



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2005**

**LA CONVENTION TRIPARTITE : CONTRAINTE
RÉGLEMENTAIRE OU OPPORTUNITÉ
MANAGÉRIALE ?**

**L'USLD DE TOGA
A LA CROISÉE DES CHEMINS**

Laurence FAY

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Marie-Christine ESCRIVA, Directrice du Centre Hospitalier de BASTIA, pour avoir guidé, avec bienveillance, mon parcours de professionnalisation durant cette période agitée de la vie de l'établissement.

Je remercie également mon maître de stage, Monsieur René GHIBAUDO, Directeur des Ressources Humaines, pour le soutien qu'il m'a témoigné durant mon stage mais aussi dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Mademoiselle Françoise VESPERINI, Élève-Directeur d'Hôpital, et à Madame Liliane MAURICI, Attachée d'Administration Hospitalière, pour leur lecture critique de ce document.

Je remercie, par ailleurs, Monsieur Jean-Marc GILBON, Responsable de la Filière des Directeurs d'Établissements Sanitaires et Sociaux à l'École Nationale de la Santé Publique, et Monsieur Jean-Marie PERETTI, Professeur au sein du Département Management de l'Université de CORSE, mes tuteurs de mémoire, pour m'avoir fait confiance.

J'adresse, enfin, mes meilleures pensées à tous les membres du Centre Hospitalier de BASTIA qui ont contribué à faire de ce stage, une expérience forte et enrichissante.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA CONVENTION TRIPARTITE, MODE D'ENTRÉE DANS UNE RÉFORME TROP AMBITIEUSE ?	3
1.1 De la réforme de la tarification à la loi du 2 janvier 2002 : conventionner pour donner une nouvelle place aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....	4
1.1.1 Une révolution budgétaire et comptable d'envergure, emprunte de transparence et d'équité.....	5
1.1.2 La qualité, un nouvel enjeu stratégique pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....	13
1.1.3 Une réforme consacrée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	19
1.2 Le conventionnement, un dispositif réglementaire contraignant et complexe à mettre en œuvre ?.....	28
1.2.1 Une réforme qui comporte des contradictions et quelques sujets non résolus... 29	
1.2.2 De la loi à la pratique : une réforme utopique pour l'unité de soins de longue durée du Centre Hospitalier de BASTIA ?.....	41
2 LE CONVENTIONNEMENT, UN SUPPORT DE MANAGEMENT EFFICIENT ARTICULANT DÉMARCHE QUALITÉ ET STRATÉGIE DE L'ORGANISATION.....	48
2.1 Saisir l'obligation réglementaire de la qualité pour instaurer une démarche continue et pérenne d'amélioration des prestations.....	50
2.1.1 La nécessaire implication du personnel dans le lancement de la démarche qualité.....	50
2.1.2 Fédérer le personnel en lui proposant un plan d'actions simple et réaliste.....	59

2.2 Manager le changement pour changer le management et imaginer un nouvel établissement.	66
2.2.1 Une occasion unique pour le directeur de reconsidérer sa stratégie en interne.....	67
2.2.2 Une dynamique propice à l'ouverture de l'établissement sur son environnement.....	76
 CONCLUSION	 83
 BIBLIOGRAPHIE	 89

Liste des sigles utilisés

ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADEHPA	Association des Directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées
AFNOR	Association Française de Normalisation
AGGIR	Autonomie GÉrontologie Groupe Iso-Ressources
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie
DARH	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DOMINIC	DOtation MINImale de Convergence
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENSM	Échelon National du Service Médical de l'assurance maladie
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
FEHAP	Fédération des Établissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privée
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNACPPA	Fédération Nationale Accueil et Confort Pour Personnes Âgées
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
GMPS	Gir Moyen Pondéré Soins
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HID	Handicaps-incapacité-dépendance
MARTHE	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Établissement
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RAI	Resident Assessment Instrument
SNGC	Syndicat National de Gériatrie Clinique
SYNERPA	Syndicat National des Établissements et Résidences privés pour Personnes Âgées
TQM	Total Quality Management
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Selon un sondage de la TNS SOFRES réalisé au mois de février dernier, pour la Fédération Hospitalière de France (FHF) avec le Mensuel des Maisons de Retraite et Geront Expo-Handicap Expo, la prise en charge des personnes âgées est une préoccupation importante de l'opinion française. Les interrogations et les enjeux qui en découlent montrent, en effet, une population française concernée, impliquée et à l'écoute de ce fait de société.

Parmi les préoccupations majeures des interrogés, figurent ainsi la prise de conscience de la situation des personnes âgées, les systèmes de prise en charge et la crainte de la perte d'autonomie. La perception du grand âge a subi, elle aussi, une évolution importante puisque désormais, l'âge conventionnel de la vieillesse ne correspond plus à l'âge de la cessation d'activité mais à une moyenne beaucoup plus élevée avoisinant, en l'espèce, les 83 ans.

Pourtant, l'approche du grand âge dans le droit, le langage, les faits, témoigne encore des difficultés pour notre société à construire collectivement de nouveaux repères appropriés pour figurer l'allongement de l'espérance de vie et la vieillesse véritable qui se situe ainsi aujourd'hui, bien au-delà de 60 ans. L'action des pouvoirs publics en matière de prise en charge du sujet âgé, si elle ne manque pas d'ambitions, continue, quant à elle, à souffrir chroniquement d'une absence de moyens financiers à la hauteur de ses enjeux. En outre, les institutions d'hébergement semblent encore trop souvent répondre de façon inadaptée aux besoins et aux attentes de cette population issue du quatrième âge, par définition plus fragile et plus dépendante. Près de 38 % des français ont d'ailleurs une « mauvaise opinion » de ces lieux de vie collectifs trop souvent encore considérés comme des services de fin de vie.

Sous l'impulsion conjuguée, toutefois, de la réforme de la tarification et de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements d'hébergement pour personnes âgées pourraient bien connaître une révolution sans précédent destinée à replacer le sujet âgé au cœur même de son dispositif de prise en charge. Désormais regroupés sous le vocable d'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), les établissements d'hébergement ont, en effet, depuis peu, l'obligation de s'engager dans une démarche qualité continue qui nécessite d'analyser, au-delà de la qualité technique des actes de soins, la qualité des dispositifs organisationnels qui régissent l'ensemble de leurs missions.

La convention tripartite qui formalise cette démarche qualité entre l'établissement et ses partenaires financeurs, constitue donc une réforme en profondeur des fonctionnements mais aussi des mentalités puisque c'est la satisfaction du client âgé qui devra dorénavant guider l'action des professionnels de ce secteur.

Toutefois, compte tenu de son ampleur et de sa complexité, la réforme des EHPAD peut sembler très contraignante et surtout trop ambitieuse pour les responsables de ces structures, déjà asphyxiés par les difficultés et les urgences du quotidien (1). Pourtant, si ces derniers parviennent à extraire de cet ensemble cohérent mais très dense les éléments essentiels afin de mieux en comprendre le sens et la portée, il pourront alors mettre en œuvre leur nécessaire réflexion pour donner à ce guide méthodologique sa vie et son sens. Car bien appliquée sur le terrain, la démarche de conventionnement, acte de naissance des EHPAD, peut constituer pour tous les directeurs de ces établissements, un support efficient de management leur permettant de refonder tant la qualité des prestations de leur institution que son organisation stratégique (2).

1 LA CONVENTION TRIPARTITE, MODE D'ENTRÉE DANS UNE RÉFORME TROP AMBITIEUSE ?

Pendant longtemps, les établissements pour personnes âgées ont été les parents pauvres des secteurs sanitaire et médico-social. Les personnes âgées, les familles et les professionnels s'accommodaient d'une situation qu'ils subissaient sans pouvoir la changer.

Une dynamique constante d'amélioration est apparue, au cours des années 1970, grâce, d'une part, aux marges de manœuvre que la croissance économique a données aux décideurs, et sous la pression, d'autre part, d'une conscience collective qui a de plus en plus difficilement admis que les personnes âgées soient l'objet de traitements indignes.

La réforme de la tarification s'est résolument inscrite dans cette dynamique d'amélioration. Ses objectifs sont d'ailleurs partagés par la grande majorité des acteurs du milieu gérontologique. Cependant, comme toute réforme de grande ampleur, elle bouleverse des habitudes, exige un travail considérable, impose des choix.

Le directeur d'établissement est, de ce fait, légitimement fondé à s'interroger sur la méthodologie à employer pour accompagner son établissement dans le cadre de cette réforme. La convention tripartite, si elle matérialise l'engagement du manager à repenser son institution, n'est-elle pas aussi source de contraintes insurmontables ? Si pour beaucoup de professionnels, cette « révolution silencieuse »¹ qui bouleverse nos établissements est avant tout une chance, ne faut-il pas craindre que la complexité de la démarche ne vienne à bout de l'enthousiasme et de la bonne volonté des équipes ?

La réforme des EHPAD est ambitieuse et l'on peut escompter que ses apports positifs, à terme, seront nombreux. Pour l'heure, sa mise en œuvre, compte tenu de son ampleur et des interactions multiples des acteurs qu'elle met en jeu, semble plutôt complexe. Il y a, dès lors, tout lieu de penser, comme Michel LAFORCADE, que « son avenir dépend largement de ce qu'en feront les professionnels et les acteurs concernés »².

¹ LAFORCADE M. Préface. In *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 9.

² Ibidem note n°1, p. 9.

1.1 De la réforme de la tarification à la loi du 2 janvier 2002 : conventionner pour donner une nouvelle place aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Instituée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), la réforme de la tarification porte obligation pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes de signer, avant le 31 décembre 2005³, une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. L'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 introduit par l'article 23-1 de la loi relative à la PSD prévoit que cette convention tripartite « définit 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 ».

Animée par deux logiques nouvelles que sont la transparence financière et l'évaluation de la qualité des prestations, la réforme de la tarification au sein de laquelle s'inscrit le conventionnement rend, en outre, ces deux notions de « financement » et de « qualité » indissociables. La convention tripartite, processus d'entrée dans cette réforme, contribue désormais, en effet, à formaliser la stratégie de l'établissement et à l'articuler à une démarche d'amélioration continue de la qualité pour obtenir les ressources nécessaires à son fonctionnement.

Récemment, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé ces aspects « qualité » de la réforme de la tarification, en donnant parallèlement aux usagers, une place nouvelle. Ce texte prévoit, en effet, pour la première fois, que l'usager doit être placé au centre du dispositif qui a été créé pour satisfaire ses besoins. L'évaluation de la qualité du service rendu devient d'ailleurs, dans le cadre de ce texte, déterminante pour le renouvellement de l'autorisation de fonctionner des établissements.

« Acte de naissance »⁴ des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le conventionnement est ainsi devenu, dans le cadre de cette réforme du droit positif, un enjeu de survie et de développement.

³ Avant le 31 décembre 2006 pour les foyers-logements.

⁴ CLÉMENT J. CREA I RHÔNE-ALPES. Point de vue sur le conventionnement tripartite. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 12.

1.1.1 Une révolution budgétaire et comptable d'envergure, empreinte de transparence et d'équité.

Les décrets définissant la réforme de la tarification ont pour ambition de substituer à un mécanisme fondé sur le statut juridique de l'établissement, une tarification établie en fonction du degré de dépendance des personnes âgées accueillies.

Dans cette logique, cette réforme instaure un financement unique pour l'ensemble des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes et met fin au cloisonnement entre secteur sanitaire et secteur social en harmonisant les règles qui régissent les maisons de retraite et les longs séjours hospitaliers.

Parallèlement, elle met en œuvre une tarification dite « ternaire » qui se décompose en trois sections budgétaires et tarifaires distinctes : l'hébergement, la dépendance et les soins. Cette tarification qui est désormais basée sur le niveau de dépendance, est donc équitable pour les personnes âgées d'autant que les mécanismes individuels de prise en charge issus de la Prestation Spécifique Dépendance puis de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), reposent sur les mêmes fondements.

A) Une situation de départ marquée par de grandes inégalités dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Jusqu'au Moyen-Âge, les infirmes et les vieillards étaient généralement pris en charge par leur famille ou par des institutions dites « de bienfaisance » gérées par l'Église, comme les Hôtels-Dieu ou les hospices. Avec la Révolution, un « devoir d'assistance de la société » en faveur « des vieillards nécessiteux » est instauré mais il n'a que peu de portée.

Ce n'est que dans les années 1970 qu'émerge la prise en compte des besoins de la population âgée à travers la loi médico-sociale du 30 juin 1975. Cette loi marque notamment la disparition des hospices pour le développement de structures d'accueil adaptées et instaure parallèlement une Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP) en faveur des personnes handicapées. Pourtant, force est de constater que même si ce texte constitue une avancée majeure dans l'histoire de la gériatrie française, des défauts considérables affectent toujours le paysage.

a) *Des aides à la personne âgée attribuées de manière inadaptée ou injuste.*

Avant la réforme, une aide à la personne existe mais la logique de néo-assistance sur laquelle elle repose et les applications qui en sont faites, limitent son champ d'action.

Ainsi, l'aide sociale à l'hébergement intervient en faveur des personnes dont les ressources, ajoutées aux aides de droit commun, ne suffisent pas à assumer les frais d'hébergement. Cette allocation a, comme son nom l'indique, un caractère purement social et ne prend donc pas en compte l'état de santé ou de dépendance de la personne âgée. Par ailleurs, elle est assortie de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession.

L'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP), créée par la loi du 30 juin 1975, est, pour sa part, attribuée par la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) aux personnes handicapées pour leur permettre de s'adjoindre l'assistance personnelle nécessitée par leur état. Dans les faits, certaines personnes âgées ne peuvent pas percevoir cette dernière allocation, malgré leur état de dépendance, car des départements affirment qu'elle est exclusivement réservée aux handicapés plus jeunes.

b) *Les ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements sur des bases contestables.*

Les grands principes du système de tarification des EHPAD issus de la loi du 30 juin 1975 sont fondés sur une séparation du sanitaire et du social et ont introduit une notion nouvelle : le médico-social. Ils ont également instauré la mise en œuvre de la tarification binaire : d'une part, les charges liées à « l'hébergement », soit, en résumé, le gîte et le couvert, qui sont à la charge du département et de l'utilisateur ; d'autre part, les charges de « soins » qui sont financées par l'assurance maladie.

La dépendance, dimension essentielle de la prise en charge de la personne âgée, n'est donc pas prise en compte explicitement alors même qu'elle entraîne des surcoûts spécifiques. C'est le cas, par exemple, des surcoûts hôteliers liés à la dépendance ou encore des dépenses de fourniture ou d'animation et d'aide à la vie quotidienne.

Cette tarification binaire manque également de transparence en raison même du mode de financement de la part « soins » allouée sous la forme de forfaits dont le niveau plafond

n'est pas toujours adapté aux besoins réels des établissements. La tarification en vigueur est, en effet, fonction du statut juridique de l'établissement. Ainsi, les services de soins de longue durée présentent un tarif d'hospitalisation comprenant un forfait « soins » dit « tout compris », supporté par l'assurance maladie, intégrant tous les frais de soins (rémunérations du personnel médical et paramédical, médicaments et produits usuels...). Les établissements soumis à la loi de 1975 peuvent bénéficier, pour leur part, d'un forfait « soins » global versé par l'assurance maladie, s'ils disposent d'une section de cure médicale, à défaut, d'un simple forfait de soins courants.

Cette répartition des moyens n'est pas neutre pour les trois financeurs en présence (l'utilisateur, l'assurance maladie, le département), les établissements ayant souvent tendance à recourir aux transferts de charges de la section « soins » sur la section « hébergement » pour faire face à l'insuffisance des moyens financiers accordés par l'assurance maladie. Ainsi, pour pallier la faiblesse des forfaits « soins », la plupart des établissements accueillant des personnes âgées imputent de fait certaines charges, de personnel soignant par exemple, sur la part « hébergement », déportant ainsi des charges indues vers l'utilisateur ou le département.

Les personnes les plus dépendantes ne sont, par ailleurs, pas toujours hébergées dans les structures les mieux dotées. Dès lors, celles-ci sont contraintes de faire appel, pour leurs soins courants, à des professionnels médicaux et paramédicaux de ville. L'ensemble du système comporte, là aussi, une grande injustice puisque pour des établissements hébergeant des populations de dépendances comparables, la dépense moyenne d'assurance maladie peut aller de un à six, sans qu'aucune justification soit clairement avancée.

B) L'objectif central de la réforme : prendre en considération le niveau de dépendance des personnes âgées pour leur offrir une prise en charge personnalisée.

Depuis de nombreuses années, plusieurs rapports (HENRARD, 1984, ou BOULARD, 1991) avaient souligné la nécessité de réformer la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pour la fonder, indépendamment de la nature juridique de l'établissement d'accueil, sur l'état de la personne âgée. Au début des années 1990, les pouvoirs publics ont enregistré les demandes des professionnels et des représentants des usagers, pour que soit édifié un système plus juste.

L'adoption d'un outil de mesure de la dépendance, la grille AGGIR, a été le dernier élément préalable indispensable à la mise en place d'une réforme fondée sur la prise en compte de l'état de dépendance des personnes âgées hébergées.

a) *L'adoption de la grille AGGIR, élément préalable indispensable à la mise en place d'une réforme fondée sur la prise en compte de l'état de dépendance des personnes âgées hébergées.*

Dans le cadre du projet de création d'un Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en gériatrie au début des années 1990, une méthode de construction de Groupes Iso-Ressources (GIR) en charge de soins gérontologiques est proposée par un groupe pluridisciplinaire de chercheurs français. Cet outil de régulation médico-économique repose sur l'utilisation d'une grille qui détermine les ressources nécessaires à la prise en charge d'une personne dépendante : la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources).

Avant de regrouper les personnes en GIR, l'instrument commence par évaluer l'état de la personne à l'aide de variables discriminantes (ou de classification) : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance, qui servent au calcul du GIR. Chaque variable a trois modalités de réponse : A, B, et C qui correspondent à la capacité de la personne âgée à réaliser seule ces différents actes, totalement, habituellement⁵, correctement⁶ et depuis peu, spontanément.

Depuis le mois d'avril dernier, en effet, ce dernier adverbe est venu compléter le guide d'utilisation de la grille AGGIR. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a, ainsi, validé les propositions faites par un groupe de travail qu'elle avait mis en place pour mieux évaluer le degré de perte d'autonomie des personnes âgées.

Désormais, pour chacune des variables de la grille AGGIR, les professionnels sont invités à s'interroger sur l'adverbe « spontanément »⁷, en plus des trois adverbes existants. À chaque fois, ils doivent répondre par « oui » ou par « non » à ces adverbes. S'ils

⁵ « Habituellement » est la référence au temps.

⁶ « Correctement » est la référence à l'environnement conforme aux usages et aux mœurs.

⁷ « Spontanément » suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation ; ce point a souvent été sous-estimé entraînant des erreurs de codage.

obtiennent quatre « non », il est nécessaire alors de coter C. S'ils répondent « oui » aux quatre adverbes, c'est une cotation A qui est la bonne. Enfin, si la réponse est « non » pour 1 à 3 adverbe(s), alors c'est la cotation B qui s'impose⁸. Les cotations sont donc également largement affinées puisque les trois modalités de réponse se répartissaient, avant cette évolution, de la façon suivante : A (fait seul, totalement, habituellement et correctement), B (fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement), C (ne fait pas).

À partir des réponses aux dix variables, un algorithme attribue des points, calcule un score et en fonction de celui-ci attribue à chaque personne un GIR de 1 à 6, le GIR 1 correspondant à la personne ayant perdu toute son autonomie, le GIR 6 reflétant l'état d'une personne âgée valide. Ainsi, la grille AGGIR vise à regrouper les individus qui ont un niveau de perte d'autonomie évalué à partir de 10 variables discriminantes en groupes homogènes d'utilisation de ressources (ou en charge de soins).

Grâce à la grille AGGIR, le niveau de dépendance, dimension essentielle de la prise en charge de la personne âgée, est également pris en compte en tant que variable économique.

b) *Le passage à un système de tarification ternaire avec l'ajout d'une section tarifaire « dépendance ».*

Initiée par la loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD, la réforme de la tarification des EHPAD est fondée, non plus sur leur statut juridique, mais sur l'état de dépendance de leurs résidents. À l'instar du secteur sanitaire, cette réforme s'attache à identifier les coûts. Dans cette logique, la notion de section de cure médicale est supprimée et une redéfinition des soins de longue durée est prévue, l'objectif étant de distinguer les services relevant d'un véritable séjour hospitalier et les services accueillant des personnes âgées dépendantes au titre du secteur médico-social.

Au terme d'une longue gestation, les deux décrets d'application⁹ d'une complexité rare, sont venus préciser le contenu de la tarification dite « ternaire ». Les dépenses et les recettes de l'établissement sont désormais éclatées en trois sections correspondant aux

⁸ CNAMTS. *Propositions pour améliorer l'utilisation du modèle « AGGIR »*, Septembre 2004, p. 5.

⁹ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD et décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.

trois composantes de la prise en charge gériatrique en établissement : l'hébergement, la dépendance et les soins. La création de la section « dépendance » s'accompagne d'une définition de règles précises de répartition des charges sur chaque section, rendant les trois sections en principe « étanches ».

La transparence et l'équité gagnent tous les mécanismes financiers et budgétaires. Le remboursement des soins par l'assurance maladie se fait sur la base des dépenses réellement engagées et non, comme auparavant, sur la base de forfaits arbitraires. Les résidents supportent un tarif « hébergement » fixe, correspondant aux services d'hôtellerie et d'animation, et un tarif « dépendance » modulé en fonction de leur état de dépendance. En outre, grâce à l'instauration d'indices objectifs reflétant l'état de la population accueillie comme le Gir Moyen Pondéré (GMP)¹⁰, les moyens des établissements les moins bien dotés ont vocation à être renforcés pour rapprocher progressivement l'échelle des moyens alloués des besoins réels, allégués par les caractéristiques des résidents.

Malgré les avancées significatives qu'engendre la réforme de la tarification, sa mise en œuvre est lourde et complexe et suscite de vives critiques chez les gestionnaires d'établissements. Prenant acte de ces mécontentements, Mme Martine AUBRY, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, accepte de suivre les préconisations de la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Établissement (MARTHE) dirigée par Jean-René BRUNETIÈRE et de « réformer la réforme » en mai 2001. Le nouveau dispositif simplifie notamment les modalités de calcul des tarifs puisqu'il acte la mutualisation des GIR deux par deux qu'il regroupe en trois tarifs : GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6¹¹.

Les mécanismes individuels de prise en charge de la dépendance mis en place en 1997 puis en 2002 ont permis d'accompagner la réforme de la tarification de moyens substantiels.

¹⁰ Le GMP correspond au total des points GIR des résidents d'un établissement, divisé par leur nombre. Le GMP reflète le niveau moyen de dépendance des résidents d'un EHPAD.

¹¹ Grâce à cette modification, le nombre de tarifs est passé de 13 à 7 : 3 tarifs « soins » et 3 tarifs « dépendance » modulés en fonction du niveau de dépendance du résident, et 1 tarif « hébergement ».

c) *La mise en place progressive d'une aide universelle pour les personnes âgées dépendantes : de la Prestation Spécifique Dépendance à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.*

Prenant acte des risques de dérive financière que pouvait comporter l'adoption d'une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, le législateur a souhaité apporter une première réponse en centrant un dispositif sur les plus démunis et les plus dépendants.

La Prestation Spécifique Dépendance (PSD), comme l'indique d'ailleurs explicitement le titre de la loi qui lui sert de fondement¹², présente un caractère transitoire dans l'attente d'une autre loi qui instaurerait une prestation d'autonomie au bénéfice des personnes âgées dépendantes, ceci dès que l'état des comptes et la situation économique et financière du pays le permettraient. La loi du 24 janvier 1997 n'est donc qu'une première étape, mais une étape essentielle qui transforme radicalement le cadre juridique existant pour créer, pour la première fois sur le territoire français, un dispositif spécialement adapté à la prise en charge de la dépendance.

Même si elle est toujours attribuée par le département au titre de l'aide sociale, la PSD, à la différence de l'ACTP à laquelle elle se substitue, est une prestation en nature, c'est-à-dire affectée au paiement de dépenses préalablement déterminées. Elle ne peut donc être détournée de son objet¹³. En outre, les conditions d'accès à la PSD sont clairement définies. Cette prestation est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus qui remplissent des conditions de dépendance et qui disposent de ressources inférieures à un plafond variable selon l'importance du besoin. Enfin, la PSD est une prestation personnalisée : l'évaluation du niveau de dépendance des personnes âgées est réalisée par une équipe médico-sociale en utilisant la grille AGGIR qui est devenue dans le cadre du décret du 28 avril 1997, l'outil légal d'évaluation de la dépendance. Seuls les GIR 1, 2 et 3 (les plus sévères) autorisent l'attribution de la prestation.

