident. Il est au moins égal au coût de la dépendance des personnes classées en GIR 5 et 6. Contrairement à la PSD, l'APA n'est pas uniquement financée par le Département. Le rapport SUEUR préconise une nouvelle répartition des rôles de chaque acteur dans la prise en charge financière de celle-ci, par une gestion partagée entre les Conseils Généraux et les organismes de Sécurité Sociale. Enfin, comme cette aide se veut plus généreuse, son surcoût fait appel à une plus forte contribution des départements, à une participation du bénéficiaire, et à la solidarité nationale par un abondement de l'Etat.

b) La rationalisation de l'utilisation des ressources

La réforme de la tarification et du financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, initiée en 1997, est introduite dans la réglementation française en 1999. Les décrets du 26 avril 1999, modifiés par le décret du 4 mai 2001 posent les règles de tarification et de financement des EHPAD. Ils sont complétés par la circulaire du 15 septembre 2000 relative à la mise en place de la réforme de la tarification

¹⁵ Le « livre noir de la PSD » et le « livre blanc pour une prestation d'autonomie »

¹⁶ Exclusion des rentes viagères pour le calcul des revenus

¹⁷ Pas de recouvrement sur le légataire ou sur le donataire.

et par la circulaire du 21 juin 2001 concernant la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé.

Cette nouvelle réglementation prend en compte la charge spécifique liée à la dépendance et supprime les notions de forfait de cure médicale et de soins courants. Il s'agit par là même de mettre fin aux disparités de prise en charge entre les établissements sanitaires et médico-sociaux qui accueillent des personnes avec le même degré de dépendance. La tarification est de ce fait déterminée par le seul statut juridique de l'établissement. Elle générerait une incohérence dans le type de placement.

Au système binaire antérieur de tarification se substitue un système ternaire. Désormais, les charges d'exploitation de l'EHPAD sont réparties en trois sections. Le tarif journalier «soins»¹⁸ prend en compte les prestations médicales ou paramédicales, il reste à la charge de l'assurance maladie et est versé sous forme de dotation. Le tarif «hébergement»¹⁹ unique est à la charge du résident mais peut être assumé par le département si ce dernier est bénéficiaire de l'aide sociale. Enfin le tarif «dépendance»²⁰ est à la charge du résident et tient compte de son degré de dépendance.

Cette réforme de tarification se veut être un outil équitable en mettant également fin aux disparités entre les EHPAD. Pour cela le recours aux formules de calcul des tarifs précisées dans l'annexe II du décret n°2001-388 se fait à l'échelle nationale. L'utilisation d'indicateurs tel que le GIR Moyen Pondéré (GMP) permet d'attribuer, en toute égalité, les moyens financiers aux établissements en fonction de la dépendance des personnes hébergées.

La formalisation de la prise en compte des différentes sources de financement, de la dépendance des personnes accueillies et de la qualité des prestations fournies se concrétise par la signature de la convention tripartite.

L'article L 313-12 du CASF pose le fondement juridique du conventionnement. L'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifié par l'arrêté du 26 avril 1999, lui-même

¹⁸ Ce sont les prestations de service, le petit matériel médical, les fournitures médicales, les charges relatives à l'emploi du personnel assurant les soins, les amortissements du matériel médical.

¹⁹ Ce sont les prestations d'accueil hôtelier, d'administration générale, de restauration, d'entretien, d'animation et de charges de personnel y afférent.

²⁰ Ce sont les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins.

modifié par l'arrêté du 13 août 2004, renvoient aux dispositions du cahier des charges. Le contenu vise à définir « les conditions de financement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge et des soins prodigués...en accordant une attention particulière au niveau de la formation des personnels » et à préciser les objectifs d'évolution ainsi que les modalités d'évaluation de l'établissement.

1.1.2 La recherche de la satisfaction de l'utilisateur par l'engagement dans la démarche qualité

Le législateur dans la réforme de la tarification a souhaité que les établissements hébergeant des personnes âgées déterminent des objectifs à atteindre dans la durée quinquennale de la convention tripartite. En contrepartie de la fixation des objectifs et de leur atteinte, les autorités de tarification (l'Etat et le Conseil Général) s'engagent à fournir les moyens pour procéder au changement annoncé dans les projets de vie des EHPAD. Le législateur contraint de façon contractuelle, ce qui est une nouveauté en management, les EHPAD à prévoir une amélioration continue de la qualité des prestations fournies. La loi du 2 janvier 2002 pose le principe de la place de l'utilisateur au cœur du dispositif du conventionnement. Le résident en institution devient un véritable acteur participant à la vie de la structure.

A) L'utilisateur au cœur du dispositif de la réforme

Dès le départ des discussions, relatives à la réforme de la loi du 30 juin 1975, la réévaluation de la place des usagers des établissements et services est affirmée comme l'un des objectifs principaux. Avant même l'adoption définitive du texte réformant la loi de 1975, divers textes avaient rappelé l'importance du respect de l'utilisateur et de ses droits.²¹

Avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sanitaire et sociale, c'est une section entière, intitulée «Des droits des usagers du secteur social et médico-social » qui est introduite au chapitre^{1er}, titre 1^{er} du Livre III du CASF²². Ces nouvelles dispositions définissent les droits reconnus aux usagers.

²¹ La réforme des annexes XXIV du code de la sécurité sociale, loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

²² CASF, art. L.311-3 à L.311-9

a) *Le renforcement des droits de la personne*

Sous l'objectif général de garantir « l'exercice des droits et libertés individuelles à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux », le nouvel article L.311-3 du CASF recense les droits des personnes.

Cette liste reprecise des droits préexistants dans la législation mais en énonce également des nouveaux.

Parmi les droits déjà existants, peuvent être cités le respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ainsi que la confidentialité des informations la concernant. Ces droits figurent déjà dans le code civil et sont garantis à chaque concitoyen. Leur rappel dans la nouvelle loi sociale n'est sans doute pas superflu comme peuvent l'attester certaines décisions de justice, qui ont condamné des responsables d'établissements pour avoir par exemple ouvert le courrier des personnes accueillies. Ce n'est pas parce qu'une personne entre dans un établissement ou est suivie par un service social ou médico-social qu'elle perd sa qualité de citoyen.

Parmi les nouveaux droits, dont fait état la loi du 2 janvier 2002, il est prévu l'accès de l'utilisateur à toute information ou document relatif à sa prise en charge sauf dispositions législatives contraires. Il est également mentionné la participation de l'utilisateur, d'une façon directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement, qui le concerne. Ce droit ne figurait pas dans le projet de loi initial. Il a été introduit par les députés à la demande des associations représentatives du secteur social et médico-social. Il est aussi reconnu à l'utilisateur le droit à l'information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales ou contractuelles, dont il bénéficie ainsi que les voies de recours. Enfin, parmi l'ensemble des droits listés dans les articles 7 à 13 de la loi du 2 janvier 2002, il est important de rajouter le droit de l'utilisateur à bénéficier « d'une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ».

Les acteurs du secteur médico-social intervenant dans la prise en charge de la personne âgée, doivent être particulièrement vigilants à l'exercice et au respect de ces droits fondamentaux.

Pour mettre en pratique ces droits, la nouvelle loi sociale prévoit des instruments.

b) Les instruments prévus pour la mise en oeuvre de ces droits

Les instruments mentionnés par la loi sont nombreux et tous ne sont pas nouveaux. Ils doivent être généralisés à l'ensemble des équipements sociaux. L'objectif du législateur ne se limite pas à énoncer les droits mais à les mettre concrètement en œuvre par la formalisation et l'utilisation obligatoire de plusieurs outils (livret d'accueil, la charte, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale (CVS), projet d'établissement).

Afin de garantir l'exercice effectif des droits de l'utilisateur lors de l'accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, un livret d'accueil²³ lui est remis ou à défaut à son représentant légal. La loi ne précise pas explicitement le contenu mais vise les documents qui y sont annexés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie²⁴, annexée au livret d'accueil, est également remise à l'utilisateur ou à son représentant légal lors de l'admission. Elle énonce les principes généraux et les conditions de prise en charge prévues par la législation : le respect de la liberté de choisir son mode de vie, de l'intégrité, de la liberté de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité.

La loi du 24 janvier 1997 prévoyait l'obligation d'élaborer un règlement intérieur pour les seuls établissements d'hébergement de personnes âgées. La loi du 2 janvier 2002 change le nom de ces règlements pour éviter tout risque de confusion²⁵ et le transforme en règlement de fonctionnement pour tous les établissements médico-sociaux. Joint au livret d'accueil, ce dernier définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement. Les bénéficiaires sont associés à son élaboration puisqu'il est établi après consultation du CVS.

Le contrat de séjour, qui n'existait que pour les établissements hébergeant des personnes âgées, a été généralisé à l'ensemble du secteur médico-social. Il précise 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. Ce document est conclu entre le représentant qualifié de gestionnaire et la personne accueillie ou son représentant légal. L'intérêt du contrat est la prise en charge individualisée, ce qui respecte l'esprit de la loi

²³ Art L.311-4 CASF

²⁴ Cette charte intitulée «Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » a été rédigée en 1987 par une commission spéciale de la Fondation nationale de gérontologie et s'est vu ralliée un an plus tard par le Ministère des Affaires sociales.

²⁵ Confusion possible avec les règlements intérieurs prévus par le code du travail

de 2002, et ce qui implique un changement dans les façons de faire du personnel de ces structures.

Le CVS permet l'expression des bénéficiaires sur le fonctionnement de l'institution et les prestations qu'elle offre.

Enfin, le projet d'établissement est un document élaboré pour une période de cinq ans. Il fixe d'une part les objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations et d'autre part les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Comme le projet est pluriannuel, le gestionnaire ne doit pas seulement se projeter sur l'année à venir mais penser à l'évolution de son projet sur plusieurs exercices. Le CVS est consulté pour l'élaboration de ce document.

L'ensemble de ces outils amène donc les dirigeants des structures médico-sociales à rechercher la satisfaction des usagers.

B) Quand la qualité devient une stratégie d'enjeux

L'élaboration d'un projet de vie, la sécurité des prestations, le respect des droits de la personne et la qualité deviennent des critères essentiels pour le financement et le fonctionnement harmonieux et efficace des EHPAD. Comme le fait remarquer Isabelle BARGES, animatrice de travail sur la qualité de la Fédération Nationale Accueil et Confort Pour Personnes Agées (FNACPPA) : « la qualité constitue l'enjeu fondamental des réformes en cours et, demain c'est la qualité qui fera la différence entre les établissements »²⁶.

Même si l'idée originelle du législateur est de rationaliser les dépenses, la réforme de la tarification va plus loin en instituant « le bien vieillir en établissement ».

a) *La volonté de légaliser la démarche « d'amélioration continue de la qualité » dans le champ social et médico-social*

La mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation des prestations dans le champ social et médico-social résulte de plusieurs histoires.

Les démarches qualité ont émergé dans le secteur industriel au début du XX^{ème} siècle. Le passage de l'artisanat à l'industrie a pour effet une augmentation de la production de

²⁶ « Objectif qualité pour la FNACPPA », Décideurs des maisons du 3^{ème} âge, n°15, Paris, mars 1998

produits de qualité inférieure. Avec le jeu de l'offre et de la demande, les entreprises introduisent des contrôles de qualité des produits. En 1926, l'Association Française de Normalisation (AFNOR) est créée. En 1947, l'International Standardization Organization (ISO) assure la coordination internationale de la production de normes techniques. La démarche qualité progresse dans l'industrie aux Etats-Unis au cours de la seconde guerre mondiale, puis en Europe dans les années 70. Les entreprises s'orientent vers l'assurance qualité, puis vers l'amélioration continue de la qualité et enfin le Total Quality Management (TQM) émerge dans les années 90.

Dans le secteur sanitaire, la réforme hospitalière de 1990 créant l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et les ordonnances d'avril 1996, fondent l'obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé. Elle passe par l'évaluation réalisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) devenue la Haute Autorité en Santé (HAS)²⁷. Cette évaluation a pour support des référentiels qualité issus du manuel d'accréditation, permettant d'apprécier l'organisation des établissements de santé et depuis 2005 d'évaluer les pratiques professionnelles.

La réforme de la tarification dans les EHPAD, en avril 1999, introduit une formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Celles-ci sont précisées dans la convention tripartite conclue entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil général du département. Le cahier des charges²⁸ constitue la base réglementaire.

Parallèlement se développe le dispositif d'évaluation des politiques publiques. Dès 1988, les directives européennes rendent obligatoire l'évaluation des politiques.²⁹ Il s'agit d'apprécier l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre.

Enfin la promotion des droits des usagers s'est développée ces dernières années. La loi du 4 mars 2002 renforce les droits des patients à l'hôpital. Le recueil de satisfaction y est rendu obligatoire. La loi du 2 janvier 2002 crée toute une palette de dispositifs³⁰ visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes. Grâce à ces outils, utilisés comme des indicateurs de qualité, les directeurs de ce secteur

²⁷ Article L710-5 code de la santé publique « afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ».

²⁸ Arrêté du 26 avril 1999

²⁹ Décret n°90-92 du 22 janvier 1990 relatif à la création du comité interministériel d'évaluation, d'un conseil scientifique et des financements, rénové par la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001.

³⁰ Voir infra paragraphe « Les instruments prévus pour la mise en œuvre de ces droits »

devront piloter leurs actions pour améliorer de façon continue la qualité des prestations offertes à l'utilisateur.

b) Quelle application concrète pour la recherche de la qualité en EHPAD ?

La qualité de vie et la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD sont dorénavant des éléments clés du conventionnement.

La volonté du législateur, en imposant la convention tripartite aux établissements sociaux et médico-sociaux, est d'exiger plus de qualité dans les prestations fournies aux usagers, et la détermination d'objectifs à atteindre. Ce type de conventionnement, déjà bien connu dans le secteur sanitaire³¹, lie les établissements de santé avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) par la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM). Ce document établi pour une durée de cinq ans trace les objectifs et les actions que l'établissement va mettre en place pour améliorer la prise en charge du patient. Le conventionnement tripartite s'inspire de ce « nouveau mode de management ». Les EHPAD devront s'engager, en signant ce contrat quinquennal, à formaliser les engagements en terme d'amélioration de la satisfaction des résidents, de qualité des services rendus et d'intégration dans une coordination gériatrique.

En contrepartie, les autorités de tarification donneront des moyens susceptibles de prendre en charge les projets d'établissement, source de changement. De ce fait, l'amélioration de la qualité n'est plus une obligation de moyens mais une obligation de résultat, puisqu'elle conditionne l'obtention des ressources financières. Ce renversement juridique vient donc impacter la responsabilité du directeur d'EHPAD. Celui-ci doit connaître et anticiper les capacités d'amélioration de sa structure après avoir fait un bilan diagnostic. Il est de sa mission de prévoir les actions qui permettront à la structure de progresser et d'en demander les moyens.

Rendues obligatoires par la réforme de la tarification, la démarche qualité et l'évaluation sont deux notions étroitement liées mais différentes. L'une revêt un caractère continu alors que la seconde présente des caractéristiques plus ponctuelles et rythmées dans le temps.

La démarche qualité correspond à un processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Cette politique de qualité volontariste et collective s'inscrit sur une longue durée et engage l'établissement à conforter ses points forts et réduire

³¹ Ordonnances du 24 avril 1996, dites Ordonnances JUPPE

progressivement ses points faibles. Elle contraint les établissements à intégrer le cycle sans fin, de l'accroissement de la qualité des prestations offertes. Ainsi, «la qualité devient un levier puissant de management »³². Initialement apparu dans le monde des entreprises, le management par la qualité est un processus qui répond à quatre dimensions : une dimension culturelle³³, une dimension stratégique³⁴, une dimension structurelle³⁵ et enfin une dimension technique³⁶. Mais c'est aussi pour le manager savoir piloter la démarche qualité au sein de son organisation. Il s'agit d'identifier les enjeux et de s'assurer qu'ils soient connus de tous.

Le concept de démarche d'amélioration continue de la qualité a été illustré par le principe de la roue de Deming appelé aussi cycle de Shewhart. La finalité est de procéder à une amélioration, de vérifier que le résultat obtenu correspond à l'attente, qu'il est stable et reproductible. Ce dernier disait : « commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse ». Les quatre secteurs de la roue symbolique de Deming concourent à la maîtrise de la qualité : PDCA (Plan, Do, Check, Act)³⁷. Lancer une organisation dans cette roue est une tâche essentielle de management. En pratique, il s'agit de faire une évaluation initiale (autoévaluation) avec la mise en avant d'un probable dysfonctionnement (constat interne, inspection -contrôle réalisée par les tutelles, contrôle technique ou plainte).

L'évaluation, qu'elle soit interne ou externe, a pour finalité de mesurer à intervalles réguliers le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé dans le cadre de sa démarche qualité. Le constat des écarts le conduit, le plus souvent, à des actions correctives, infléchissant le processus engagé.

³² P. ROUSSEL. *La visite de conventionnement des EHPAD*, éditions ENSP, p85

³³ Exemple de dimension culturelle : la prise en compte des attentes des « clients » (résidents, familles)

³⁴ Exemple de dimension stratégique : identifications des attentes des usagers et des partenaires, mise en place des moyens et organisations pour améliorer la qualité.

³⁵ Exemple de dimension structurelle : conduite des évaluations, formation du personnel.

³⁶ Exemple de dimension technique : maîtrise de la démarche projet, maîtrise des réunions.

³⁷ Plan : définir les objectifs, la façon dont on va les atteindre/ Do : former puis exécuter/ Check : vérifier que les objectifs visés sont atteints. Sinon mesurer l'écart et comprendre ce qui s'est passé/ Act : prendre les mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable.

En matière d'évaluation interne, la grille ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements) est le référentiel³⁸ utilisé par les EHPAD. Cet outil est le résultat d'un groupe de travail réuni dans le cadre de la mission MARTHE.³⁹ Il a pour objectif d'aider les EHPAD à réaliser leur bilan initial, afin qu'ils dégagent leurs points forts et points faibles. Ainsi, ils déterminent les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention. Ce référentiel comprend trois parties : le guide d'accompagnement qui est une aide à l'utilisation de l'outil, le recueil des informations divisé en quatre thèmes⁴⁰ et le rapport d'évaluation destiné aux organismes financeurs pour préparer le conventionnement. Le succès de l'autoévaluation est lié à deux conditions cumulatives. La première tient à la possession d'un outil « facile d'emploi, adapté à la pratique » c'est ce qu'a proposé le groupe de travail de la mission MARTHE avec ANGELIQUE. Tandis que la seconde, plus subjective, porte sur l'utilisation de la méthode. Elle reste très empreinte de la personnalité du directeur et de sa façon de manager. Comme le recommande le guide d'accompagnement, l'autoévaluation n'est constructive que si la démarche est participative et menée en interdisciplinarité.

L'autre procédure d'évaluation est une évaluation externe réalisée tous les sept ans par un organisme extérieur labellisé, sur la base d'un référentiel validé par le Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-social (CNESM)⁴¹. Certains auteurs y voient « une pudique accréditation »⁴² dont les conséquences sont pour l'instant mal définies. Cependant la loi de 2002 semble très précise sur la gravité des sanctions prévues à l'encontre des établissements non respectueux de la qualité. L'article 25 prévoit que les résultats de l'évaluation externe ont une incidence sur le maintien de l'activité autrement dit sur l'autorisation de fonctionner. Le directeur doit, in fine, s'interroger sur la qualité des

³⁸ Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 51 de la loi du 30 juin 1975.