¹² Le titre de la loi promulguée est, en effet, le suivant : « Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance ».

¹³ La PSD a ainsi vocation à couvrir l'aide dont la personne âgée dépendante a besoin à son domicile ou dans un établissement pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou assurer sa surveillance régulière.

Novateur, le dispositif de la PSD fait toutefois l'objet de nombreuses critiques de l'ensemble des partenaires dont le « Livre noir de la PSD » et le « Livre blanc pour une prestation d'autonomie » se font l'écho : montants variables selon les départements, prestation limitée aux GIR 1 à 3, prestation défavorable aux allocataires de l'ACTP, attribution sous conditions de ressources et prestations récupérables sur la succession des bénéficiaires. Compte tenu de cet accès trop restrictif et dissuasif, 135 000 personnes seulement perçoivent la PSD au 30 septembre 2000, alors que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est estimé à près de 800 000, si l'on s'en tient à une estimation stricte de la population classée dans les GIR 1 à 4¹⁴, ou à plus d'1 million 400 000 si l'on se réfère à une acception plus extensive de la grille COLVEZ¹⁵.

Le vote, le 20 juillet 2001 de la loi substituant l'APA à la PSD tire les conséquences d'un bilan « sévère »¹⁶ de ce dispositif transitoire en améliorant la solvabilisation des personnes âgées. En effet, conformément aux préconisations du rapport SUEUR¹⁷, l'APA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, devient une prestation universelle puisque les notions de plafond de ressources et de recours sur succession disparaissent et son champ d'action est élargi aux personnes en GIR 4. Le mécanisme de l'APA est, en quelque sorte, double : à domicile, elle permet le financement d'un plan d'aide ; en établissement, elle correspond précisément aux tarifs « dépendance », déduction faite d'un « ticket modérateur » (dit « talon ») égal au tarif « dépendance » des GIR 5-6 qui reste à la charge des personnes. Dans ce dernier cas, la mise en œuvre de l'APA est donc indissociable de la réforme de la tarification.

Aussi, la loi du 20 juillet 2001 a prévu la mise en place d'un « dispositif hybride » pour les établissements n'ayant pas signé de convention tripartite « dans lequel seule la section dépendance reste conforme à l'esprit de la réforme »¹⁸. Pour obtenir des moyens

¹⁴ COLIN C. DREES. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance. *Études et Résultats*, Décembre 2000, n°94, p. 4.

¹⁵ Ibidem note n°14, p. 3.

¹⁶ Qualificatif utilisé par Mme Martine AUBRY, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, dans son discours de clôture de l'Année internationale des personnes âgées, le 30 novembre 1999.

¹⁷ Rapport fait à la demande de Mme Martine AUBRY, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, pour proposer des améliorations à apporter à la PSD.

¹⁸ LEROUX J.M. La réforme de la tarification. Dossier : la réforme des EHPAD. *Revue de l'infirmière*, Février 2003, n°88, p. 24.

nouveaux, les établissements hébergeant des personnes âgées n'ont, en effet, pas d'autres choix que de s'engager dans le processus de conventionnement dont l'une des étapes passe inéluctablement par la mise en œuvre d'une démarche qualité.

1.1.2 La qualité, un nouvel enjeu stratégique pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

S'il est vrai que la réforme de la tarification a pour souci de rationaliser des dépenses, elle a surtout celui « d'un bien vieillir » notamment en institution. C'est ainsi que l'arrêté du 26 avril 1999 définit un cahier des charges à la convention tripartite dont l'objectif est de garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes.

La qualité n'est, certes, pas une notion nouvelle dans le secteur médico-social, mais elle prend, dans le cadre de ce nouveau texte, un tout autre cheminement sur les traces du secteur marchand puis du secteur sanitaire. En outre, la formalisation des objectifs qu'elle induit, suit la voie originale de la contractualisation avec les partenaires financeurs de la structure. La convention née de cet accord a ainsi la volonté de refonder la qualité en institution. L'engagement dans ce processus ne pourrait toutefois pas être initié sans une démarche préalable d'évaluation afin d'identifier les écarts entre la norme et les pratiques.

À cette fin, les EHPAD se sont dotés d'un référentiel spécifique répondant au doux nom d'ANGÉLIQUE, qui s'impose désormais, comme le « vecteur »¹⁹ même de la qualité.

A) La qualité, un levier puissant de management qui a déjà fait ses preuves.

La qualité, cette notion éminemment subjective, peut sans doute être associée aux premières préoccupations de l'homme dès son origine, puisqu'elle traduit fondamentalement la recherche de l'adaptation de chaque chose à son usage prévu, c'est-à-dire le souci initialement tout intuitif de l'efficacité et du confort.

Les méthodes pour obtenir cette qualité ont toutefois évolué dans le temps, et la compréhension de cet historique est indispensable pour bien appréhender les mouvements et les courants qui agitent le monde de la qualité aujourd'hui.

¹⁹ PALACH J.M. Marthe et Angélique à l'origine de la réforme de la tarification. Dossier : la réforme des EHPAD. *Revue de l'infirmière*, Février 2003, n°88, p. 16.

a) *La qualité, un concept issu du monde de l'industrie.*

L'homme s'intéresse depuis fort longtemps à la qualité. Mais c'est au XIX^{ème} siècle que l'approche qualité marque un tournant décisif avec la naissance de l'industrie. En fait, « l'industrialisation » de la qualité accompagne l'apparition de l'industrie elle-même.

L'ingénieur et économiste américain, Frederick W. TAYLOR (1856-1915) est le premier à élaborer des méthodes spécifiques destinées à améliorer la qualité du travail des ouvriers. Le Taylorisme, soit le travail à la chaîne, a vu le développement du contrôle et ce dernier a profondément influencé notre culture : beaucoup d'organisations font, en effet, encore reposer la démarche qualité sur le contrôle et les sanctions. Toutefois, le contrôle a des limites : il est coûteux et peu efficace pour les produits et les opérations complexes. Il peut également être difficilement généralisé sous peine d'une grande lourdeur de fonctionnement.

Progressivement, d'autres approches sont donc apparues, fondées sur la prévention des défauts et sur la motivation et la participation du personnel. De 1950 à 1970, aux ÉTATS-UNIS, l'industrie militaire et spatiale va ainsi formaliser la démarche de management qualité. Pour anticiper les erreurs dès la conception du projet et durant tous les stades de sa réalisation, une méthode de prévention des risques se développe : c'est l'assurance de la qualité. Mais, certains, à l'image d'Edward DEMING et du Dr Armand V. FEIGENBAUM, estiment que la réussite de l'assurance de la qualité dépend aussi du savoir-faire managérial. Les prémices de la qualité totale sont posées. Progressivement, le management « pour » la qualité devient aussi un management « par » la qualité. Cette idée de « Total Quality Management » (TQM) se formalise également au JAPON dans les années 1960 autour notamment des travaux de Kaoru ISHIKAWA.

Vers la fin des années 1970, avec le passage d'une économie de production à une économie de marché, la qualité devient l'enjeu n°1 pour pouvoir faire face à la concurrence internationale. L'approche qualité bâtie sur le « zéro défaut » met en rapport les exigences du client et la notion de coût de prévention dans la qualité. Son but est de ne voir apparaître aucun défaut dans le fonctionnement normal du système.

Cette approche a laissé la place depuis une décennie à une approche plus organisationnelle : assurance qualité et qualité totale vont, de nos jours, de pair. La qualité n'est désormais plus le problème des seuls « services qualité » mais est devenue

une des préoccupations majeures du management des entreprises. Tous les domaines

d'activité sont progressivement envahis par la démarche qualité. Aujourd'hui, c'est le tour, après le secteur sanitaire, du secteur social et médico-social, mais avec deux ou trois décennies de retard sur les autres secteurs de l'économie.

b) La qualité, un concept étendu au secteur sanitaire puis au secteur social et médico-social.

Après avoir touché les milieux industriels et commerciaux, la démarche qualité s'étend tout d'abord au système de soins grâce notamment à la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, laquelle institue l'obligation pour les établissements de santé de garantir la qualité des soins au travers notamment de la mise en place « d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge du patient ».

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée marque un pas supplémentaire car au-delà des principes, elle définit le cadre réglementaire dans lequel cette politique va s'exercer et institue un organisme clé, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). La principale mission de cet organisme est de mettre en œuvre, au sein des établissements de santé, la procédure dite « d'accréditation », c'est-à-dire d'apprécier la qualité de leur organisation à l'aide, notamment, de référentiels qualité contenus dans le Manuel d'accréditation publié en 1999.

C'est précisément en 1999 qu'un arrêté du 26 avril est venu fixer le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pour les établissements hébergeant des personnes âgées. Si certains y voient un parallélisme des formes avec la démarche entreprise depuis quelques années dans le secteur sanitaire, force est de constater que ce texte annonce une révolution majeure pour le secteur des futurs EHPAD.

La réforme introduit, en effet, un élément fondamental et nouveau, à savoir la formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans le cadre des conventions tripartites. Cette avancée déterminante rompt, en outre, avec le système antérieur, du fait même de l'évolution du statut du résident qui se situe désormais au cœur du dispositif qualité.

Antérieurement, la loi du 30 juin 1975 prévoyait ainsi que la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux serait assurée grâce au respect des normes réglementaires. Malgré un certain nombre de réflexions sur ce sujet, ces normes n'avaient fait l'objet d'aucune parution. Dès lors, les seules normes s'appliquant concrètement aux établissements se référaient à des domaines certes importants, comme la sécurité incendie ou la sécurité alimentaire, mais sans rapport direct avec la qualité de vie quotidienne des résidents.

Dans le cadre du conventionnement, la qualité de vie et la qualité de prise en charge du résident deviennent les critères centraux de la démarche d'amélioration. Le cahier des charges des conventions pluriannuelles défini par l'arrêté du 26 avril 1999 comporte, à cet effet, un ensemble de recommandations dont l'objectif est la mise en œuvre au sein des établissements de démarches continues d'amélioration en matière de qualité, centrées sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins.

Le recours à ce nouveau mode de management qu'est la contractualisation permet, en outre, « de donner un sens et une force à la démarche en imposant à tous les contractants une discipline commune par les moyens de l'amélioration de la qualité »²⁰.

B) La convention tripartite, matérialisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

La qualité prend, pour les établissements hébergeant des personnes âgées, toute sa dimension stratégique avec la mise en place, dans le cadre de la réforme de 1999, de conventions tripartites pluriannuelles entre l'établissement et sa tutelle. La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et la définition d'objectifs d'amélioration et d'évolution passent désormais, en effet, par la signature d'un contrat, de manière à formaliser les engagements de l'établissement en matière de développement des réseaux, d'amélioration de la qualité et de satisfaction des résidents. En contrepartie, la tutelle s'engage à fournir les moyens de ces projets de changement.

Souvent comparé au Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) applicable au secteur sanitaire, le conventionnement apparaît donc, à son tour, comme un « nouveau mode de

²⁰ CLÉMENT J. CREA RHÔNE-ALPES. Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 4.

management pour passer de l'institution à l'organisation »²¹ dans le secteur des EHPAD. Cette construction contractuelle repose sur une étude prospective préalable de l'établissement, essentiellement fondée sur l'auto-évaluation.

a) *La convention tripartite, une démarche de contractualisation des objectifs qualité.*

Si l'entrée dans le processus du conventionnement est rendue obligatoire par la loi du 24 janvier 1997 elle-même, la nature juridique des différentes recommandations inscrites en son sein varie, certaines relevant de « l'obligation légale », d'autres de « l'obligation contractuelle »²².

Ainsi, les normes techniques présentent un caractère obligatoire dont le respect sera directement lié à l'autorisation de fonctionnement. Ce sont par exemple, les normes relatives à la sécurité contre les risques d'incendie, celles relatives à l'accessibilité, ou celles touchant à la méthode dite « HACCP »²³ qui déterminent les conditions d'hygiène exigées dans le cadre d'une restauration collective. En dehors de ces quelques règles impératives, les conventions tripartites procèdent, de façon générale, plus par recommandations. Ces recommandations qui figurent dans le cahier des charges, laissent aux établissements une marge d'interprétation et de manœuvre liée à leur spécificité.

Dès lors, le cahier des charges doit plutôt être considéré par les directeurs d'établissements comme une référence pour l'action quotidienne, chaque structure devant fixer ses propres objectifs pour les cinq ans à venir. Une obligation de résultat se substitue toutefois à une obligation de moyens puisque l'amélioration de la qualité conditionne désormais très largement le financement.

Les conséquences du processus de contractualisation et de l'évolution de la nature juridique des obligations qui le sous-tendent ne sont donc pas sans impacter, au final, les mécanismes de la responsabilité du directeur d'EHPAD. Selon Pierre LOUIS, « la

²¹ CLÉMENT J. CREA RHÔNE-ALPES. Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 4.

²² BRAMI G. Contenu et nature des recommandations de qualité incluses dans la convention tripartite de la réforme de la tarification. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Mars 2001, n°38, p. 17.

²³ HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) signifie selon la norme AFNOR NF V 01-002 « Système d'analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise ».

convention, en faisant quitter le financement du registre de la décision unilatérale pour la faire entrer dans la sphère contractuelle, met en exergue [la] libre acceptation [du directeur]. Il devra par conséquent en assumer les conséquences, éthiques par rapport aux conditions de vie et de sécurité des résidents, mais également juridiques puisqu'il ne pourra plus invoquer l'absence de moyens pour s'exonérer »²⁴.

Au moment où le directeur envisage de signer une convention tripartite, il ne peut donc faire l'économie du diagnostic de l'établissement, ne serait-ce que pour mieux le connaître et pour savoir s'il peut honorer sa signature, mais aussi pour se faire une idée des difficultés qui vont se présenter à lui ou des potentialités qui vont l'aider dans sa tâche.

b) L'auto-évaluation, une étape décisive dans le processus de conventionnement.

Si l'arrêté du 26 avril 1999 fixe le principe d'une évaluation par les professionnels eux-mêmes de la qualité des prestations qu'ils fournissent à leurs résidents, il n'en définit ni la méthode ni l'outil. Plusieurs groupes de travail pluridisciplinaires ont dès lors émergé pour proposer des référentiels permettant de mesurer les écarts entre les « obligations » contenues dans le cahier des charges de la convention tripartite et les pratiques observées sur le terrain. Des réflexions de ces groupes de travail, plusieurs référentiels ont vu le jour dont le plus célèbre est celui développé par la mission MARTHE en partenariat avec l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP), et couramment dénommé « ANGELIQUE » (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne pour les Usagers des Établissements).

Seul manuel à avoir été diffusé par le Ministère, ANGELIQUE, à défaut d'être une obligation, apparaît aujourd'hui, pour beaucoup de professionnels, comme « la référence » en la matière puisqu'il a, en effet, le mérite de prendre en compte la personne âgée dans la globalité de sa vie en établissement. À travers 147 questions regroupées en quatre parties, le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE « visite » ainsi, tour à tour, les problématiques liées aux attentes et à la satisfaction des résidents et de leurs familles, aux réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie et d'accompagnement et de soins, à l'établissement et à son environnement, et à la démarche qualité.

En outre, « s'il intègre les exigences du cahier des charges, il les organise et les précise dans un outil qui se veut pédagogique avec pour ambition de favoriser le dialogue et le

²⁴ LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 14.

progrès collectif au sein des établissements »²⁵. Qualité se conjugue, à ce stade du processus de conventionnement et plus que jamais, avec transversalité et pluridisciplinarité. Toutes les activités étant indispensables au bon fonctionnement d'un établissement, l'auto-évaluation ne peut, en effet, être menée individuellement ou unilatéralement par un seul corps de métier, « sinon elle encourt le risque d'un enfermement disciplinaire ou corporatiste »²⁶. Par ailleurs, la mise en place et le fonctionnement de groupes d'auto-évaluation pluriprofessionnels s'avèrent stratégiques au sens où ils contribuent à mettre l'établissement en situation de « pouvoir et de vouloir faire »²⁷.

La réussite de l'auto-évaluation dépend donc d'un outil mais aussi d'une méthode dont l'efficacité est à la fois fonction de la personnalité du directeur et de son approche managériale. Pour être constructive, la démarche d'auto-évaluation doit, en effet, être participative. Sans une information et des valeurs partagées, le plan d'actions qui découlera de cette étape décisive ne sera sans doute pas fédérateur. Compte tenu que l'évaluation qualité constitue désormais « un outil de la décision stratégique de la tutelle, lui permettant [...] le passage à l'acte en vue de sanctionner les établissements par l'attribution ou non de ressources, ou encore par le renouvellement ou non des autorisations de fonctionner »²⁸, le directeur ne peut se permettre d'entrer dans cette impasse.

1.1.3 Une réforme consacrée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La loi du 30 juin 1975 a constitué une étape décisive pour structurer le secteur social et médico-social. Pourtant, malgré le fait que cette législation ait été modifiée à vingt et une reprises entre 1978 et 2001, les textes étaient restés muets sur les droits des personnes et de leur entourage.

²⁵ ROUSSEL P. *La visite de conventionnement des EHPAD : guide à l'usage des partenaires conventionnels*. Rennes : ENSP, 2004. p. 44.

²⁶ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. p. 137.

²⁷ Ibidem note n°26, p. 139.

²⁸ BERTEZÈNE S. L'articulation entre démarche qualité et stratégie de l'organisation : les impacts des lois du 26 avril 1999 et du 2 janvier 2002 sur les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée. *Droit, déontologie et soin*, Septembre 2004, volume 4, n°3, p. 341.

Avec la mise en œuvre de son volet qualité centré sur les conditions de vie, d'accompagnement et de soins des résidents, la réforme de la tarification replace l'utilisateur au cœur du dispositif. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale parachève cette évolution. Elle renforce les aspects « qualité » de la réforme de la tarification en faisant de la démarche qualité un enjeu existentiel pour les EHPAD et consacre le respect des droits des usagers comme l'un des moteurs du changement.

A) La qualité, une notion affirmée par la loi du 2 janvier 2002.

La démarche qualité et l'auto-évaluation, rendues systématiques et obligatoires par la réforme de la tarification, ont probablement permis aux institutions accueillant des personnes âgées de prendre une certaine avance, au moins sur le plan méthodologique, par rapport aux autres structures médico-sociales. La loi du 2 janvier 2002 dispose, en effet, que tous les établissements sociaux et médico-sociaux doivent dorénavant entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

En outre, ces institutions se voient désormais soumises à des évaluations périodiques, dont les résultats subordonnent le renouvellement de leur autorisation de fonctionner. Avec l'adoption de la loi du 2 janvier 2002, l'amélioration de la qualité qui était hier un choix devient donc aujourd'hui, par la contrainte, une ardente obligation.

a) *L'instauration d'une démarche « d'amélioration continue de la qualité » dans les EHPAD, une innovation majeure de la loi du 2 janvier 2002.*

Initialement, la réforme de la tarification prévoit que les partenaires conventionnels doivent s'engager dans une démarche « d'assurance qualité ». Cette expression fait place, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 et de son arrêté d'application du 13 août 2004²⁹, à celle « d'amélioration continue de la qualité ». Les EHPAD ont donc quitté l'ère du management « pour » la qualité pour entrer dans celle du management « par » la qualité. La comparaison de la définition donnée par l'Association Française de Normalisation (AFNOR) pour chacune de ces deux notions permet de comprendre cette évolution.

²⁹ 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 n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Tandis que « l'assurance qualité » apparaît comme « une partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites », « l'amélioration de la qualité » constitue une autre « partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité ». Or, pour qu'il y ait amélioration de la qualité, il faut que la « qualité fournie » soit le plus près possible de la « qualité prévue », que la « qualité prévue » soit identique à la « qualité attendue » et que la « qualité perçue » soit la même que la « qualité attendue »³⁰. L'amélioration de la qualité est, en fait, un cycle sans fin. Pour s'inscrire dans les termes de la loi et mettre en place une démarche d'amélioration « continue » de la qualité, chaque établissement aura donc l'obligation de produire « une activité régulière » pour accroître, sans cesse, « sa capacité à satisfaire aux exigences ».

Cette évolution de la démarche qualité s'accompagne parallèlement d'une approche centrée sur les « processus », c'est-à-dire sur « l'ensemble des opérations d'élaboration d'un produit ou d'un service ». Le principe d'amélioration continue de la qualité formalisé par W. Edward DEMING, sous le vocable de « PDCA » ou de « roue de DEMING » ou encore « roue de la qualité » est un moyen classique d'améliorer un processus et de mettre en œuvre le principe d'amélioration continue. C'est cette théorie d'usage universel qui guide aujourd'hui l'action des EHPAD.

La roue de DEMING décrit les quatre actions interdépendantes qui concourent à la maîtrise de la qualité : PDCA (Plan, Do, Check, Act) en français PEVA (Planifier ou prévoir et définir avant de faire, Exécuter ou faire ce qui a été prévu, Vérifier que ce qui a été fait est conforme à ce qui a été planifié, Ajuster ou corriger les écarts, traiter les non-conformités et améliorer). L'enchaînement des quatre phases décrites dans le PDCA est symbolisé par une roue (dite roue de DEMING) qui est en mouvement sur la pente ascendante de l'amélioration continue.

Le premier tour de roue permet d'asseoir le système qualité. Les règles de l'assurance qualité constituent la cale de la roue ; elles évitent à la roue de redescendre au bas de la pente. Les tours de roue suivants « améliorent le système de management de la qualité, augmentent le niveau des exigences et permettent de progresser au-delà de la simple

³⁰ La qualité attendue par le « client » se construit autour de ses besoins et de son expérience antérieure ; la qualité perçue est celle qu'expérimente le « client » ; la qualité voulue est définie par les « fournisseurs » eux-mêmes et par le législateur ; la qualité délivrée est celle de la prestation fournie.

assurance de la qualité pour cheminer progressivement vers le concept de la qualité totale »³¹.

La voie qui y mène incite toutefois à une démarche à bon pas puisque la loi du 2 janvier 2002 fixe, en matière d'amélioration continue de la qualité, un véritable calendrier « selon deux étapes »³² dont le respect devient, pour les structures hébergeant des personnes âgées, un enjeu de développement, voire de survie.

b) *L'évaluation de la qualité, un enjeu désormais existentiel pour les établissements sociaux et médico-sociaux.*

Outre ses apports importants dans l'approche même de la qualité, la loi du 2 janvier 2002 introduit l'obligation pour les structures sociales et médico-sociales de procéder à une double évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'elles délivrent.

La première procédure d'évaluation est une procédure interne. Elle est inscrite naturellement dans l'entrée dans la convention tripartite mais elle doit aussi, dans le cadre de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, être renouvelée tous les cinq ans, sur la base de recommandations de bonnes pratiques, validées par le nouveau conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Selon Pierre LOUIS, cette mesure devrait être assez « neutre pour les EHPAD, qui devront de toute façon soumettre leur convention tripartite à un renouvellement quinquennal, [...] le respect des engagements pris devant suffire à garantir une évolution favorable »³³.

La seconde procédure d'évaluation est une évaluation externe par un service habilité intervenant tous les sept ans. Pour certains auteurs, ce terme cache, en fait, une « pudique accréditation »³⁴. Les conséquences de cette évaluation sont pourtant, dans le cadre de l'évaluation des EHPAD, plus explicites. Concernant l'accréditation des

³¹ LECLET H., VILCOT C. *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 2003. p. 204.

³² BRAMI G. Le nouveau cahier des charges de la convention tripartite. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Janvier 2005, n°79, p. 14.

³³ LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 40.

³⁴ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. p. 68.

établissements de santé, l'ordonnance n°96-346 prévoit simplement que le rapport d'accréditation validé par le collège de l'accréditation de l'ANAES est transmis au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (DARH) ; cette transmission n'est sans doute pas neutre puisque le DARH est aussi compétent en matière de planification, d'autorisation et de contractualisation mais les sanctions possibles ne sont pas explicitement énoncées.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale va beaucoup plus loin et prévoit clairement une sanction d'une extrême gravité pour les établissements qui ne satisferaient pas à leurs engagements, en terme de qualité. L'article 25 de la nouvelle loi dispose, en effet, que le renouvellement tous les quinze ans de l'autorisation de fonctionner est dorénavant subordonné aux résultats de cette évaluation externe. À l'avenir, le directeur d'EHPAD devra donc se poser la question de savoir si, dans l'établissement dont il a la responsabilité, la qualité des pratiques et des services rendus, en termes de réglementation, procédures, références et recommandations, garantit la pérennité de l'activité.