³⁹ Groupe composé des représentants des services de l'État, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP)

⁴⁰ Les attentes et satisfaction du résident et des familles/ les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins/ l'établissement et son environnement/ la démarche qualité.

⁴¹ Ce comité national d'évaluation sociale et médico-sociale pourrait être transformé en Agence d'évaluation / 9^{ème} point abordé dans le Plan Solidarité Grand Age du 27 juin 2006.

⁴² DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004, p68

pratiques et prestations offertes dans l'établissement dont il a la responsabilité, par rapport au respect de la réglementation et des procédures en vigueur pour assurer la pérennité de son fonctionnement.

C'est avec l'imposition de ces nouveaux outils que les directeurs d'EHPAD doivent gérer les structures sociales et médico-sociales en faisant face à certaines contradictions réglementaires.

1.2 La convention tripartite : un outil juridique comportant certaines zones d'incertitude et compliqué à mettre en œuvre.

Avec la réforme de la tarification lancée en 1999, le législateur imaginait changer définitivement et en profondeur le champ social et médico-social. Les lois du 20 juillet 2001 et du 2 janvier 2002 désavouent cette volonté. En effet, le rajout de la succession de textes, aussi bien des lois, que des ordonnances, décrets, circulaires, arrêtés, ne facilite en rien la vie et la gestion d'une structure sociale et médico-sociale.

Face à ces multiples réformes, qui se croisent et parfois s'entrechoquent depuis près de dix ans, les directeurs d'établissement se doivent de rester fidèles à leur mission qui est de répondre aux besoins des personnes âgées et de les satisfaire par des prestations de qualité.

1.2.1 Les zones d'incertitudes laissées par la réforme

La réforme du secteur social et médico-social se voulait simple en répondant aux insuffisances de la loi de 1975. Mais elle est devenue complexe avec l'enchevêtrement de règles et de normes. C'est dans ce contexte, que le directeur d'EHPAD, contraint d'améliorer la qualité des prestations de son établissement, part à la recherche de moyens financiers, qui dorénavant, sont liés à l'évaluation de la dépendance des personnes accueillies. De plus, la création d'outils supplémentaires, parfois peu opérants et en opposition, rend la lisibilité de ce secteur moins nette.

A) Des outils pour certains peu opérants et d'autres en contradiction

Novatrice sur le degré d'exigence et de continuité en matière de qualité, la loi rénovant le secteur médico-social a prévu un outil de référence pour diagnostiquer les

établissements. Seulement face à cette grille, la marge de manœuvre des directeurs est limitée. En effet, si les tutelles placent la qualité comme le critère par excellence d'obtention de ressources, il en est tout autre pour les négociers. La Dotation MINIMale de Convergence (DOMINIC) est certes un mécanisme de régulation des dépenses d'assurance maladie. Mais il peut être aussi un frein à toute démarche de qualité supplémentaire.

a) « *La grille AGGIR : un enfer pavé de bonnes intentions ?* »⁴³

La grille AGGIR, conçue par la loi de 1997, a été désignée comme l'outil légal d'évaluation de la dépendance des personnes âgées, par le Conseil d'Etat le 28 avril 1997. Pourtant, son utilisation soulève de nombreux commentaires par les gérontologues et les personnels qui y sont confrontés.

Très rapidement, le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) fait remarquer la nécessité de compléter cette grille. Certains paramètres semblent avoir été oubliés⁴⁴. Cet outil a surtout été utilisé par excès pour modéliser la charge en soins dans les unités. La première utilisation en institution s'est faite au travers du logiciel GALAAD⁴⁵, qui permet notamment à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) d'avoir une approche économique parallèle et concurrente au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), utilisé dans le secteur sanitaire pour les activités Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

Ensuite les utilisateurs de la grille AGGIR ont pu observer des incohérences dans les classements en GIR des personnes qui y ont été soumises. Par exemple, une personne classée « B » en orientation, « C » en transferts et « A » pour les autres variables sera en GIR 6. Si la variable transfert est évaluée en « B », donc une meilleure autonomie, la personne monte paradoxalement en GIR 5. Ainsi, une personne totalement dépendante pour les transferts a un GIR supérieur à une personne partiellement dépendante pour la même variable, ce qui apparaît totalement contradictoire.

⁴³ Docteur Frédéric BEVERNAGE « La grille AGGIR, un enfer pavé d'incertitudes », extrait du site papidoc.com

⁴⁴Omission des pathologies « productives » (fugue, agitation, harcèlement du personnel, psychiatrie.

⁴⁵ GALAAD : Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

Dans un compte rendu de réunion du Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) du 23 mai 2002, son Président, le Docteur JM. VETEL fait remarquer qu' AGGIR n'évalue qu'une activité « sèche », c'est-à-dire uniquement technique au lit du malade. Le temps réellement requis en soins directs, quand le personnel est dans la chambre du résident, n'est pas considéré. Or, tout le monde s'accorde à dire que l'activité de tous les intervenants est supérieure au soin direct, et qu'elle est accompagnée d'une activité dite « occulte »⁴⁶ très consommatrice de temps. Par conséquent, il existe un important « delta » entre ce que mesure l'outil AGGIR et le temps réellement passé sur le lieu de travail. Donc, faute d'un réajustement prenant en compte les activités autres que les soins, il est difficile pour les directeurs d'accepter ce mode de calcul fondé sur des bases trop éloignées du terrain.

Enfin, cette grille n'est qu'un outil de management de l'institution à cause de son aspect économique à défaut d'être un outil fiable de diagnostic et d'évaluation de l'autonomie, y compris cognitive de la personne âgée. Pour certains gériatres et autres professionnels une autre méthode d'évaluation pourrait s'y substituer, comme le Resident Assessment Instrument (RAI). Il a pour but d'établir un plan de soins cohérent pour optimiser la qualité des soins ainsi que des éléments utiles pour la gestion administrative et financière. Il est aussi destiné à des études épidémiologiques et permet le calcul de la charge de travail en soins. Le RAI peut être accompagné d'un audit de la qualité contrôlant la mise en conformité de l'institution. Cet outil permet de cerner le fonctionnement institutionnel en répondant aux questions sur l'adaptation de la structure aux besoins des résidents, sur le nombre de personnel et leur qualification, et sur les procédures utilisées pour définir les besoins et concevoir le plan de soins et son suivi.

A l'heure actuelle, il est admis que seul l'état de dépendance détermine l'allocation des ressources. Les conséquences négatives pourraient tenir au fait que le directeur d'EHPAD n'a aucun intérêt financier à ce que l'autonomie progresse et surtout qu'il procède à un choix dans l'admission des résidents.

b) Le risque d'échec d'ANGELIQUE par la DOMINIC

Les nouvelles règles de tarification des soins prévues par les décrets n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 conduisent soit à une augmentation de la participation de

⁴⁶ Activité occulte : transmissions, rencontres avec les familles, temps de formation, temps administratif

l'assurance maladie (par ce qui est appelé « l'effet mécanique » de la réforme) soit à une conservation du montant de cette participation sur le fondement de l'article 30 du décret n°99-316 (nommé « clapet anti-retour). La circulaire DGAS/MARTHE/DHOS n°2000-475 du 15 septembre 2000 prévoyait des crédits destinés à financer l'effet mécanique en procédant tout d'abord à un déplafonnement du forfait soins et ensuite à un examen de la convention tripartite. A ces montants se sont ajoutées des enveloppes nécessaires aux augmentations des budgets soins, suite à l'intégration des soins de ville en EHPAD ou des remises à niveau de moyens indispensables pour financer les premières DOMINIC. Une fois ces crédits apurés par les deux nouveaux procédés budgétaires (le clapet anti-retour et l'effet mécanique), les crédits de l'assurance maladie sont destinés en priorité à augmenter les moyens des établissements les moins bien dotés au regard de la charge qu'ils doivent affronter. Dès lors que les dotations soins seront inférieures à la DOMINIC, elles pourront être augmentées jusqu'à cette dernière à l'occasion de la signature de la convention tripartite, en fonction des améliorations nécessaires à la prise en charge des résidents ainsi qu'à la qualité des soins prodigués. Paradoxalement, la dotation soins est fixée en fonction de la dépendance des résidents sur la base d'AGGIR. A l'heure actuelle l'expérimentation de l'outil PATHOS ⁴⁷ permettrait de déterminer les besoins en « soins spécifiques » en lien avec les pathologies dont souffre la personne âgée.

Cependant les autorités de tarifications font abstraction de la charge en soins des résidents pour se caler sur une référence utilisée comme le plafond de négociation (DOMINIC + 35%). De fait, il est difficile d'exiger des institutions de donner de la qualité alors que les moyens financiers sont en inadéquation, puisque résultants d'une évaluation inadaptée. C'est en ce sens que la grille d'auto-évaluation ANGELIQUE et la DOMINIC sont en contradiction. Pourtant la circulaire d'août 2004 reconnaît la possibilité d'aller au delà de cette référence (DOMINIC + 35%), dès lors que le dépassement est justifié.

Les professionnels contestent le mode de calcul de la DOMINIC. La référence à la DOMINIC renvoie à la création du GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS), qui, pour tenir compte de l'effet de la prise en charge de la dépendance sur la charge globale des équipes de personnel, est obtenu en rajoutant au GMP un nombre de points fixé arbitrairement (300 points pour les maisons de retraite et 800 pour les unités de soins de longue durée (USLD)). De ce fait, la DOMINIC se base sur une donnée incertaine (le GMP) provenant de la grille AGGIR.

⁴⁷ PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour traiter les états pathologiques dont souffrent les personnes âgées. Il décrit les situations cliniques habituellement rencontrées dans les structures de soins pour personnes âgées et de déterminer la nature et le niveau des soins imposés par l'état de ces personnes.

Comment associer deux logiques de financement totalement opposées ? L'une concerne la rationalisation des dépenses corrélée aux besoins de la population accueillie tandis que l'autre touche à l'allocation budgétaire d'une démarche qualité en lien avec le projet de vie institutionnel.

B) Les points de la réforme encore en suspens

Même si l'ambition du législateur était de réformer en profondeur le secteur social et médico-social, des aspects de ce champ ne sont à ce jour pas encore réglés. La convention tripartite s'applique-t-elle à tous les établissements ? Le calendrier prévu pour réformer a-t-il été suivi ?

a) *Quelle place pour certains établissements ?*

En 1999, le législateur pensait faire basculer l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dans le secteur médico-social, pour les transformer en EHPAD. Or les structures comme les unités de soins de longue durée, les petites unités de vie et les logements foyers ont revendiqué leur spécificité retardant ainsi leur entrée dans la démarche de conventionnement.

Pour les USLD, il s'agissait de distinguer parmi les 83 000 lits ceux qui relèveraient d'une prise en charge purement sanitaire, de ceux qui appartiendraient au champ médico-social. La circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF 2 n°99-345 du 15 juin 1999⁴⁸ dans son article 2 prévoyait de basculer les USLD en EHPAD et de transformer les lits d'USLD strictement sanitaires en «Unités de soins prolongés ». Cependant cette réforme n'a jamais vu le jour. Les directeurs d'hôpitaux locaux voyaient à travers ces textes un risque d'exclusion du secteur sanitaire vers le champ médico-social, avec de fait une perte de moyens financiers Ce n'est pas pour autant que les pouvoirs publics ont interrompu cette réforme comme l'illustre la circulaire n° DHOS /02/DGAS/2C/2006 du 15 mai 2006⁴⁹. A

⁴⁸ Circulaire relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérées par des établissements de santé.

⁴⁹ Circulaire relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée.

partir du référentiel⁵⁰ destiné à la réalisation des coupes transversales, une répartition des capacités d'accueil et des crédits des actuelles USLD doit s'opérer. Dans un communiqué de presse du 19 mai 2006, Philippe Bas, ministre délégué aux Personnes Agées apporte des précisions sur cette réforme qui devrait s'achever avant le 1^{er} janvier 2007. Selon lui « de nombreuses personnes âgées dépendantes sont accueillies dans des structures hospitalières de long séjour qui ne peuvent pas offrir ...un accompagnement complet de la dépendance (définition du projet de vie, animation) ». Afin de déterminer le taux de patient hospitalo- requérant au sein de ces structures, une évaluation de la charge en soins a été lancée avec la grille PATHOS.

Le ministre garantit qu'il n'y aura pas de diminution de moyens mais un maintien voire un renforcement et qu'aucun transfert de patient ne sera effectué. Face à ce projet de réforme, des gériatres, des élus, des professionnels de terrain et des représentants des familles des personnes âgées manifestent largement leur inquiétude⁵¹. Ils insistent sur les graves conséquences que ne manquerait pas d'avoir une démedicalisation des structures d'accueil des personnes âgées les plus fragiles. Ils soulignent que la transformation des deux tiers des lits d'USLD (actuellement 76 000) en lits d'EHPAD (actuellement 415 000 lits) s'effectuerait sans évaluation des besoins de soins des personnes accueillies. Dans ce contexte encore incertain, il est difficile de contraindre des directeurs à signer une convention tripartite.

La circulaire n°DHOS/F/DSS/1A/DGAS/2C/2005/478 du 21 octobre 2005 fait un rappel sur l'application du décret n°2005-118 du 10 février relatif aux petites unités de vie (PUV). Les directeurs de ces structures pourront dès la parution des arrêtés portant application du décret du 18 février 2005, opter soit pour le conventionnement tripartite soit pour le forfait journalier soins. Pour les PUV, qui n'emploient pas de personnel de soins et qui ne souhaitent pas en recruter, pourront également avoir recours à un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Enfin les logements foyers traversent une situation de crise. La réforme de la tarification a fait l'effet d'un « séisme en les confrontant à une alternative extrêmement manichéenne »⁵². Ces établissements peuvent faire le choix de rester en dehors de la réforme renonçant ainsi à la possibilité d'accueillir des personnes âgées dépendantes à

⁵⁰ Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

⁵¹ Conférence de presse de « Vieillir Digne » du 20 juillet 2006

⁵² VILLEZ. A « Adapter les établissements pour personnes âgées »- Dunod p 51

l'échéance prévue par la loi, repoussée pour la quatrième fois au plus tard au 31 décembre 2007⁵³. Par contre, si le niveau de dépendance des résidents excèdent le seuil fixé par la réglementation (GMP supérieur ou égal à 300), ils ont la possibilité de basculer dans le régime EHPAD. Ce sera à partir de la situation de chaque logement-foyer, que le directeur devra définir une stratégie, dont les conséquences structurelles peuvent être importantes.

b) Un calendrier non respecté pour quels moyens financiers ?

Six années après le début de la réforme de la tarification et au vu de la complexité de mise en œuvre du conventionnement, le constat est plutôt négatif, compte tenu du faible nombre d'établissements, qui ont signé leur première convention tripartite. Dans le bilan réalisé au 31 décembre 2005, par la CNSA sur le conventionnement, 1053 nouvelles conventions ont été signées en 2005 représentant un total de 76 000 lits.

Malgré le retard pris par le dispositif de conventionnement, celui-ci concerne aujourd'hui 390 000 lits, soit environ 64% des 610 000 lits qui doivent être conventionnés avant le 31 décembre 2007. Cela représente deux EHPAD sur trois. En terme d'évolution globale, un constat peut être dressé sur les différences de conventionnement par région. Si le processus est presque achevé dans certains départements ou régions (Limousin 93%) seulement 50% des places sont conventionnées dans d'autres régions. Les causes de ce retard tiennent essentiellement à la qualité de concertation entre les services du Conseil Général et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), qui semble être selon la CNSA le gage essentiel de la réussite de la démarche. En revanche, l'enchevêtrement de textes suscitant des rebondissements et des modifications, a fait que pour certains directeurs d'EHPAD, « il était urgent d'attendre » avant de se lancer dans la démarche.

Fin 2005, le conventionnement a déjà mobilisé 1,056 M d'euros de crédits d'assurance maladie. Le coût unitaire moyen s'établit à 2884 euros par place soit une augmentation de +18% par rapport à 2004.

Dans le Plan Solidarité Grand Age, présenté par Philippe Bas, le 27 Juin 2006, l'un des cinq grands axes est intitulé : inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, et en maîtrisant les prix.

⁵³ Article 48 alinéa 1 Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Né du drame de la canicule, Le Plan Vieillesse et Solidarité⁵⁴ de novembre 2003, programmé sur quatre ans, a permis d'accroître le nombre de places d'accueil et d'améliorer la qualité de prise en charge au travers de plusieurs mesures. La loi du 30 juin 2004⁵⁵ pose le principe d'une prise en charge collective de la dépendance et instaure la Journée de Solidarité. 1,2 milliard d'euros supplémentaires, mobilisés chaque année pour les personnes âgées, permettent de consolider le financement de l'APA et de créer de nouvelles places. La loi a mis en place la CNSA, chargée de gérer ces crédits, sous le contrôle de la Cour des Comptes, pour une garantie de transparence.

Grâce aux manifestations de protestations contre l'insuffisance de moyens en personnel soignants et la suppression des crédits affectés à la réforme de la tarification, il semblerait que les pouvoirs publics aient pris conscience de la nécessité de relever le défi de la dépendance. Un effort sans précédent a été réalisé en 2006 avec le dégagement de « 500 millions d'euros pour mettre aux normes, moderniser et humaniser les maisons de retraite et les maisons d'accueil spécialisées pour personnes handicapées. En un an, c'est dix fois plus que le total mobilisé pour de tels travaux lors des cinq dernières années ». Pour concrétiser ces objectifs, le taux de la taxe de la valeur ajoutée (TVA) pour les travaux de rénovation a été abaissé de 19,6% à 5,5%. Les crédits médico-sociaux ont également progressé de près de 13,5%. Enfin le plan prévoit de faciliter le recrutement de personnels pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées. Il s'agit d'augmenter le personnel dans les maisons de retraite en fonction des besoins des résidents et de passer d'un ratio moyen de 0,57 pour un résident, tous personnels confondus à 0,65. La prise en compte de ces besoins pourrait se faire au moment du renouvellement de la convention.

En outre pour les structures hébergeant les personnes âgées les plus malades et les plus dépendantes, le ratio sera augmenté à un professionnel pour un résident. Le plan prévoit d'adapter régulièrement l'encadrement dans les maisons de retraite au degré de dépendance des résidents. Initialement les moyens des EHPAD étaient figés pendant la durée de la convention tripartite, soit cinq ans. Pendant cette période, il n'était fait aucun cas de la dégradation de l'autonomie des résidents à l'origine d'un déficit des ressources. Dans ce contexte, la structure n'avait plus d'autre choix que de sélectionner les résidents au profit des personnes les plus autonomes. Ainsi les personnes les plus requérantes avaient les plus grandes difficultés à trouver une place en hébergement. Désormais, dans le cadre de la convention tripartite, les pouvoirs publics invitent les établissements à

⁵⁴ Plan mis en place par le gouvernement de Jean-Pierre RAFFARIN

évaluer le niveau de dépendance des résidents chaque année, pour ajuster régulièrement les effectifs en personnel soignant. A côté de ces mesures, il est demandé aux directeurs d'EHPAD de maîtriser le prix payé par les personnes âgées. De récentes études montrent que depuis les années 2000, les investissements effectués pour moderniser les maisons de retraite sont la cause principale d'augmentation du prix de journée.

Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), ce plan est « ambitieux mais insuffisamment financé ». Selon elle, le chiffrage des mesures gouvernementales montre qu'il faudrait doubler le financement médico-social prévu pour respecter les engagements contenus dans ce plan.

Cependant, au bout de cinq ans d'application du conventionnement des EHPAD, d'une succession de normes réglementaires et de plans gouvernementaux, le constat sur le manque de moyens dans ces structures est bien réel. Les pouvoirs publics devaient prendre conscience de la difficulté des directeurs d'EHPAD à répondre aux objectifs de qualité tout en faisant face à une augmentation de la dépendance des personnes âgées avec des moyens figés pendant la durée de la convention.

1.2.2 L'application du conventionnement : l'exemple de la Providence

L'EHPAD de la Providence a déjà signé sa première convention tripartite le 2 janvier 2002. Les explications, qui vont être décrites, m'ont été rapportées par le personnel ou lues au travers de différents compte- rendus de réunions.

Cet établissement, qui est une des premiers du département de La Charente à se lancer dans le conventionnement, est aujourd'hui en phase de renouvellement de convention. Cette situation n'est pas anodine, puisque qu'à ce jour, les pouvoirs publics ne sont pas réellement positionnés sur la « nouvelle vague ambitieuse de médicalisation⁵⁶ » et donc de renégociation.

Pendant cette période quinquennale, deux périodes peuvent être distinguées : celle du pré- conventionnement et celle du post-conventionnement.

⁵⁵ Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

⁵⁶ Actualités Sociales Hebdomadaires N° 2440 du 27 janvier 2006, p 45

A) En amont de la signature de la convention tripartite

Le pré- conventionnement s'analysera sur le statut de la structure et sur la méthode employée pour lancer la démarche.

a) *Une évolution de statut de la Providence*

C'est en 1855 que Monsieur et Madame LECLERC- CHAUVIN offrent une maison et ses dépendances à la ville d'ANGOULEME pour y hospitaliser des miséreux. Dans cet acte de donation, il était stipulé que les religieuses de la Congrégation des Sœurs Sagesse gèreraient la structure. Ce fut le cas jusqu'en 1961.

En 1989, la Mairie d'ANGOULEME confie la gestion de l'établissement au Centre Communal d'Action Social (CCAS). Puis le 6 juillet 2000, la ville d'ANGOULEME laisse à titre provisoire, la maison de retraite La Providence à la Direction du Centre Hospitalier d'ANGOULEME (CHA) et c'est le directeur de cette structure qui a assuré la direction par intérim.

Le 29 août 2000, la Commission d'Administration décide de changer le statut juridique pour transformer la maison de retraite, à compter du 1^{er} janvier 2001, en établissement public autonome.

La Providence est une structure de 199 lits, reconstruite en deux temps. La première partie, qui aujourd'hui n'est plus adaptée à la prise en charge des résidents devenus dépendants, correspond à une construction de type foyer- logement. La seconde mise en service en juillet 1995 satisfaisait à une volonté d'améliorer la prise en charge des résidents ; des espaces communs plus spacieux, des chambres individuelles avec des sanitaires adaptés et des espaces spécifiques pour pratiquer les soins. Conformément à la loi du 30 juin 1975, l'établissement s'est doté d'une section de cure de 98 lits. Si bien que dans les années 90, il a recruté deux médecins libéraux en tant qu'attachés contractuels. Par ailleurs, l'un deux deviendra le médecin coordonnateur, conformément aux exigences de la loi du 2 janvier 2002.

Cet établissement était totalement indépendant et autonome. A ce titre, il disposait d'une lingerie et d'une blanchisserie avec du personnel qualifié et d'un service de cuisine avec un système de liaison chaude, qui fonctionne avec du personnel formé. Le personnel soignant réparti sur trois étages est composé d'un cadre de santé, d'infirmières, d'aide- soignants, d'agents des services hospitaliers et de contrats aidés. Le personnel logistique faisait face aux réparations et entretien courants de la maison de retraite. Enfin la gestion administrative était assurée par un directeur à temps plein, aidé d'une équipe qui avait en charge l'accueil, le secrétariat, la gestion des ressources humaines (paye, gestion des carrières, discipline, gestion du temps de travail...) et la gestion financière

(élaboration des budgets et comptes administratifs, suivi budgétaire avec traitement des factures, passation de marchés publics, facturation des dossiers des résidents, régie de recettes pour la facturation de repas extérieurs). Cette maison de retraite avait des liens avec l'extérieur notamment avec les autres établissements hébergeant des personnes âgées dans le domaine de l'animation.

C'est dans ce contexte que la directrice, dès son arrivée en janvier 2001 et avant la loi du 2 janvier 2002, a abordé le conventionnement de la Providence.

b) Méthode adoptée par la direction

Lors du lancement de la convention tripartite, les dirigeants de maisons de retraite auraient pu être classés, selon l'attitude adoptée face à la contractualisation, dans deux catégories. D'un côté, les managers réactifs se sont lancés sans tarder dans la réforme de peur que le financement de la création de la nouvelle section tarifaire soit épuisé. De l'autre côté, les managers réservés ont fait le choix d'attendre en espérant probablement que les pouvoirs publics reviennent sur la réforme. Le département de la Charente compte encore quelques retardataires.

C'est sur la base du cahier des charges déterminé dans l'arrêté du 26 avril 1999 que l'établissement de La Providence s'est lancé dans la démarche du conventionnement. Cet arrêté, loin d'être un ensemble de normes strictement opposables aux établissements, se définit comme une série de préconisations destinées à nourrir les démarches qualité faisant l'objet du conventionnement tripartite. Les recommandations, souvent interprétées d'une façon rigide par les autorités départementales dans le cadre des négociations préalables au conventionnement, s'organisent de fait comme un référentiel qualité.

Dans un souci d'économie de temps dans le processus de contractualisation, la directrice de La Providence avait fait le choix de restreindre le groupe pour mener les réflexions sur le pré-conventionnement. En particulier, l'analyse de la grille ANGELIQUE a été élaborée par deux représentants de l'administration et le cadre de santé. Par contre, si le personnel n'a pas été impliqué dans les préludes de la démarche, il a été associé dans les différents groupes de travail dès la signature de la convention.

D'une façon parallèle et pour faciliter le travail autour de la contractualisation, les services déconcentrés de l'Etat du département ont organisé des tables rondes autour de différents thèmes (les bonnes pratiques en EHPAD, le médecin coordonnateur, les tarifs partiel et global, les fiches de postes des professionnels relevant du champ sanitaire). Au

cours de ces réunions, auxquelles participait la directrice de la Providence, les représentants de la DDASS ont expliqué leurs attentes pour le pré- conventionnement.

Ainsi après avoir établi le bilan diagnostic de la Providence d'une façon interdisciplinaire, le conseil général de la Charente, la DDASS de la Charente et la maison de retraite de la Providence ont signé la convention tripartite le 2 janvier 2002.

B) La période de post- conventionnement

Le 2 janvier 2002, La Providence signe la convention tripartite, et ce même jour sort la loi rénovant le secteur médico-social. De fait, la Providence devenue EHPAD doit en plus s'adapter à cette réforme et notamment mettre en place les outils indispensables à l'exercice des droits des usagers. Deux ans plus tard l'établissement connaît à nouveau un changement de statut. Le 1^{er} janvier 2004 La Providence est définitivement rattachée au Centre Hospitalier d'ANGOULEME et devient une structure supplémentaire du pôle médico-social. En novembre 2004, il y a eu un changement de direction du secteur médico-social. Aujourd'hui, l'ensemble de ce pôle comporte 572 lits décomposés en 120 lits d'USLD, et 452 lits d'hébergement divisés sur trois sites distincts.

a) *La période à compter du 02/01/02*

Pour aider à formaliser les objectifs de la convention tripartite de l'établissement et la mise en place des nouveaux outils exigés par la loi, la direction a fait appel à un consultant externe.

Sur la base du bilan diagnostic, le cabinet de conseil a concerté le personnel pour établir et rédiger le document pilier de l'EHPAD, à savoir le projet institutionnel regroupant le projet de vie et le projet de soins. Pour avoir évoqué ce document avec l'actuelle directrice (mon maître de stage), ce projet correspondait à la description du fonctionnement d'une maison de retraite idéale. Ce consultant n'aurait-il pas vendu du rêve à un personnel en détresse, en pleine crise identitaire et en difficulté pour répondre à l'augmentation de la dépendance des résidents ? Il s'est avéré que le projet institutionnel tel qu'il était proposé n'était pas du tout adaptable et réalisable. Envisagé comme une action à court terme, La Providence n'a pas pu s'engager dans cette action.

Une autre réflexion a été menée sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette proposition consistait à développer une prise en charge individualisée dans un environnement adapté à cette population, en construisant des

zones lumineuses, des espaces de déambulation avec un ratio de personnel équivalent à un.

Ces deux projets ont été élaborés grâce à la mobilisation du personnel. Ce management participatif, souhaité par la direction, a eu pour mérite de faire en sorte que les agents puissent s'exprimer, échanger, communiquer autour de leurs métiers. Néanmoins ces deux projets sont restés lettre morte, faute de moyens.

Devenu budget annexe du Centre hospitalier d'ANGOULEME, à compter du 1^{er} janvier 2004, l'EHPAD a dû s'inscrire dans les projets du pôle médico-social.

Un audit relatif au projet médical de ce secteur a été commandité. La direction, les médecins et les cadres de ce secteur ont été consultés et associés à l'élaboration de ce projet. Il s'agissait que le secteur médico-social s'adapte à l'environnement et réponde aux besoins de la population. La finalité du projet médical était d'optimiser les lits et leur situation géographique. La prise en compte du handicap ou de l'autonomie des personnes était un critère de réponse à la satisfaction des résidents et de leurs familles. Enfin d'autres modes d'hébergement, autre que l'hébergement traditionnel, ont été envisagés, comme l'accueil de jour, l'accueil de nuit et l'hébergement temporaire. Ce projet évoquait aussi la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes accueillies en maison de retraite. L'idée du consultant était de créer un foyer d'accueil médicalisé, capable d'apporter une réponse adaptée à cette situation avec du personnel formé.

Parallèlement, un diagnostic concernant le réaménagement de l'EHPAD de la Providence a été mené par un autre consultant externe. Ce projet ambitieux proposant une réhabilitation totale du bâtiment a été présenté au Conseil Général, qui l'a refusé après constat d'un surcoût pharaonique. Pourtant, ce projet répondait aux exigences de la loi en terme de circulation, de qualité des espaces, de sécurité et de mise en conformité.

b) Le bilan au bout de 5 ans de conventionnement

Dès la signature de la convention tripartite, la direction s'est lancée dans la rédaction et l'élaboration des outils exigés par la nouvelle loi. Le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement ont été élaborés. La charte de la personne âgée a été affichée à chaque endroit stratégique de passage, afin de respecter le droit à l'information. L'ensemble de ces documents a été transmis aux autorités de tutelle, chargées du suivi de la convention. Le conseil de la vie social a été créé, permettant ainsi aux résidents et aux familles de s'exprimer autour des projets à développer ou encore de faire remonter à la direction les mécontentements. Enfin, il est bon de noter que

l'établissement a souhaité mettre en place une commission des menus. Même si la vie en collectivité ne permet pas de faire « des repas à la carte », les souhaits culinaires ou les remarques des résidents sont énoncés au responsable de la cuisine. Ces réunions mensuelles ont aussi un autre impact sur les résidents. Ce moment d'échange, d'écoute est aussi vécu comme un moment d'animation.

En raison du peu de traces écrites retrouvées, il apparaît difficile de retracer la démarche de la première directrice. Cependant il semblerait que le fil conducteur ait été le référentiel ANGELIQUE. Les outils, l'organisation des tâches, les recrutements suivent les thèmes abordés par la grille. En ce sens où les actions entreprises sont une réponse aux points faibles de l'établissement.

Ainsi en matière d'amélioration de la qualité de vie des résidents et pour faire face aux plaintes des familles relatives à l'hygiène des locaux et du traitement de linge, la directrice a recruté un poste de gouvernante à temps plein. Ce métier est peu répandu dans les EHPAD et plus courant dans les structures d'hébergement temporaire. Cet agent est responsable de l'équipe d'entretien des locaux communs et de l'environnement des chambres des résidents. Il s'agit également de la personne référente pour les questions liées au linge des résidents. C'est elle qui est chargée de faire visiter l'établissement pour toutes les personnes âgées souhaitant y être hébergées.

Concernant le respect du délai de jeûne entre le repas du soir et le petit déjeuner, évalué à 13 heures, les horaires ont été réaménagés dans les services de soins. En effet l'organisation de ceux-ci, en début 2002, ne permettaient pas à l'institution d'appliquer la réglementation très précise sur ce point. De plus, le recrutement d'un responsable de cuisine a permis de réorganiser ce service grâce à l'élaboration rigoureuse de fiches de tâches.

Au titre de la convention tripartite et de l'Aménagement de la Réduction du Temps de Travail (ARTT), La Providence a bénéficié de 10,9 équivalents temps plein supplémentaires (ETP), répartis en 3,9 ETP pour la partie soins et 7 pour les parties hébergement et dépendance. L'ARTT totalise à lui seul 5,4 ETP pour les trois sections tarifaires. Le ratio pour l'année 2006 tout personnel confondu est de 0,53 alors qu'il était en 2002 de 0,42. Sans le personnel de l'administration et des services généraux et de la cuisine il est ramené à 0,39 pour 2006 alors qu'il était de 0,31. L'analyse de la comparaison montre le poids des services autres que le soin dans la prise en charge des résidents, pour tout ce qui est hygiène des locaux et confort de vie.

Sous l'impulsion du médecin coordonnateur, La Providence a été novatrice sur la préparation de l'entrée du futur résident. L'objectif a été de constituer une commission de pré-admission pour analyser toutes les demandes de placement et de programmer les visites de pré-admission. Ces entretiens ont lieu entre le médecin coordonnateur, le cadre de santé et le résident ainsi que sa famille. Le but de cette rencontre est de préparer l'entrée en institution et par là même de proposer une aide aux aidants. Le médecin pourra aussi faire un bilan sur les besoins de la personne et le mettre en adéquation avec les moyens de la structure. Eventuellement il propose une réorientation vers une institution plus adaptée si nécessaire.

Une réflexion concernant l'organisation des soins a été menée sur le dossier patient, avec la distinction entre le dossier de soins infirmiers et le dossier médical, avec un réaménagement des armoires installées dans le local des infirmières pour assurer la confidentialité des éléments. L'organisation du travail est un point fort de la structure. Le médecin coordonnateur travaille en collaboration étroite avec le cadre de santé. Pendant les transmissions et sur des temps spécifiques, ces deux personnes peuvent intervenir pour former le personnel aux techniques du soin. La planification des formations permet de proposer aux agents de se perfectionner dans la prise en charge des résidents.

Pour suivre l'exigence de la loi du 2 janvier 2002, La Providence s'est lancée dans la démarche qualité. Un comité de pilotage et des groupes de travail ont été constitués. Une infirmière diplômée d'Etat a été désignée en tant que référente qualité et un agent administratif comme secrétaire qualité. Dans le cadre des réflexions menées sur l'élaboration des protocoles de soins ou sur le fonctionnement de l'institution, le personnel a été largement associé. La communication autour de ces documents a été la diffusion des compte-rendus de réunions et la mise en place d'un classeur dans chaque unité avec un accès à l'ensemble des documents.

Enfin concernant l'orientation en matière de dépenses des soins la direction a fait le choix du tarif partiel. En effet cet établissement était dépourvu de section d'investissement et ne pouvait pas se lancer dans une politique de médicalisation représentée par l'achat de matériel médical. Le recours au matériel médical se faisait alors par la location après une mise en concurrence des fournisseurs. De plus, les honoraires des kinésithérapeutes libéraux, des médecins de ville et des laboratoires privés sont couverts par la couverture maladie des résidents.

Le 2 janvier 2007 la convention tripartite de La Providence arrive à échéance. Pour cette phase de reconventionnement, la direction de l'établissement peut s'interroger. En effet, la renégociation n'est pas encore une priorité des DDASS et des Conseils Généraux

dans la mesure où tous les établissements hébergeant des personnes âgées n'ont pas signé leur première convention tripartite. Déjà en janvier 2006, huit organisations⁵⁷ avaient adressé un courrier à Philippe Bas concernant des «critères bien imprécis » indiqués dans une note d'orientation pour la campagne budgétaire 2006. Ce texte indiquait qu'un groupe de travail allait concevoir des outils de mesure d'amélioration de la qualité. Or le secteur est déjà doté d'outils d'évaluation de la qualité comme la grille ANGELIQUE. Cependant il faut noter que l'objectif financier de la DOMINIC +35% empêche toute discussion qualitative. Les EHPAD en phase de renouvellement n'ont reçu aucune indication concernant la marche à suivre.

C'est dans ce contexte d'incertitude laissé par les pouvoirs publics que j'ai mené l'une de mes missions, la renégociation de la convention tripartite, pendant ce stage de professionnalisation. La convention tripartite que je percevais comme un outil exigeant, contraignant et compliqué devait être utilisé comme un moyen de communiquer avec le personnel pour en assurer la réussite. La partie qui va suivre tend à démontrer que pour toute conduite de changement le directeur doit communiquer et rechercher l'implication, la mobilisation et l'adhésion du personnel.

⁵⁷ Adehpa, Cnehpap, FEHAP, FHF, Fnadepa, FNMF, Unccas, Uniopss

2 LA CONVENTION TRIPARTITE : UN VECTEUR DE MANAGEMENT NOUVEAU. L'EXEMPLE DU RECONVENTIONNEMENT DE L'EHPAD DE LA PROVIDENCE

Le travail mené sur l'établissement met en exergue essentiellement la communication autour de la convention tripartite et le management des équipes. L'incidence financière des moyens demandés n'a pas encore été calculée. La négociation avec les autorités de tarification n'a pas été réalisée, dans la mesure où la signature est prévue pour le 2 janvier 2007.

Le renouvellement de la convention est un projet, dans le sens où il va créer et changer des choses au sein de l'institution. C'est une résolution de problèmes complexes qui nécessite un travail collectif, des formations préalables, un enjeu, des instances, un pilotage pour respecter les objectifs de qualité, de coût et de délai, des méthodes adaptées, et enfin un style de management ajusté.

Le temps où le directeur gérait seul l'institution est aboli. Pour qu'un établissement puisse évoluer au gré des projets, le personnel, l'utilisateur et les familles devront être associés.

Le directeur devenu manager semble dorénavant investi d'une mission de fédération des équipes autour d'un projet commun.

2.1 Comment faire d'un outil conventionnel un dispositif fédérateur ?

L'objectif de la mission, réalisée sous la direction avec mon maître de stage, a été centré sur la participation du personnel de La Providence. Ma première expérience en management a été de faire une analyse de l'existant, en écoutant et en menant une enquête qualitative auprès des équipes, puis de convaincre les agents du bien fondé et de la nécessité de travailler collectivement autour de la renégociation tripartite. Les ouvrages présentent le métier de DESS comme un gestionnaire financier mais aussi comme un acteur de terrain. animateur de projet collectif, le directeur est un pilote à la recherche de l'adhésion et de l'association des équipes à la prise de décision au service de l'utilisateur.