Ainsi, à côté du dispositif traditionnel de contrôle fondé notamment sur des inspections ponctuelles, la loi du 2 janvier 2002 met donc en place un dispositif innovant d'évaluation systématique et périodique permettant de repérer et en principe, d'éliminer du « circuit » les établissements non conformes ou dont les pratiques sont contestables. À cette évolution des procédures correspond indéniablement une évolution des mentalités.

Pendant longtemps en effet, le secteur social a tenté de résister à ce changement historique et inéluctable qu'est la démarche qualité, sans doute pour des raisons culturelles, ce secteur ayant pendant longtemps fonctionné, comme le constate Jean-René LOUBAT, « dans la plus parfaite et indécente auto-légitimation »³⁵. Aujourd'hui, il semble communément admis que, « faute d'inscrire l'action sociale dans une recherche de la qualité, toute institution d'accueil et de soins produit des situations à risque de maltraitance »³⁶.

³⁵ LOUBAT J.R. Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ? *Lien social*, 11 Mars 1999, n°477, p. 3.

³⁶ CORBET E. CREA RHÔNE-ALPES. Une « prévention des violences et maltraitances institutionnelles » ou la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? *Dossier : le traitement de la maltraitance dans les institutions. Références, protocoles et procédures*. Juin 2004, n°134, p. 16.

Bien plus qu'une réforme, la loi du 2 janvier 2002 apparaît donc comme «une loi de responsabilisation de tous les acteurs », ceci « grâce à une rénovation profonde du chaînage entre la planification des équipements, les autorisations et les programmations qui en découlent, les modalités d'allocation des ressources, l'évaluation de la qualité des prestations fournies, le contrôle et enfin la coordination des acteurs »³⁷. Cette modernisation s'est également traduite par une accentuation du rôle de l'utilisateur dont le statut de « sujet de soins » est désormais consacré.

B) La promotion des droits des usagers et de leur entourage désormais au cœur du dispositif.

Il faut réaffirmer « la place centrale de l'utilisateur ». Telle était la première des principales révisions suggérées en décembre 1995 par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, consacré au bilan de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Les auteurs soulignaient qu'il fallait « passer plus résolument d'une logique d'institution à une logique fondée sur les besoins de la personne », et « apporter les garanties que l'utilisateur est en droit d'attendre de la structure qu'il fréquente : le respect de ses droits, de sa dignité, le fait d'être considéré comme une personne à part entière ».

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale répond à ces préconisations et place, officiellement, l'utilisateur au centre du dispositif qui a été créé pour satisfaire ses besoins.

a) *La consécration des droits des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux.*

La nouvelle place centrale de l'utilisateur marque « le passage d'une logique assistancielle à une logique de contractualisation du service rendu en fonction de ses besoins et attentes »³⁸. L'enjeu est de passer du faire « pour » au faire « avec » ou encore au faire

³⁷ BAUDURET J.F. Enjeux et contenu de la loi. Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002. *Revue hospitalière de France*, Septembre - Octobre 2002, n°488, p. 5.

³⁸ VIARD A. CREA RHÔNE-ALPES. La question des droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales : quels effets sur les pratiques des professionnels ? *Dossier : droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales : quels effets sur les pratiques des professionnels ?* Octobre 2002, n°129, p. 1.

« selon » le projet de la personne³⁹. Il s'agit donc là d'un « renversement de logique », car pour la première fois « le projet de l'utilisateur prime sur celui de la structure »⁴⁰.

Pour donner cette nouvelle place aux usagers au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, la loi du 2 janvier 2002 indique, dans son article 7, quels sont leurs droits fondamentaux, lesquels sont d'ailleurs désormais incorporés dans le Code de la famille et de l'aide sociale (article L. 311-3). Pour certains, il s'agit de droits communs à tous les citoyens qui font référence à une notion juridique appelée traditionnellement « les droits de la personnalité » consacrés par le Code civil. C'est notamment le cas du droit au respect de la vie privée et du droit pour chacun au respect de sa dignité, formulés respectivement par les articles 9 et 16 de ce code. Il peut d'ailleurs sembler curieux que la loi du 2 janvier 2002 consacre expressément des droits fondamentaux reconnus à chacun depuis si longtemps et donc déjà applicables au sein de ces institutions.

Selon Audrey VIARD, juriste auprès du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) de la région RHÔNE-ALPES, « on peut supposer que si le législateur a cru bon de rappeler que chaque usager d'un établissement social ou médico-social bénéficiait des droits identiques à ceux de chaque citoyen, c'est que cela n'était pas aussi évident qu'il y paraît »⁴¹. Rappelons, par ailleurs, que la source de pouvoir que le client tire habituellement de la concurrence, est peu mise en œuvre par les pensionnaires des établissements d'hébergement, qui connaissent mal leurs droits et ne sont pas toujours en état de les exercer.

À côté de ces droits fondamentaux et anciens, la loi du 2 janvier 2002 consacre un certain nombre de droits nouveaux dont le droit de choisir et le droit à l'information. La loi prévoit, en effet, que l'utilisateur pourra librement choisir entre les prestations adaptées qui lui sont offertes. Cette disposition suppose qu'un accompagnement individualisé favorisant son autonomie doit désormais lui être proposé, son élaboration et sa mise en œuvre étant subordonnées à son acceptation préalable. Ce principe suppose, à son tour, une recherche systématique de son consentement éclairé ou de celui de son représentant légal lors de la conception du projet d'accueil ou de son application. Or, juridiquement, pour donner un consentement libre et éclairé, il faut avoir été au préalable informé.

³⁹ DESAULLE M.S. Pour une dynamique participative. Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002. *Revue hospitalière de France*, Septembre - Octobre 2002, n°488, p. 17.

⁴⁰ LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 38.

⁴¹ Ibidem note n°38, p. 2.

Cette notion recouvre elle-même deux types de droits. D'une part, l'article L. 311-3-6° prévoit que l'usager a droit à une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie. Il est prévu qu'il pourra recourir à une personne qualifiée chargée de l'aider à faire valoir ses droits. D'autre part, le droit à l'information passe par l'accès « à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions contraires ». C'est donc là aussi un rééquilibrage des relations entre l'établissement et l'usager qui s'opère. Jusque-là, le dossier médical du résident, par exemple, était destiné à être consulté par d'autres professionnels, mais pas par l'usager ou sa famille.

La loi du 2 janvier 2002 met ainsi fin à la suprématie des institutions sur les personnes âgées en leur indiquant explicitement quels sont leurs droits mais aussi quels sont les moyens dont elles doivent disposer pour pouvoir les exercer.

b) Les dispositifs favorisant l'exercice des droits des usagers.

La loi du 2 janvier 2002 précise les modalités d'exercice des droits des usagers par le biais de différents documents dont certains doivent, en principe, être remis lors de leur admission. Si certains de ces documents préexistaient à la réforme de la loi de 1975, la loi du 2 janvier 2002 présente l'intérêt de faire de la majorité d'entre eux, de véritables outils de management permettant aux dirigeants d'établissements d'engager une négociation avec les usagers dans le cadre de la mise en œuvre effective de leurs droits, mais aussi avec le personnel.

C'est ainsi le cas du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour dont l'élaboration repose sur une large négociation. À la différence du contrat de séjour, le règlement de fonctionnement n'est pas un dispositif nouveau pour les établissements hébergeant des personnes âgées. La loi du 24 janvier 1997 relative à la PSD imposait déjà l'élaboration d'un règlement intérieur garantissant les droits des « résidents ». Une

différence essentielle apparaît toutefois entre ce règlement intérieur préexistant et le règlement de fonctionnement créé par la loi du 2 janvier 2002. Le premier est un acte unilatéral de l'employeur lui permettant d'organiser sa structure en application des articles du Code du travail. Le second fait l'objet d'une concertation en raison même de son objet.

Le règlement de fonctionnement doit, en effet, permettre à toute personne de l'établissement ou du service de connaître les principes de la vie collective et les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement garantissant le respect des droits et devoirs de chacun. Le personnel doit donc être associé à son élaboration et à sa modification. L'avis des usagers doit, par ailleurs, être recueilli par le biais notamment du Conseil de la vie sociale, instance représentative qui se substitue au Conseil d'Établissement prévu auparavant et qui permet d'associer les usagers au fonctionnement de l'établissement.

L'élaboration du contrat de séjour doit, elle aussi, faire l'objet d'une démarche participative. Ce document permettant l'individualisation de la prise en charge ou l'accompagnement de l'utilisateur, la participation de l'intéressé ou de son représentant légal à son élaboration est, de ce fait, indispensable.

À la différence du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour, d'autres documents continuent à revêtir, comme le livret d'accueil et sa charte annexée, une simple valeur informative et pédagogique. Le livret d'accueil a pour objet de présenter l'établissement, son organisation, son fonctionnement mais aussi les droits de l'utilisateur à l'intérieur de l'établissement. Compte tenu de l'évolution du statut de l'utilisateur, il faut penser, à l'instar de Jean-Marc LHUILLIER, enseignant-chercheur à l'ENSP que «sa valeur juridique est toutefois importante, car il pourra éventuellement servir de référence pour l'engagement de la responsabilité de ses auteurs »⁴².

Le droit des usagers, à la lueur de cet exemple, est donc à la fois source de liberté et de contrainte. Sa mise en œuvre dépendra de ce fait de la perception et de la représentation du droit qu'ont les dirigeants chargés de le mettre en œuvre. Le positionnement du directeur trouvera sans aucun doute sa traduction finale non seulement dans les documents institutionnels d'accueil mais aussi et surtout dans le projet d'établissement dont l'un des moyens d'apprécier sa valeur sera peut-être simplement d'analyser le niveau d'implication des usagers à sa conception et à son évaluation.

Comme le démontre cette analyse, les outils mis en œuvre par la loi du 2 janvier 2002 ne sont donc pas seulement destinés à mettre en œuvre des droits fondamentaux en faveur des usagers. Ils sont «autant d'éléments d'appui pour les équipes et de management

⁴² LHUILLIER J.M. *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rennes : ENSP, 2004. p. 144.

pour les directions, quand on sait combien celui-ci est vital pour des institutions confrontées parfois à de graves crises internes »⁴³.

Pourtant, ces dispositifs tout comme ceux issus de la réforme de la tarification ont parfois bien du mal à trouver leur traduction sur le terrain. Inadaptée, contraignante, complexe, la réforme qui a pour objectif de donner vie aux EHPAD donne parfois l'impression aux directeurs d'établissements d'accroître, de façon insurmontable, les difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien. L'entrée dans le processus de conventionnement semble, dès lors, relever d'une ambition qui ne serait pas à leur portée.

1.2 Le conventionnement, un dispositif réglementaire contraignant et complexe à mettre en œuvre ?

Bien qu'initiée par la réforme de la tarification, la convention tripartite ne peut donc se borner à mettre en œuvre les seules dispositions issues de ses textes d'application. La naissance des EHPAD s'inscrit, en effet, dans le cadre d'une réforme qui se veut globale, mais aussi et surtout, évolutive et vivante.

D'origine récente, la réforme de la tarification des EHPAD connaît déjà, en effet, une histoire pleine de rebondissements. Les deux décrets pivots de la réforme parus en avril 1999 ont très vite nécessité des aménagements qui ont donné lieu à la publication des textes modificatifs en mai 2001. Quelques mois plus tard, la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), instaurée par la loi du 20 juillet 2001, est venue compléter ce dispositif qu'elle a eu pour conséquence de réformer partiellement. Enfin, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a parachevé cette évolution, en transformant en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements dédiés à cette population particulièrement fragile que sont les personnes âgées.

Aujourd'hui, si les objectifs de ces textes successifs ont été compris et sont consensuels, il n'en demeure pas moins que, dans la pratique, la réforme des EHPAD apparaît encore trop souvent aux yeux des professionnels comme un empilage législatif et réglementaire

⁴³ PERSEC I., RAVAUDET C. Renforcement des contrôles : DDASS et DRASS, partenaires de la modernisation sanitaire et sociale. Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002. *Revue hospitalière de France*, Septembre - Octobre 2002, n°488, p. 30.

« d'une grande complexité technocratique »⁴⁴. Outre ce problème lié à la méthodologie, il s'avère également que, sur le terrain, la réforme des EHPAD, traduite en une multitude de petites révolutions au sein des établissements, est souvent déstabilisante pour les acteurs. Dans ce contexte, l'entrée dans le processus de conventionnement constitue souvent une mission délicate pour le directeur, appelé à faire évoluer un secteur peu préparé au changement, tout en évitant de créer de fortes inquiétudes.

1.2.1 Une réforme qui comporte des contradictions et quelques sujets non résolus.

Pour limiter la crainte générée par le changement, il est indispensable de « maintenir la lisibilité du processus », concluait le groupe LAËNNEC, en 1999, dans le cadre d'un article relatif aux restructurations⁴⁵. Pour ce faire, les professionnels constituant ce cercle de réflexion⁴⁶ préconisaient d'afficher « une vision claire et partagée de l'avenir, en s'appuyant sur un calendrier des étapes à franchir dans leur enchaînement » et relevaient que « le plus difficile, le plus éprouvant [dans ce type d'opération] est la gestion du temps, les aléas, les décalages d'un calendrier, voire de priorités qu'on ne maîtrise pas et qui évoluent ».

Comment, dès lors, demander aux directeurs de structures d'hébergement pour personnes âgées de maintenir un cap et de faire partager une vision dans la durée alors que la réforme des EHPAD revêt encore, plus de huit ans après son initiation, l'aspect d'un parcours jalonné d'embûches et de nombreuses incertitudes ?

⁴⁴ Propos de M. SAPY, Directeur de la Fédération Nationale Accueil et Confort Pour Personnes Âgées (FNACPPA). FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après*. 21 Mai 2002, p. 7.

⁴⁵ Article cité par Mlle Sylvie MICHENEAU In *La convention tripartite : un levier pour la mise en place pérenne d'une démarche d'amélioration de la qualité ? L'exemple de la résidence « La Méridienne »*. Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social : ENSP, 2003, p. 42.

⁴⁶ Le groupe LAËNNEC était composé de directeurs d'hôpitaux publics et d'un syndicat interhospitalier, d'un enseignant de l'ENSP, d'un consultant et de la rédactrice en chef de Gestions Hospitalières.

A) Des objectifs qui semblent parfois relever de l'injonction paradoxale.

Si la réforme des EHPAD ne manque pas d'ambitions, on peut en revanche se demander, si elle ne souffre pas de « dyslexie »⁴⁷ au regard des outils et des moyens dont elle dispose pour parvenir à ses fins.

Ainsi, dans un contexte de forte évolution du nombre des personnes âgées psychiquement dépendantes, la réforme semble avoir été mise en œuvre sans toutefois disposer de véritables outils de mesure et d'évaluation de leur besoin réel. Quant à la bannière qualité, fer de lance de cette évolution des structures pour personnes âgées, elle semble de plus en plus écartée au profit de mécanismes relevant d'une logique purement comptable.

a) *Les limites de la grille AGGIR.*

Largement discuté par les gérontologues lors de sa conception, l'outil AGGIR semble désormais faire l'objet de vives critiques de la part de nombreux professionnels, notamment sur ses critères de flexibilité et de fiabilité.

Dans ce mouvement, plusieurs rapports du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) ont indiqué que le modèle initial n'était pas assez orienté vers les soins à domicile et que les évaluations données pour une même personne pouvaient être très hétérogènes en raison des difficultés de remplissage de la grille et des représentations sociales et personnelles que peuvent avoir les évaluateurs.

Par ailleurs, le mode de calcul déterminant le groupe GIR dans lequel se trouve le sujet est parfois incohérent. Ainsi, une personne voyant sa note passer de B à C lors de l'épreuve de cohérence, sera transférée directement du groupe 6 au groupe 2. Cet exemple illustre la validité médiocre de l'instrument qui ne permet pas toujours de réaliser une analyse diagnostique ou de mesurer avec précision l'autonomie mentale. Or, l'explosion des démences se vérifie partout. L'estimation faite à l'horizon 2020 du nombre de malades atteints de démence varie de 430 000 à plus d'un million : avec l'accroissement de l'âge, les deux tiers des personnes confinées au lit ou au fauteuil en institution présentent également une dépendance psychique.

⁴⁷ Propos de M. GAUDON, Directeur du Service médico-social de la Fédération des Établissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privée (FEHAP). FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après*. 21 Mai 2002, p. 4.

Cette forte et indiscutable prévalence des démences dans les établissements pose la question des moyens qui doivent être mis en œuvre pour assurer leur prise en charge. Les personnes démentes nécessitent, en effet, une surveillance permanente, très consommatrice, de fait, de moyens en personnel. Si la grille AGGIR ne permet pas de prendre en compte la lourdeur de cet encadrement dans le cadre du Gir du résident et par conséquent, du GMP de l'établissement, celui-ci ne pourra obtenir les moyens indispensables à la prise en charge de cette population particulière et tendra peut-être, à terme, à refuser l'admission de ce type de « clientèle ».

Ce sont là des conditions très insatisfaisantes, car les besoins de la population ne seront pas honorés. Pour autant, le directeur d'établissement doit-il accueillir dans sa structure des personnes âgées psychiquement dépendantes sans disposer de moyens en personnel correspondants et de locaux adaptés ? Cette situation peut présenter des risques pour les pensionnaires eux-mêmes (fugue, auto-agression, tentative de suicide) comme pour les tiers (autres résidents, personnel, visiteurs) et engage la responsabilité de l'établissement.

De façon générale, faute de pouvoir obtenir des ressources à la hauteur de leurs prétentions, les EHPAD auront intérêt à mettre en avant, en premier, les moyens nécessaires au respect de la réglementation. Les directeurs d'établissements pourront d'autant mieux le faire que ces charges relèvent pour la plupart du prix de journée « hébergement » qui tend à baisser du fait de l'émergence du prix de journée « dépendance ». Avec l'accord du financeur, une source de recettes peut donc se dégager permettant de réaliser des opérations de mises aux normes des locaux, par exemple, à tarif constant pour le résident.

Quant aux objectifs de l'établissement en termes de démarche qualité, le directeur devra les adapter aux dotations financières qui lui seront allouées. Sur ce point, les instruments de mesure, de comparaison ou de gestion mis au point par le Ministère ne font pas toujours l'unanimité chez les professionnels. L'examen de l'utilisation de la grille AGGIR

met en exergue des carences importantes dans la prise en compte de la charge de travail au regard du niveau de dépendance objectif des personnes âgées. Certains prédisent d'ailleurs son remplacement, à court terme, par des données de type GIR découlant de

l'observation multidisciplinaire du RAI (Resident Assessment Instrument traduit en « Méthode d'évaluation du résident »)⁴⁸.

Pour l'heure, l'outil AGGIR sert toujours de référence pour l'allocation des ressources inhérentes à la prise en charge de la dépendance mais aussi des soins dispensés aux personnes âgées notamment par le biais du mécanisme de la dotation minimale de convergence.

b) ANGELIQUE et DOMINIC : des objectifs en totale contradiction ?

Sur le plan tarifaire, la logique de la réforme est de procéder, sur une période de cinq ans, à un ajustement des budgets des établissements afin de réduire les inégalités entre les uns et les autres et lier leur montant à l'état de dépendance et de santé des personnes tout en améliorant la qualité générale.

Pour tenter progressivement de faire converger les crédits d'assurance maladie des établissements, les autorités de tutelle disposent d'un certain nombre d'outils dont le plus célèbre est la dotation financière minimale, arrêtée pour chaque établissement : la « Dotation MINimale de Convergence » (DOMINIC). Celle-ci est notamment calculée à partir du nombre de résidents et de leur état moyen de dépendance (GMP). Le montant de cette DOMINIC est alors comparé à la dotation réelle de l'établissement. Si la dotation réelle est supérieure à la DOMINIC, elle ne doit en aucun cas baisser ; l'établissement bénéficie alors de la clause du « clapet anti-retour ». Dans le cas contraire, l'établissement voit sa dotation augmenter à hauteur de la DOMINIC : il profite alors de « l'effet mécanique » de la réforme.

Si l'objectif de la réforme ainsi défini n'est pas contestable, les outils et la méthodologie sur lesquels il s'appuie font, en revanche, l'objet de nombreuses critiques de la part des professionnels. Concrètement, le calcul de la DOMINIC s'effectue à partir du Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui n'est autre que le GMP auquel s'ajoute, en principe et à défaut d'un outil opérationnel pour évaluer le coût des «soins techniques », une valeur forfaitaire de 300 pour les maisons de retraite et de 800, pour les USLD pour tenir compte de l'effet des pathologies.

⁴⁸ Le RAI, outil utilisé aux ÉTATS-UNIS depuis la fin des années 1980, est une méthode d'évaluation globale du résident qui prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie.

La DOMINIC repose donc au final sur une donnée incertaine, le GMP défini grâce à la grille AGGIR et un forfait arbitraire car constant. Cette absence de mesure du coût des soins techniques correspondant à l'état pathologique de la personne accueillie s'explique par le fait qu'il n'existe pas aujourd'hui d'outil d'analyse précis de ses besoins, le modèle PATHOS⁴⁹ étant au stade de l'expérimentation. En outre, PATHOS, tout comme AGGIR d'ailleurs, n'évalue qu'une activité « sèche »⁵⁰ c'est-à-dire uniquement technique au lit du malade. Or, l'activité de tous les intervenants est très supérieure à ce soin direct puisqu'elle est accompagnée d'une activité « occulte » et très consommatrice de temps, comme les transmissions ou encore les rencontres avec les familles.

Quoiqu'il en soit, si l'amélioration de la qualité était censée prévaloir, la création de la DOMINIC en septembre 2000 semble, pour de nombreux professionnels, être venue « pervertir l'esprit de la réforme »⁵¹. ANGELIQUE permet aux établissements de se fixer des objectifs qualité pour lesquels DOMINIC ne donne pas toujours les moyens financiers adéquats, certaines autorités de tutelle considérant le plafond de négociation (DOMINIC + 35 %) comme une référence. Or, ce plafond ne concerne que les établissements les moins démunis qui risquent, dès lors, d'être pénalisés.

Consciente de ce problème, l'ancienne Secrétaire d'État aux Personnes âgées, Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, a indiqué que la limite de DOMINIC + 35 % n'était pas indépassable si la situation de l'établissement le justifiait⁵². Dès lors, et comme le pense à juste titre Pierre LOUIS, « la DOMINIC + 35 % ne relevant pas du dogme, c'est aux directeurs de démontrer, preuves à l'appui, que leur projet, inspiré de contraintes

⁴⁹ Le modèle PATHOS, élaboré par le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et l'Échelon National du Service Médical de l'assurance maladie (ENSM), est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour traiter les états pathologiques dont souffrent les personnes âgées. Il permet de décrire 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.

⁵⁰ Propos de M. le Docteur VETEL, Président du SNGC. *Compte rendu de la réunion de bureau du Syndicat National de Gérontologie Clinique*, 23 Mai 2002, p. 2.

⁵¹ SYNDICAT NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS ET RÉSIDENCES PRIVÉS POUR PERSONNES ÂGÉES (SYNERPA). *Le Livre Blanc des Maisons de Retraite Privées*, Juillet 2002, p. 23.

⁵² Lettre du 15 mars 2002 de Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER à M. Gérard LARCHER, Président de la Fédération Hospitalière de France (FHF). *Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Avril 2002, n°4, p. 7.

réglementaires et porté par une volonté, ne rentre pas dans l'enveloppe, et d'essayer de crever le plafond actuellement octroyé »⁵³.

B) Un calendrier de mise en œuvre des réformes, mal maîtrisé.

Aujourd'hui, compte tenu des difficultés d'application de la réforme, moins de la moitié des établissements concernés sont entrés dans le processus de conventionnement. L'échéancier initial était, à l'évidence, trop resserré et faute d'avoir apprécié le bon rythme, les délais explosent. Ainsi, après avoir successivement fait le deuil des dates butoirs fixées en 2001, puis en 2003, c'est désormais le terme du 31 décembre 2005 qui sera vraisemblablement repoussé, par le Parlement, dès la rentrée prochaine.