2.1.1 Constater et analyser la situation de l'EHPAD La Providence pour entreprendre

Au cours d'une réunion d'information en décembre 2005, l'ensemble du personnel a été informé de l'échéance de la convention tripartite. Pour relayer cette information aux agents absents, le compte rendu de réunion a été diffusé dans les services. La direction (représentée par mon maître de stage et le faisant fonction de directeur de soins du pôle médico-social) a présenté l'arrivée du stagiaire DESS comme une opportunité pour entreprendre le renouvellement du conventionnement. Cette volonté de faire collaborer et de laisser la possibilité au personnel de s'exprimer conditionnerait la réussite du projet commun. Les résultats escomptés étaient suspendus à un acteur lié à ma présence et à un délai puisque les travaux étaient planifiés sur la durée du stage de professionnalisation. Cette démarche de convergence a eu pour avantage de rendre visible l'avancement des travaux et de répondre aux problèmes et aux risques à chaque échéance fixée.

Avant d'établir une quelconque préconisation pour aborder le processus de renouvellement auquel le personnel était invité à y contribuer, il convenait de faire une analyse de l'établissement.

A) Le bilan sur l'EHPAD

Le diagnostic de l'établissement s'envisage à deux niveaux. Sur la forme, il s'agit d'analyser la progression de la qualité de l'établissement. En s'appuyant sur le référentiel ANGELIQUE, une comparaison peut être faite entre les préconisations et leurs réalisations. Repartir de l'existant est une des conditions pour démarrer la phase de renégociation de la convention tripartite. Sur le fond de l'établissement, il s'agissait de faire une étude sur la base d'entretien du personnel. L'enquête qualitative allait être un moyen de comprendre certains comportements et d'éviter une résistance au lancement de la renégociation.

a) Les apports et les manques après cinq ans de conventionnement.

Au delà des points déjà décrits répondant aux exigences de la loi du 2 janvier 2002 imposant l'amélioration de la prise en charge des résidents, un diagnostic sur l'atteinte des objectifs proposés aux autorités de tutelle ainsi qu'aux résidents, familles et personnel a été établi. Pour réaliser cette comparaison, la convention tripartite initiale a été la source principale. Il en est ressorti une légère inadéquation entre les prévisions d'actions à

réaliser et celles réellement effectuées. C'est sur la gestion et l'apport de solutions de cet écart et sur les projets nouveaux attendus par le personnel que la démarche collective s'est construite.

Concernant la qualité de prise en charge des résidents et des relations avec l'entourage, La Providence a répondu aux contraintes réglementaires en respectant les droits des personnes âgées. Seul le projet d'établissement établi par un consultant extérieur était irréalisable. Ce dernier consistait, en effet, à décrire la vision des agents d'une maison de retraite idéale sans tenir compte des contraintes budgétaires.

Quant à l'engagement dans une démarche qualité, qui vise la qualité des soins, la formation des personnels et l'inscription dans une coordination gérontologique, l'EHPAD a répondu partiellement à la commande. L'absence de résultat n'est pas forcément du fait de l'institution et de son dirigeant. Le Conseil Général élabore actuellement le futur schéma gérontologique, le précédent datant de 1999. Il n'existe à ce jour aucun réseau gérontologique couvrant le territoire d'ANGOULEME et ses environs. Comment peut-on exiger de l'institution de s'inscrire dans une telle coordination de soins et de chercher la complémentarité avec les autres structures (associations de soutien à domicile) ? En revanche, l'établissement a su se positionner au sein de cet environnement. Ainsi il a développé des relations avec le centre hospitalier spécialisé Camille CLAUDEL. Par le biais de convention, la venue de personnel qualifié et formé (psychiatre et infirmières spécialisées) est proposée pour la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques. De même une réunion mensuelle avec le centre aéré de la commune est organisée pour favoriser les liens intergénérationnels. Enfin depuis le rattachement au centre hospitalier, La Providence bénéficie entre autre, du plateau technique et des compétences d'experts (sécurité, incendie, travaux, informatique, intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs). La mutualisation des moyens c'est aussi un partage des ressources financières avec une section d'investissement commune et sur la gestion des ressources humaines, une possibilité pour le personnel de profiter d'un plan de formation plus large. Néanmoins, l'organisation des soins montrerait certaines failles. Si le dossier du résident est informatisé, par contre le moyen de diffusion de l'information en est resté la communication orale. Le médecin coordonnateur et le cadre de santé ont renseigné et formé les agents. Mais dans une démarche de qualité et de traçabilité, l'absence d'écrit notamment en matière des prises en charge spécifiques (chute, escarre, alimentation, hydratation, démence) n'est pas envisageable. Car pour faire face à la forte tendance sociétale de judiciarisation, les établissements hébergeant des personnes âgées doivent se protéger en produisant des écrits.

b) Le constat de dysfonctionnement

Après plusieurs semaines d'observation, d'échange et d'écoute, un constat sur les points pouvant entraver le bon fonctionnement de l'établissement a pu être établi. On peut citer le défaut de l'information, le cloisonnement des services et l'histoire de l'établissement.

Il semble que le personnel n'a pas eu tous les renseignements sur les objectifs et les conséquences de la réforme du secteur médico-social et qu'il n'y a pas eu suffisamment d'explication autour de son implication. Il en a résulté une incompréhension des agents sur l'injonction de changement de leurs comportements et gestes. Certains agents continuent d'adopter certaines attitudes considérées comme mal traitantes (tutoiement). De même, pourquoi faut-il frapper à la chambre du résident ou la fermer pendant les toilettes, si ce n'est que pour le respect de son intimité ? Le résultat est inéluctable.

Le cloisonnement entre services nuie au bon fonctionnement et à la bonne ambiance au sein de l'établissement. La Providence est une structure bâtie sur trois étages et chacun séparé en unité hébergeant des résidents. La volonté de la direction et du cadre de santé a été de fixer les agents par étage pour faciliter le repère des résidents et des familles. L'organisation du travail fait qu'une forme d'étanchéité s'est créée à chaque étage. Le seul relais entre les étages se fait par les infirmières. Ces dernières sont scindées en deux groupes et chaque groupe gère deux niveaux. Cette gestion présente les avantages précédemment évoqués mais suscite des inconvénients. Trop souvent les agents se plaignent de la lourdeur de leur service. L'absence de roulement du personnel sur chaque étage ne favorise pas la connaissance du degré de dépendance des autres unités. Ce type de fonctionnement développe le phénomène de groupe et une certaine concurrence suscitée par la méconnaissance du travail de l'autre.

Cette attitude des équipes soignantes peut se calquer avec les autres services comme l'administration, la cuisine, les services d'entretien de logistique et l'équipe de nuit. Chaque agent travaille l'un à côté de l'autre sans connaître les missions de chacun. Il est évident que l'ignorance suggère un climat de critiques et de mésentente.

Enfin La Providence a une histoire. Passer d'une structure autonome à un placement sous tutelle d'un établissement public de santé pour en arriver à un rattachement stricto sensu en devenant budget annexe oblige la direction à prendre en compte cette crise identitaire et à dialoguer autour des peurs et interrogations du personnel. Il semble que l'écoute n'ait pas été suffisante autour de ces incertitudes, ce qui a développé un phénomène de repli du personnel. De plus, la direction n'étant plus physiquement présente sur le site, cela est perçu et vécu par le personnel comme une forme d'abandon.

B) Le personnel de La Providence

C'est grâce à l'enquête qualitative menée auprès du personnel au début du stage, qu'il m'a été possible d'anticiper sur les résistances, qui auraient pu advenir au moment du lancement du projet. Après avoir analysé les réponses, il convenait de le convaincre de la nécessité d'adhérer à ce projet de renouvellement de la convention tripartite.

a) *L'utilisation de l'enquête qualitative*

Cette enquête qualitative a été menée sous la forme d'entretiens individuels. L'interrogation des agents constituant l'échantillon s'est faite aussi bien dans les services que dans un bureau. Pour analyser précisément et comprendre le personnel, un représentant de chaque métier⁵⁸ a été entendu.

Il me paraissait important pour mieux appréhender les conditions de travail d'aller sur le terrain. De plus, me déplacer et aller vers le personnel m'a permis d'instaurer le contact, le dialogue et de développer un climat de confiance. C'est aussi à partir de mes visites dans les services que j'ai pu constater les points de fonctionnement à améliorer.

Cette enquête comporte deux volets. L'un traite de la loi du 2 janvier 2002 et l'autre concerne les conditions de travail dans l'établissement. Sur la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, la tendance constate un défaut d'information. La création des instruments liés au respect de la personne âgée, comme le CVS, la charte de la personne âgée, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, ou encore la nécessité de mettre en place un projet individualisé, n'avait pas de fondement concret. Si bien que pour certains agents, ces exigences relevaient plus d'une injonction de la direction que d'une émanation d'ordre légal.

Sur les travaux réalisés dans le cadre de la première convention tripartite, tous les agents n'ont pas été associés à la réflexion, en particulier le futur médecin coordonnateur. Quand le personnel a été concerté, les résultats de l'enquête montrent qu'il n'y a pas eu d'explications suffisantes concernant le travail à fournir. De plus, les projets du consultant extérieur n'ayant pas abouti, les participants ont eu le sentiment de perdre leur temps et comme l'indiquait une ASH que « les projets, cela ne sert à rien ! ».

⁵⁸ Médecin coordonnateur, cadre de santé, Infirmière diplômée d'Etat (IDE), aide-soignante (AS), agents des services hospitaliers(ASH), cuisinier, gouvernante, ergothérapeute, psychothérapeute, agent administratif, maître ouvrier des services logistiques

Concernant les conditions de travail, la méconnaissance du travail de chacun conduit à une mauvaise ambiance et favorise entre autre le clivage entre l'administration et le soins. D'une façon générale, il en ressort un manque de motivation, de reconnaissance et de considération pour le travail réalisé et un défaut d'écoute sur la difficulté à prendre en charge les personnes âgées dont le degré de dépendance s'alourdit. Les équipes ont le sentiment de ne plus accomplir correctement leur mission. Elles reprochent au surcroît de travail administratif (remplissage du diagramme de soins, des feuilles d'hydratation, des feuilles d'incontinence) d'aller à l'encontre de leur rôle, qui consiste à prendre soin du résident. L'ignorance du bien fondé de l'existence de ces documents engendre un « ras le bol » des équipes. Celles -ci ne se concentrent plus que sur la réalisation des tâches dites fixes (toilette, habillage, entretien de l'environnement dans la chambre du résident) et laissent de côté des aspects indispensables au bien être des résidents comme l'animation.

Enfin le constat des arrêts maladie de courte durée est révélateur d'une souffrance des équipes. L'augmentation de la dépendance nécessite un surcroît de travail et pour le réaliser l'établissement n'a pas toujours les moyens humains.

b) La recherche de l'adhésion du personnel

A partir des résultats de l'enquête, l'objectif à atteindre était de rallier le personnel autour du projet commun. Les signaux d'alerte, tel que les arrêts maladie sont des indicateurs à prendre en considération. En tout état de cause, le renouvellement de la convention tripartite est une opportunité managériale pour le directeur en nouant le dialogue avec le personnel.

Les agents de La Providence sont encore en crise identitaire. Entre ceux qui n'ont pas compris que l'établissement était devenu un budget annexe du centre hospitalier et ceux qui craignent de subir un changement de service, un travail de communication restera à mener. La juxtaposition des deux règlements d'ARTT (celui du centre hospitalier et celui de La Providence) n'a pas non plus facilité la compréhension. Or depuis 2004, le personnel de La Providence se voit appliquer le règlement intérieur de l'établissement public de santé, en terme de droits et d'obligations du fonctionnaire.

L'une des missions de terrain du directeur d'EHPAD est l'écoute et le soutien du personnel. Pour obtenir son adhésion du personnel, le premier critère de réussite est de lui faire confiance et de compter sur sa compétence. Acquérir la mobilisation du personnel pour le processus de reconventionnement, c'est aussi éviter les résistances au changement. Il est vrai que le changement est au cœur du processus managérial sur un

plan macro (adapter l'EHPAD aux contraintes extérieures, comme la concurrence) et/ou micro (organiser et mobiliser les ressources humaines autour de nouveaux projets). Ce dernier point détermine le précédent, car si les acteurs ne sont pas convaincus du bien fondé du changement pour eux et pour l'institution, l'adaptation de l'organisation ne se produira pas.

Le changement nécessite de faire accepter le risque de perdre un existant connu pour un avenir incertain. Face à cette situation, tous les acteurs ne sont pas enclin à prendre ce risque et peuvent développer des résistances. L'opposition naît souvent de la peur du vide et de la nécessaire adaptation induite.

2.1.2 Les préconisations pour lancer le processus de renouvellement

Après avoir établi le bilan après les cinq ans de conventionnement et analyser les sources de dysfonctionnement, il s'agit d'associer le personnel à l'élaboration de la convention tripartite. Les deux axes stratégiques choisis ont été la démarche projet et le management participatif.

A) La démarche projet

Cette méthode est encore récente dans le secteur médico-social. Elle permet d'associer le personnel à l'élaboration d'un projet et de fixer des axes de conduite. Après avoir décrit le concept, une analyse sera faite sur l'intérêt de cette méthodologie.

a) Le concept

Issue de la sphère des entreprises industrielles, la démarche projet est une pratique récente dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Définir la démarche projet suppose qu'en amont le projet soit clairement explicité. Un projet repose sur plusieurs points essentiels. Tout d'abord, la recherche d'un travail collectif est le premier objectif. Pour cela, les acteurs retenus pour leurs compétences peuvent être regroupés en fonction des problèmes posés. La solidarité et la communauté de pensée, d'ambition de travail permettent une coopération efficace. Ensuite, le processus d'apprentissage d'une nouvelle culture liée à l'attente du résident impose une formation préalable commune. Cette notion de projet commun est censée favoriser l'émergence d'un sentiment d'appartenance à l'organisation de travail. Puis, l'enjeu du projet est déterminé dès le début de la démarche. En EHPAD, les fils conducteurs du projet sont la démarche d'amélioration de la qualité des prestations et la prise en compte des conditions de travail

du personnel. Le quatrième point fondamental porte sur la création d'instances tels que le comité de pilotage et des groupes de travail. Le pilotage du projet est le cinquième acte. Il sert à s'assurer que les résultats recherchés sont obtenus en fonction des trois critères pertinents que sont la qualité, le coût et le respect du délai. . Enfin, la détermination d'une méthode adaptée (identification du problème avant de passer à l'action, présenter des alternatives pour décider ou anticiper en permanence les risques) conduira à l'appropriation d'un style de management par le décideur.

Dès lors que les éléments fondamentaux du projet sont déterminés, les actes principaux de management de projet peuvent être déclinés. Le premier acte consiste à exploiter les expériences des projets précédents. Cette exploitation des retours d'expérience est une source de gain de temps et surtout elle évite les erreurs des projets précédents. Le deuxième acte c'est viser des objectifs ambitieux et réalisables. Leur atteinte est reliée à des indicateurs précis, simples, fiables et visibles par tous. Pour motiver les acteurs et développer leur créativité, le projet doit être porteur de sens, d'ambition et de rêve. L'objectif du directeur serait de donner confiance au personnel en lui montrant par une communication sincère et efficace qu'il est capable. Le troisième acte concerne le manager. Il s'agit de gérer la démarche sous l'aspect humain. La complexité d'un projet tient à deux raisons indissociables. La première difficulté consiste à identifier et à motiver les différents acteurs. La deuxième est de construire collectivement et de façon dynamique, une trajectoire en s'interrogeant sur qui doit et peut contribuer à quoi et quand. Le quatrième acte porte sur la planification des tâches pour obtenir des résultats attendus. Le cinquième acte consiste à donner des indicateurs pour visualiser l'avancement du projet. Enfin le dernier acte est lié à la communication. Elle est indispensable à l'efficacité du projet.

b) L'intérêt de cette méthode

Au démarrage du projet, le directeur se trouve souvent démuni face à l'ampleur des changements qu'il est censé mettre œuvre et surtout face au nombre élevé de personnes concernées par les changements.

Néanmoins, la démarche projet est une méthode qui permet de clarifier les objectifs, de déterminer un calendrier pour les atteindre et d'associer le personnel par le biais d'instances spécifiques.

En obtenant l'adhésion du personnel sur sa participation aux travaux menés sur le renouvellement de la convention tripartite, cela permettra de fédérer des logiques différentes. Bien souvent les agents reprochent à la direction d'avoir une logique

économique au détriment de leur logique du prendre soin. Le fait de dialoguer et d'échanger autour de la réforme de la tarification a permis au personnel de comprendre que les restrictions budgétaires n'étaient pas du fait du manager mais des autorités de tarification.

La mise en place des instances (comité de pilotage, groupes de travail) laisse la possibilité aux équipes de s'exprimer et de transmettre leurs attentes et leurs besoins. Le projet propose des améliorations dans les conditions de travail. Par exemple pour améliorer la prise en charge des personnes démentes, la formation du personnel est à envisager.

La détermination d'un sens commun du projet favoriserait le sentiment d'appartenance du groupe. Le personnel doit se sentir acteur dans le processus de conventionnement. Il s'agit de ne pas reproduire les erreurs passées notamment sur l'absence d'explication autour des groupes constitués pour la première convention. Le personnel doit être en mesure de comprendre les raisons du changement exigé par la loi.

Pendant ce stage j'ai constaté l'importance de la communication et de la consultation pour assurer une stabilité sociale.

Après avoir expliqué lors d'une première réunion de comité de pilotage l'objectif à atteindre qui consiste à améliorer les points faibles de l'EHPAD, un entretien a eu lieu avec les représentants des organisations syndicales. Cette entrevue a eu pour but de dédramatiser le reconventionnement. L'autre intérêt de la rencontre a été de compter sur ces représentants comme relais de communication dans les services.

B) Le management participatif

Dans les structures sociales et médico-sociales ou sanitaires publiques, il est difficile de stimuler la dynamique du personnel par une augmentation des rémunérations. A partir de ce postulat, comment amener le personnel à adhérer à un projet commun ?

L'absence de motivation et d'échange entre le dirigeant et le personnel peut conduire à la sclérose de l'institution allant ainsi à l'encontre de sa mission, à savoir la satisfaction des besoins des résidents. Pour lever le risque d'une potentielle rupture du dialogue social, le directeur pourra mettre en place une stratégie de communication. La recherche de l'expression de chacun, autour d'un projet, serait le facteur clé de son succès. La concertation et l'écoute des agents sembleraient être un gage de réussite, dans le sens où ces derniers passeraient de la situation de spectateur à la place d'acteur, ce qui pourrait limiter le phénomène d'usure.

a) *La réussite du projet passe par la communication*

Étymologiquement, la communication selon la définition religieuse du XIV^{ème} siècle, est une façon de communier et de partager le sens d'une action. Au XVIII^{ème} siècle, communiquer c'est transmettre de l'information.

Pour tout processus de changement engagé au sein d'une organisation de travail, la qualité de la communication joue un rôle fondamental. Celle-ci peut être écrite ou orale.

En tout état de cause, la communication s'inscrit dans la phase initiale de mise en œuvre du projet.

La diffusion de l'information peut être véhiculée par des supports tels que les comptes-rendus de réunion, les notes de service, les articles dans le journal interne de l'établissement, ou encore la lettre mensuelle souvent jointe au bulletin de salaire. Cette méthode permet de toucher l'ensemble des agents. Elle peut aussi avoir pour objectif d'annoncer, de décrire et d'étayer une démarche conduisant à un changement.