Manque de réalisme des autorités publiques : sans doute... Manque de confiance des chefs d'établissements : certainement, d'autant qu'aux nombres des incertitudes majeures figurent, depuis plusieurs années, l'avenir d'une grande partie des unités de soins de longue durée.

a) *La question non élucidée de la redéfinition des USLD.*

L'ouverture de ce dossier tient non pas à la réforme de la tarification dans sa forme actuelle, mais à la loi du 24 janvier 1997 qui prévoyait une redéfinition des USLD. Sous-tendue par une logique économique, l'adoption de cette disposition traduisait, en fait, la volonté des pouvoirs publics d'identifier parmi les 83 000 lits d'USLD, les 3 000 patients relevant d'une composante sanitaire «pure et dure », c'est-à-dire nécessitant des charges en soins médicales et infirmières élevées dans la longue durée (par exemple, scléroses, états végétatifs chroniques, etc). Cette partie de la population devait être, à terme, rebasculée vers des unités de « soins prolongés » sanitaires, tandis que les unités de soins de longue durée (USLD) auraient eu vocation à intégrer le secteur médico-social⁵⁴.

⁵³ LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 188.

⁵⁴ Article 2 de la 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 gérés par des établissements de santé.

Les textes concernant la mise en place de cette réforme n'ont jamais vu le jour alors même que les enjeux sont considérables pour les établissements accueillant ce secteur d'activité. C'est particulièrement le cas des hôpitaux locaux dont la gestion d'une USLD demeurait, jusque là, le seul « cordon ombilical »⁵⁵ avec le sanitaire. Un premier aiguillage a cependant pu être amorcé dans ce cas de figure, grâce à la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, laquelle a affirmé que ces établissements de proximité « doivent garder une capacité de court séjour, un petit plateau technique, des consultations avancées [...] dans une logique d'aménagement du territoire sanitaire et social ». Cette circulaire met d'ailleurs fin à une inquiétude d'autant plus fondée qu'une instruction du 13 janvier 2003 définissant clairement le périmètre envisagé par le Ministère sur la transformation de capacités de soins de longue durée en soins prolongés, avait posé pour principe que cette éventualité ne pourrait se présenter que dans un contexte de centre hospitalier « disposant d'un plateau technique important, proche d'un service de réanimation »⁵⁶.

Une autre circulaire, en date du 3 mai 2002, a donné des instructions quant à la prise en charge spécifique des personnes en état végétatif chronique et pauci-relationnel au sein des services de soins de suite et de réadaptation. La création de ces unités permet de répondre en partie à la suppression d'une USLD en attendant une véritable redéfinition des longs séjours. Cette évolution passe, sans doute, par une modification profonde de la trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, qui doit pouvoir s'inscrire, comme le prévoit d'ailleurs une circulaire du 18 mars 2002 « dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins »⁵⁷.

Pour le moment, les unités de soins de longue durée demeurent liées au secteur sanitaire et sont conventionnées en conservant cette spécificité. Elles restent donc à ce titre, éligibles au Plan Hôpital 2007 et peuvent donc obtenir des crédits, dans ce cadre, pour procéder, par exemple, à une rénovation de leurs locaux. En l'attente des textes qui décideront de leur sort, les structures ont intérêt à saisir ces opportunités de financement liées à leur statut, car si une réforme par défaut est bien envisagée pour intégrer une partie des USLD au secteur des EHPAD, celle-ci ne semble pas, pour le moment, prévoir

⁵⁵ FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *Note sur l'avenir des USLD*, 25 Avril 2003, p. 2.

⁵⁶ Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n°2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁵⁷ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

de crédits supplémentaires pour accompagner ce transfert. À terme, ces EHPAD seront pourtant amenés, de fait, à assurer des missions lourdes, simultanément sanitaires et médico-sociales.

b) *Des délais constamment prolongés pour permettre l'entrée de nouvelles structures dans ce processus quelque peu fastidieux.*

L'entrée en vigueur de la réforme de la tarification était prévue pour le 27 avril 1999 pour les établissements de capacité supérieure à 85 lits, et pour le 27 avril 2001 pour les établissements de capacité inférieure, avec signature d'une convention tripartite.

Toutefois, suite aux simulations réalisées par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité auprès d'un échantillon représentatif d'établissements, la réforme dans sa forme initiale s'est avérée inapplicable, notamment en raison des déports de charges sur les usagers trop importants. Il était nécessaire d'attendre la promulgation, en 2001, des nouvelles règles concernant la prise en charge de la dépendance pour que la réforme de la tarification soit publiée selon une nouvelle formule et qu'un démarrage significatif, en terme de signatures de conventions, soit amorcé.

Bien que simplifiée, la réforme reste toutefois difficile à appréhender, ce qui décourage bon nombre de dirigeants à s'engager dans ce processus. Confrontés à « une politique du tout à la fois », les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux doivent, par ailleurs, faire face à cette réforme complexe tout en affrontant les difficultés liées à un certain nombre d'événements comme le passage à l'euro, la mise en place de la réduction du temps de travail ou encore la réforme du Code des marchés publics. Dès lors, il n'est pas surprenant que sur les 10 218 structures éligibles, seules 366⁵⁸ d'entre elles se soient engagées, au terme de l'année 2001, dans cette voie.

Sur le plan qualitatif, les premiers bilans ne semblent pas plus enthousiasmants. Lors d'une conférence organisée à l'initiative de la FHF, en 2002, M. BROUSSY, Directeur général du SYNERPA, pointait déjà les faibles moyens en personnel dévolus aux EHPAD dans le cadre de la réforme, par le biais notamment de la DOMINIC et de son plafond de principe, DOMINIC + 35 % : « DOMINIC + 35 %, ce sont des ratios de personnel insuffisants pour atteindre les objectifs qualité, que nous sommes censés collectivement nous fixer. C'est, par exemple, une aide-soignante pour 6 résidents et une IDE pour 20 à

⁵⁸ FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. Réforme de la tarification : point sur le nombre de conventions tripartites signées au 31/12/2001. *La Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Mars 2002, n°3, pp. 6-7.

25 résidents »⁵⁹. Cette absence de financement de la réforme à la hauteur des enjeux qu'elle suscite plonge d'ailleurs rapidement les autorités de tutelle devant une double contrainte : « soit elles signent en ne donnant rien, elles auront alors peu de signatures ; soit elles signent en donnant des moyens corrects, elles risquent de ne plus avoir de moyens au bout de deux ans »⁶⁰.

Faute d'avoir apprécié le bon rythme, les délais explosent. Certes, au terme de 2004, ce sont 3717 conventions qui ont déjà été signées, permettant ainsi la médicalisation de 308 560 lits et la création de 28 160 emplois. Mais, pour 2005, il reste plus de 5000 conventions à signer⁶¹.

Aussi, Mme Catherine VAUTRIN, nouvelle Secrétaire d'État aux Personnes Âgées, prendra telle l'initiative, dès la rentrée prochaine, de solliciter auprès du Parlement une nouvelle prolongation du terme jusqu'au 31 décembre 2007 avec comme objectif d'obtenir « 1 500 signatures au minimum, compte tenu des capacités d'absorption des Drass et des Dass », sur lesquelles elle entend « maintenir la pression afin de faire sauter les derniers blocages et d'atteindre, dans tous les départements, les objectifs qui ont été fixés »⁶².

Quoi qu'il en soit, pour négocier une convention tripartite, il faut du temps si l'on veut intégrer le volet qualité. Mieux vaut donc, si un directeur d'établissement ne maîtrise pas suffisamment cette procédure, qu'il se donne le temps d'y travailler plus sereinement, qu'il profite de l'expérience des directeurs qui l'ont devancé et propose un peu plus tard un projet honnête aux financeurs plutôt que de bâcler, à la hâte, un document formaliste mais sans lien avec la réalité de l'établissement, afin d'être à tout prix dans les délais.

Cette logique se trouve toutefois contrariée par l'instauration d'une véritable « course aux financements » à l'issue de laquelle les premiers arrivés semblent parfois être les premiers servis.

⁵⁹ FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après*. 21 Mai 2002, p. 7.

⁶⁰ Propos de M. CHAMPVERT, Président de l'Association des Directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (ADEHPA). Ibidem note n°59, p. 12.

⁶¹ GRILLON H. Révolution de la longévité : vers une politique plus volontariste ? *Le Quotidien du Médecin*, 7 Février 2005, n°7682, p. 10.

⁶² Ibidem note n°61, p. 10.

C) Des réformes ambitieuses à la recherche de leurs financements.

L'ampleur de la réforme des EHPAD et ses ambitions tant sur le plan qualitatif que financier rendent sa mise en œuvre complexe, et ses conséquences financières difficiles à maîtriser.

Les moyens supplémentaires qu'elle nécessite inévitablement ne peuvent être alloués que progressivement, et la question de leur mode de financement reste encore en partie posée, notamment en ce qui concerne l'APA.

a) *Quels moyens pour les conventions tripartites ?*

Au moment de la négociation des conventions tripartites, deux logiques de financement de la qualité existent. Les financeurs partent d'une logique comptable en essayant de placer toutes les dépenses possibles dans la dotation minimale de convergence, les établissements invoquent un financement à hauteur du coût de leur projet qualité. Dans le premier cas, les dépenses commandent les besoins, dans le second, la qualité détermine le niveau des financements. Le directeur d'établissement ne peut se placer que dans le second cas et vouloir. Les moyens financiers obtenus sont-ils, dès lors, à la hauteur de la qualité demandée ?

Une instruction ministérielle en date du 13 janvier 2003 relevait qu'une convention tripartite coûte, en moyenne, à l'assurance maladie 243 105 euros⁶³. Or, dans le même temps, plusieurs organismes, dont notamment la FHF, constataient que dans le cadre des conventions, les crédits étaient majoritairement alloués dès la première année (96 %). La DOMINIC n'a donc pas toujours constitué un niveau de moyens à atteindre à terme. Cette tendance a rapidement posé un problème dans la mesure où une programmation pluriannuelle des crédits a toujours été supposée lors de l'élaboration du plan de financement.

En outre, les équilibres budgétaires fragiles de la Nation ont parfois conduit ses dirigeants à opérer des choix stratégiques qui semblaient remettre en cause les engagements pris auparavant pour améliorer la prise en charge du « cinquième risque ». C'est ainsi qu'en 2003, le gouvernement se trouvait contraint, malgré un ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) initial de 183 millions d'euros, d'affecter ces crédits à des

⁶³ Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n°2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

déficits plus urgents que celui de la médicalisation des futurs EHPAD. La mobilisation des professionnels, lors notamment des journées des 18 mars et 18 juin, avait permis le déblocage de 80 millions d'euros sur une période de cinq ans. Or, le calendrier initial de la réforme prévoyait, pour la seule année 2003, la signature de 1 800 conventions tripartites pour un montant de 180 millions d'euros.

Pour éviter l'impasse financière avant même d'atteindre la date butoir du conventionnement, le Ministère a récemment décidé de resserrer les contrôles a posteriori sur les affectations de crédits opérées, dans ce cadre, par ses délégataires. La circulaire du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires prévoit ainsi, que « DOMINIC + 35 % constitue un plafond dont le dépassement injustifié obère la poursuite du plan de médicalisation des établissements » et que « pour ces raisons, les délégations ultérieures de crédits seront diminuées à due concurrence des dépassements du plafond DOMINIC + 35 % qui ne seraient pas strictement justifiés par les règles définies dans le cadre de la réforme de la tarification »⁶⁴.

Quoi qu'il en soit, plus les établissements tardent à entrer dans le processus du conventionnement et plus les crédits disponibles pour la mise en œuvre de cette réforme semblent fondre comme peau de chagrin. La circulaire budgétaire pour l'année 2005 paraît d'ailleurs confirmer cette idée. Certes, elle octroie aux établissements un délai supplémentaire de deux années pour conventionner, mais son analyse démontre bien que ceux qui ne se seront pas engagés dans ce processus au 31 décembre 2005 seront amenés à le faire dans des conditions potentiellement moins favorables⁶⁵.

b) L'APA, victime de son succès.

Ni « prestation d'aide sociale », ni « prestation assurantielle », se situant toutefois « dans la philosophie d'un cinquième risque », « prestation de solidarité nationale » financée essentiellement par les départements, conjuguant « la décentralisation et l'égalité des droits sur tout le territoire », l'APA traduirait de la part du gouvernement, le « choix du

⁶⁴ Circulaire DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C n°2004-415 du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

⁶⁵ Circulaire n°DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C/ du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

pragmatisme »⁶⁶. Certes, il est incontestable que l'APA constitue un réel progrès au regard de la PSD, mais « encore faut-il qu'elle ne soit pas construite sur du sable »⁶⁷, c'est-à-dire sans un financement à la mesure de ses enjeux.

Sur ce point, il est souvent reproché au gouvernement de l'époque d'avoir déposé à l'appui du projet de loi relatif à l'APA, une étude d'impact « pour le moins défailante, particulièrement pour les questions de financement »⁶⁸. S'appuyant sur les conclusions de l'enquête Handicaps-incapacité-dépendance (HID) de 1999/2000, ce document prévoit, en effet, que l'APA concernera 500 000 personnes en 2002-2003, puis 800 000 personnes à l'horizon 2005-2006, pour un coût de 3,5 milliards d'euros en régime de croisière. Cet objectif sera rapidement dépassé puisque le nombre de bénéficiaires a véritablement explosé pour atteindre 605 000⁶⁹ au 31 décembre 2002, puis 865 000⁷⁰ au 31 décembre 2004.

Victime de son succès, la « quatrième grande réforme sociale » du gouvernement JOSPIN était donc menacée dans son existence même. Pour la seule année 2003, il manquait 1,2 milliard d'euros, un véritable gouffre pour les départements qui financent l'APA en grande partie. En mars 2003, le Parlement a donc adopté une loi durcissant les conditions d'attribution de cette prestation⁷¹ et entérinant l'emprunt de 400 millions d'euros décidé par le gouvernement. De leur côté, les départements devaient verser un supplément de quelque 800 millions d'euros.

Annoncée initialement comme une prestation non soumise à des conditions de ressources, l'APA est, en fait, désormais très fortement modulée selon les revenus des

⁶⁶ Propos de Mme Elisabeth GUIGOU, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité. *Débats à l'Assemblée Nationale*. Séance du 18 avril 2001. In *L'allocation personnalisée d'autonomie*. Paris : Sénat, Commission des Affaires sociales, Rapport n°315, Session 2000-2001, p.10.

⁶⁷ Propos de M. Jacques BARROT, ancien Ministre des Affaires sociales, *La Tribune*, 19 avril 2001. Ibidem note n°66, p. 11.

⁶⁸ VASSELLE A. *L'allocation personnalisée d'autonomie*. Paris : Sénat, Commission des Affaires sociales, Rapport n°315, Session 2000-2001, p. 36.

⁶⁹ KERJOSSE R. DREES. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002. *Études et Résultats*, Mars 2003, n°226, p 1.

⁷⁰ WEBER A. DREES. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004. *Études et Résultats*, Avril 2005, n°388, p 1.

bénéficiaires, afin de rendre supportable l'effort consenti par la collectivité au nom de la solidarité.

La canicule de l'été 2003 devait toutefois cruellement rappeler à la Nation que les impératifs budgétaires sont difficilement compatibles avec les objectifs d'une politique prônant notamment l'art «du bien vieillir chez soi ». Aussitôt après cet été meurtrier, M. Jean-Pierre RAFFARIN, devait donc annoncer des moyens supplémentaires destinés à augmenter les capacités d'accueil des établissements spécialisés, à moderniser l'aide à domicile mais aussi à pérenniser le dispositif de l'APA, financés en grande partie par une journée supplémentaire de travail non payée.

La « journée de solidarité » envers les personnes âgées et dépendantes, instituée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, et si vivement contestée, a finalement rapporté 2 milliards d'euros à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Pourtant, l'impopularité de la mesure soulève la question de sa pérennité. Le problème majeur du financement de ce dernier plan gouvernemental reste donc posé d'autant, qu'en mars dernier, le Ministre de la Santé, M. Philippe DOUSTE-BLAZY avait d'ores et déjà prévenu que cette journée de solidarité « ne suffirait pas » à l'avenir à financer la dépendance, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Ces multiples incertitudes, au niveau national, ont lourdement impacté la tentative d'initialisation de la démarche au sein de l'unité de soins de longue durée du Centre Hospitalier de BASTIA. Elles renforçaient notamment l'idée déjà répandue auprès du personnel, selon laquelle les objectifs de la réforme tendent à des aspirations idéales qui ne tiennent pas compte, au final, de la réalité.

1.2.2 De la loi à la pratique : une réforme utopique pour l'unité de soins de longue durée du Centre Hospitalier de BASTIA ?

Si la réforme des EHPAD suscite déjà bon nombre d'interrogations dans sa présentation, à l'échelon national, sa mise en œuvre à l'échelle d'un établissement semble parfois relever d'une gageure pour son directeur. Initier le changement tout en maintenant la paix sociale, l'exercice semble, en effet, relever parfois d'une périlleuse acrobatie.

⁷¹ Le décret n°2003-278 du 28 mars 2003 et la loi n°2003-289 du 31 mars 2003 ont notamment instauré une hausse de la participation financière des bénéficiaires et un recul de la date d'ouverture des droits à domicile à la date de la notification de la décision d'attribution.

D'autant qu'à mon arrivée au Centre Hospitalier de BASTIA, tous les indicateurs semblaient plutôt présager que le moment était mal choisi pour parler du conventionnement au personnel de l'unité de soins de longue durée de TOGA.

A) Un contexte, en apparence, défavorable.

Confronté comme tous les hôpitaux français à la mise en œuvre du Plan Hôpital 2007 à travers notamment l'instauration de la tarification à l'activité et des pôles médicaux, le Centre Hospitalier de BASTIA est entré, peu de temps après mon arrivée, dans une période plus marquée « d'agitation sociale ». L'annonce des prévisions budgétaires pour l'année 2005 a, en effet, éveillé la contestation des partenaires sociaux et l'inquiétude de la communauté médicale et des administrateurs de l'établissement. L'unité de soins de longue durée de TOGA, bien qu'excentrée géographiquement du site hospitalier, était elle aussi, en proie à bien des vicissitudes.

a) *Une équipe soignante en grande difficulté.*

L'unité de soins de longue durée du Centre Hospitalier de BASTIA accueille actuellement 68 résidents dont la moyenne d'âge est d'environ 87 ans (chiffres au 1^{er} janvier 2005). Le fonctionnement de cette unité de vie est assuré par un médecin gériatre à temps plein, un cadre de santé et une équipe soignante et administrative équivalente à 49.75 temps plein.

En dépit d'un ratio agent/lit de 0.80, jugé « confortable » par les autorités de tutelle au regard d'un GMP « faible pour une USLD » de 585.54 points, le personnel semblait, à

mon arrivée, en grande difficulté pour faire face à la charge de travail quotidienne et le climat social était très tendu. À un taux global d'absentéisme record, avoisinant les 17 %, s'ajoutaient de nombreux conflits sociaux débouchant tant sur des grèves « perlées » que sur des grèves générales au niveau de l'établissement.

L'USLD de TOGA, semblait, en outre, souffrir des agissements de quelques éléments perturbateurs, lesquels se soldaient, sous la pression des partenaires sociaux, par très peu de sanctions disciplinaires, ce qui était très déstabilisant pour les personnels les plus motivés. Le dernier cadre de santé, quant à lui, avait été « promu » comme cadre de santé supérieur, suite à une procédure d'harcèlement moral menée par un agent à son encontre. Les compétences de ce cadre n'ont jamais été remises en cause, mais à la suite de cette procédure, le discrédit avait atteint sa légitimité auprès de l'équipe. Au final,

ce cadre a vécu cette promotion comme un désaveu et n'a jamais été en mesure d'exercer ses nouvelles fonctions pour des raisons de santé.

Un nouveau cadre de santé avait donc été nommé, depuis quelques mois, pour faire face à la vacance de poste au sein de l'unité. Très expérimenté dans le domaine de l'hospitalisation à domicile, cet agent avait, en revanche, tout à découvrir de l'organisation d'un « lieu de vie » dédié à des personnes âgées. Ma mission, dans un premier temps, a donc consisté à lui délivrer un certain nombre d'informations sur les dispositifs inhérents à l'organisation de cette unité.

Le renforcement de ses connaissances et le rapport de confiance qui s'est instauré avec moi, lui ont, dès lors, permis de saisir l'opportunité de la mise en œuvre du conventionnement pour se positionner comme un interlocuteur privilégié entre la direction et son équipe.

Un premier état des lieux a pu alors être dressé en particulier, sur le climat social au sein du service. A priori, l'absence de toute possibilité d'évolution au travail par des formations spécifiques, le manque de soutien et la faible perspective d'un plan de carrière adapté avaient eu tendance, au fil des années, à renforcer chez les soignants un sentiment de dévalorisation de leur pratique. Ce premier bilan mettait logiquement en exergue, une très grande démotivation de l'équipe, ce qui rendait le contexte peu propice à une présentation du processus de conventionnement, par définition porteur de changements.

b) Les impacts liés au rattachement de ce service à un établissement public de santé.

L'unité de soins de longue durée de TOGA est située dans un site annexe, à environ 3 kilomètres du Centre Hospitalier de BASTIA. Même si cet éloignement est peu important, il est pourtant mal vécu par le personnel qui y voit souvent une désaffection pour la population accueillie en son sein. Pourtant, le site est géographiquement bien placé, en plein cœur de la ville, et la réhabilitation d'une partie des locaux en USLD sur cet ancien site de l'hôpital général semble être, sur le plan architectural, une véritable réussite.

Sur le plan de la prise en charge des personnes âgées, l'éloignement relatif du site de TOGA n'est pas, il est vrai, sans conséquence. Ainsi, l'accès au plateau technique est rendu moins aisé par les transferts à opérer d'une structure à l'autre. Les informations

circulent d'autant moins bien avec les autres services médicaux que ce service n'est pas relié, pour des raisons de faisabilité technique, au réseau intranet. En outre, l'éloignement géographique, même s'il est faible, favorise peu les « échanges culturels » entre les personnels issus du milieu hospitalier et ceux issus de cette unité à vocation gériatrique, ce qui est préjudiciable, au final, aux patients âgés dont la spécificité de la prise en charge mérite d'être reconnue et valorisée. Enfin, cet éloignement prive aussi cette unité d'échanges avec les services de psychiatrie, alors même que le personnel aurait besoin d'être conforté sur sa pratique dans ce domaine, particulièrement en cas de crises aiguës ou d'agitations de certains résidents.

Site « annexe », l'USLD de TOGA constitue également un « budget annexe » de l'hôpital. Cette spécificité n'est là aussi, pas sans conséquence. Dans les établissements publics de santé, le budget général supporte, en principe, en première intention, certains coûts, notamment les dépenses de fonctionnement. Ces coûts sont ensuite remboursés a posteriori par les budgets annexes au prorata de leur consommation. Pour masquer toutefois, l'insuffisance des crédits accordés à leurs structures annexées, les établissements publics de santé ont souvent été tentés d'opérer des transferts de charges du budget annexe (B) vers le budget général (H). Le Centre Hospitalier de BASTIA n'a pas échappé à cette pratique.

Dans le cadre de l'opération « sincérité de comptes », ces transferts de charges du budget « B » vers le budget « H » ont ainsi été estimés à 222 151 euros. Cette « subvention d'équilibre », irrégulière au regard des dispositions de l'article R 714-3-9 du

Code de la santé publique a, toutefois, déjà fait l'objet d'un affichage auprès des autorités de tutelle qui souhaitent d'ailleurs mettre fin rapidement à cette situation en signant, dans les meilleurs délais, la convention tripartite.

Cette régularisation inéluctable ne pourra toutefois avoir lieu sans entraîner une augmentation substantielle, à la fois, des tarifs « soins » et « hébergement », puisque cette subvention d'équilibre finance pratiquement, à part égale, ces deux sections tarifaires. Si les autorités de tutelle ont déjà été en mesure de chiffrer l'impact de ce transfert, les résidents et leurs familles, pour leur part, auront, sans doute, de grandes difficultés à comprendre que l'établissement augmente « encore une fois » ses tarifs sans toutefois améliorer ses prestations.

Quant à la dotation globale de l'établissement déjà révisée à la baisse à hauteur de près de deux millions d'euros dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité,

pourra t-elle supporter cette nouvelle imputation de plus de 200 000 euros ? Ce point constituera sans doute un point central de la négociation, tout comme les modalités d'entrée de l'unité dans le conventionnement, celle-ci ne disposant pas encore de documents institutionnels d'accueil, ni de projet de service.

B) Un bilan préalable disqualifiant pour cette unité ?

Si tous les établissements et services sanitaires et médico-sociaux accueillant des personnes âgées ont vocation à conventionner, ceux-ci n'ont manifestement pas tous atteint le même niveau d'exigence, à leur approche de la démarche.

Ainsi, l'USLD de TOGA, noyée dans sa réponse aux urgences du quotidien, n'avait jamais pris le temps de formaliser la plupart de ses documents institutionnels. Certes, une instruction ministérielle intervenue en 2003 prévoyait ce cas de figure, mais la réaction des autorités de tutelle face à ce bilan en demi-teinte restait à craindre.

a) *Un retard préjudiciable dans la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2002.*

En dépit de la parution des différents décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002 depuis plusieurs mois, les dispositifs relatifs à l'exercice des droits des résidents issus de ce cadrage légal n'avaient toujours pas, à mon arrivée au Centre Hospitalier de BASTIA, fait l'objet d'une formalisation.

Ce retard était d'autant plus préjudiciable que certaines pièces, comme les documents institutionnels d'accueil, doivent être transmises en annexe de la convention. Certes, l'instruction du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est venue préciser « qu'il n'y a pas, légalement, de prérequis à la signature de la convention tripartite autre que la réalisation du diagnostic qualité », mais comment expliquer aux autorités de tutelle que le service ne dispose pas, par exemple, de règlement de fonctionnement, alors même que le décret relatif à la mise en place de ce dispositif est paru depuis près d'un an et que le délai légal, pour le mettre en œuvre, est expiré depuis plus de 6 mois ?

Pourtant, devait-on céder à la tentation de régler, de manière formaliste, ces dossiers ou devait-on saisir ce temps privilégié pour réfléchir de façon constructive à une phase aussi sensible que celle de l'accueil de nos futurs pensionnaires ? Avec l'accord de mon maître de stage, j'ai décidé de prendre contact avec nos partenaires financeurs pour les informer tant de notre volonté de conventionner, que de nos difficultés à entrer dans ce processus.

Ce souci de transparence a visiblement été très apprécié de nos interlocuteurs qui ont décidé de nous accompagner dans notre approche qualitative de la démarche, à condition toutefois, d'inscrire comme objectifs prioritaires dans la convention, la formalisation de ces documents d'accueil institutionnels. Pour restaurer le lien de confiance avec nos partenaires financeurs et pour donner plus de crédibilité à ma démarche, je me suis, par ailleurs, engagée à encadrer les objectifs qualitatifs opérationnels par un échéancier très précis.

Si cet accord de principe semble avoir été facilement obtenu, il n'allait pourtant pas de soi. Le Conseil Général de la HAUTE-CORSE avait toujours exigé, a minima, que le livret d'accueil figure au dossier des structures candidates au conventionnement. Bénéficiant ainsi d'un « petit traitement de faveur », l'unité de soins de longue durée de TOGA devait maintenant tenir toutes ses promesses. Ce délai supplémentaire devait permettre à cette unité de ne pas sacrifier la qualité, faute de temps. Il devait aussi lui permettre d'engager une réflexion de fond sur son mode d'organisation et sur le fondement philosophique des valeurs qui doivent guider, au quotidien, l'action de son personnel.

À défaut de disposer d'un projet de service formalisé, l'unité de soins de longue durée de TOGA ne pouvait se soustraire à ce préalable incontournable.

b) L'absence de projet de service, un handicap majeur pour l'USLD de TOGA ?

Pour Cécile RUSSIER, Inspectrice Principale auprès de la DRASS de RHÔNE-ALPES, « il ne saurait y avoir de mise en œuvre d'une démarche contractuelle sans que les parties au contrat aient finalisé au préalable un diagnostic partagé de la situation et les objectifs généraux en découlant ». Ce qui implique, à son sens, « d'une part, que le schéma d'organisation sociale et médico-sociale soit suffisamment avancé et d'autre part, que l'établissement soit lui aussi bien engagé dans une démarche de projet d'établissement, validée par l'autorité compétente »⁷².

Le Centre Hospitalier de BASTIA semblait détenir ces deux atouts pour pouvoir réussir son entrée dans le processus de conventionnement. Tandis que le département de la

⁷² RUSSIER C. CREA RHÔNE-ALPES. Préconisations de la DRASS Rhône-Alpes. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 25.

HAUTE-CORSE formalisait son premier schéma gérontologique départemental dès 2002, le Centre Hospitalier de BASTIA se dotait, dans le même temps, d'un projet d'établissement ambitieux et novateur avec comme axe de progrès majeur, la mise en œuvre d'une politique qualité.

Malheureusement, les objectifs qui auraient dû découler de la mise en œuvre de cette politique qualité au sein de l'USLD de TOGA n'ont jamais été traduits dans le cadre d'un projet de service, notamment pour les raisons que nous avons auparavant évoquées. Or, le projet de service est une « colonne vertébrale » indispensable pour développer « la cohérence et la cohésion nécessaires des logiques de production des activités et des prestations »⁷³. Son existence est d'ailleurs désormais rendue obligatoire.

Il s'avérait dès lors opportun de lier la démarche qualité à la mise en œuvre d'un projet de service voire d'un projet de restructuration. Les deux processus font appel à la même dynamique du changement et peuvent se renforcer mutuellement. Si l'on fait un parallèle avec la forme privilégiée de contractualisation dans le secteur sanitaire qu'est le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM), on s'aperçoit, en effet, que « le projet demande les moyens de sa politique et le contrat contraint à réaliser la politique des moyens accordés »⁷⁴.

D'emblème de la liberté, le contrat deviendrait-il, dans ce cadre, symbole de contrainte ? Vu sous cet angle, on peut être tenté, comme le suggère d'ailleurs Jean-Marc LHUILLIER de « ranger les conventions tripartites dans la catégorie des contrats dirigés qui ont pour finalité d'assujettir l'activité d'une personne aux impératifs d'un intérêt collectif sans les priver de leur liberté et de leur responsabilité »⁷⁵.

À la lecture de cette définition, on peut s'interroger sur la place dévolue à l'enthousiasme et à la bonne volonté des personnels ainsi « assujettis ». Sans eux, pourtant, toute tentative d'implantation d'une démarche restructurante, telle que celle issue du processus de conventionnement, ne risque-t-elle pas de sombrer dans le pur formalisme ?

⁷³ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. p. 67.

⁷⁴ CLÉMENT J. CREAI RHÔNE-ALPES. Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 5.

⁷⁵ LHUILLIER J.M. *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rennes : ENSP, 2004. p. 84.

La plupart des professionnels qui ont expérimenté ce nouveau mode d'organisation des institutions d'hébergement semblent considérer que la démarche de conventionnement constitue plutôt pour les dirigeants, une opportunité pour « imaginer » leur établissement⁷⁶. En outre, il faut constater, à l'instar de Joël CLÉMENT, que la mise en place de cette gestion conventionnelle « n'est pas dépourvue de vertus pédagogiques en conduisant les professionnels concernés vers des modes d'analyse partagés de situations, l'élaboration de méthodes communes de définitions d'objectifs et de moyens, et de systèmes d'information à développer »⁷⁷. La conduite du conventionnement serait donc, par ces aspects, un mode supplémentaire d'apprentissage du management ?

L'expérience que j'ai vécue au Centre Hospitalier de BASTIA a démontré que la conduite du conventionnement peut, en effet, constituer pour un jeune directeur, un support efficace de management lui permettant tant d'instaurer une démarche pérenne d'amélioration de la qualité que de repenser l'organisation stratégique de son institution.

2 LE CONVENTIONNEMENT, UN SUPPORT DE MANAGEMENT EFFICIENT ARTICULANT DÉMARCHE QUALITÉ ET STRATÉGIE DE L'ORGANISATION.

Parler de conventionnement, c'est parler avant tout de démarche qualité au sein des EHPAD, c'est le cœur même de la réforme. Le rapport du secteur des EHPAD à ce « concept triomphant » a toutefois, dans ce cadre, évolué passant du statut de libre adhésion « au mariage du cœur et de la raison »⁷⁸. Plus que jamais confrontés à la nécessité de faire mieux avec moins, les secteurs social et médico-social doivent, en effet, désormais répondre sur les capacités de leurs services.

⁷⁶ LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 133.

⁷⁷ CLÉMENT J. CREA RHÔNE-ALPES. Point de vue sur le conventionnement tripartite. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 12.

⁷⁸ LOUBAT J.R. Réflexion autour d'un concept vertueux : l'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. *Lien social*, 2 Septembre 2004, n°719, p. 1.

Les EHPAD se rapprochent, à ce titre, «du modèle de l'entreprise»⁷⁹, ce qui justifie également leur besoin d'un signe de reconnaissance de la qualité. Ces établissements évoluent, en effet, aujourd'hui dans un milieu concurrentiel où ils doivent négocier leurs budgets, signer leur conventionnement, répondre à de nombreuses obligations réglementaires, maîtriser des risques multiples et variés, répondre aux exigences croissantes des personnes âgées et de leurs familles et s'intégrer dans des réseaux de santé.

En outre, l'existence et la médiatisation de cas de maltraitance envers des personnes âgées et affaiblies, ou plus simplement de négligences, obligent les structures d'hébergement à développer une politique de transparence et de professionnalisme, reposant sur des critères de prise en charge vérifiables.

Dans ce contexte, les EHPAD ont donc désormais intérêt à prouver leur qualité, leur compétence et la fiabilité de leur organisation et à faire reconnaître leur valeur et leur savoir-faire à travers des signes distinctifs comme l'obtention d'un mode de reconnaissance de la qualité, pour se différencier des autres.

Mais, compte tenu de la non-prescriptibilité de la plupart des actes posés par les acteurs social et médico-social⁸⁰, il est évident que cette recherche de la qualité ne peut se limiter à celle de la performance intrinsèque d'un produit, d'un service ou d'une prestation. Elle est « avant tout un état d'esprit, une mobilisation permanente de tous autour d'un même objectif : la satisfaction du [résident] ».

La démarche qualité, dans le secteur des EHPAD, relève donc tout à la fois d'un idéal, d'une ambition partagée, d'un long processus autant que de méthodes. Elle peut, à cet égard, s'avérer riche de promesses, car si la « question du sens » amène inévitablement à réinterroger les pratiques d'accompagnement, et à reconsidérer les méthodes d'intervention, elle conduira également à redéfinir l'organisation d'un établissement et les

⁷⁹ GAILLIARD F. Directeur d'EHPAD : un professionnel au cœur de la démarche qualité. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 5 Mai 2000, n°2165, p. 25.

⁸⁰ 80 % des actes posés par les acteurs du social et du médico-social sont réputés non prescriptibles, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être l'objet d'une approche méthodique, ni mesurés et quantifiés aisément. In ENOT P. TECHNÉ CONSEIL. Démarche qualité et politique associative... préalables : avant le « comment faire », le « pour quoi faire ». Ou comment donner une assise politique à une démarche qualité. *Les Cahiers : qualité, état des lieux*, Octobre 2002, n°4, p. 10.

modes de management mis en œuvre par ses dirigeants. C'est bien là, d'ailleurs, que se trouve la véritable promesse de la réforme des EHPAD.

2.1 Saisir l'obligation réglementaire de la qualité pour instaurer une démarche continue et pérenne d'amélioration des prestations.

S'il veut réussir, le manager devra donc faire entrer son équipe dans la démarche qualité non pour uniquement appliquer des textes, mais en lui donnant un sens. Le manager doit donc aller au-delà de l'obligation et faire comprendre à son personnel pourquoi l'exigence de qualité est désormais une nécessité. Il est donc important que le directeur d'établissement, avant de s'engager dans une démarche qualité dans le cadre du conventionnement, croit à son utilité, ait des arguments pour faire adhérer le personnel et sache utiliser les techniques qui sont à sa disposition afin de pouvoir la mettre en route dans des conditions optimales et avec le meilleur état d'esprit possible.

Contrairement à son apparence parfois jugée complexe, le conventionnement peut venir faciliter l'évolution du manager dans la mise en place de cette phase stratégique. Reposant sur une technique parfaitement structurée, la démarche qualité issue de l'idéologie conventionnelle peut, en effet, constituer un support pédagogique efficient permettant au directeur de mieux appréhender la méthodologie de la démarche, et de la pérenniser, sans doute avec moins de difficultés, sur le long terme.

2.1.1 La nécessaire implication du personnel dans le lancement de la démarche qualité.

L'initialisation de la démarche qualité dans le secteur des EHPAD se caractérise par la mise en œuvre d'une auto-évaluation. Si la méthode prescrit un état des lieux, il ne suffit, cependant, pas de faire un inventaire de ce qui ne va pas ; il faut ensuite proposer des solutions et les mettre en œuvre. Cette dernière étape comporte l'obligation d'expliquer, de faire adhérer le personnel puis de mener collectivement le projet à bien.

Le travail de réflexion ne vaut donc rien s'il ne se double pas d'une capacité du manager à conduire le changement.

- A) La démarche qualité, une démarche fortement marquée par le leadership du directeur.

La dimension managériale est au cœur de l'action, car la qualité et le management sont étroitement liés. La qualité, dans un établissement, ne peut être mise en place par un directeur isolé ou un groupe de personnes, mais uniquement par l'ensemble du personnel. Si la qualité est, en effet, l'affaire de tous, c'est bien le personnel qui est porteur des valeurs nécessaires pour la réussite de sa mise en oeuvre.

À ce stade d'entrée dans le processus de conventionnement, la grande question managériale est donc celle de la motivation d'une équipe. Cette motivation ne peut être donnée à l'équipe que si le dirigeant la possède lui-même et s'il a une capacité de communication et de conviction suffisante pour la transmettre.

- a) *Le management de la qualité, des principes précis dont l'approche est toutefois fonction de la personnalité du directeur.*

Dans le cadre de la mise en oeuvre d'une démarche qualité, le premier travail du directeur est celui de l'information et de l'explication. Il lui appartient de faire comprendre les enjeux de la qualité, bien évidemment, mais aussi et surtout d'expliquer ce qu'elle va apporter à chacun et en quoi elle est une chance pour tous. Il doit aussi trouver les arguments pour répondre aux questions et remarques que le personnel ne manque pas de lui opposer : « chaque fois qu'un directeur arrive, tout change » ou « on n'a toujours fait comme ça et personne ne s'est jamais plaint ».

Cette phase s'est avérée d'autant plus délicate à gérer avec l'équipe de l'USLD de TOGA que celle-ci ne semblait pas avoir eu récemment l'occasion de s'exprimer sur ses conditions d'évolution en présence, notamment, d'un membre de l'équipe de direction. Les frustrations semblaient donc multiples et le climat était, naturellement, très tendu. Partagé entre sentiment d'abandon et dévalorisation, le personnel semblait être dépassé à l'annonce d'une nécessaire mobilisation pour mettre en oeuvre et pérenniser, à terme, une politique qualité au sein du service.

Pourtant, paradoxalement, cette souffrance affichée et revendiquée, a opéré un effet mobilisateur. Elle a notamment permis de « resocialiser un malaise »⁸¹ auparavant

⁸¹ BRUN L. L'épuisement professionnel en gérontologie : un problème de santé publique. *Pluriels : la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, Novembre-Décembre 2003, n°39-40, p 8.

douloureusement vécu dans la solitude, de le renommer, de le reconnaître et de l'élaborer. Une véritable prévention du mal-être au travail ne passe-t-elle pas d'ailleurs par la restauration des capacités de parole et de compréhension de la situation douloureuse ?

Si cette première étape s'est avérée incontournable, la mise en place d'une politique efficace de lutte contre l'épuisement professionnel passe également par la capacité de l'encadrement institutionnel à restaurer le désir et le plaisir de soigner en mettant en œuvre, pour chacun des intervenants, des stratégies d'actions. Ces marges de manœuvre concernent notamment l'autonomie créatrice des professionnels dans l'organisation de leur travail, implication nécessaire pour actualiser leurs attentes, leurs besoins et leurs satisfactions au travail en leur permettant de mieux gérer leurs priorités et leurs disponibilités. Elles concernent également la valorisation du salarié au travers de la considération portée à son savoir, son savoir-faire et son savoir être, en un mot, à son professionnalisme.

Aussi, à cette première réunion d'information très générale, ont succédé deux autres temps informels d'échange afin de donner l'occasion à chaque acteur de se présenter, d'exprimer ce qu'il pense de son métier, de la façon de le pratiquer et de l'améliorer. Ces rencontres ont constitué une réelle opportunité d'approcher à petit pas « l'état d'esprit » nécessaire à la mise en œuvre d'une démarche qualité. Il est, en effet, d'autant plus aisé de faire comprendre à un salarié que les pensionnaires attendent d'un agent un service de qualité, que lui-même est également demandeur de qualité dans de multiples domaines.

Si la qualité peut devenir, à ce moment, un objectif contractualisé entre le directeur et l'équipe, il s'agit, cependant, de ne pas se tromper sur les termes qui lieront les deux parties. Le directeur ne doit pas, par crainte de rupture du dialogue social, s'enfermer dans des engagements qu'il ne pourra pas tenir comme une éventuelle revalorisation salariale du personnel. Jean-René LOUBAT rappelle d'ailleurs à juste titre, que « la qualité ne coûte pas nécessairement plus cher, puisque à l'heure actuelle, c'est encore le statut du professionnel qui détermine sa rémunération et non la qualité de son travail »⁸².

Fort de son expérience en qualité de directeur d'EHPAD, Pierre LOUIS constate, en effet, que d'autres éléments de motivation que la rémunération peuvent emporter l'acceptation du personnel d'une démarche qualité. L'expérience menée au Centre Hospitalier de

⁸² LOUBAT J.R. Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ? *Lien social*, 11 Mars 1999, n°477, p. 7.

BASTIA a ainsi révélé que la considération portée par un manager à son équipe peut constituer un facteur clé du changement, porteur de satisfaction, de dynamisme, voire d'enthousiasme.

b) Le positionnement du directeur en tant que leader.

Les démarches qualité doivent être décidées, initiées, mises en œuvre et soutenues par le plus haut niveau hiérarchique de l'établissement hébergeant des personnes âgées, c'est-à-dire sa direction, et pour les EHPAD rattachés à un établissement public de santé, la direction générale. Par extension, tous ceux qui assurent une responsabilité d'encadrement et qui seront les moteurs de la dynamique qualité sont concernés. L'engagement de la direction est un principe conceptuel de base essentiel du management de la qualité.

Cet engagement de la direction repose en grande partie sur le leadership du directeur et particulièrement sur sa détermination à mettre en œuvre une telle démarche au sein de son établissement. Sur ce point, l'engagement de la direction avait été clairement formalisé dans le cadre du projet d'établissement, dès 2002. Toutefois, comme le soulignent Serge ALECIAN et Dominique FOUCHER, les dirigeants doivent également, pour réussir, respecter a minima quatre principes de management que sont le courage, la clarté, la cohérence et la considération. L'expérience a démontré que la considération, à elle seule, peut constituer un vecteur de reconstruction du dialogue social. Le respect des trois autres principes m'a, pour ma part, permis de consolider cet acquis auprès des équipes et de mieux gérer les réfractaires.

Comme dans toutes les unités, l'USLD de TOGA comptait, en effet, quelques personnes résistantes à la mise en œuvre d'une démarche qualité, ne serait-ce que par peur de l'inconnu. Ces personnes avaient déjà, lors de la procédure d'accréditation, nui sévèrement à la démarche, provoquant stress, dysfonctionnements et conflits. Il importait donc de gérer ces opposants, au moins pour qu'ils n'entravent pas les actions entreprises, au mieux pour qu'ils y participent. Leur inclusion dans les différents groupes d'auto-évaluation avec des personnels particulièrement motivés m'a paru être, dans un premier temps, une bonne solution pour ne pas faire de ces agents des boucs émissaires sans toutefois risquer de rompre la dynamique globale de l'équipe. En outre, le sens critique particulièrement aiguë de ces personnes réfractaires permettrait de nuancer un bilan qui se révélerait peut-être trop idéal pour nécessiter la mise en œuvre d'actions correctives.

De façon générale, le directeur doit se montrer ferme avec l'équipe, voire directif. Le personnel peut, en effet, parfois être tenté de négocier les délais de mise en œuvre de la démarche qualité, voire même le niveau quantitatif et qualitatif des objectifs qui en résulteront. Si la souplesse de la négociation peut dans bien des cas permettre de réduire les tensions, il faut parfois redécouvrir une évidence, à savoir que tout ne se discute pas et que tout n'est pas acceptable.

B) L'évaluation, un outil efficace de redynamisation du personnel.

Consacrée par la loi du 2 janvier 2002, la phase d'auto-évaluation constitue désormais une des étapes obligatoires du processus d'amélioration de la qualité, le directeur des professions sociales au Ministère des Affaires sociales n'hésitant pas, d'ailleurs, à affirmer qu'un «établissement qui n'aura pas monté ses outils d'évaluation sera pour nous un établissement suspect»⁸³. Cette phase est fondamentale car les résultats de la synthèse de la démarche serviront à établir des fiches-projets à partir desquelles sera élaboré le projet de convention.

Si cette démarche permet de repositionner au cœur de la réflexion la question du sens des pratiques, on peut toutefois craindre que ses résultats manquent, au final, d'objectivité. Cette technique relevant effectivement de sciences inexactes puisque humaines, il nous est apparu incontournable de la mettre en perspective en recueillant, à travers une enquête de satisfaction, l'avis des premiers concernés : les résidents.

a) *Évaluer en interne pour mieux impliquer le personnel.*

L'évaluation en interne ou l'auto-évaluation consiste à faire l'état des lieux d'un établissement, sur la base d'un référentiel, dans le but de déterminer ses points forts et ses points faibles. Au Centre Hospitalier de BASTIA, le choix du référentiel s'est rapidement porté sur le référentiel ANGELIQUE, certains membres du personnel ayant déjà eu l'occasion de s'approprier cet outil au sein d'autres établissements. Ce choix a été validé par le comité de pilotage instauré deux semaines plus tôt⁸⁴, lequel a lancé

⁸³ TREMINTIN J. L'évaluation : contrôle ou recherche de sens ? *Lien social*, 11 Mars 1999, n°477, p. 9.

⁸⁴ La composition du comité de pilotage a été déterminée comme telle : la Directrice, les membres de l'équipe de direction, l'Élève-Directeur, chef de projet, l'ingénieur responsable de la cellule qualité, le médecin gériatre et le cadre de santé de l'USLD. D'autres membres ont pu être appelés selon les ordres de jour, en qualité d'experts techniques, par exemple.

l'organisation des groupes d'auto-évaluation, phase éminemment stratégique de la démarche qualité.

Si la composition des groupes doit, en effet, procéder d'une démarche participative plutôt que de l'injonction, il faut, en revanche, veiller à ce qu'elle soit représentative des différents corps de métiers de l'établissement. Aussi, il est impératif que chaque groupe comprenne des représentants d'au moins trois composantes, que sont le noyau « managérial » (direction, comptabilité, secrétariat), le noyau « prise en charge du résident » (médecin, infirmière, aide-soignante, auxiliaire de vie, animatrice, psychologue) et le noyau « logistique » (cuisine, blanchisserie, service technique). La mixité de la représentation des groupes professionnels est un paramètre fondamental pour la réussite de l'auto-évaluation car la solution qui consiste à ne faire s'exprimer qu'une catégorie professionnelle sur certaines références est contraire à l'esprit de la démarche.

En outre, cette approche permet de dépasser les clivages professionnels concernant la définition même de la qualité. Comme l'a, en effet, démontré une étude réalisée, en 2003, par les laboratoires GRAPHOS et LCPE/LNST du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), la qualité est un thème fédérateur mais elle reste « perçue et exprimée dans le langage à travers les logiques professionnelles »⁸⁵.

Les résultats de cette analyse ne sont pas sans poser, en corollaire, la question de l'objectivité de l'auto-évaluation. Le travail d'auto-évaluation est un travail délicat puisqu'il impose aux salariés d'être en même temps acteurs et spectateurs. Ce processus est une remise en cause, par chacun, de sa pratique professionnelle et collectivement, pour la structure du service qui justifie son existence. La personnalité de l'animateur de chaque groupe est donc ici prépondérante. Sa compétence est, en effet, avant tout relationnelle.