A la communication écrite, s'ajoute l'échange oral, plus propice à la participation. Ainsi, les réunions d'informations pourront être l'occasion, pour le personnel, d'obtenir des réponses à des craintes ou à des interrogations à l'égard d'un changement, qui ne serait pas sans incidence sur ses pratiques professionnelles. Le directeur et l'encadrement auront à trouver les mots justes pour impliquer les équipes et leur expliquer le bénéfice à tirer de cette démarche.

Les temps de réflexion et d'échange peuvent être aussi un moyen de limiter le risque bien connu dans les structures d'EHPAD, à savoir le burnout⁵⁹. Conséquence d'un stress chronique, ce syndrome peut s'exprimer par un épuisement émotionnel (grande fatigue), par une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (sensation de ne pas bien effectuer sa mission) et par une dimension de déshumanisation (instauration d'une distance avec le résident avec une réduction du temps d'écoute et de contact). Face aux difficultés à gérer des situations lourdes et sans pour autant « mater » les équipes, il paraît malaisé pour le directeur de ne pas se rendre disponible et d'assurer une forme de soutien « affectif ». Cet appui se traduirait par le dialogue et l'écoute. Cette occasion pourrait être le moment de clarifier les rôles et les missions de chacun. Dans le secteur social et médico-social, l'autonomie dans l'exercice d'une fonction renvoie souvent à une responsabilité, qui peut très vite se transformer en sentiment de solitude extrême. Contre cela, la communication semble être un bon levier.

⁵⁹ Syndrome d'épuisement professionnel

b) Pérenniser le projet par la concertation

Introduire la concertation des équipes autour du projet de renouvellement de la convention tripartite, c'est laisser la possibilité à chaque agent de s'exprimer. Tout comme associer le personnel à la prise de décision c'est reconnaître la démocratie interne.

Pour faire vivre au quotidien le projet de reconventionnement, chaque acteur doit se sentir concerné. Le directeur pourrait s'appuyer sur une élaboration participative et ascendante du projet. Les équipes pourront prendre la parole pour faire remonter leurs besoins et leurs attentes.

Parier sur cette possibilité consisterait à instaurer un climat de confiance entre la direction et les équipes. Ce serait aussi reconnaître les compétences et l'expertise des agents.

Cette façon de manager en valorisant les équipes, pourrait les tirer vers le haut. Comme le souligne Christian Möller⁶⁰, Président de la Conférence nationale des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes public, « l'intelligence est au sein des équipes, c'est auprès d'elles qu'il faut faire émerger de nouvelles réponses aux besoins des usagers »

L'organisation de travail est un ensemble d'être humains animés par des motivations individuelles⁶¹ qui doivent être mises au service de la structure. Selon la théorie de C. Barnard, il incombe au manager de convaincre chaque agent de l'existence d'un but commun. Il est essentiel pour la survie de l'organisation et dans le cas présent du projet de reconventionnement d'obtenir la coopération volontaire du personnel.

Mais construire un projet en concertation, c'est aussi accepter de s'exposer aux risques d'une vision différente de l'institution et des métiers et de prendre en compte la personnalité des agents. Le directeur aurait aussi à faire de la socio- dynamique des groupes. L'adhésion du personnel passerait par la conviction du porteur du projet.

2.2 L'évaluation de la méthode

Dès lors que les préconisations ont été décrites, il s'agit de les mettre en application et de les évaluer. Une évaluation passe par la vérification de l'atteinte des objectifs. Dans le cas présent, il s'agit d'expliquer comment la démarche projet a été menée avec les

⁶⁰ Revue direction(s) N°30 – Mai 2006- p 24

⁶¹ C. KENNEDY Toutes les théories du management – Maxima, Laurent du Mesnil, éditeur- p 49
Théorie de Chester BARNARD (1886-1961)

résultats obtenus. Ensuite, un autre point paraît indispensable, celui qui pourrait s'intituler l'évaluation de l'évaluation.

2.2.1 L'évaluation de la mise en oeuvre de la démarche projet et du management participatif

Après la réunion de présentation de décembre 2005, concernant la mission qui m'était confiée sur le renouvellement de la convention tripartite, le personnel s'est rapidement mobilisé. Il convenait de leur proposer une méthodologie, avec un plan d'actions pour atteindre les objectifs définis ensemble, mais qui ont tous attiré à la satisfaction du résident accueilli en EHPAD.

A) Le plan d'actions

La présentation de ma mission auprès du personnel a consisté à expliquer la création des instances et le suivi de la méthode.

a) *Création des instances*

Pour mettre en place le management participatif et la démarche projet, deux types d'instances ont été créés.

Le COmité de PILotage (COFIL), organe décisionnel, a été constitué selon un souhait personnel. Pour éviter que les services ne soient uniquement représentés par les responsables, il m'a semblé opportun que chaque métier puisse exprimer ses attentes et besoins. Pour cela deux catégories de membres ont été distinguées. Des personnes ont été incluses ipso facto, comme la direction, le médecin coordonnateur, l'attaché de l'administration hospitalière chargé des achats et investissements sur le secteur médico-social, le cadre de santé, les représentants des résidents et des familles. Pour l'autre catégorie, un choix a été opéré sur la liste des volontaires représentant chaque métier, selon leur degré d'implication dans la structure. La sélection s'est faite avec la collaboration du cadre de santé.

Au final, le COFIL compte 21 personnes.

La mission principale du COFIL a été de remplir la grille ANGELIQUE. Après avoir défini les points forts et ceux restant à améliorer, il s'est positionné sur les choix stratégiques de l'EHPAD en matière de demandes de mesures nouvelles et de projets novateurs.

Des groupes de travail ont été constitués sur la base du volontariat avec une représentation de chaque métier. Les thèmes ont été choisis en COPIL après que chaque membre se soit exprimé sur ce qu'il considérait être un point à améliorer. Les cinq sujets traités ont été les suivants : l'animation, les prises en charge spécifiques, l'amélioration de la communication, le projet individualisé et l'organisation du travail. Pour vérifier si ces thèmes avaient bien été ciblés, une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles a été réalisée. Les résultats ont confirmé le choix opéré par le COPIL.

b) Le suivi de la méthode

Après avoir fait une présentation de la réforme de la loi du 2 janvier 2002, au cours de la première réunion du COPIL, et en qualité de chef projet, j'ai présenté la méthodologie aux différents membres. Une fois l'information légale connue par tous, le sens commun du projet de renégociation me semblait être plus facilement compréhensible et fédérateur. Engager la structure sur un avenir incertain ne devait plus se concevoir comme le seul fait du directeur mais être un acte partagé par l'ensemble des acteurs.

La première étape de la méthode a été de proposer de faire une analyse de l'existant, sur la base de l'ancienne convention. La deuxième étape a été d'expliquer ce qu'imposait la convention tripartite à l'établissement et la nécessité de mettre en place des actions pour atteindre les objectifs réglementaires. Enfin un planning restreint à la durée de mon stage a été proposé aussi bien pour le COPIL que pour les groupes de travail. L'ensemble des travaux devait être effectué pour le mois de juin 2006.

Le COPIL s'est réuni douze fois. Un compte-rendu a été rédigé pour chacune des réunions et a été affiché dans les services pour assurer une communication transparente des informations.

Parmi les agents, membres du COPIL, cinq d'entre eux ont été désignés pour animer les groupes de travail. L'idée dans cette technique consistait à faire remonter au COPIL, les impressions, les difficultés et les interrogations des participants aux groupes de travail et de rapporter l'avancée des réflexions. Dans un souci de soutien et de vérification du respect de la méthodologie (annexe 1), notamment du délai, j'ai assisté à l'ensemble de ces réunions. De plus, ma présence a favorisé le maintien de la motivation des agents et surtout l'acquisition de données nécessaires à l'élaboration des projets.

B) Les résultats

Ils peuvent s'analyser en fonction de l'atteinte des objectifs de chaque instance.

a) *Les groupes de travail*

Sur le thème des prises en charge spécifiques, l'animatrice, référente qualité de l'établissement, a choisi de faire un groupe par bonnes pratiques. Ainsi, sous la direction du médecin coordonnateur, une procédure a pu être élaborée pour chaque prise en charge (escarres, chutes, démence, hydratation, incontinence, douleur). L'objectif est d'améliorer la qualité des soins en EHPAD. Ces procédures, après validation par la cellule qualité du centre hospitalier, seront appliquées. La mise en place d'indicateurs quantitatifs (par exemple : nombre de chutes, nombres de personnes déshydratées) permettra l'évaluation des procédures. Ces documents seront remis aux autorités de tutelle lors de la signature de la deuxième convention tripartite. Le rapport annuel demandé par la DDASS pourrait être rempli grâce au suivi de ces indicateurs.

Les pistes de réflexion abordées par le groupe de travail sur l'amélioration de la communication s'est faite à un double niveau : interne et externe. L'objectif est de fournir des prestations de qualité aux résidents. De ce fait, la connaissance du fonctionnement de chaque service par l'ensemble des agents devenait indispensable. Il s'agissait en interne de lister pour chaque service, les tâches, les horaires et les contraintes. La réflexion s'est ensuite portée sur les moyens de communication (utilisation de BIP, de la messagerie interne, d'intranet, du téléphone, de bons de transmissions...). Un calendrier avec la mise en place d'actions a été proposé au COPIL. Sur le volet de la communication externe, la relation avec les intervenants extérieurs (médecins libéraux, ambulances, kinésithérapeutes...) n'est pas sans poser de problèmes aux équipes. En terme de solution, une réunion avec les représentants de ces différents métiers pourrait être envisagée pour comprendre leurs difficultés et leur rappeler le fonctionnement de l'institution.

Après le constat fait sur le défaut d'animation dans l'établissement, le groupe de travail s'est réuni plusieurs fois pour réfléchir aux nouvelles activités à proposer aux résidents tout en tenant compte de leurs envies et capacités. Un projet d'animation a été élaboré par ce groupe de travail (annexe 2).

L'organisation de travail a été le groupe qui s'est réuni le plus souvent. Son rôle a été de reprendre l'organisation actuelle des tâches pour chaque service. La volonté était d'uniformiser le fonctionnement des services de soins sur l'ensemble des étages. Les

fiches de postes ont été élaborées sur la base du référentiel des métiers. Ensuite une évaluation des tâches a été lancée dans les services de soins pour connaître la charge de travail. A partir des résultats de cette étude et en appliquant le règlement ARTT du centre hospitalier, la direction devrait savoir si le nombre de poste en soins est suffisant pour assurer la prise en charge des résidents.

Le projet individualisé a pour ambition de proposer au résident une prise en charge personnalisée en fonction de ses habitudes de vie, de ses goûts et de ses capacités. Le groupe de travail a réfléchi sur un questionnaire à remplir par la personne âgée avant son entrée en EHPAD. La désignation d'un référent parmi l'équipe faciliterait la connaissance du nouveau résident. Ce projet individualisé, qui inclurait le projet d'autonomie personnalisée⁶², serait remis à jour en fonction de l'évolution du résident. En marge de ce projet, le groupe a réfléchi à d'autres modes d'hébergement. Ainsi en collaboration avec le médecin coordonnateur, nous avons proposé un projet d'accueil de jour (annexe 3) et un projet d'unité pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés (annexe 4).

b) Le comité de pilotage

Sa principale mission a été de remplir la grille ANGELIQUE et de mettre en exergue les points faibles de l'établissement. Les points forts considérés comme acquis ont été repris pour être consolidés et améliorés. Par exemple, les espaces communs déjà existants sont pour les représentants des familles peu chaleureux. L'amélioration de la décoration a été proposée. De même le livret d'accueil, jugé peu attrayant, sera perfectionné.

Au bout des douze réunions la grille d'autoévaluation a été remplie avec la demande de moyens supplémentaires. Le COPIL a validé l'ensemble des projets rédigés par les groupes de travail.

L'impact financier des mesures nouvelles a bien été acté par les résidents et les représentants des familles, conscients de la nécessité d'une meilleure prise en charge.

⁶² Document est élaboré en concertation avec les équipes de soins par l'ergothérapeute et la psychologue. La limite essentielle de cet outil c'est l'absence de prise en compte de la dimension sociale de la personne âgée.

2.2.2 L'évaluation de l'évaluation

L'évaluation de la méthode projet consiste à réaliser le projet en menant à bien un ensemble d'actions destinées à répondre à un besoin (celui de la personne âgée) et à des objectifs, sous des contraintes de délais et de ressources et dans un contexte en évolution. La réalisation du projet, c'est aussi appliquer une méthode dans le respect des délais annoncés. Néanmoins il paraît nécessaire de faire l'évaluation de l'évaluation et de proposer un suivi du projet pour les cinq ans à venir.

A) Le constat après la mise en œuvre des préconisations

La méthode énoncée qui consiste à utiliser la méthode projet et le management participatif présente des points forts et des points faibles.

a) *Les points forts*

La communication autour du projet de reconventionnement et de ses conséquences a permis aux équipes de se mobiliser. Les agents ont rapidement fait preuve de bonne volonté, sauf quelques réfractaires, pour participer à cette démarche.

Les réunions des groupes de travail ont réinstauré le dialogue entre les services, notamment entre les services de soins et la cuisine. Chaque agent a pu s'exprimer librement pour laisser place à un échange constructif, toujours autour de la prise en charge du résident. Les discussions ont été enrichissantes et innovantes.

La constitution du comité de pilotage, légèrement novatrice, a permis aux métiers, dont l'avis n'était pas systématiquement demandé, de s'expliquer sur leurs besoins et attentes. Grâce à ces réunions ces agents ont été entendus. L'instauration de cette forme de démocratie interne liée à leur participation à la prise de décision leur a redonné confiance et motivation.

La définition du sens commun conduit à une adhésion plus sereine des équipes. Le partage de valeurs communes admises par l'organisation de travail limite les résistances au changement. Déterminer une méthodologie pour la démarche projet (état des lieux, objectifs à atteindre, calendrier) avec la reconnaissance que chaque agent a des compétences et des idées nécessaires à l'élaboration de tout projet ne peut que renforcer l'esprit d'équipe.

La démarche projet a un caractère revitalisant qui lutte contre la mort et la précarité de l'organisation. Elle limiterait l'improvisation puisque la clé du succès est l'anticipation.

Enfin par son côté innovateur, c'est un antidote contre la régression et la marginalisation de l'institution.

b) Les points faibles

Le facteur temps a été une forte contrainte. En six mois des projets ont dû être proposés. Les groupes de travail ont été efficaces puisque les projets ont été rédigés (animation, accueil de jour, unité spécifique pour Alzheimer). Le défaut de temps a épuisé les équipes, qui trop souvent se sont réunies. Ensuite toutes les idées émises n'ont pas pu être exploitées, ce qui pourrait éventuellement susciter de l'incompréhension.

La démarche projet est une technique récente dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Son succès tient à la façon de manager les équipes. L'écoute, le soutien, demandent du temps. En qualité de stagiaire DESS, j'ai participé à l'ensemble des réunions, du COPIL en tant qu'animatrice, et des groupes de travail. Il me paraît difficile pour un directeur chargé de la stratégie sur un pôle de 572 lits d'hébergement, de gérer le quotidien et ce type de démarche sans passer par la délégation.

Cependant pour les agents, il me paraît important que la direction se donne les moyens de s'impliquer dans les projets. Cette pratique permet de gagner en légitimité et en crédibilité. Les équipes ont besoin d'identifier un pilote (un représentant de la direction) à la tête du projet.

B) Les indicateurs

La définition d'une stratégie de l'évaluation passe par une vision qui va au delà des objectifs annoncés.

L'évaluation ne se focalisera pas sur les objectifs initiaux mais sur la satisfaction des besoins (par exemple, la satisfaction de la prise en charge du résident en EHPAD).

a) Les concepts généraux de l'évaluation

L'évaluation du processus peut être envisagé dès lors qu'il y a accord sur les objectifs et les moyens.

Les cinq thèmes de l'évaluation sont les suivants : la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, et l'impact.

La pertinence vérifie les objectifs par rapport aux besoins. Les résultats attendus à des fins d'évaluation vont concerner les choix stratégiques à développer. L'approche de la pertinence passe par l'analyse entre l'environnement, les missions, les enjeux et les objectifs. La cohérence mesure l'écart entre les moyens affectés et les objectifs fixés.

L'efficacité compare les résultats par rapport aux objectifs. L'efficience c'est la comparaison entre les résultats et les ressources économiques mobilisées. Enfin l'impact est l'effet global de la politique en l'espèce du projet de reconventionnement.

b) L'application à l'enjeu du projet de reconventionnement

Les critères énoncés ci-dessus servent à évaluer les politiques ou les programmes publics. Il s'agit de s'interroger s'ils sont adaptables au secteur médico-social et plus particulièrement au reconventionnement.

En terme de pertinence, l'EHPAD doit se situer dans l'environnement et répondre aux besoins de la population. Les deux projets unité pour Alzheimer et accueil de jour sembleraient suivre cet objectif.

En terme de cohérence, le résultat de l'autoévaluation met en avant une meilleure qualité de prise en charge avec une nécessité de moyens supplémentaires. Les autorités de tarification doivent pouvoir admettre que pour fournir de la qualité sur la base de projets novateurs, l'EHPAD a besoin de ressources. Accueillir des personnes âgées en EHPAD est une mission de service public. La convention tripartite met de la transparence sur l'utilisation des deniers publics. Mais encore faut-il que les directeurs d'EHPAD disposent de ressources à dépenser.

Pour l'efficacité il s'agit de voir si les dispositifs sont adaptés aux attentes du public. En l'espèce, dès que l'accueil de jour sera ouvert à La Providence, l'évaluation pourra être faite sur ce critère.

L'efficience permet d'évaluer les ressources utilisées pour réaliser une prestation. En l'espèce il s'agit de savoir si l'amélioration de la qualité passe par une augmentation des masses salariales.

L'impact mesure l'effet global du projet. Dans cinq ans l'EHPAD devra être en mesure de mesurer les effets attendus par les personnes âgées en terme de satisfaction de prise en charge.

A côté de ces concepts généraux, des indicateurs ont été prévus pour assurer le suivi du reconventionnement. L'objectif est de faire perdurer la démarche pendant cinq ans. Il faudrait éviter que les équipes s'arrêtent dans leur réflexion pour l'entreprendre à nouveau pour la troisième convention tripartite.

Un programme sur les cinq ans avec des objectifs et une détermination de tâches a été élaboré. Il mentionne les personnes responsables et les moyens nécessaires pour mener à bien les buts poursuivis.

CONCLUSION

La convention tripartite est un passage obligé pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Cet outil, certes contraignant à mettre en place, doit être utilisé comme une source de progrès et de relance perpétuelle de la quête d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Néanmoins ce dispositif contractuel conduit à un nouveau mode de management.

La convention tripartite est un pari sur l'avenir. Ce projet est un antidote à l'improvisation grâce à l'anticipation et à la régression et la marginalisation grâce à l'innovation. C'est un remède contre l'absurde et le hasard puisqu'un sens est recherché, et contre la mort et la précarité de l'organisation par le caractère revitalisant du projet.

Le directeur va engager l'institution sur une période de cinq ans à atteindre des objectifs tout en recherchant la satisfaction de la population accueillie. La réalisation des actions passe par le biais de projet novateur pour obtenir des ressources financières supplémentaires. L'engagement contractuel contraint le directeur à rendre des comptes sur l'utilisation des moyens aux autorités de tarification.