Sur la base de toutes ces données, le comité de pilotage a décidé de répartir les questions du référentiel entre quatre groupes composés, de manière participative, de trois personnes issues des trois « noyaux » de compétence énumérés plus haut et d'un animateur formé à l'animation de groupe ou tout au moins rompu, par son expérience professionnelle, à ce genre d'exercice. Ces groupes ont ensuite été informés par les

⁸⁵ GRAPHOS-CNRS Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé, LCPE/LNST-CNRS. *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Note de synthèse, Avril 2003, p.3.

membres du comité de pilotage des attentes et des règles du jeu. Un calendrier précis leur a été signifié.

Au bout de trois semaines, les groupes d'auto-évaluation étaient tous en mesure de se rencontrer pour dresser la synthèse finale et surtout, confronter leurs points de vue sur les cotations attribuées aux différentes questions. À l'issue de deux réunions de travail de chacune trois heures, la grille ANGELIQUE dûment remplie pouvait être diffusée aux personnels du service et aux représentants des usagers près du Conseil d'Administration de l'établissement. De façon générale, cette photographie a été évaluée comme étant un reflet assez fidèle de l'organisation et du fonctionnement actuels de l'unité. En revanche, bon nombre de participants regrettaient que les résidents n'aient pas été en mesure de faire entendre leur voix.

Une enquête de satisfaction a donc été réalisée auprès des résidents afin de rendre l'évaluation du service plus participative.

b) Accepter de se laisser surprendre par la parole des résidents.

Grâce à l'implication active de six membres du personnel issus du milieu soignant, administratif et technique et au soutien de l'ingénieur responsable de la cellule qualité de l'établissement, un questionnaire de satisfaction a pu être élaboré et diffusé, après un délai d'environ deux semaines. Ce questionnaire, volontairement limité à une vingtaine de questions, pour ne pas rendre le temps d'interview des résidents trop long, a abordé sous forme de thématiques, les points relatifs principalement à l'hôtellerie, à la restauration, à l'animation et de façon plus générale, à la qualité de vie au sein de l'unité. Une plage de réponse libre a été laissée à la disposition des résidents afin de recueillir leurs commentaires ou leurs suggestions sur des questions jugées importantes.

Le questionnaire a ensuite été remis aux 50 pensionnaires susceptibles de pouvoir apporter leur contribution à cette enquête, par le cadre de santé en présence d'un référent soignant chargé d'aider les personnes en difficulté, tout en veillant à ne pas orienter leurs réponses. Cette démarche a constitué un temps privilégié d'écoute et de dialogue entre les soignés et les soignants. Ainsi, sur les 50 questionnaires distribués, 22 ont pu être complètement remplis par les résidents eux-mêmes tandis que 28 l'ont été grâce à l'aide des référents.

Si les résultats de cette enquête se sont révélés moins critiques que ce que le personnel pouvait craindre, quelques remarques de certains résidents ont toutefois créé la surprise.

Ainsi, l'une des premières causes d'insatisfaction des résidents a porté sur un critère tout à fait inattendu qui est le niveau des nuisances sonores au sein de la structure : 15 % des résidents se sont, ainsi, déclarés mécontents (13 %), voire très mécontents sur ce point (2 %).

Mais, les deux grandes rubriques perdantes de cette étude étaient incontestablement la prestation repas et l'animation qui prenaient respectivement la première et la deuxième place au classement des mécontentements. Concernant la prestation restauration, tout d'abord, les réponses ont notamment mis en exergue l'insuffisance qualitative des mets (27 %) mais aussi l'absence de diversité des menus proposés (31 %). Le réchauffement des plats a fait l'objet également de critiques, certains résidents se plaignant de manger leurs repas « brûlants », d'autres se plaignant de les manger « froids ».

Enfin, en ce qui concerne l'animation, si certains résidents ont souhaité indiquer, dans le cadre de la rubrique libre, que le personnel faisait tout son possible «pour rendre les journées agréables », l'absence de personnels qualifiés dans ce domaine semblait priver l'unité d'un véritable projet d'animation. Ce phénomène semble d'autant plus plausible qu'à TOGA, comme dans beaucoup d'autres USLD, la technicité des soins l'emporte encore trop souvent sur l'investissement dans le projet de vie de la structure. Les résidents regrettaient, en outre, que l'on ne tienne pas véritablement compte de leurs goûts avant de mettre en place des ateliers ou, plus exceptionnellement, des sorties.

Sur cette dernière thématique, les conclusions de l'enquête de satisfaction complétaient utilement l'auto-évaluation réalisée par les professionnels eux-mêmes. Elles permettaient notamment de constater que si la satisfaction des résidents constitue incontestablement l'objectif prioritaire de l'équipe soignante, la prise en compte en amont de leurs souhaits et de leurs aspirations ne faisait pas encore partie de la culture de cette unité.

c) *Établir un diagnostic humain de l'unité.*

En mettant en œuvre une démarche qualité dans un futur EHPAD, il s'agit bien, dans l'esprit, de placer les personnes âgées au centre des préoccupations de tous les professionnels de l'établissement en les considérant comme de véritables clients. Mais ce serait une grave erreur stratégique de privilégier les résidents aux dépens des salariés. Une démarche bien conduite doit, en effet, être holistique et concerner tant les prestations matérielles délivrées aux résidents (soins, cuisine, entretien, blanchisserie...), c'est-à-dire

le « bien », mais aussi le « lien » qui est l'accompagnement, l'empathie, l'attention portée et attendue par toute personne âgée.

« La qualité ne peut pas être manichéenne ni exclusive » constataient Hervé LECLET et Claude VILCOT, dès la première page de leur ouvrage « Qualité en gérontologie », « elle doit considérer les deux dimensions simultanément ».

Mais dans un contexte d'agitation voire de contestation sociale, l'enquête de satisfaction auprès des personnels de l'unité constituait-elle la technique la plus appropriée ? La démarche semblait de plus redondante avec les entretiens que j'avais déjà menés avec chaque agent, à la suite de la première réunion d'information sur le conventionnement. À ce stade, une enquête de satisfaction ne m'apprendrait, peut-être, rien de plus.

Aussi, ai-je pris le parti de travailler sur ce thème, à partir d'autres indicateurs comme le taux d'absentéisme et les accidents du travail. L'éclairage porté notamment par le médecin du travail sur les chiffres diffusés en la matière par la direction des ressources

humaines de l'établissement confirmait que certains agents avaient manifestement un comportement de fuite devant leur travail. Ce phénomène était d'autant moins surprenant que certains d'entre eux semblaient avoir été affectés d'office dans cette unité, suite à des difficultés d'ordre professionnel ou relationnel rencontrées dans leur service d'origine.

Quant aux statistiques réalisées sur le nombre d'accidents de travail survenus au sein de l'USLD de TOGA, elles recensaient sur l'année 2004, 22 accidents de travail d'une durée moyenne de deux semaines. Les causes semblaient provenir essentiellement d'accidents dorsaux suite à la réalisation de transferts des résidents de leur lit à leur fauteuil ou vice versa. Le médecin de travail m'a rapidement confirmé que ces chiffres étaient majoritairement dus, certes à un phénomène d'usure des agents, mais aussi et surtout à une absence de formation en la matière.

Les informations ainsi récoltées allaient donc me permettre de dresser un rapport d'évaluation critique, les résultats de l'auto-évaluation pouvant être éclairés par ceux des enquêtes menées tant auprès des résidents que du personnel. Si cette étape n'a pas posé de problème particulier, la phase de constat s'est révélée un peu plus délicate à gérer, en raison même de l'ampleur de la tâche qui semblait attendre le personnel.

2.1.2 Fédérer le personnel en lui proposant un plan d'actions simple et réaliste.

Le référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE a pour vocation d'effectuer un état des lieux. Il recense, à ce titre, les dysfonctionnements ou les insuffisances qui se font jour au moment où il est effectué. La photographie qu'il donne de la situation est indispensable mais insuffisante pour bâtir un projet de convention tripartite. Un état des lieux, en effet, n'est pas un élément dynamique mais un constat et, en tant que tel, figé dans le temps. En outre, l'auto-évaluation donne une valeur égale à toutes les actions, alors qu'il y aurait lieu de les hiérarchiser en fonction de l'importance que leur accorde l'établissement et de décider lesquelles doivent être mises en œuvre en les répartissant dans le temps, les plus urgentes devant être les plus impérieuses.

« Faute d'un engagement stratégique, véritable vision porteuse de qualité... les seuls apports méthodologiques d'auto-évaluation ne produiront [donc] que de piètres effets »⁸⁶.

La démarche qualité est, en effet, un processus de longue haleine. La démotivation peut survenir si les actions engagées sont trop nombreuses et/ou ne produisent pas les effets attendus. Ceci est d'autant plus vrai dans une petite équipe comme celle de l'USLD de TOGA, dont la disponibilité est limitée. La définition d'un plan d'actions prioritaires simple et générant des résultats visibles m'a permis de crédibiliser la démarche et de lever les doutes des plus incrédules.

A) Le projet de service, support indispensable du projet de convention tripartite.

Compte tenu que la démarche qualité et la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ont la même finalité de refondation d'une institution ou d'une unité, il peut s'avérer opportun de lier les deux processus. Ceux-ci font, en effet, appel à la même dynamique du changement et peuvent se renforcer mutuellement. Leur articulation peut donc amener des gains de temps et d'énergie.

a) *De la qualité de vie au projet de service : une autre expérience de management stratégique au sein de l'USLD de TOGA.*

Conformément à l'engagement qui avait été pris auprès des autorités de tutelle, la direction du Centre Hospitalier de BASTIA a souhaité qu'à l'issue de la procédure d'auto-évaluation, le personnel de l'USLD de TOGA soit amené à formaliser les axes

⁸⁶ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. pp. 11-12.

prioritaires de son projet de service. Le choix a été fait de recourir à un consultant extérieur, le personnel et le cadre du service n'ayant jamais participé à l'élaboration d'un tel document.

La première étape a consisté à expliquer aux participants en quoi les notions de projet de service et de conventionnement étaient liées. Le consultant, s'appuyant sur les propos de Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE recueillis dans leur ouvrage « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales » a ainsi expliqué au personnel de l'USLD de TOGA que « la démarche qualité est elle-même à la fois un projet, une quête continue et globale d'amélioration, une démarche culturelle et pragmatique [qui ne peut cependant développer] toute sa pertinence [que] depuis et dans le cadre finalisé d'un projet d'action collective ».

À la question posée par un certain nombre de membres du groupe de travail « que se passerait-il si nous poursuivions la démarche qualité sans formaliser le projet de service ? », la réponse était donc sans appel : « à défaut d'être soutenue par un projet de service, une démarche qualité risque de se réduire au simple énoncé d'un programme et à une liste de procédures »⁸⁷.

Les participants ayant acquis la certitude de la nécessité de formaliser le projet de service, la seconde étape a eu pour but de leur donner des éléments de méthodologie. Le consultant a ainsi rappelé que le projet de service devait comporter « en peu de pages :

- ce que l'on veut continuer de faire : les forces à maintenir,
- ce que l'on veut abandonner de faire : les faiblesses à corriger,
- ce qui ne se faisait pas et doit se faire,
- ce qui ne se fait pas et qu'il n'est pas justifié de faire »⁸⁸.

Disposant d'éléments d'information et d'un plan de travail, les membres du groupe ont entamé leur réflexion. Le premier temps d'échange étant destiné à recenser et à valoriser les points forts à maintenir et/ou à développer, le personnel s'est trouvé tout naturellement

⁸⁷ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. p. 225.

⁸⁸ Définition donnée par Joël CLÉMENT. CREA RHÔNE-ALPES. In Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 5.

motivé pour s'investir dans la démarche. La formalisation d'un premier projet accompagné d'un plan d'actions a pu aboutir à l'issue de cinq réunions d'environ chacune trois heures.

Les priorités retenues ont été les suivantes :

- Offrir aux résidents un lieu de vie attrayant et sécurisé,
- Respecter leur intimité et leur dignité,
- Cerner les besoins individuels et tenir compte de l'identité de chacun,
- Développer un programme d'animation diversifié qui répond aux attentes des résidents,
- Ouvrir le service sur l'extérieur pour éviter tout effet ségrégatif,
- Développer un véritable partenariat avec les familles en :
 - . Améliorant leur accueil au sein de l'institution,
 - . Les incitant à participer à la vie du service,
- Impliquer les équipes dans la définition et la mise en œuvre des schémas organisationnels de l'institution et fédérer le service autour d'une démarche projet,
- Améliorer la professionnalisation du personnel par une politique de formation.

Afin d'éviter le risque de s'en tenir aux intentions, un plan d'actions sous forme de fiches-projets a été élaboré pour décliner ces objectifs institutionnels en objectifs opérationnels privilégiant d'abord les actions modestes mais convaincantes et prévoyant un calendrier et des moyens précis. Ce travail a largement servi de support au projet de convention tripartite, les objectifs institutionnels rejoignant, en grande partie, les « obligations » issues du cahier des charges que la convention tripartite se doit de mettre en œuvre.

b) La convention tripartite, acte de consolidation du cycle vertueux du management au service du résident.

Selon Joël CLÉMENT, « la place du conventionnement est au centre du dispositif organisationnel des établissements, au croisement de tous les échanges. Il réalise une régulation politique de ces échanges dont la fonction management assure l'exécution »⁸⁹. Ainsi, le conventionnement tripartite constituerait un espace de négociation à l'issue duquel l'offre à destination des usagers prendrait sa forme définitive en fonction des objectifs retenus et des ressources attribuées par les financeurs. Le conventionnement

⁸⁹ CLÉMENT J. CREA I RHÔNE-ALPES. Point de vue sur le conventionnement tripartite. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 15.

serait donc une sorte de « compromis à trouver entre l'intérêt supposé objectif défendu par les tarificateurs et celui présumé subjectif de l'établissement »⁹⁰.

Les trois parties concernées par la négociation relative aux conventions tripartites n'étant pas égales, l'administration conservant toutes ses prérogatives de puissance publique, le directeur d'établissement doit, en conséquence, présenter un plan d'actions certes ambitieux, mais surtout et avant tout réaliste. Cela est d'autant plus nécessaire que la première convention tripartite sert le plus souvent « de contrat de régularisation » de l'opération sincérité des comptes réalisée au sein de l'établissement, et qu'elle ne permet donc pas d'obtenir, à l'issue de cette première phase, pléthore de moyens nouveaux. Ceci étant, le directeur d'un EHPAD doit aussi savoir utiliser les termes de la loi pour rendre certaines clauses de son projet de conventionnement, non négociables.

Partant de ces différents postulats, le plan d'actions prioritaires, c'est-à-dire à mettre en œuvre dès la signature de la convention, a ainsi mis l'accent sur la sécurité des résidents au sein de l'unité de TOGA, en particulier en matière de gestion du risque incendie. Une mise aux normes étant indispensable en la matière, cet objectif constituera le premier point de discussion avec les autorités de tutelle. À côté de ce premier objectif que l'on pourrait qualifier « d'onéreux », un plan d'actions, en la matière, sera mis en place, dès la première année, avec notamment pour objectif l'élaboration d'un dossier de consignes.

Conformément aux engagements qui avaient été pris auprès des autorités de tutelle, le plan d'actions a ensuite intégré, au titre des priorités, la mise en œuvre des différents dispositifs issus de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, visant à favoriser l'exercice des droits des résidents.

Enfin, la troisième partie du plan d'actions a laissé la place aux objectifs qualité dont la réalisation est programmée sur cinq ans et pour lesquels, une négociation devra s'engager avec nos partenaires financeurs. Parmi ceux-ci figurent en première place, les objectifs relatifs à l'amélioration de la prestation hôtelière et de l'animation pour lesquels, une enveloppe financière substantielle sera sollicitée également de façon prioritaire. Si ces moyens venaient à être accordés, ils permettraient notamment de redynamiser le plan d'équipements du service et de recruter un animateur confirmé. Si, en revanche, aucun moyen financier n'était attribué dans ce cadre, cela n'empêcherait pas l'institution d'engager un certain nombre d'actions en vue d'améliorer ces deux prestations. Il faut

⁹⁰ Ibidem note n°89, p. 16.

bien, en effet, admettre que la mise en œuvre d'une démarche qualité ne tient pas uniquement à l'attribution de moyens nouveaux. En l'espèce, l'absence d'une analyse régulière des besoins et des attentes des résidents et d'une politique efficace d'évaluation a certainement, au fil des années, pesé plus lourd dans la balance de la non-qualité que le manque de moyens financiers. Ces deux chaînons sont d'ailleurs indispensables au bon déroulement du cycle de la qualité.

B) Les clés de la réussite de la démarche qualité au sein de l'USLD de TOGA.

Pour réussir une démarche qualité, certains auteurs disent parfois «qu'il n'y pas de recette toute faite ni de solution miracle [...] »⁹¹. Au sein de l'USLD de TOGA, on peut toutefois affirmer que la mise en œuvre d'une politique stratégique centrée sur l'analyse des besoins des résidents et sur l'évaluation de leur satisfaction a constitué un facteur clé de la réussite de la démarche.

a) *Analyser les besoins et les attentes des résidents pour accroître leur satisfaction.*

L'objectif d'une démarche qualité est d'obtenir la satisfaction des besoins, attentes et exigences exprimés et implicites des clients (en premier lieu des personnes âgées). Leur connaissance est ainsi un préalable fondamental de toute démarche qualité. C'est cette approche qui a été largement privilégiée au sein de l'USLD de TOGA.

Pour pouvoir mener à bien une telle démarche, il est avant tout nécessaire d'amener les professionnels de l'établissement à s'interroger sur leurs représentations des attentes et des besoins des résidents. Le plus souvent, en effet, ces professionnels sont imprégnés de certaines représentations concernant les personnes qu'ils accompagnent quotidiennement : « elles ne peuvent s'exprimer du fait de leur dépendance, elles n'ont plus de désirs, seule la nourriture les intéresse... ». En outre, absorbés par l'importance des tâches qu'ils ont à accomplir, les agents tentent souvent d'apporter, en priorité, des réponses aux besoins élémentaires des résidents sans avoir le temps et la distance nécessaires pour entendre ce qui va être le plus important pour la vie de chacun d'entre eux. Les conditions de travail, les conflits d'équipes et de personnes, les logiques des différents métiers sont les premiers obstacles que les responsables doivent prendre en compte dans cette approche pour que les professionnels puissent être plus disponibles pour entendre et observer les attentes des personnes. Par ailleurs, il faut que le personnel perçoive que la démarche, ici, ne consiste pas à évaluer la satisfaction du résident, mais

⁹¹ LECLET H., VILCOT C. *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 2003. p. 312.

à lui faire comprendre que son parcours de vie et ses attentes, même implicites, ont de l'importance et sont nécessaires à l'élaboration d'un projet authentique.

La première étape entreprise dans ce cadre, a donc visé l'élaboration collective d'un guide d'entretien qui servira de trame à des entretiens individuels. Cette méthode de travail permet aux professionnels de construire leur propre questionnement en partant des hypothèses de travail qu'ils formulent dans le cadre du projet, tout en s'autorisant à vérifier leurs intuitions et leurs observations quotidiennes. Cette méthode permet de donner réellement la parole au résident, alors qu'il y a plus de risque qu'un questionnaire écrit soit rempli par sa famille, qui aura tendance à se prononcer sur des prestations alors qu'il s'agit d'aller à la rencontre d'une personne. Toutefois, pour ne pas enfermer le recueil des désirs des résidents dans des temps formels d'échanges, les groupes de travail ont été parallèlement encouragés à pratiquer l'écoute spontanée, afin de recueillir ce qui s'exprime en dehors des demandes et des réponses explicites : commentaires, remarques incidentes, opinions diverses ne demandent, en effet, qu'à trouver des oreilles

attentives, qui leur font souvent défaut dans la vie quotidienne. À partir de ce matériau souvent très riche, il est aussi possible de réfléchir à ce qui a réellement de l'importance aux yeux des résidents et de travailler sur cette base.

Parallèlement, une grille d'évaluation des animations, activités et loisirs des résidents a été mise en place avec un mode d'emploi formalisé autour de trois étapes. Lors de la première étape, le cadre ou le soignant référent de la personne âgée remplit la partie administrative puis réalise, avec le médecin coordonnateur, une évaluation initiale des capacités du résident. Il recueille également pendant cet entretien les goûts et les attentes du nouveau résident. Lors de la deuxième étape, une concertation entre le soignant et l'intervenant en animation permet de déterminer une première orientation du résident en fonction de ses capacités et de ses souhaits. La troisième étape a pour but d'évaluer l'adéquation du programme d'animation proposé au résident et de le réorienter, avec son avis, sur d'autres activités, si besoin. L'utilisation de cette grille offrira, à l'avenir, de nombreux avantages. Elle permettra, notamment, d'instaurer une « passerelle » entre le soignant et l'animateur dans une démarche qualité de prise en charge de la personne âgée par une équipe pluridisciplinaire.

La formalisation du guide d'entretien individualisé et de cette grille d'animation constitue, en outre, une étape décisive dans le cadre de l'instauration des projets personnalisés.

b) *Évaluer au moyen d'indicateurs pertinents pour pérenniser la démarche.*

La condition sine qua non de la réussite et de la pérennisation d'une démarche qualité réside assurément dans la capacité de toute une équipe à évaluer les évolutions au regard d'objectifs qualité. Pour permettre une lecture simple de cette évolution, les indicateurs doivent être compréhensibles dans leur usage, faciles à saisir et surtout « ne pas offrir l'occasion d'interprétations »⁹². La définition donnée de l'indicateur par l'ANAES précise encore que « l'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire »⁹³. Les indicateurs sont donc différents selon le type de qualité que l'on souhaite mesurer.

La boucle de la qualité définit quatre type de qualité : la qualité prévue, la qualité fournie, la qualité perçue, et la qualité attendue. Chaque type de qualité est mesuré spécifiquement par un ou plusieurs types d'indicateurs :

- le niveau de qualité prévue est quantifiable par des indicateurs de structure qui se composent en général de la prestation de référence (le niveau de performance mesurable à atteindre) et d'un seuil d'inacceptabilité (niveau inacceptable prédéfini),
- le niveau de qualité fournie est mesuré par des indicateurs de résultats,
- l'écart entre la qualité prévue et la qualité fournie est mesuré à l'aide d'indicateurs de processus,
- l'écart entre la qualité attendue et la qualité perçue est mesuré par des indicateurs de satisfaction des clients.

Au sein de l'USLD de TOGA, des indicateurs existaient déjà pour mesurer les deux premières variables. Les indicateurs processus ont, pour leur part, fait l'objet d'une définition précise et systématique dans le cadre de l'élaboration du plan d'actions issu de l'auto-évaluation. Le parti a donc été pris de concentrer les efforts d'un groupe de travail sur les indicateurs de satisfaction des résidents. L'évaluation de la satisfaction, en tant que mode de description du réel et levier possible de décision, s'avère, en effet, de nature stratégique. « Sa prise en compte constitue un élément essentiel d'une politique d'amélioration continue de la qualité sanitaire et sociale à l'écoute de l'usager, de ses besoins et de ses attentes »⁹⁴.

⁹² CLÉMENT J. CREA RHÔNE-ALPES. Point de vue sur le conventionnement tripartite. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 18.

⁹³ Définition reprise par Hervé LECLET et Claude VILCOT. In *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 2003. p. 246.

⁹⁴ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. p. 157.

Le groupe de travail a estimé qu'en la matière, les outils de mesure devaient être tant quantitatifs que qualitatifs. Les outils quantitatifs présentent l'avantage de donner une valeur mesurable, un score. Aussi, il a semblé opportun de pérenniser la démarche d'enquête à raison d'une enquête globale, une fois dans l'année, accompagnée d'enquêtes plus thématiques, si les résultats de l'enquête globale venaient à mettre en exergue un taux de satisfaction médiocre sur certains items.

À côté de ce dispositif quantitatif, le choix a été fait de mettre en place un outil de mesure qualitatif sous la forme d'un cahier de recueil des plaintes, assorti de réponses écrites ou d'entretiens, dans les cas de dysfonctionnements les plus graves.

Ces dispositifs nouveaux d'évaluation seront destinés à recueillir les avis des résidents eux-mêmes mais également de leurs proches qui d'une part, sont à même de compléter leurs évaluations, étant au plus près de leurs habitudes de vie et, d'autre part, sont personnellement concernés en tant que bénéficiaires secondaires des services et de l'organisation. Ces modalités d'évaluation constitueront, en outre, pour les résidents et leurs familles autant d'appels de l'institution à accompagner le changement initié par toute une équipe soucieuse de répondre à leurs besoins et à leurs attentes.

2.2 Manager le changement pour changer le management et imaginer un nouvel établissement.

Le processus de conventionnement, à travers notamment la mise en œuvre de sa démarche qualité, invite les établissements hébergeant des personnes âgées à repenser le sens de leurs missions, redécouvrir leurs valeurs fondatrices, reconsidérer leurs projets. Ces établissements sont en outre, amenés, à cette occasion, à prendre la mesure des contraintes, intégrer la complexité des interventions sanitaires et sociales pour retrouver la cohérence de la prise en charge, retrouver l'usager. La démarche qualité initiée par le mécanisme de contractualisation des EHPAD relève donc « tout à la fois d'un idéal, d'une ambition partagée, d'un long processus autant que de méthodes ». Aussi, suppose-t-elle notamment une aptitude de leurs managers à conduire le changement.

Seule une volonté managériale ferme permet, en effet, de rompre avec le « cycle de la répétition » et du « mimétisme bureaucratique »⁹⁵. C'est aussi cette volonté managériale qui permet à l'organisation de s'orienter vers des choix stratégiques qui répondent à des obligations tout en se saisissant d'opportunités internes et externes, faisant de « l'institution apprenante » une réalité et un support pour le service et la place de l'utilisateur.

2.2.1 Une occasion unique pour le directeur de reconsidérer sa stratégie en interne.

Selon Alain DERRAY et Alain LUSSEAULT, établir une stratégie, c'est « tracer des trajectoires d'évolution autour desquelles pourraient s'ordonner les décisions et actions ponctuelles de l'entreprise »⁹⁶. Donc, en principe la stratégie doit s'effectuer a priori, puisqu'elle précède et oriente l'action, mais il n'est pas rare, comme le précise d'ailleurs Pierre LOUIS, que « des actions empiriques délimitent a posteriori ses grandes lignes ».

Le plan d'actions résultant de la mise en œuvre du processus de conventionnement au Centre Hospitalier de BASTIA, en est sans doute l'une des meilleures illustrations.

A) La nécessité pour le directeur de choisir un mode opératoire adapté.

La volonté de permettre la participation, tant des usagers (ou de leurs représentants) que des acteurs de terrain, amène, bien évidemment, à reconsidérer la très sensible question de la gestion du pouvoir dans les organisations, et consécutivement, le contenu et les formes d'exercice de la fonction de direction en institution.

Si l'on retient, en effet, pour un service ou un établissement que l'objectif de performance globale ne peut s'approcher qu'en mobilisant chaque intervenant pour son champ propre et en inscrivant celui-ci dans l'ensemble du dispositif, alors on prend la mesure que l'on ne saurait poursuivre cette fin sans reconsidérer également la politique managériale.

a) *Les retombées de la démarche sur le management et la gestion des ressources humaines.*

⁹⁵ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004. p. 74.

⁹⁶ Définition citée par Pierre LOUIS In *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 91.

À l'opposé des principes posés par Henri FORD qui a pu écrire «j'ai su éliminer du travail l'art de l'homme », les managers «gagnants » seraient donc «ceux, qui ayant intégré la figure du dirigeant animateur, savent créer les conditions d'implication des différents acteurs, les associer et les motiver, stimuler leur autonomie, rechercher avant tout l'adhésion, et non plus seulement comme avant, le compromis dans un système de commandement centralisé »⁹⁷.

Isabelle ORGOGOZO apporte d'ailleurs un complément utile à ce constat en mettant en valeur le paradoxe suivant : « dans les nouvelles organisations, la seule façon d'accroître son pouvoir, c'est accepter d'en perdre en abandonnant une part de son pouvoir de contrainte pour accroître son pouvoir d'influence en aidant chacun de ses collaborateurs à prendre conscience de sa capacité d'action »⁹⁸. On ne saurait donc proposer et poursuivre une démarche aussi complexe que celle du conventionnement, sans avoir préalablement fait le choix délibéré de ce mode de gestion participatif.

De ce point de vue, on constate encore que les démarches qualité issues de ce processus peuvent constituer des outils très efficaces de motivation des personnels des EHPAD, à condition toutefois qu'elles s'adressent directement à eux et qu'ils puissent en apprécier des résultats tangibles. Ainsi, si la démarche qualité tend à sécuriser les pratiques professionnelles, il faut que celle-ci s'inscrive dans un intérêt manifeste pour l'ensemble des acteurs non pas comme une obligation quasi rituelle vidée de sa pertinence, de son enjeu et de son sens.

Pour cela, il faut aussi clarifier les rôles, favoriser les échanges d'informations pour développer une cohésion morale et une coopération horizontale (équipe) et verticale (hiérarchie, équipe médicale, paramédicale, administrative, bénévoles), riches de compétences pluridisciplinaires de l'équipe afin d'instaurer un consensus qui puisera ses racines dans la capacité de l'institution à définir des choix et à mettre en place ou à renforcer des projets clairement définis, compris et admis par tous ses membres.

Au sein de l'USLD de TOGA, cette clarification des rôles a été effectuée notamment, par l'établissement de fiches de postes. Ce travail de formalisation a ainsi permis aux agents

⁹⁷ LAMBERT F. TECHNÈ CONSEIL. Depuis que la qualité n'est plus un sujet tabou... La mise en œuvre des obligations d'évaluation contenues dans la loi 2002 et ses retombées sur le management. *Les Cahiers : qualité, état des lieux*, Octobre 2002, n°4, p. 9.

⁹⁸ Propos cités par Pierre LOUIS In *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 120.

déjà intégrés de se repositionner par rapport aux missions qui leur étaient initialement dévolues. Il a permis, en outre, de contractualiser avec les agents nouvellement recrutés, les principales tâches du futur métier qu'ils seront amenés à exercer. Naturellement, ces fiches n'ont pas vocation à être exhaustives. Aussi, pour ne pas accroître les risques de conflits voire de contentieux avec les agents, un alinéa supplémentaire a été inséré dans le corps de leur contrat de travail afin de préciser les limites des profils de poste ainsi annexés.

Parallèlement, des mesures sociales ont été instaurées. Ainsi, pour les contractuels les plus anciens, un plan de titularisation a été mis en place, avec en corollaire l'organisation de concours sur titres. Plus globalement, pour stimuler les agents sur le moyen et le long terme, un plan de formation pluriannuel ambitieux a été arrêté avec les partenaires sociaux, en vue de parfaire les connaissances et les compétences professionnelles de l'équipe de l'USLD de TOGA, dans les domaines notamment de la prise en charge des personnes psychiquement dépendantes et des soins palliatifs. Ce plan de formation interne s'est d'ailleurs rapidement enrichi grâce au développement de modalités de coopération dans ce domaine, avec le Centre Hospitalier de CORTÉ-TATTONE.

b) *D'une organisation « réactive » à la construction d'une organisation « active » : la mise en place du « maillon manquant » entre la direction des services de soins et la direction des services logistiques.*

Si le processus de conventionnement a permis d'engager une démarche qualité novatrice au sein de l'USLD de TOGA, elle a surtout permis de mener une réflexion plus globale, au sein de la communauté hospitalière, sur la spécificité de la prise en charge des personnes âgées. Le contexte était d'ailleurs d'autant plus propice à la mise en place d'un plan d'actions en la matière que les représentants des usagers avaient, au cours d'une réunion du Conseil d'Administration, communiqué auprès des administrateurs le contenu de différents courriers de plaintes qui leur étaient parvenus de la part des familles de personnes âgées hospitalisées.

Ceux-ci mettaient notamment en évidence les difficultés des personnes âgées à s'alimenter, en raison même du conditionnement des aliments (fromage sous blister, par exemple, que le résident ne peut ouvrir) ou de leur composition parfois peu adaptée à leur capacité de mastication (fruits trop durs non remplacés par des laitages, en cas de difficultés par exemple). Pire encore, plusieurs courriers dénonçaient vivement l'absence d'accompagnement à la prise du repas de personnes âgées psychiquement et/ou physiquement dépendantes, ce qui aurait d'ailleurs conduit certaines d'entre elles « à ne

s'alimenter qu'à l'occasion de visites de la famille ». Pourtant, une équipe d'aides hôtelières avait récemment été instaurée, dans l'enceinte de l'hôpital, en vue de pallier ces situations.

À la lecture de ces faits qualifiés « d'intolérables » par les administrateurs, la Directrice m'a demandé de me rapprocher de la direction des services de soins et de la direction des services logistiques en vue de mettre en place, dans les meilleurs délais, un certain nombre d'actions correctives. Très rapidement, je me suis rendue compte que ce travail de « sensibilisation » des esprits aux spécificités de la prise en charge gériatrique nécessiterait du temps mais surtout un investissement quotidien auprès tant des services

soignants qu'administratifs. Une nouvelle organisation devait donc être envisagée en vue non seulement de réagir rapidement face aux dysfonctionnements relevés mais aussi d'agir, de façon plus pérenne, pour les prévenir.

Cette nouvelle organisation nécessitait, à mon sens, la création ou le redéploiement d'un poste d'encadrement de la filière soignante, dont les missions seraient de coordonner les interventions des aides hôtelières, de rencontrer les cadres de santé pour mettre en œuvre des plans d'actions personnalisés visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées les plus fragiles, de relayer auprès de la direction des services logistiques et des services qui en dépendent, les événements indésirables afin de mettre en place, avec leur concours et celui de la cellule qualité, les actions correctives et préventives les plus adaptées.

Cette proposition a été jugée pertinente par les membres de l'équipe de direction et par les représentants des usagers qui ont apprécié qu'un poste d'encadrement soit entièrement dédié à la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital. La mise en place de ce poste permettrait, en outre, d'améliorer la communication à la fois interne et externe, l'agent investi de cette mission apparaissant comme « la » personne référente de la gériatrie au sein de l'établissement.

Il ne restait plus qu'à trouver le ou la candidat(e) idéal(e) pour pourvoir ce poste. Parmi les candidat(e)s cadre(s) susceptibles d'assurer cette fonction, l'une d'entre eux a retenu notre attention. Ses motivations rejoignaient amplement les objectifs qualitatifs que la direction de l'établissement voulait introduire. Son recrutement est donc intervenu rapidement. Son premier bilan d'activité présenté trois mois seulement après sa prise de fonction, nous a largement confortés dans le choix opéré sur la personne.

Grâce à l'instauration de ce dispositif, le Centre Hospitalier de BASTIA a objectivement amélioré ces prestations d'hébergement et de restauration à l'égard des personnes âgées hospitalisées en son sein. Depuis le mois de février 2005, date de recrutement du cadre référent de la prise en charge des personnes âgées, les plaintes des familles sur la qualité des prestations d'hôtellerie et de restauration ont diminué de façon très sensible.

Cette avancée a permis à la direction de l'établissement de réfléchir plus sereinement sur sa capacité à développer des modalités de prise en charge spécifiques en faveur des patients âgés, en vue d'améliorer leur trajectoire de soins mais aussi celle de leur institutionnalisation.

B) Une opportunité pour repenser, plus globalement, la prise en charge du sujet âgé au sein de l'établissement.

Si les différentes évaluations réalisées au sein de l'USLD de TOGA à l'occasion du conventionnement, ont valorisé la qualité des soins techniques réalisés par l'équipe, elles ont, en revanche, mis en exergue les mauvaises conditions d'arrivée des pensionnaires au sein de cette unité. Pour la plupart d'entre eux, en effet, leur institutionnalisation s'était déroulée en urgence dans un contexte de crise, parfois même, suite à des difficultés pour trouver un lit d'hospitalisation au sein de l'hôpital général.

Avec l'émergence prégnante d'une approche économique de la santé, on peut d'ailleurs se demander si « le vieux a [...] encore sa place à l'hôpital »⁹⁹. Pour que l'hôpital puisse intégrer la culture des soins aux personnes âgées, il faut, peut-être, comme le pense Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, Directrice générale de l'AP-HP que les gériatres puissent « montrer à leurs collègues ce que signifie la prise en charge de personnes âgées »¹⁰⁰. C'est cette orientation qu'a choisie le Centre Hospitalier de BASTIA en décidant de réorganiser sa pratique médicale en la matière, autour d'une filière de soins gériatrique.

a) *La création d'un hôpital de jour gériatrique pour une amélioration, en amont, de l'évaluation et de l'orientation des patients âgés.*

⁹⁹ BARRESI V. Sujets âgés : bientôt indésirables à l'hôpital ? Dossier : personnes âgées hospitalisées. *Décision Santé*, Octobre 2004, n°208, p. 9.

¹⁰⁰ LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Paris : Seli Arslan, 2002. p. 10.

Comme dans beaucoup d'autres régions, le mode le plus fréquent d'entrée des personnes âgées de HAUTE-CORSE dans le système de soins, survient lors d'une situation de crise, à la suite, par exemples, d'un accident, d'une maladie ou d'une diminution brutale de l'autonomie. Ainsi, au Centre Hospitalier de BASTIA, le service des urgences concentre près de 80% des entrées de cette population alors qu'il ne constitue pas un moyen adapté à sa prise en charge. En effet, conçu pour le traitement curatif de pathologies aiguës, il ne peut répondre qu'imparfaitement à une demande complexe requérant, à la fois, une réponse d'ordre sanitaire (parfois de faible technicité) mais aussi sociale. En outre, le passage dans le service des urgences constitue souvent une expérience traumatisante qui contribue à aggraver l'état de santé des sujets âgés.

Dès 1999, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la HAUTE-CORSE pointait d'ailleurs que «le taux de personnes âgées hospitalisées dans les établissements de santé insulaires reste très supérieur à la moyenne nationale sans offrir, pour autant, à cette population, une prise en charge optimale ». Conformément aux objectifs de la circulaire relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique qui ne verra le jour que près de trois ans plus tard, ce schéma préconisait déjà « l'organisation de filières gériatriques au sein des hôpitaux, lesquelles doivent se structurer autour d'unités d'hospitalisation traditionnelles mais aussi de structures alternatives à l'hospitalisation complète, telles que l'hôpital de jour ».

Des réflexions sur la mise en place d'une telle structure avaient certes déjà été initiées mais aucune d'entre elles n'avait pu donner le jour à un projet réellement cadré et formalisé. Un nouveau groupe de travail sur ce thème fut donc installé, comportant notamment, la Directrice des services de soins, le médecin coordonnateur et le cadre de santé de l'unité de soins de longue durée de TOGA.

Si un consensus est rapidement apparu en faveur de la création d'un hôpital de jour à vocation gériatrique, les objectifs qui sous-tendaient sa création semblaient toutefois relever d'une logique bien différente d'un acteur à l'autre. J'ai donc décidé de réorienter la réflexion sur les bases qui pouvaient fonder un tel projet. Après en avoir débattu, les membres du groupe de travail ont convenu que quatre buts pouvaient justifier la mise en place de cette structure alternative à l'hospitalisation.

Le rôle principal de toute structure de soins étant le diagnostic, l'hôpital de jour devait naturellement constituer un lieu d'expertise. Pour mieux cerner les contours de ce premier but, le groupe de travail a tenté de définir cette mission par des mots-clés qui ont été les suivants : bilans, pluridisciplinarité et prévention. L'hôpital de jour a, en effet, pour but

principal de permettre l'organisation de bilans afin d'orienter au mieux le sujet âgé vers la structure de soins ou d'hébergement la plus adaptée à son état de santé et à ses potentialités.

Pour être efficace et moderne, il est, en outre, rapidement apparu que l'organisation du soin autour de la personne âgée doit l'orienter vers une prise en charge pluridisciplinaire globale associant des soins et des démarches diagnostiques somatiques avec, en particulier, l'orientation vers les médecins spécialistes au sein de l'unité hospitalière et l'intervention, dans le cadre de l'hospitalisation de jour gériatrique, de soignants à orientations multiples, comme la psychologue, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute.

Cette organisation permettrait, au final, d'avoir une approche globale de la prise en charge de la personne, par la mise en œuvre de démarches préventives (visant à limiter au maximum la dépendance), curatives (visant à proposer au sein de la polypathologie les soins les plus rentables) et adaptatives (visant à limiter les handicaps et offrir une qualité de vie maximale).

Pour les membres du groupe de travail, l'hôpital de jour gériatrique devait encore constituer un lieu de référence, c'est-à-dire un lieu de réponse aux questions posées par les médecins généralistes, les structures de soins mais aussi les structures d'hébergement. Les moyens techniques notamment en réadaptation et en rééducation mis à la disposition de cette structure devaient également permettre d'éviter aux personnes âgées de se déplacer plusieurs fois en divers endroits pour effectuer des examens médicaux ou des traitements qui peuvent être pris en charge localement.

Cette idée faisait d'ailleurs le lien avec le troisième but donné à cette structure, de permettre la poursuite des soins, avec comme objectif principal d'éviter des hospitalisations non programmées. Lieu d'attention, l'hôpital de jour gériatrique aurait encore vocation à jouer un rôle d'interface entre le dedans et le dehors, permettant aux familles de se retrouver et aux soignants d'interroger pour pouvoir répondre au fur et à mesure de l'évolution des pathologies, aux problèmes posés.

Enfin, les membres ont souhaité acter la vocation de l'hôpital de jour gériatrique à prendre une place prépondérante dans le tissu pour devenir le « nœud » du réseau et la « clef » de la filière. Dans le cadre du réseau, cette structure aurait ainsi vocation à apporter aux médecins généralistes non seulement une aide technique dans l'élaboration du diagnostic, mais aussi des informations concernant la situation médico-sociale des sujets traités. Dans le cadre de la démarche en filière, l'hôpital de jour pourrait encore répondre,

de façon adaptée, à la demande du service des urgences qui accueille des patients âgés nécessitant une prise en charge spécifique et pour lesquels la tolérance dans les services de soins classiques est difficilement obtenue.

Outre les objectifs ambitieux ainsi définis, le projet de l'hôpital de jour gériatrique présentait l'avantage de pouvoir être mis en œuvre rapidement, par simple redéploiement de personnel. Le Centre Hospitalier de BASTIA disposait déjà, en effet, d'un effectif médical et paramédical affecté à la réalisation de consultations mémoire et de consultations d'évaluation gériatrique, lesquelles avaient vocation à être regroupées sous cette modalité d'hospitalisation particulière. Enfin, la création de cette structure répondait

aux appels notamment des partenaires financeurs qui souhaitaient que l'hôpital pivot du bassin de population bastiais se positionne de façon plus affirmée dans la constitution d'une filière gériatrique, laquelle s'appuierait sur une unité de court séjour dédiée à la prise en charge du sujet âgé.

b) L'instauration d'une unité de court séjour gériatrique, pour une prise en charge spécifique du sujet âgé.

L'idée d'ouvrir une unité d'hospitalisation en médecine dédiée aux personnes âgées, au Centre Hospitalier de BASTIA, a pris naissance dans la dynamique instaurée par le conventionnement mais elle a été également activée par deux réformes majeures qui se mettent actuellement en place au sein des établissements publics de santé, à savoir la tarification à l'activité et la constitution des pôles d'activité médicale.

Avec l'accroissement de la part de la tarification à l'activité dans le financement des hôpitaux, ceux-ci sont amenés à garder un œil vigilant sur leurs durées moyennes de séjour. À un Groupe Homogène de Séjour (GHS) correspond, en effet, une enveloppe financière avec des pénalités si la Durée Moyenne de Séjour (DMS) s'allonge (par exemple, au-delà de 18 jours pour une pneumonie). Ainsi, à GHS identique, le patient a tout intérêt pour l'institution à avoir une courte durée de séjour.

Or, au fil des années, l'âge moyen des malades hospitalisés a cru considérablement. De facto, les séjours des malades âgés deviennent de plus en plus nombreux dans les services hospitaliers. Actuellement, il faut ainsi rappeler que dans les hôpitaux français, près de deux tiers des patients hospitalisés en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ont

plus de 75 ans¹⁰¹. Ces patients âgés entrent souvent dans ces unités par défaut, ce qui n'est pas, au final, sans impacter les DMS de ces services d'accueil dont la prise en charge se révèle souvent, pour ce type de clientèle, inadaptée.

Au-delà des considérations économiques, c'est bien aussi de la qualité de la prise en charge de cette population dont il s'agit. Les deux notions sont d'ailleurs totalement imbriquées. Une des caractéristiques de la gériatrie est bien, en effet, de repérer comorbidités (pathologies concomitantes) et facteurs de fragilité de la personne âgée. La non prise en compte de cette fragilité expose des personnes âgées à des conséquences spécifiques telles que chutes à répétition, syndrome confusionnel, incontinence, iatrogénie dont on sait qu'elles aboutissent à l'échelle individuelle à une perte d'autonomie et à l'échelle de la collectivité à des hospitalisations en urgence, à l'encombrement de structures hospitalières et à des surcoûts.

C'est donc tout naturellement que la réflexion du Centre Hospitalier de BASTIA s'est orientée vers l'instauration d'un service de médecine gériatrique, d'une capacité de 8 lits. Cette unité constituée autour d'une équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gérontologie doit permettre, à terme, d'apporter une réponse spécifique et globale à la demande de prise en charge « des malades âgés, polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe ». Conformément également aux termes de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, l'ouverture de cette unité est intervenue par redéploiement de lits de médecine générale. Cette réorientation de l'activité médicale s'est trouvée facilitée par le fait que le taux d'occupation réalisé au sein des deux services de médecine d'une capacité totale de 120 lits ne dépassait pas 86 %. Une optimisation de l'offre de soins était donc, à ce niveau, indispensable.

Par ailleurs, l'ouverture de cette unité permettra peut-être d'optimiser le taux d'occupation du service de soins de suite et de réadaptation dont la clientèle tend, depuis plusieurs années, à diminuer au profit des cliniques privées, mieux équipées en terme de confort hôtelier.

¹⁰¹ DE WAZIÈRES B. La tarification à l'activité : inquiétude et espoir des gériatres. *La revue de gériatrie*, Novembre 2004, Tome 29, n°9, p. 686.

La constitution de cette filière gériatrique a, en tout état de cause, trouvé sa consécration au Centre Hospitalier de BASTIA avec la constitution d'un pôle d'activité médicale à orientation « thématique » dédié à la prise en charge des personnes âgées. Les réformes issues du champ sanitaire n'ont donc pas constitué un frein à la réflexion menée dans le cadre du conventionnement, sur l'amélioration de la prise en charge du sujet âgé. Elles sont plutôt venues conforter l'idée que seule une structuration en filière et en réseau permettrait d'améliorer de fait, les durées moyennes de séjour.

2.2.2 Une dynamique propice à l'ouverture de l'établissement sur son environnement.

L'évolution nécessaire de l'organisation de la prise en charge du sujet âgé dépendant implique la transversalité des politiques, des réponses institutionnelles, des professions, des formations, qu'il s'agisse de santé ou d'action sociale et médico-sociale. En effet, même dans les cas où l'adéquation semble parfaite entre la personne accueillie et le dispositif mis en place, la variété des besoins et des attentes appelle des réponses croisées et une complémentarité des modes d'intervention.

De ce point de vue, le phénomène le plus intéressant est le mouvement de fond qui traverse toutes les structures, à savoir la recherche de partenariats formalisés par des conventions, de mises en réseau entre des équipes et des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

Certes, l'évolution des pratiques ne se résume pas à la signature de conventions. Le décloisonnement suppose que les différents professionnels de chacune des filières (médecins, infirmiers, psychologues...) se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. S'il faut un cadre réglementaire pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre différents intervenants, il importe surtout que soit pensée la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes.

Dans ce cadre, la dynamique enclenchée par le Centre Hospitalier de BASTIA, à l'occasion de la mise en œuvre du processus de conventionnement, a sans aucun doute favorisé l'ouverture de cet établissement sur son environnement.

A) Le rapprochement opéré avec le Centre Hospitalier Intercommunal de CORTÉ-TATTONE.

Au delà des effets stimulants qu'il peut générer en matière de démarche qualité et de management, le conventionnement peut également constituer un « prétexte » pour renforcer des partenariats existants avec d'autres établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux.