Mais le reconventionnement peut aussi avoir un volet managérial intéressant. Il permet d'associer le personnel à la prise de décision sur la détermination d'objectifs à atteindre. Cette concertation va instaurer un climat de confiance et surtout elle impliquera les équipes dans la réalisation des actions qu'elles ont fixées.

La convention tripartite reste un enjeu fondamental d'allocation budgétaire difficile à mettre en œuvre et stratégique en terme d'avenir pour la structure, que le directeur ne doit pas manquer.

Bibliographie

Ouvrages

- ALFOLDI F. *Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale* : Dunod, 2006. -246p
- AUTISSIER D., MOUTOT JM. *Pratiques de la conduite du changement* : Dunod, 2003. - 243p
- BORGETTO M., LAFORE R. *Droit de l'aide sociale et de l'action sociale* :Montchrétien, 2002. -588p
- CLEMENT JM. *1900-2000 : la mutation de l'hôpital* : Les Etudes Hospitalières, 2001. - 218p
- CORBEL JC. *Management de projet* : Editions d'Organisation, 2006. – 238p
- KENNEDY C. *Toutes les théories du management* : Maxima, Laurent du Mesnil, éditeur, 1999. 294p
- LOUBAT JR. *Elaborer son projet social et médico-social* : Dunod, 1997. -264p
- RACINE G. *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* : Berger Levrault, 2000. -197p
- ROLLAND Y. *Médecine dans les EHPAD* : Serdi Edition, 2005. -191p
- ROUSSEL P. *La visite de conventionnement des EHPAD* : éditions ENSP, 2004. -142p
- THEVENET A. *Les institutions sanitaires et sociales de la France*: Que sais-je n°2319, Presse Universitaire de France, 2002. -127p
- VILLEZ A. *Adapter les établissements pour personnes âgées* : Dunod, 2005. -392p

Articles techniques

- Extrait du Congrès de POIGNY- 2001 (évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950)
- Document de la FHF du 24/05/06, bilan du conventionnement tripartite des EHPAD au 31/12/05,
- « Objectif qualité pour la FNACPPA », Décideurs des maisons du 3^{ème} âge, n°15, Paris, mars 1998
- Compte rendu de réunion du Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) du 23 mai 2002
- Conférence de presse de « Vieillir Digne » du 20 juillet 2006

Périodiques

Actualités Sociales Hebdomadaires N° 2440 du 27 janvier 2006

Revue direction(s) N°30 – Mai 2006

La Revue Française d'Anthropologie-1998 Volume 38 N°147 « Les Fondements imaginaires de la vieillesse de la pensée occidentale »

La revue de gériatrie N°3 Mars 2004

Textes législatifs et réglementaires

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD),

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

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

Loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

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

Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Projet de loi du 12 octobre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006

Ordonnance du 4 octobre 1945 relative à l'organisation de la sécurité sociale

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n°90-92 du 22 janvier 1990 relatif à la création du comité interministériel d'évaluation, d'un conseil scientifique et des financements

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD

Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD

Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 posent les règles de tarification et de financement des EHPAD.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

Arrêté du 13 août 2004 relatif au contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF 2 n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérées par des établissements de santé

Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS n°2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en place de la réforme de la tarification

Circulaire du 21 juin 2001 concernant la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé.

Circulaire n° DHOS /02/DGAS/2C/2006 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée.

Rapports techniques

Plan Vieillesse et Solidarité de novembre 2003

Plan Solidarité Grand Age de juin 2006

Rapport HENRARD de 1984,

Rapport BOULARD de 1991

Rapport SCHOPFLIN de 1991

Rapport SUEUR de 2000

Rapport sur la Santé dans le Monde 2000- « Pour un système de santé plus performant »- Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Sites Internet

<http://www.agevillage.com/>

<http://www.dress.fr/>

<http://www.fhf.fr/>

<http://www.ined.fr/>

<http://www.lesmaisonsderetraite.fr/>

<http://www.papidoc.com/>

<http://www.sante.gouv.fr/>

<http://www.vieillirdigne.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1

METHODOLOGIE POUR LES GROUPES DE TRAVAIL III

Annexe 2

PROJET D'ANIMATION E.H.P.A.D LA PROVIDENCE.....IV

Annexe 3

PROJET / ACCUEIL DE JOURXIII

Annexe 4

PROJET DE CREATION USSAAD XIX

Annexe 1

METHODOLOGIE POUR LES GROUPES DE TRAVAIL

1 déterminer l'objectif commun du thème, c'est-à-dire s'interroger sur ce vers quoi la structure veut aller (c'est fixer un horizon)

2 faire un bilan, état des lieux de l'existant dans le domaine envisagé (c'est regarder où on est)

3 détecter les points d'amélioration et de développement (c'est fixer les points faibles sans négliger les points forts)

4 rechercher des solutions

5 engager des actions à court terme, moyen et long terme

6 quels sont les moyens à utiliser pour mettre en place des actions (humain, technique, matériel...)

7 déterminer une évaluation des actions et moyens par le biais d'indicateurs, tableaux de bords, et suivis.... (C'est mesurer les résultats obtenus)

Enfin faire une évaluation de l'évaluation par le réajustement des actions avec les référents des groupes et les coordonnatrices (le médecin coordonnateur et le cadre de santé).

Annexe 2

PROJET D'ANIMATION E.H.P.A.D LA PROVIDENCE

Dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite sur l'EHPAD de La Providence, un groupe de travail, composé d'agents de services hôteliers, d'aide-soignants, d'une aide médico-psychologique, d'infirmières, de l'ergothérapeute, de l'animateur du pôle médico-social, du cadre de santé a souhaité mener une réflexion sur l'animation en gérontologie au sein de l'établissement.

L'aboutissement de ce travail est la proposition d'un projet d'animation qui se décompose en trois parties :

1^{ère} partie : l'animation en gérontologie

2^{ème} partie : le constat au sein de la structure

3^{ème} partie : les axes d'amélioration surtout en terme d'actions et d'évaluation

1^{ère} partie : L'ANIMATION EN GERONTOLOGIE

Cette partie a pour volonté de décrire les conceptions générales de l'animation en gérontologie, de lister les apports de l'animation aux personnes âgées et de déterminer le rôle des différents acteurs de l'animation ainsi que ses spécificités.

L'inspiration principale de cette partie est le projet de charte élaboré par les Etats Généraux de l'Animation en Gérontologie (EGAG).

A. Les conceptions générales de l'animation en gérontologie

Même si l'animation trouve son origine dans l'Education Populaire, où elle y puise ses premiers fondements conceptuels, elle prend désormais un tout autre un sens et signification quand elle s'attarde sur une population cible. Il s'agit en animation en gérontologie de reconnaître la spécificité du sujet âgé.

L'animation en gérontologie est avant tout la mise en œuvre concrète et vécue de réponses, d'actions, d'activités en lien direct avec les attentes des personnes âgées. L'animation doit s'adapter aux attentes, implicites, explicites et analysées des résidents ou de ceux agissant pour eux et dans leur intérêt unique.

Elle a pour objectifs la réponse aux attentes des résidents et leur développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle.

Elle ne doit pas avoir comme objectif premier l'amélioration de performances ou de compétences physiques ou mnésiques. Elle ne se situe pas dans une perspective de thérapie ou de rééducation. En revanche, l'unicité de l'individu rend nécessaire et incontournable la mise en commun des différentes approches en reconnaissant les spécificités et les utilités de chacun d'eux.

L'animation contribue à développer, soutenir, promouvoir des valeurs de respect au sein de l'établissement et de tous les lieux où elle s'exerce. Elle se fait en référence et avec le soutien de l'équipe, en négociant avec les personnes âgées et en prenant en compte l'environnement des résidents.

Mais l'essentiel de l'animation réside en la personnalisation des pratiques. En effet elle doit chercher à les individualiser en fonction des attentes précises de chacun des résidents, tout en respectant les possibilités offertes par l'établissement. Même si les réponses sont apportées par l'intermédiaire d'un groupe cela ne doit pas empêcher une prise en compte spécifique du résident et de ses désirs.

En conclusion l'animation en gérontologie doit passer par la conception d'un projet d'animation qui doit être validé dans le cadre institutionnel. Il doit être connu de tous.

Ensuite ce projet doit être le résultat d'une construction participative et doit permettre l'écoute des demandes et l'adaptation aux évolutions des attentes des personnes âgées.

Enfin le projet d'animation défini pour l'EHPAD de La Providence devra s'intégrer avec les autres projets tels que projet d'accueil de jour et projet d'unité de soins spécifiques à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou autres démences.

B. Les apports de l'animation aux personnes âgées

L'animation en gérontologie se construit autour des moyens d'investigation des attentes des résidents, ceci par tous les moyens qui sont autorisés dans le cadre de la loi et de la déontologie, et dans le respect des choix de la personne. L'animation va s'ancrer dans une méthode permettant une évaluation des attentes de la personne et de son environnement afin de définir ses projets de mise en pratique.

Les apports de l'animation sont formalisés par l'individualisation des pratiques, à savoir une méthode qui respecte les demandes formulées par chaque personne âgée. Le respect des demandes et attentes des résidents ne connaît que deux limites : le respect des lois en vigueur et l'exercice de la liberté des autres personnes.

Le projet d'animation se différencie du projet individualisé dans le sens où ce dernier est centré sur les attentes en rapport avec l'expression des désirs des personnes âgées, leurs plaisirs dans des réalisations ou des expressions émotionnelles, enfin il construit les objectifs en fonction des attentes et capacités de la personne âgée. Le projet d'animation, quant à lui, comprend à la fois la mise en œuvre des réponses aux attentes individuelles, le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des résidents ainsi que l'incitation à des projets permettant de s'intégrer au milieu de vie. La mise en application du projet individualisé facilitera la continuité et le respect des choix, des valeurs et des volontés de la personne âgée, même si son lieu de vie change ou si ces capacités se réduisent.

Enfin l'animation en gérontologie est une méthode, elle doit définir les objectifs de plaisir et d'activité qu'elle vise. La détermination des objectifs de l'animation vise directement les attentes des personnes âgées, et ne doivent pas être confondus avec des objectifs professionnels.

C. Rôle des différents acteurs de l'animation et spécificités de l'animateur

L'animation en gérontologie est une démarche, une pratique sociale qui implique tous ceux qui sont en relation avec la personne âgée.

L'intervention des personnels, bénévoles, familles ou autres aidants est souhaitée et souhaitable. Elle doit s'effectuer en référence au projet d'animation et sous la responsabilité de l'animateur. Mais suivant l'organisation des structures, de leur importance, et de leur culture l'animateur aura un rôle de coordonnateur des participations.

La famille, les proches et amis peuvent tenir une place centrale dans l'animation, ceci en référence aux souhaits de la personne âgée. Le rôle des bénévoles et des volontaires dans la vie quotidienne et les projets de vie des personnes âgées seront favorisés, dans le respect des attentes de la personne âgée.

L'animateur a un statut particulier pour exercer ses fonctions d'animation. Outre le fait qu'il doit disposer d'un diplôme qualifiant, il doit avoir la connaissance et la maîtrise des méthodologies d'animation. Il doit organiser la collecte des attentes, l'analyse des situations et les coordinations d'équipe qui concernent son domaine, et uniquement le sien, en ayant pour finalité de produire des pratiques d'animation éthiques et respectueuses des personnes.

L'animateur peut participer et même promouvoir des formations aux personnels non animateurs en fonction de la demande, de l'accord hiérarchique, de l'intérêt pour les personnes âgées et de la participation à une culture gérontologique dans la structure. Formé aux fonctionnements et aux dynamiques de groupes, l'animateur ne peut en aucun cas utiliser ses savoirs et compétences pour imposer ses points de vue ou pour réduire la place d'un membre du groupe. Il est à l'intérieur du groupe, le garant de la liberté individuelle, du droit d'expression de chacun et du fonctionnement démocratique du groupe.

IIème partie : LE CONSTAT AU SEIN DE LA STRUCTURE

Le groupe de travail a tout d'abord établi un bilan des activités et animations menées à au sein de l'établissement.

Dans l'établissement

Animations occupationnelles et activités thérapeutiques

- gym douce
- animations interservices tous les mardis Diffusion de film (pièces de théâtre...)
- jardinage
- atelier mémoire
- atelier peinture
- atelier floral
- sorties extérieures
- messe
- rencontres intergénérationnelles avec le centre aéré du GOND PONTouvre

Au sein du pôle médico-social

- Représentation théâtrale annuelle
- Le petit bal mensuel (le dernier vendredi de chaque mois) / échanges avec les établissements du pôle médico-social
- Sorties annuelles (vacances résidents) à la mer
- sorties collectives

Avec les bénévoles, et associations

- Distribution de chocolat, muguets, calendriers, cornuelles
- Lotos annuels
- Pèlerinage à LOURDES
- Bibliothécaires

Le constat sur l'animation dans l'institution tend à montrer que les équipes ont tendance à faire à la place du résident. Autrement dit, les équipes font participer les résidents sans savoir réellement s'ils ont envie de s'impliquer dans l'activité proposée. De plus, les activités ou animations ne sont pas forcément élaborées en fonction des attentes et besoins des résidents mais elles sont le plus souvent le reflet du souhait du personnel.

En dépit des animations existantes au sein de l'établissement, le groupe de travail chargé de l'animation a souhaité réfléchir aux améliorations à apporter.

IIIème partie : LES AXES D' AMELIORATION : ACTIONS ET EVALUATION

En terme d'amélioration il est important de considérer les quatre points suivants :

- A. La personne âgée et son environnement
- B. L'animation en institution et dans la vie quotidienne
- C. Les actions à développer
- D. L'évaluation

A. La prise en compte de la personne âgée et son environnement

Il est admis que le personnel doit bien s'entendre sur la population cible. Il s'agit en effet de prendre en compte outre le vieillissement de la personne âgée la dimension biologique, la dimension socio- culturelle, et enfin la composante psychologique du résident.

Pour assurer une qualité dans la prise en charge du résident il faut tenir compte des besoins fondamentaux de la personne (V.HENDERSON) qui sont repris dans la pyramide dite échelle de la hiérarchie des 5 besoins selon MASLOW.

Chaque résident a ces besoins :

1 besoin de maintien de la vie : il s'agit de conserver le plus longtemps possible les besoins vitaux de la personne. Le résident doit ressentir un bien être physique. Ce besoin se traduit par l'alimentation, l'hydratation, l'hygiène, la marche.

2 besoin de protection et de sécurité : la personne âgée doit évoluer dans un environnement privilégié, et bien traitant, doit bénéficier de matériel adapté et être à l'abri de tous dangers physiques. Il doit pouvoir vivre à son rythme, ne pas être bousculé.

3 besoin d'amour et d'appartenance : la personne âgée doit se sentir aimée, écoutée et comprise. L'institution devra éviter l'état d'isolement et de solitude par la communication.

4 besoin d'estime de soi : le résident sera valorisé, reconnu, devra se sentir utile et ne pas être une charge physique et psychologique.

5 Besoin de réalisation de soi : le résident conserve son identité, elle accomplira ce qu'elle est capable de faire. Il s'agit de tenir compte des désirs et de la satisfaction.

B. L'animation en institution

a. Définition de l'animation

Animer, c'est être à l'écoute des résidents, de définir leurs besoins et leurs attentes. C'est également tenir compte de leurs différences et de leur handicap. Pour cela, il s'agit de proposer des activités adaptées permettant l'épanouissement d'une vie sociale à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

L'animation entre dans le cadre d'un projet de vie, qui doit tenir compte aujourd'hui de l'arrivée dans l'établissement d'une population de plus en plus dépendante. Cette dépendance reste difficile à gérer et pose des problèmes d'intégration tant au niveau du groupe qu'au niveau des animations proposées.

b. Objectifs de l'animation

Les objectifs essentiels de l'animation sont de participer pleinement à la qualité de la prise en charge des personnes âgées, d'améliorer leur bien être, de favoriser leur autonomie sociale, physique, psychique et de prévenir la dépendance.

L'animation a un rôle social primordial car elle redonne du sens à la vie et à l'identité de l'autre.

☒ Améliorer leur qualité de vie :

L'animation maintient l'intérêt à la vie quand elle est organisée de façon régulière et permet aux résidents de s'impliquer dans des projets.

☒ Avoir une collaboration entre les soins et l'animation :

Chaque agent de l'établissement a un rôle à jouer, en terme d'animation, qu'il soit soignant, A.S.H., afin de favoriser une prise en charge adaptée à la personne.

☒ L'animation doit participer à limiter la rupture entre le domicile et l'institution :

L'animation permet ici d'apporter un nouvel équilibre à la personne âgée qui vient de vivre la perte de son lieu et de ses habitudes de vie.

☒ L'animation doit apporter une écoute attentive aux souffrances psychologiques :

L'animation s'inscrit dans le cadre d'une dynamique relationnelle où l'écoute, la communication et l'expression sont fondamentales. Sans communication, aucune animation n'est possible.

↳ **L'animation ne se limite pas à des activités, mais elle doit maintenir le lien avec les familles. Orienter, rassurer et aider à conserver les liens affectifs avec les parents :**

L'animation permet de maintenir une ouverture vers l'extérieur (famille, amis...). Elle permet de rester en contact avec la réalité et de maintenir des repères.

↳ **L'animation est également un relais avec les autres professionnels :**

L'animation doit permettre à chacun d'utiliser de manière optimale ses facultés. Elle permet aussi de détecter les difficultés physiques ou psychiques et de faire le lien avec les professionnels. L'animatrice peut découvrir, par le biais d'activités, des besoins ou des désirs non exprimés.

↳ **L'animation doit créer des liens entre les personnes âgées et aider à l'intégration des nouveaux arrivés :**

L'animation doit privilégier la communication afin de faire connaissance et de mettre dès le départ une relation basée sur l'expression qui sera entretenue tout au long du séjour.

Ces objectifs devront être poursuivis tout au long des années à venir.

c. Les outils pour promouvoir l'animation

Distinction entre l'animation, les animations récréatives et les activités.

L'animation :

Elle se définit à travers un « état d'esprit » introduit dans la structure en vue d'apporter au résident un bien-être physique et psychologique dans le cadre d'une relation et d'éviter la mise en échec. Elle peut être conçue à travers une approche ludique récréative, ou à travers un développement d'activités.

Animations récréatives (sous forme d'ateliers)

Il s'agit d'apporter des réponses adaptées aux résidents, c'est-à-dire individualiser des activités ciblées sur leurs attentes, soit dans une démarche individualisée, soit dans le cadre d'un groupe, sous forme d'ateliers. Cette animation basée sur le recueil des besoins du résident doit créer une homogénéité dans la participation. La mise en place est alors ponctuelle ou va être répétée et suivie dans le temps.

Activités (en lien avec les modes de vie)

Les activités liées aux habitudes de vie ont pour objectif de restaurer des repères du passé que le résident avait jusqu'à son entrée en institution. Il s'agit de maintenir ou de construire des systèmes qui vont permettre à la personne âgée de conserver ses liens sociaux avec des outils fondés sur des pratiques antérieures. Ceci a pour but de faciliter son adaptation et son intégration à son nouveau lieu de vie en se basant sur la poursuite de ses pratiques.

Atelier thérapeutique

Ce qui le différencie de l'animation :

- Les objectifs établis sont à des fins thérapeutiques : développer, stimuler, maintenir, rééduquer. Ils sont choisis en fonction des capacités du résident (éviter la mise en échec) et de leur problématique.

Exemples objectifs thérapeutiques : solliciter leur attention, stimuler leurs capacités pratiques, mnésiques, relationnelles et verbales, stimuler les interactions au sein d'un groupe, prendre en compte le désir de chacun.

- Le médiateur (ou activité) est choisi en fonction des objectifs établis principalement mais aussi en fonction du désir du résident. Le médiateur est utilisé de manière spécifique.

- Un cadre thérapeutique est établi. Il se compose d'une unité de temps (horaire, rythme des séances...), de lieu et d'activité.

- Le choix des participants ne se fait pas par hasard mais de façon à avoir un groupe homogène, de susciter des interactions entre les participants et d'établir une dynamique de groupe.

- Le type de groupe est aussi important : groupe ouvert (pas toujours les mêmes résidents, cadre thérapeutique plus souple) ou fermé (inscription dans un temps donné, activité précise, mêmes participants tout au long de la durée de groupe).

- Un compte rendu est établi à la fin de chaque séance et à la fin du groupe dans le but d'évaluer l'évolution du résident au sein de l'atelier par ses capacités fonctionnelles, relationnelles. Il permet de tenir informé l'équipe soignante des observations.

d. Type d'animations

Animations régulières.

L'animation se traduit par des activités occupationnelles variées, qui incombent à l'animateur du pôle médico-social et s'appuient sur l'ensemble des compétences des équipes.

Ces activités doivent être adaptées et permettre à chacun des résidents d'y participer en fonction de son degré d'autonomie. Ainsi, elles peuvent aller du simple divertissement à l'action thérapeutique intégrée au processus de soins.

Les activités, qui seront mises en place au sein de la structure, seront donc élaborées en concertation avec les équipes de soins de l'EHPAD de la Providence et les résidents.

Elles devront :

- s'inscrire dans une réalité sociale (ex : atelier couture, messe mensuelle, télévision, mise en place d'une cafétéria)
- maintenir le repère chronologique permettant au résident de se situer dans le temps (ex : annoncer au moment des repas l'animation de la journée, lecture du journal, souhaiter les anniversaires, atelier de jardinage)
- privilégier l'estime de soi par l'entretien du corps (ex : atelier gym douce, atelier esthétique)
- favoriser le contact avec l'environnement extérieur (ex : sorties au marché, promenades)
- regrouper les différentes générations, favoriser la communication entre les structures (ex : lotos, petit bal)
- assurer le lien inter générationnel et recréer un climat familial (ex : visite des enfants du centre aéré)
- favoriser l'écoute de l'autre, l'expression, les échanges et discussions (ex : commission des menus, atelier chant)
- maintenir les éléments sensoriels des résidents comme le toucher, le goût, la vue (ex : atelier poterie, atelier culinaire, atelier lecture)
- solliciter la créativité des résidents (ex : atelier confection de bijoux, composition florale, atelier décoration)
- solliciter les facultés intellectuelles (ex : jeux de société, atelier mémoire)

Animations ponctuelles :

- Dans le cadre du pôle médico-social, des animations sont organisées et permettent de participer à différents événements tout au long de l'année tels que :
 - les vacances à la mer,
 - la fête de la musique,

De nombreuses activités sont conçues pour privilégier le rapport avec l'extérieur et maintenir une relation sociale. Ces animations permettent aux personnes âgées de rester en contact avec la réalité et favorise la communication. Enfin, il est important de tenir compte des centres d'intérêts de chacun et de s'adapter aux handicaps.

Il s'agit notamment :

- D'organiser une sortie au moment des illuminations de Noël, permettant de retrouver le plaisir d'une sortie nocturne.
- Dans le cadre des rencontres inter générationnelles, un spectacle théâtral annuel a été monté afin de favoriser la communication et les liens avec les plus jeunes.
- Des sorties sont mises en place pour tous les achats que souhaitent faire les résidents. Cette activité est encore une occasion de s'ouvrir à l'extérieur.
- Des magasins de vêtements viennent présenter leurs marchandises au sein de la structure afin de permettre aux résidents de faire leurs emplettes.
- Des chorales assurent régulièrement un spectacle et font participer les résidents à leurs chants.
- Des animations individuelles adaptées peuvent être mise en place selon le degré d'autonomie.
- Des jeux de société sont régulièrement prévus.
- Les animations qui sont mises en place, au sein de l'établissement ou à l'extérieur, font l'objet de photos qui sont ensuite visionnées tout au long de l'année, permettant ainsi de se remémorer les bons moments passés ensemble.

C. Les actions à engager

- Prendre connaissance du recueil de données établi lors de l'admission
- Planning des activités mensuelles par secteur avec le planning de travail
- Réunions mensuelles du groupe animation
- Communication (relais cadre de santé en coordination avec l'animateur)
- Créer un comité d'animation transversal sur le pôle médico-social (cadres et référents, animateur)
- Mettre en place des ateliers : il s'agit de proposer des animations qui ont un sens, de connaître les habitudes de vie, centre d'intérêt et la personnalité des personnes âgées, et d'être cohérent dans les propositions.
- Construction de fiches d'activités

D. Evaluation de l'animation

- Questionnaire des habitudes de vie du résident
- Enquête faite auprès des résidents après chaque atelier (fiche de conclusion)
- Suivi des activités
- Bilan annuel de l'animation
- Grille d'évaluation relative à la qualité de l'animation (trimestrielle/semestrielle)

GRILLE D'EVALUATION RELATIVE A LA QUALITE DE L'ANIMATION

N°	QUESTIONS	OUI	NON
1	Une information quotidienne sur les animations est diffusée		
2	La diffusion s'effectue par le personnel		
3	La diffusion s'effectue surtout par affichage		
4	Le résident est sollicité pour le choix des activités		
5	Les pratiques d'animation sont individualisées		
6	Les pratiques d'animation ne touchent que des groupes		
7	Les pratiques d'animation font l'objet d'une fiche préalable		
8	Les pratiques d'animation sont évaluées		
9	Les pratiques d'animation différencient les activités de la créativité		
10	Les pratiques d'animation touchent à la créativité et au développement de l'estime de soi		
11	Des activités spécifiques sont prévues pour marquer les grandes fêtes (locales et nationales, laïques ou religieuses)		
12	Les prénoms des résidents sont fêtés		
13	Les prénoms du personnel sont fêtés		
14	Les anniversaires des résidents sont fêtés		
15	Les anniversaires des résidents sont fêtés individuellement		
16	Les anniversaires des résidents sont fêtés collectivement		
17	Les anniversaires des résidents sont fêtés à leur date ou rassemblés régulièrement		
18	Un accord est demandé au résident dans le cadre de l'animation		
19	L'intergénérationnel est développé dans le cadre de l'animation		
20	Des réunions entre l'équipe et les bénévoles sont prévues pour assurer la coordination		
21	Des réunions pour l'animation sont prévues au sein de l'équipe		
22	Une évaluation de l'animation est prévue		
23	Une enquête sur les besoins d'animation a été effectuée		
24	La famille est sollicitée pour participer à l'animation		
25	La famille est invitée à participer (ou à donner son avis sur) l'élaboration du projet de vie		
26	Les bénévoles sont conviés à l'animation		
27	Des associations sont conviées à l'animation		
28	Le dimanche est marqué par un protocole particulier		

Annexe 3

PROJET
ACCUEIL DE JOUR POUR PERSONNES AGEES
ATTEINTES DE LA MALADIE ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES
E.H.P.A.D LA PROVIDENCE
CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME

SOMMAIRE

1. Présentation de l'établissement
2. Localisation, zones d'intervention, zone de résidence des bénéficiaires
3. Les catégories de bénéficiaires
4. L'étude de besoins
5. La capacité
6. Le projet d'établissement
7. Les droits des usagers
8. Projet architectural
9. L'évaluation
10. Coopération inter- établissements
11. Dossier relatif au personnel
12. Plan d'investissement
13. Budget prévisionnel

1. Présentation de l'établissement

L'EHPAD de La Providence est rattaché au centre hospitalier d'ANGOULEME depuis Janvier 2004.

Le pôle *médico-social* du centre hospitalier d'ANGOULEME (C.H.A) se compose de quatre structures : une unité de soins de longue durée et un E.H.P.A.D qui se situent à proximité du plateau technique du centre hospitalier d'ANGOULEME, puis l'E.H.P.A.D de BEAULIEU placée au cœur du centre ville d'Angoulême et enfin l'E.H.P.A.D « LA PROVIDENCE » construite sur la commune du GOND PONTOUVRE située à 6 kilomètres du C.H.A.

L'ensemble du secteur médico-social compte 572 lits, décomposé comme suit :

- L'unité de soins de longue durée accueille 120 personnes
- L'E.H.P.A.D de GIRAC compte 63 résidents
- L'E.H.P.A.D de BEAULIEU accueille 190 personnes âgées
- L'E.H.P.A.D LA PROVIDENCE comprend 199 lits

Du fait de ce rattachement, l'EHPAD de la Providence bénéficie du plateau technique du Centre Hospitalier d'ANGOULEME et d'un recours à des personnels spécifiques du centre hospitalier, en cas de besoin.

Le projet médical du pôle médico-social, voté en 2005 au Comité Technique d'Etablissement, en Commission Médicale d'Etablissement et au Conseil d'Administration prévoit la création de 10 places d'accueil de jour au sein de La Providence. Il est en conformité avec le projet d'établissement du Centre Hospitalier d'ANGOULEME.

Actuellement cet EHPAD ne propose que de l'hébergement complet. La volonté d'intégrer ce nouveau mode d'hébergement répond aux besoins des familles, qui devant la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, sont souvent désemparées.

2. Localisation, zones d'intervention, zone de résidence des bénéficiaires

L' E.H.P.A.D de La Providence est situé sur la commune du GOND PONTOUVRE et dépend du Pays de l'ANGOUMOIS.

Il est en périphérie du centre ville d'ANGOULEME et à 6 kilomètres du centre hospitalier d'ANGOULEME.

La situation géographique facilite l'accès à la structure aussi bien par les transports en commun que par un autre moyen de transport (ambulance, véhicules des familles). L'accessibilité en kilomètres ou en temps de trajet est tout à fait raisonnable.

Le recrutement des futurs bénéficiaires peut s'envisager sur ce bassin de vie.

3. Les catégories de bénéficiaires

Il s'agit d'accueillir des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile atteints de la maladie d'Alzheimer ou présentant des maladies apparentés ou encore toutes autres dépendances.

Ces personnes âgées pourront être reçues dans une structure individualisée au sein de l'E.H.P.A.D de La Providence.

4. L'étude de besoins

4.1 Le contexte législatif

- La **LOI DE SANTE PUBLIQUE** n°2004-806 du 9 août 2004 a pour ambition de mettre en œuvre une politique de prévention pour réduire la mortalité et la morbidité prématurées et corriger les inégalités de santé. «Elle concerne notamment l'amélioration de l'état de santé de la population et la qualité de vie des personnes malades, handicapées, et des personnes dépendantes ».

- La **CIRCULAIRE** du **30 mars 2005** relative au plan Alzheimer

- Le **PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE** quant à lui est le principal élément encadrant la politique de santé en région. Il définit les objectifs et les priorités de santé publique dans chaque région. Il organise la cohérence entre les différentes actions de santé publique conçues et mises en œuvre dans la région. A cette fin, le PRSP se compose de programmes et d'actions permettant d'atteindre les objectifs régionaux de santé et de mettre en œuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique.

La Région Poitou-Charentes, au titre du PRSP, a retenu parmi ses buts et ses objectifs généraux, celui du Bien vieillir.

Savoir préserver le bien vieillir en région, c'est :

- ◆ Prévenir des handicaps liés au vieillissement :
 - Sensibiliser les personnes âgées et leurs entourages,
- ◆ Développer le maintien à domicile :
 - Aider les aidants, avec la diversification de soutien (accueil de jour, hébergement temporaire)
- ◆ Améliorer l'accès aux institutions et la qualité de vie dans celle-ci (développer la formation pluridisciplinaire des personnels).

4.2 Le contexte d'élaboration du SROS III

Les travaux du comité technique en charge du SROS III redéfinissent la maladie d'Alzheimer comme la plus fréquente des démences, communément admises dans l'ensemble des maladies caractérisées par des troubles du comportement et des fonctions intellectuelles associées à des lésions spécifiques du cerveau.

Les signes cliniques associent des troubles de la mémoire, les plus classiques et les plus évocateurs, à des troubles du langage, de la motricité et de la reconnaissance (des objets, des lieux et des sons) facteurs de désorientation. Les troubles de la mémoire sont constants et s'associent de façon variable aux autres signes ce qui explique la grande variété des tableaux cliniques même à une phase avancée de la maladie. Le trouble de la mémoire est en outre le signe le plus précoce ce qui explique les difficultés du diagnostic précoce devant un « trou de mémoire », somme toute banal et fréquent. Devant un tel signe isolé, seul le recours à des consultations spécialisées pour les troubles de la mémoire où l'on recherche des signes non apparents, permet le diagnostic.

- Estimation de la population

L'estimation de la population âgée atteinte de démences s'obtient en appliquant les taux de prévalence des démences par âge observés dans des études nationales, à la population du territoire considéré.

Taux de prévalence des démences

(Données nationales)

Age	Hommes	Femmes
75-79 ans	7.7%	5.7%
80-84 ans	12.5%	16.6%
85-89 ans	22.9%	29.9%
90 ans et +	27.0%	52.8%

Source : Ramaroson et al. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. Rev Neurol. 2003 ; 159 :405-411

- Estimation régionale des effectifs de personnes âgées démentes

Département	2005	2015	Evolution 2005-2015
Charente	6 011	7 843	+ 1 832
Charente-Maritime	10 393	14 395	+ 4 002
Deux-Sèvres	5 796	7 694	+ 1 898
Vienne	6 527	8 431	+ 1 904

- Estimation départementale de la population de 75 ans et plus

Département	Population de 75 ans et +	
	2005	2015
Charente	36 281	41 854

- Estimation départementale de la population fragile de 75 ans et plus

Département	Population fragile de 75 ans et +	
	2005	2015
Charente	13 352	16 178

4.3 Le contexte local du Pays de l'ANGOUMOIS

Selon les données INSEE datant de 1999, les plus de 75 ans en Charente étaient 34 075, dont 10 057 sur le Grand Angoulême. Dans les estimations relevées par le comité technique, ils seraient 36 281 en 2005.

La prévalence de la maladie d'Alzheimer étant de 18 % chez les plus de 75 ans, on estime à 6 255 les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer en Charente, dont 1 810 personnes sur le Grand Angoulême (pour l'année 1999).

4.4 Le taux d'équipement

Capacités régionales d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour 1000 habitants de 60 ans et plus

Département	Hébergement temporaire	Accueil de jour	Population des 60 ans et + à domicile	Nombre de lits et places pour 1000 personnes de 60 ans et + à domicile
Charente	67	5	82 128	0.87
Charente-Maritime	216	15	149 986	1.54
Deux-Sèvres	55	24	79 850	0.98
Vienne	46	2	87 250	0.55
Poitou-Charentes	384	46	424 411	1.01

Source : DRASS – Enquête EHPA / STATISS 2005

Actuellement (en 2006) le département de la Charente compte 22 places d'accueil de jour.

5. La capacité

L'existence du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 prévoit le développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, en raison de la forte proportion de la population des malades Alzheimer et apparentés vivant à domicile, y compris à un stade évolué de la maladie. Il vise à élargir la diversité des réponses offertes tant aux malades qu'à leur famille.

L'objectif national est de créer 13 000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire d'ici fin 2007, pour passer de 2 378 places en 2004 à 15 500 en 2007.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet de l'EHPAD LA PROVIDENCE.

En effet, il est prévu de créer 10 places d'accueil de jour, permettant ainsi d'accueillir les personnes âgées du lundi au vendredi de 9h à 18h. La notion de file active est essentielle pour justifier le nombre de places. Il correspond au nombre de personnes et donc de familles qui sont aidées au cours de la semaine. Nous partons d'une base de 25 familles, à raison de 2 venues hebdomadaires en moyenne. Il y aura 50 journées à assurer soit 10 places par jour pendant 5 jours.

Cette volonté de création correspond aux orientations et au développement des structures d'aide au maintien à domicile du projet médical du secteur médico-social du centre hospitalier d'ANGOULEME, présenté en commission médicale d'établissement, conseil d'administration et conseil technique d'établissement.

Ainsi, proposer une amélioration de la qualité du maintien à domicile, en permettant pour l'entourage familial d'avoir un moment de répit, évitera l'institutionnalisation de la personne âgée.

6. Le projet d'établissement

Dans son projet d'établissement, l'EHPAD a prévu la création de 10 places d'accueil de jour avec des objectifs (déclinés ci-dessous) conformes à la circulaire du 30 mars 2005 relative au plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

6.1 Les objectifs

a. La resocialisation

Il s'agit de proposer à la personne âgée, dans le cadre d'un soutien à domicile, une prestation permettant de rompre la monotonie du quotidien, ou de la sortir de l'isolement, grâce à des contacts avec d'autres personnes.

Offrir une étape à «mi-chemin» entre le "chez-soi" et la vie en institution, permet un temps d'adaptation à la collectivité, et la déculpabilisation progressive de la famille qui envisagerait une admission définitive en établissement.

b. L'aide à la vie quotidienne

Le but est de privilégier le plaisir de faire à partir des capacités restantes sous la forme d'ateliers organisés par du personnel qualifié et formé, dont les objectifs sont définis dans les projets individualisés.

c. Le répit et l'aide des aidants

L'aide aux aidants est un axe prioritaire compte tenu de leur rôle dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dont la majorité demeure chez elles ou dans la famille.

Aider les aidants, c'est également de la prévention qui passe par :

- des lieux de rencontre et de soutien, notamment grâce à l'intervention de la psychologue de l'E. H. P. A. D.,
- un renforcement du rôle pédagogique des professionnels,
- leur inscription dans une démarche globale de prise en charge des personnes âgées dépendantes
- le dépistage des situations à risque (épuisement de l'aidant, maltraitance)

6.2 L'organisation et le fonctionnement

Ce service se présente comme une alternative possible pour les personnes âgées à qui il est proposé un accueil du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, dans une structure individualisée au sein de l'E. H. P. A. D. de La PROVIDENCE.

L'admission est organisée selon la procédure en vigueur dans l'E. H. P. A. D. La gestion administrative du dossier est effectuée par le personnel administratif de l'E. H. P. A. D. qui organise la visite de pré admission avec le médecin coordonnateur. Le cadre de santé gère les admissions. Chaque admission fait l'objet d'une ouverture de dossier résident.

Les activités proposées sont d'ordre physique et intellectuel (promenades, gym douce, lecture, écoute, conversation, jeux de société et de mémoire, ainsi que le travail manuel).

Mais le refus de participer est respecté, ainsi que le rythme des personnes accueillies. La présence des autres résidents et l'attention apportée par l'équipe, contribuent à créer une atmosphère de sécurité.

Les activités sont organisées par l'ergothérapeute et les personnels soignants de la structure.

Dans un souci d'ouverture, les activités seront partagées avec quelques résidents de la l'E.H.P.A.D, dans les locaux de l'accueil de jour. De même, les personnes accueillies peuvent partager les activités de l'E.H.P.A.D.

7. Les droits des usagers

Conformément à la loi du 2 janvier 2002 et aux articles L.311-3 à L311-8 du Code de l'action sociale et des familles, les droits des usagers seront garantis.

- Un livret d'accueil sera remis à la personne âgée et/ ou à son entourage.

- De même un contrat de séjour spécifique à l'accueil de jour sera signé conjointement par le bénéficiaire et par la direction de l'établissement.

8. Le projet architectural

La volonté de l'E.H.P.A.D est de créer les 10 places d'accueil de jour à court terme.

Sa mise en œuvre pourrait être en phase avec la renégociation de la convention tripartite de l'établissement qui est prévue pour le 2 janvier 2007.

8.1 Les locaux

Il est prévu dans ce projet de s'appuyer sur l'architecture existante mais en la réaménageant.

La salle d'animation, située au sous sol du bâtiment pourrait convenir à cet accueil de jour. Elle dispose d'un accès indépendant de l'entrée principal de l'établissement. Il ne s'agit pas de mettre en place une mesure de ségrégation discriminatoire mais d'un choix qui respecte et préserve la dignité tant des résidents et visiteurs d'E.H.P.A.D que des personnes et familles venant à l'accueil de jour.

- La surface du lieu de vie correspond à celle préconisée pour un groupe de 10 à 15 personnes soit 150 à 200 m².
- Ce lieu de vie réservé à l'accueil de jour devra être réaménagé pour comprendre une grande pièce, partagée en plusieurs secteurs : repas, activités et repos.
- Une pièce adjointe sera absolument nécessaire pour l'accueil des familles ou une prise en charge individualisée.
- Les repas seront fournis par l'E.H.P.A.D, cependant il doit exister la possibilité de cuisiner quelques repas dans l'esprit de ce qui se fait dans les unités d'hébergement spécialisées.
- Les installations sanitaires, déjà existantes, permettront de pallier aux problèmes d'incontinence. Elles devront être aux normes pour handicapés. Actuellement une douche et un WC sont à la disposition du personnel.
- Enfin un accès à un jardin sécurisé est indéniable. En l'espèce, il est prévu de créer un jardin de déambulation extérieur avec une sécurisation des endroits considérés comme dangereux, afin de laisser les personnes déambulantes se promener plus librement.

8.2 Le matériel

Le mobilier permet l'installation des résidents, des aidants et du personnel.

L'investissement dans du matériel destiné aux prises en charge spécifiques, matériel audio et vidéo, ainsi que des jeux de société et de mémorisation, est réalisé pour répondre aux objectifs.

9. L'évaluation

- Un tableau de bord est mis en place avec les indicateurs suivants afin d'objectiver et de mesurer l'impact du service rendu.

- Nombre de personnes accueillies
- File active
- Age moyen
- M. M. S. moyen
- Nombre de jours d'accueil par résidents et par an
- Origine de la demande d'admission
- Durée de la prise en charge en accueil de jour avant l'entrée en institution
- Nombre de résidents admis en hébergement définitif
- Nombre de résidents participants aux ateliers
- Nombre d'aidants participants aux groupes de parole
- Nombre d'aidants participants aux activités et aux animations.

- Un questionnaire de satisfaction pourra aussi être adressé aux familles et aux bénéficiaires. Il aura pour objectif de cibler le degré de satisfaction et d'envisager des actions à mener pour répondre au mieux aux besoins de la population

10. La coopération inter - établissements

Elle peut s'envisager sous deux angles :

- Au sein du pôle médico-social du CHA :

L'accueil de jour fait partie intégrante de la filière gériatrique du centre hospitalier. Du fait du rattachement de l'EHPAD au centre hospitalier d'ANGOULEME, en janvier 2004, la structure bénéficie de la proximité du plateau technique.

La coopération se traduira plutôt par un échange d'expérience entre les sites faisant de l'accueil de jour comme celui de BEAULIEU.

- Avec l'extérieur :

C'est la coordination avec le réseau gérontologique du Pays de l'ANGOUMOIS, qui sera développée dès lors qu'il sera en mis en place. Ce réseau de santé a pour but de faire des évaluations gérontologiques globales à domicile et de pouvoir orienter le patient vers une structure adaptée à ses besoins.

Le médecin coordonnateur, qui intervient lors de l'admission du résident en accueil de jour, gagnera du temps puisqu'il aura en main le bilan diagnostique.

11. Le dossier relatif au personnel

Le projet d'accueil de jour devra répondre à trois questions essentielles : combien, quelle qualification et quel suivi ?

De ces questions fondamentales découlera la qualité du projet mais aussi les conditions de financement. Il n'est pas envisageable de pouvoir faire à la fois bien et à pas cher. La qualité aura forcément un coût.

Il ne s'agit pas de créer un hôpital de jour à visée diagnostique et thérapeutique, mais il s'agit d'accueillir des malades et de les aider avec compétences.

Dans ce contexte, la présence de personnel qualifié et formé paraît indispensable. Même si la proximité de ce lieu de vie avec les équipes travaillant en hébergement traditionnel permettra au départ de mutualiser les moyens humains voire d'envisager une mutation interne ce qui sera enrichissant et formateur, il ne faudra pas négliger des moyens humains supplémentaires.

Néanmoins la mutualisation du personnel pourra jouer sur l'administration (0,10 ETP) et les services hôteliers (0,10 ETP), ce qui minimisera les coûts, au lieu d'envisager un recrutement stricto sensu.

Les **personnes qualifiées** à recruter :

- Médecin coordonnateur (0,10 ETP)
- Infirmière diplômée d'état (0,10 ETP)
- Aide-soignant ou aide médico- psychologique (3 ETP)
- Auxiliaires médicaux (0,50 ETP)/ psychologue (0,10 ETP)
- Agent des services hospitaliers (0,50 ETP)

La formation à la prise en charge spécifique de la maladie Alzheimer ou troubles apparentés doit intervenir dès la création des 10 lits d'accueil de jour, pour unir l'équipe autour d'un projet et dans une culture commune. Elle s'intègre donc au projet d'établissement. Elle doit être continue. Les formations les plus opérantes étant transversales, elles impliquent tous les acteurs et sont centrées sur les patients

La formation du personnel permet de ne plus subir la maladie (source de stress, d'attitudes inadaptées, voire de maltraitance et d'absentéisme liées au burn- out), mais de la combattre au travers d'un projet de soins spécifique, source de satisfaction et de revalorisation.

Rôle et missions du personnel

- Le projet individuel, élaboré en équipe pluridisciplinaire, tient compte de l'environnement social et familial de chaque résident et du stade d'évolution de sa maladie.
- Les fonctions cognitives sont stimulées au travers des activités de la vie quotidienne et de loisirs.
- La communication tant verbale que non verbale est privilégiée.
- Le projet de vie tend à maintenir les capacités à effectuer seul les actes de la vie quotidienne et à entretenir les capacités restantes par des soins et des aides appropriés par du personnel qualifié.
- Les contacts sociaux sont préservés par la participation aux actions collectives, que ce soit au sein de l'accueil de jour ou de l'E.H.P.A.D.

Annexe 4

Projet de création d'une unité spécifique pour Alzheimer et autres démences (USSAAD)
à l'E.H.P.A.D de La Providence

Introduction :

La notion de structure spécifique pour la prise en charge des troubles du comportement dans le cadre des déficits cognitifs, naît de l'observation dans les EHPAD et maisons de retraite du besoin de prise en charge spécifique de ces patients, et à domicile des difficultés ressenties par les aidants familiaux.

La prévalence de ces troubles et la démographie permettent de penser que les besoins vont croître au cours des années à venir. Les demandes d'intégration de ces patients dans les EHPAD sont déjà importantes devant l'épuisement des aidants familiaux.

L'idée de l'EHPAD La providence est de créer une structure spécifique pour la prise en charge des résidents atteints de démences, quelle qu'en soit l'étiologie, et présentant des troubles du comportement associés.

Ce projet d'établissement peut être décliné en 2 parties

- ***Projet de vie et projet de soins de l'USSAAD***
- ***Le soulagement de l'aidant familial***

I- Projet de vie et de soins dans une structure adaptée pour les patients atteints de démence : USSAAD

A. Grands principes de l'USSAAD (Unité de soins spécifiques pour Alzheimer et autres démences)

La prise en charge des patients atteints de démence ressource de difficultés à tous les stades de la maladie et pour tous les intervenants qui gravitent autour de la personne malade : que les aidants soient membres de la famille ou professionnels soignants, les problèmes ressentis sont les mêmes car ils renvoient aux mêmes sentiments d'impuissance et d'incompréhension.

Cette pathologie de l'intelligence n'atteint pas en premier lieu l'affect. L'entourage soignant ou aidant perçoit cette différence : il doit apporter une certaine assistance sans se substituer aux fonctions restantes du patient dément afin de mieux l'aider en laissant à la personne un degré d'autonomie nécessaire au maintien de son intégrité, son rôle d'être humain capable d'avoir des sentiments pour sa famille, ses amis, les soignants qui l'entourent.

Une telle structure s'intéresse aux différentes facettes de la pathologie démentielle afin que les soignants puissent avoir l'impression d'un accomplissement auprès de ces malades, par une meilleure compréhension des enjeux de la maladie, et par une intervention spécifique auprès d'eux.

Les termes de respect du trouble du comportement, de respect de l'intégrité de la personne, de connaissance de la pathologie démentielle, de maintien de l'autonomie sont les clefs de voûte de la prise en charge des résidents atteints de démence, et ayant des troubles du comportement.

Le personnel de cette structure doit être motivé par cette activité de soins et d'encadrement, avec des facultés d'adaptation aux troubles du comportement et ses conséquences. Il est formé spécifiquement à sa tâche. Il doit avoir des connaissances spécifiques de la maladie et adopter le projet de vie et le projet de soins.

L'objectif majeur est de permettre aux troubles du comportement de s'exprimer afin qu'ils s'amendent. L'équipe ne lutte pas contre ces perturbations mais les canalise, les tolère, tente d'en comprendre l'origine, et observe son évolution.

Pour ce faire une connaissance approfondie de l'histoire de vie et de l'histoire médicale du résident est essentielle. La prise en compte du géosociogramme, l'interaction avec l'entourage dans le sens de la compréhension est importante, et l'équipe œuvre en ce sens. La triangulation résident/entourage/équipe est récurrente afin aussi de ne jamais exclure la famille ou les amis proches. Cette maladie nécessite un entourage affectif par les proches, et un encadrement structuré par des professionnels.

Cette structure souhaite répondre aux différents problèmes rencontrés lors de l'évolution d'une démence :

- **Les troubles de la locomotion** : en particulier les errances pathologiques, les déambulations y compris nocturnes, et les conséquences souvent néfastes à savoir les chutes, les contentions inappropriées... Le but est de laisser déambuler les résidents, et non de les contenir. Il faut un milieu sécurisé mais rassurant.
- **Les comportements frontaux** : déshinhibition, pertes des convenues sociales, hyperoralité, hyperphagie, persévération. Il est du ressort de cette structure d'accepter ceci et de le canaliser. Les troubles du comportement alimentaire font partie de ces perturbations.
- **Les difficultés de communication** : troubles de la communication, mutisme, cris, écholalies.
- **Les pertes de repères** : temporo-spatiaux, les troubles du rythme nyctéméral et les troubles du sommeil ;
- **La perte d'autonomie**, les régressions, la perte des notions d'hygiène
- **Les souffrances d'origines multiples** : **physiques, psychiques, environnementales** (y compris lors de contentions injustifiées ou abusives), socio-familiales, existentielles.

B. Structure USSAAD

1. Généralités

Nombre de lits : entre 15 et 20 lits

Localisation potentielle : Les Papillons ou Les Bleuets

Intégré à l'EHPAD,

Patients présentant une démence avec des troubles du comportement associés.

2. Objectifs :

- protéger la personne
- prendre en charge spécifiquement et de façon adaptée les démences et les troubles du comportement
- protéger les autres résidents
- soulager les aidants
- venir en aide aux souffrances engendrées par le syndrome démentiel
- soutenir les équipes

3. Infrastructure

Il s'agit donc d'un secteur sécurisé et individualisé, un lieu adapté qui comporte :

- chambres avec salle d'eau
- une cuisine thérapeutique
- un salon
- une salle d'activité
- une salle à manger
- une salle de soins
- une salle de bains commune
- un local ménage
- une réserve
- un local linge
- un espace de déambulation
- un jardin thérapeutique (extérieur)

4. Personnel nécessaire (équipe dédiée, volontaire, permanente, formée spécifiquement mais prévoir un roulement de ce personnel) :

- une IDE référente intervenant pour les soins
- 3 AMP dans la journée : une de matin, une de soir et une sur la journée (9h- 17 h) → soit 6 AMP dans le pool
- une AMP de nuit
- un ergothérapeute (une demie journée par semaine)
- un psychomotricien (une demie journée par semaine)
- un médecin coordonnateur (une demie journée par semaine → pour des activités, pour la prise en soins des résidents, pour la coordination)
- un psychologue (une demie-journée par semaine : pour des activités et des tests psychométriques, ainsi que des ateliers d'aide aux aidants)
- un animateur (une demi-journée par semaine)

D'autres professionnels libéraux pourront intervenir de façon ponctuelle ou régulière dans l'USSAAD comme :

- des médecins traitants
- un orthophoniste

- des kinésithérapeutes
- un professionnel de l'esthétique

5. Recrutement du personnel, formation, et rotation du personnel

Le personnel de la structure actuelle pourrait être proposé pour les nouveaux postes disponibles lors de l'ouverture de l'USSAAD. Des recrutements extérieurs sont aussi envisagés, avec si possible aussi le recrutement de quelques employés masculins afin d'équilibrer l'équipe en terme de parité...

Le profil des personnels prétendant à un poste dans l'USSAAD est ainsi prédéfini :

- maturité professionnelle
- capacité à prendre du recul sur des situations de soins
- adaptabilité et souplesse dans le fonctionnement et dans le travail
- sensibilité au psychisme des personnes âgées, en particulier les personnes présentant une démence
- connaissance approfondie des démences et intérêt marqué pour ces pathologies, et plus précisément pour les troubles du comportement engendrés par la démence.
- participation à l'élaboration du projet de vie et de soins de l'USSAAD, et appropriation de ces projets pour leur donner vie au quotidien au sein de la structure dans l'intérêt des résidents.
- personnes posées, non rigides mais rigoureuses, capables de se remettre en question de s'organiser mentalement, tolérant l'imprévu.

Formation du personnel :

Formation d'AMP souhaitée pour les AS (ou ASH ayant un BEP sanitaire et social) dont la moitié pourrait venir de l'extérieur et l'autre moitié serait recrutée parmi les membres du personnel.

D'autres membres du personnel de l'EHPAD seront formés à être AMP, car il faut pouvoir pallier un départ, et il n'est pas inutile d'avoir des AMP dans l'établissement pour la prise en charge des autres résidents déments.

D'autre part les AMP, auront de façon volontaire ou systématisée des périodes de travail dans le secteur EHPAD, afin de pouvoir décompresser, et les AMP formés de l'EHPAD pourront alors faire des remplacements à l'USSAAD.

Les ASH devront également être formés (formation continue non diplômante) afin d'intégrer l'USSAAD.

6. Interface la nuit

Décloisonnement du personnel de nuit de l'EHPAD en cas de besoin. Une AMP affectée à l'USSAAD est souhaitable pour une meilleure prise en soins des résidents qui présentent aussi des troubles du comportement nocturnes. Le travail de nuit comporte la gestion des déambulations, des angoisses, des repas improvisés, de la surveillance et nécessite spécifiquement un membre du personnel affecté à l'unité pour réaliser ce travail.

Des réunions pluridisciplinaires seront organisées toutes les semaines

Tous les intervenants devront y participer dans la mesure du possible, et il y sera discuté :

- des questions d'organisation générale ou spécifiques,
- des résidents selon les besoins et autant que possible à tour de rôle,
- des familles
- des projets de soins et de vie individuels,
- des deuils,
- des entrées futures,
-

et un compte rendu sera disponible dans les plus brefs délais pour être consulté par le personnel absent ou en congé, ou le personnel de nuit.

7. Les activités

Les activités seront des repères temporels et seront donc proposées de façon régulière et à jours et heures fixes.

- Atelier fait par les AMP tous les matins
- ateliers tous les après midis : donc 5 après-midis par semaine avec 5 animateurs différents chaque jour (ergothérapeute, animateur, psychomotricien, psychologue)
- des groupes de paroles mensuels pour les aidants
- des réunions d'équipe toutes les semaines

8. Déroulement de la journée :

La journée type n'existe pas car il est essentiel de s'adapter aux besoins, aux troubles des résidents.

Cependant, une organisation quotidienne est possible :

- Accueil et petit déjeuner : accueil des résidents au fur et à mesure de leur disponibilité (réveil, toilette, habillage par exemple : ces deux derniers peuvent aussi se faire plus tard dans la journée) dans la salle à manger, installation pour le petit déjeuner, service du petit déjeuner, et surveillance voire aide à la prise du petit déjeuner.
- Activité par une AMP de repérage temporo-spatial avec les volontaires : lecture du journal, date, saison, éphéméride, météo, informations...
- Atelier par une AMP, avec les volontaires toujours. Il peut s'agir d'atelier cuisine (confection d'un des plats du repas de midi ou pour le goûter, ou le soir), d'atelier lingerie, promenade ou autres ateliers. Une fois par semaine (le mardi) la matinée sera consacrée à des soins du corps et à la visite du gériatre.
- Déjeuner : ce repas se prend en présence des agents qui partagent le repas avec les résidents.
- Sieste pour ceux qui le désirent, ou temps de repos dans le salon commun
- Goûter servi dans les locaux communs
- Atelier quotidien par un des intervenants de l'après-midi (ergothérapeute, psychomotricienne, médecin, animatrice, psychologue) : activité de mobilisation mnésique ou de stimulation sensorielle...
- Temps libre, entretiens personnalisés, rencontres des familles, salon, promenade...
- Dîner : servi dans la salle à manger commune assisté du personnel
- Retour dans les chambres et aide au coucher si nécessaire
- Nuit : surveillance des résidents, et accompagnement des résidents qui se lèvent ou déambulent

Cette organisation n'est pas figée puisqu'elle s'adapte aux résidents, et les activités planifiées ne se font qu'avec les volontaires. Les autres sont libres dans le déroulement de leur journée.

Tout au long de la journée, le personnel est disponible pour faire avec les résidents ce qui n'a pas pu être fait à des horaires « classiques » (la toilette non effectuée le matin pour une opposition de la part du résident, pourra être faite dans l'après-midi ou le soir ou repoussé au lendemain le cas échéant).

La souplesse est le mot d'ordre : c'est ainsi que pourront disparaître ou s'atténuer les troubles du comportement, dans la non opposition, et l'adaptabilité de la part de tout le personnel.

9 Activités quotidiennes et interface avec l'accueil de jour

L'idée de l'établissement est de mettre en lien la future USSAAD avec l'accueil de jour. Cette interface pourrait passer par le partage des ateliers.

Les ateliers qu'il est possible de proposer en dehors de la créativité et de l'expérience professionnelle des futurs intervenants de la structure pourraient par exemple contenir :

- atelier de stimulation mnésique
- atelier d'expression
- art-thérapie
- atelier de musicothérapie
- atelier esthétique
- gym douce
- atelier d'équilibre
- groupe de parole
- promenade
- atelier cuisine thérapeutique
- activités occupationnelles dirigées....

Les buts essentiels étant de valoriser les capacités restantes, de ne pas mettre en échec, de s'adapter aux besoins de chacun, d'occuper, de canaliser l'activisme, de permettre le repérage....