C'est ainsi que l'idée est venue, pour la direction du Centre Hospitalier de BASTIA de mettre en place une convention cadre de partenariat, avec le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de CORTÉ-TATTONE en vue de formaliser les coopérations techniques qui s'étaient déjà bâties au fil de l'histoire entre ces deux établissements, notamment dans le domaine de la gériatrie.

a) *Une convention cadre pour stimuler les énergies.*

À l'issue de la démarche d'auto-évaluation, le chantier à mettre en œuvre pour améliorer la qualité des prestations en faveur des personnes âgées accueillies tant au sein de l'USLD de TOGA, qu'au sein des services hospitaliers, semblait immense. Pour dépasser cette difficulté, le Centre Hospitalier de BASTIA a choisi de se tourner vers ses partenaires extérieurs, et notamment vers le Centre Hospitalier de CORTÉ-TATTONE, établissement qui a acquis une compétence et un savoir-faire reconnus par l'ensemble des acteurs de la HAUTE-CORSE, en matière de prise en charge du sujet âgé.

Répartie sur deux sites géographiques, cette structure dynamique a d'abord su mener à bien son projet de convention tripartite en obtenant notamment des crédits substantiels inhérents à la rénovation de sa maison de retraite située sur le site de TATTONE, pour une capacité de 103 lits. Quant à la structure hospitalière située sur le site de CORTÉ, celle-ci a fait l'objet d'un plan de restructuration ambitieux destiné à améliorer notamment la prise en charge d'une clientèle de plus en plus âgée au sein de ce bassin de population.

Compte tenu de ces données démographiques, le personnel de ces deux structures a d'ailleurs été en mesure de se forger, au fil des années, une forte culture gériatrique. Les formations développées en intra ont permis également à un grand nombre d'agents d'acquérir des connaissances solides en matière de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs. En outre, le Centre Hospitalier de CORTÉ-TATTONE a su s'attacher les services de personnels spécialisés et notamment d'ergothérapeutes, intéressées par la

politique de prévention et la qualité de la prise en charge du sujet âgé développées au sein de cet établissement.

Au sein de l'unité de soins de longue durée de TOGA, ces compétences font cruellement défaut. Un long chemin reste, en outre, à parcourir pour que la culture du soin, au sein de cette unité, accepte de laisser la primauté aux valeurs inhérentes au projet de vie des résidents. Compte tenu de son expérience, le personnel du CHI de CORTÉ-TATTONE pourrait, dans le cadre d'un partenariat plus approfondi, accompagner ce changement.

De son côté, le Centre Hospitalier de BASTIA apportait déjà, de façon informelle, un soutien logistique et humain, dans de nombreux domaines, palliant ainsi aux difficultés inhérentes à l'isolement géographique de son homologue cortenais.

b) D'un échange d'expériences à un partage de moyens.

Au delà des échanges d'expériences qui s'étaient construits entre notamment l'équipe de l'USLD de TOGA et celle de l'EHPAD de TATTONE, les directions des deux établissements souhaitaient formaliser un projet qui permettrait de mettre en œuvre notamment des moyens humains en commun.

Le CHI de CORTÉ-TATTONE, en raison même de son éloignement géographique et de sa petite taille, n'est pas en mesure, en effet, de recruter un panel très large de personnels médicaux et para-médicaux spécialisés. La mise en place d'une formule de coopération pouvait, peut-être, déboucher sur la création de postes à temps plein, par définition plus faciles à pourvoir, et dont le coût serait supporté à hauteur des besoins et des facultés contributives de chaque établissement. Ainsi, dans le cadre des projets d'animation respectifs, des emplois de musicothérapeute et d'arthérapeute pourraient être mis en œuvre. En matière de soins, des postes d'ergothérapeute ou de kinésithérapeute supplémentaires pourraient encore être partagés. En matière de compétence médicale, le Centre Hospitalier de BASTIA pourrait également concéder des vacations de médecins spécialistes en vue d'implanter localement quelques consultations et de limiter ainsi, les transferts des personnes âgées vers l'hôpital pivot, dans le cadre de ce type de prise en charge. Enfin, des formations inter-établissements pourraient être développées afin de valoriser, d'une part, le savoir-faire et les expériences mutuels et d'autre part, d'assurer par exemple conjointement, la prise en charge des frais inhérents à des formations organisées par des consultants se déplaçant du continent.

Ce projet a beaucoup séduit les autorités de tutelle qui ont souhaité que les deux établissements formalisent leur partenariat dans le cadre de l'une des formules de coopération mises à leur disposition par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En contrepartie, celles-ci s'engageaient à débloquer, dès réception du projet validé par les instances respectives des deux établissements, une enveloppe financière permettant la mise en œuvre, a minima, des postes partagés précédemment répertoriés.

Après réflexion, les deux directions se sont orientées vers le cadre juridique de la communauté d'établissements, défini par les articles L 6121-6 et L 6121-7 du Code de la santé publique. Cette formule de coopération présente l'intérêt d'être très souple, puisqu'il appartient aux membres constituant une communauté d'établissements de prévoir, dans le cadre de la charte constitutive, son cadre juridique qui peut prendre la forme d'un groupement d'intérêt économique, d'un groupement d'intérêt public ou même d'une convention multilatérale.

Ce projet a emporté l'approbation des conseils d'administration des deux établissements qui ont entériné le principe de la création de cette communauté d'établissements, dès le mois de décembre 2004. Ce projet a, en outre, fait l'objet d'une présentation dans le cadre d'une réunion de travail sur la mise en place du réseau gérontologique, stimulant par la même occasion d'autres acteurs locaux impliqués dans la prise en charge des personnes âgées à formaliser leur partenariat avec le Centre Hospitalier de BASTIA.

B) D'un partenariat avec les CLIC à la constitution d'un réseau gérontologique : le Centre Hospitalier de BASTIA, au cœur de la coordination gérontologique du département de la HAUTE-CORSE ?

Le département de la HAUTE-CORSE compte, à ce jour, trois Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), répartis respectivement sur les bassins de population de BASTIA, CORTÉ et MORIANI. Pour des raisons de proximité géographique, le Centre Hospitalier et le CLIC de BASTIA avaient déjà eu l'occasion de travailler, à de nombreuses reprises, ensemble sans qu'il y ait toutefois de véritable coordination.

Quant aux deux autres CLIC, leur collaboration avec l'hôpital de BASTIA était amenée à s'étendre dans un avenir proche, ce dernier ayant vocation à prendre une place prépondérante au sein du réseau gérontologique du département.

a) *Une convention cadre pour mieux coordonner l'intervention des trois CLIC du département au sein de l'établissement.*

Les trois CLIC de la HAUTE-CORSE jouent un rôle prépondérant dans l'orientation des personnes âgées du département puisqu'ils bénéficient tous les trois, du label de niveau 3. À ce titre et conformément aux critères énoncés par la circulaire du 18 mai 2001, ces trois établissements sont, en effet, chargés de missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles (CLIC de niveau 1), d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé (CLIC de niveau 2) et de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation de ce plan d'aide (CLIC de niveau 3).

Leur champ d'action était d'ailleurs bien connu des divers acteurs du Centre Hospitalier de BASTIA, qui faisaient souvent appel à eux, lorsque le retour à domicile d'un patient âgé, à la suite d'une hospitalisation, s'annonçait difficile, voire impossible. Bien souvent, les coordonnateurs de ces CLIC étaient appelés dans l'urgence, souvent moins de 24 heures avant la sortie du patient hospitalisé, ce qui constituait un laps de temps insuffisant pour pouvoir trouver des solutions correctes de prise en charge, adaptées aux besoins de ces personnes.

Au delà de la formalisation du lien de coopération existant, la convention de partenariat devait donc définir, de façon précise, les modalités d'intervention de ces services au sein de la structure hospitalière. C'est ainsi qu'il a été communément admis qu'elle devrait comporter, en annexe, une fiche de liaison comprenant un minimum de données concernant l'identité du patient, son état médical, sa situation familiale et sociale. En outre, il a été convenu que cette fiche de liaison devrait être adressée, en principe, au moins 72 heures avant la sortie du patient concerné.

Au delà de ces minima requis, j'ai donc proposé à nos trois partenaires une convention cadre rappelant, pour chacun d'entre eux leur champ géographique d'action ainsi que les droits et les obligations mutuels des parties en présence. Tandis que le Centre Hospitalier de BASTIA s'engageait principalement à transmettre la fiche de liaison correctement remplie, au moins 72 heures avant la sortie du patient concerné, les trois CLIC garantissaient de tout mettre en œuvre pour trouver la modalité de prise en charge la plus adaptée à l'état de santé du sujet signalé.

L'attention des professionnels a toutefois été attirée sur la nécessité de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement qui soient à la fois respectueuses du choix de vie des personnes ainsi prises en charge et de l'identité professionnelle et institutionnelle de

chacun des intervenants. Une des dérives des coordinations et non la moindre, à laquelle les professionnels de la gériatrie notamment doivent être particulièrement vigilants, serait, en effet, de tout coordonner autour de la personne, sans qu'elle puisse participer à quoi que ce soit de ce dispositif.

b) Le Centre Hospitalier de BASTIA, tête de proue du futur réseau gériatrique du département ?

Compte tenu de sa qualité d'hôpital pivot et de son engagement dynamique dans la coordination des différents acteurs gériatriques du département, le Centre Hospitalier

de BASTIA a naturellement vocation désormais à prendre une place prépondérante au sein du futur réseau gériatrique. La réalisation de ce projet constitue une priorité des autorités de tutelle mais aussi de la direction de l'hôpital, qui a souhaité en faire un axe fort de son projet de conventionnement.

Tout comme la démarche de conventionnement d'ailleurs, l'impulsion nécessaire à la création d'un réseau nécessite un management stratégique qui repose sur l'analyse du rôle de l'institution et de son positionnement dans son environnement sanitaire et médico-social local. En outre, le management participatif est également nécessaire pour impliquer les acteurs et les convaincre de leur participation à la construction d'outils de liaison et à l'élaboration d'une organisation commune.

Les réseaux de santé, comme les CLIC, ont pour vocation de concourir à l'amélioration de la qualité de la prise en charge fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins des personnes, associant prévention, accompagnement social et soins. Ils mobilisent, en conséquence, autour des besoins individuels, dans une aire géographique définie, les ressources du champ sanitaire, social et médico-social. En revanche, les soins font partie intégrante de la prise en charge assurée par les réseaux de santé, alors que les CLIC n'ont pas vocation à délivrer directement ni soins, ni prestations à domicile.

Conformément, en effet, aux termes de la lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n°2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques, « les missions des réseaux sont centrées sur la prise en charge du patient, qui doit être globale, continue et d'égale qualité - quel que soit le lieu de prise en charge - pluriprofessionnelle et interdisciplinaire ».

La constitution d'un réseau gériatrique est donc, par définition, une entreprise ambitieuse. Le Centre Hospitalier de BASTIA entend bien participer de façon active à sa mise en œuvre en développant toute sorte de partenariats extra mais aussi intra hospitaliers. En inscrivant dans ses pré-requis la présence d'un médecin coordonnateur, la réforme de la tarification des EHPAD donne, en effet, une opportunité nouvelle au partenariat. Dans une structure hospitalière, cette disposition a ainsi le mérite de mettre en avant, pour l'ensemble de la filière gériatrique, un interlocuteur médical de première ligne unique et bien identifié.

Ce dernier répartissant son temps d'activité entre l'hôpital et l'USLD de TOGA, un réseau s'est dès lors créé de fait, le même médecin s'auto-adressant dans ses propres lits

hospitaliers ou dans ceux du service dont il fait partie, les malades les plus graves sur le plan technique qui séjournent dans l'USLD dans il assume la coordination et, a contrario, en tant que médecin hospitalier connaissant parfaitement le service dont il est le coordonnateur, il sera le mieux à même d'apprécier le niveau de gravité des malades que l'EHPAD peut prendre en charge au terme d'une hospitalisation.

Un fonctionnement analogue à ce qui vient d'être décrit ci-dessus a également été mis en place en miroir dans le domaine de la pathologie psychiatrique, le coordonnateur demandant selon les cas et leur gravité, soit le passage de l'équipe psychiatrique du secteur, soit une hospitalisation en psychiatrie devant un état de crise.

La réflexion initiée par le Centre Hospitalier de BASTIA dans le cadre du conventionnement sur la création d'un réseau gériatrique n'a pas permis d'aboutir à sa mise en œuvre au sens administratif du terme. En revanche, elle a contribué à rapprocher les différents acteurs locaux impliqués dans la prise en charge du sujet âgé afin notamment que le service des urgences ne soit plus la seule voie d'admission à l'hôpital et que la sortie hospitalière ne se fasse plus de façon brutale et impréparée mais dans le cadre d'une démarche négociée, honnête et transparente pour que dans tous les cas, les personnes âgées trouvent le lieu adapté pour une prise en charge adéquate, eu égard à leur état physique, psychique et à leur autonomie.

CONCLUSION

La réforme de la tarification des EHPAD en raison notamment de ses imbrications avec la réforme législative tendant à rénover l'action sociale et médico-sociale n'est pas, comme cette analyse le démontre, une simple réforme tarifaire. Au-delà de cet aspect, elle pose les prémices d'une évolution bien plus ambitieuse fondée sur une prise en charge qualitative du sujet âgé et sur le respect de ses droits.

Cette dynamique a fondamentalement modifié l'approche managériale des responsables d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. En s'imposant comme une obligation réglementaire, la qualité a contribué, en effet, à transformer les futurs EHPAD en entreprises à caractère social, soumises à des effets comparables à ceux qui sont connus dans les entreprises industrielles, commerciales et de services, en termes de gestion financière, matérielle et surtout de ressources humaines. Opportunité ou réponse à une contrainte, la qualité apparaît ainsi désormais comme l'unique instrument destiné à l'optimisation de l'intégralité de la structure, puisqu'elle oblige à positionner tous les acteurs de l'entreprise dans le processus de décision.

En initiant cette démarche, le processus de conventionnement plonge donc les managers des EHPAD au cœur de cette démarche stratégique en les invitant à repenser l'organisation et le fonctionnement de leur institution. La démarche de contractualisation constitue, en outre, un nouveau mode de management qui présente l'avantage de concilier le respect des politiques publiques, les intérêts des institutions, ainsi que ceux des personnes prises en charge et non prises « en otages » de conceptions dépassées ou exclusives de l'une ou l'autre des parties.

Pour les managers qui saisiront les opportunités qu'il offre, le conventionnement constitue, en ce sens, un prétexte pour redonner du sens à la mission d'accueil des personnes âgées. Comme tout exercice de prospective, ce processus ne peut toutefois avoir la moindre pertinence s'il ne s'appuie sur une tentative d'analyse des attentes des populations concernées et des évolutions probables de la société.

La critique la plus extrême apportée aux établissements pour personnes âgées tient encore trop souvent, en effet, à leur caractère totalitaire. Plus attachés que les générations précédentes à leur liberté et à leurs droits, nul doute que les nouveaux

retraités vont ré-interroger profondément les systèmes sanitaires et sociaux en terme de citoyenneté, mais aussi d'efficacité et de qualité de vie ; autant d'éléments qui pousseront très certainement à développer les attentes en matière de qualité de la restauration, des loisirs, des relations, de la convivialité, y compris pour les personnes âgées et handicapées.

La nouvelle tarification, dont la complexité et le caractère inadapté aux enjeux ont suscité l'opposition des retraités et de l'immense majorité des responsables du secteur médico-social, a retenu le principe de l'unicité juridique des établissements à terme, et l'on peut penser que des tendances fortes pèseront vers un élargissement des préoccupations des acteurs en cause au-delà des logiques purement sanitaires. C'est d'ailleurs un des éléments forts du cahier des charges des conventions tripartites, seul document de cette réforme ayant reçu l'approbation des professionnels.

Parallèlement, cette réforme a su s'articuler avec la réforme du droit des malades initiée, sur la même période, au sein des structures hospitalières. Les hôpitaux, à l'instar des établissements médico-sociaux, agissent également de plus en plus sur la participation des usagers, la qualité de l'accueil, de la restauration, de l'accompagnement global, voire de l'animation et les logiques ainsi à l'œuvre ont pour but de reconsidérer l'activité hospitalière dans son ensemble.

Car au-delà d'éléments de citoyenneté ou de confort qui peuvent paraître annexes par rapport à l'activité médicale, la synergie observée entre les réformes respectivement mises en œuvre dans le champ sanitaire et médico-social invite cette pratique à évoluer par un fonctionnement plus global et moins parcellisé. Pour autant, s'agit-il d'une véritable remise en cause du pouvoir du professionnel médical ou soignant, invité à mieux replacer ce pouvoir au service du malade, sujet, et non objet même de tous les soins, fussent-ils techniquement les meilleurs ?

Si la loi affiche clairement la recherche d'un rééquilibrage de la relation médecin-patient, force est de constater que dans les structures pour personnes âgées, l'exercice de la démocratie peut trouver rapidement ses limites, en particulier pour les sujets âgés psychologiquement dépendants. Autour de la question du « pouvoir de décision », c'est aussi la question de la dignité des personnes hébergées qui est posée. C'est celui qui garde son pouvoir de décision et le contrôle sur sa vie qui est digne. Aussi, dans les situations où une personne seule n'est plus capable de s'assumer complètement, c'est à nous,

directeurs d'établissements, soignants, familles à maintenir et à lui confirmer cette place en tant qu'individu avec une position sociale et un pouvoir de décision. C'est d'ailleurs en ces termes que se pose le défi du vieillissement et de la vieillesse : garder incessamment en perspective la question de la dignité de ces femmes et ces hommes, fussent-ils vieillissants...

Bibliographie

ARTICLES DE PÉRIODIQUES :

ALLAIN N., DERROUCH P. Les personnes âgées passent au salon. *Décision Santé*, Mars 2005, n°213, pp. 8-16.

BARRESI V. Sujets âgés : bientôt indésirables à l'hôpital ? Dossier : personnes âgées hospitalisées. *Décision Santé*, Octobre 2004, n°208, pp. 8-10.

BAUDURET J.F. Radiographie d'une réforme : la loi du 2 janvier 2002. *Revue hospitalière de France*, Septembre - Octobre 2002, n°488, pp. 4-49.

BERTEZÈNE S. L'articulation entre démarche qualité et stratégie de l'organisation : les impacts des lois du 26 avril 1999 et du 2 janvier 2002 sur les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée. *Droit, déontologie et soin*, Septembre 2004, volume 4, n°3, pp. 337-344.

BIAMONTI M. Dossier : la réforme des EHPAD. *Revue de l'infirmière*, Février 2003, n°88, pp. 15-35.

BRAMI G. Les documents préparatoires au conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Janvier 2001, n°36, pp. 16-17.

BRAMI G. Contenu et nature des recommandations de qualité incluses dans la convention tripartite de la réforme de la tarification. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Mars 2001, n°38, pp. 17-18.

BRAMI G. Le nouveau cahier des charges de la convention tripartite. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Janvier 2005, n°79, pp. 13-14.

BRUN L. L'épuisement professionnel en gérontologie : un problème de santé publique. *Pluriels : la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, Novembre - Décembre 2003, n°39-40, pp. 7-9.

CERASE-FEURRA V. Le Resident Assessment Instrument (RAI) : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée. *Gérontologie et Société : évaluer, pour quoi faire ?* Décembre 2001, n°99, pp. 161-175.

CLÉMENT J. Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation. [En ligne]. Lyon : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) RHÔNE-ALPES. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, pp. 4-5 [Visité le 24.03.2005]. Disponible sur Internet : <http://creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier135.pdf>.

CLÉMENT J. Point de vue sur le conventionnement tripartite. [En ligne]. Lyon : CREAI RHÔNE-ALPES. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, pp. 12-18 [Visité le 24.03.2005]. Disponible sur Internet : <http://creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier135.pdf>.

CORBET E. Une «prévention des violences et maltraitances institutionnelles » ou la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? [En ligne]. Lyon : CREAI RHÔNE-ALPES. *Dossier : le traitement de la maltraitance dans les institutions. Références, protocoles et procédures.* Juin 2004, n°134, pp. 14-18 [Visité le 11.04.2005]. Disponible sur Internet : <http://creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier134.pdf>.

COUTTON V. Évaluer la dépendance : à l'aide de Groupes Iso-Ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR. *Gérontologie et Société : évaluer, pour quoi faire ?* Décembre 2001, n°99, pp. 111-129.

DE CREVOISIER A. Rénovation de l'action sociale et médico-sociale : droits des usagers et droits des malades dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Juin 2003, n°43, pp. 52-54.

DE WAZIÈRES B. La tarification à l'activité : inquiétude et espoir des gériatres. *La revue de gériatrie*, Novembre 2004, Tome 29, n°9, pp. 685-686.

DUBUISSON F, BRUNETIÈRE J.R. Angélique : un outil pour s'évaluer. *Gérontologie et Société : évaluer, pour quoi faire ?* Décembre 2001, n°99, pp. 179-186.

DU PASQUIER J.N. Pourquoi faut-il tout évaluer ? *Gérontologie et Société : évaluer, pour quoi faire ?* Décembre 2001, n°99, pp. 79-95.

ENOT P. TECHNÈ CONSEIL. Démarche qualité et politique associative... préalables : avant le « comment faire », le « pour quoi faire ». Ou comment donner une assise politique à une démarche qualité. *Les Cahiers : qualité, état des lieux*, Octobre 2002, n°4, pp. 10-11.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. Numéro spécial : réforme de la tarification des EHPAD. *La Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Juillet 2001, n°3, 15 p.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. Réforme de la tarification : point sur le nombre de conventions tripartites signées au 31/12/2001. *La Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Mars 2002, n°3, pp. 6-7.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *La Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Avril 2002, n°4, 20 p.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. Numéro spécial : réforme de la tarification des EHPAD : repères de travail et de négociation. *La Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Mai 2002, n°5, 20 p.

GAILLIARD F. Directeur d'EHPAD : un professionnel au cœur de la démarche qualité. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 5 Mai 2000, n°2165, pp. 25-26.

GRILLON H. Révolution de la longévité : vers une politique plus volontariste ? *Le quotidien du médecin*, 7 Février 2005, n°7682, p. 10.

LAMBERT F. TECHNÈ CONSEIL. Depuis que la qualité n'est plus un sujet tabou... La mise en œuvre des obligations d'évaluation contenues dans la loi 2002 et ses retombées sur le management. *Les Cahiers : qualité, état des lieux*, Octobre 2002, n°4, pp. 7-9.

LOUBAT J.R. Le social doit-il avoir peur de l'évaluation ? *Lien social*, 11 Mars 1999, n°477, pp. 3-7.

LOUBAT J.R. Réflexion autour d'un concept vertueux : l'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. *Lien social*, 2 Septembre 2004, n°719, pp. 4-12.

RACINE G. La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Avril 2001, n°39, pp. 17-18.

RUSSIER C. Préconisations de la DRASS RHÔNE-ALPES. [En ligne]. Lyon : Carrefour des Acteurs Publics et Privés (CREAI) RHÔNE-ALPES. *Dossier : les Contrats d'Objectifs et de Moyens : vers le tout contractuel dans le secteur social et médico-social ?* Janvier 2005, n°135, p. 25 [Visité le 16.05.2005]. Disponible sur Internet : <http://creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier135.pdf>.

TREMINTIN J. L'évaluation : contrôle ou recherche de sens ? *Lien social*, 11 Mars 1999, n°477, pp. 8-10.

VIARD A. La question des droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales : quels effets sur les pratiques des professionnels ? [En ligne]. Lyon : CREAI RHÔNE-ALPES. *Dossier : droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales : quels effets sur les pratiques des professionnels ?* Octobre 2002, n°129, pp. 1-12 [Visité le 19.04.2005]. Disponible sur Internet : <http://creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier129.pdf>.

WOLMARK Y. Évaluer la qualité. *Gérontologie et Société : évaluer, pour quoi faire ?* Décembre 2001, n°99, pp. 131-145.

DOCUMENTS TECHNIQUES ET RAPPORTS OFFICIELS

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Janvier 2005, 40 p.

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION (ARH) DE CORSE. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en Corse 1999-2004*, Juin 1999, 76 p.

CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CRAM) D'AQUITAINE. *Guide de la réforme sur les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes*, Décembre 2003, Version n°2, 29 p.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS). *Propositions pour améliorer l'utilisation du modèle «AGGIR»* [En ligne]. Paris : FHF, Septembre 2004, 22 p. [Visité le 19.04.2005]. Disponible sur Internet : <<http://www.fhf.fr/fhf/docs/aggirnew.htm>>.

COLIN C. DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance. *Études et Résultats*, Décembre 2000, n°94, 8 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA HAUTE-CORSE. *Schéma Gérontologique Départemental 2003-2008*, 2003, 234 p.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après* [en ligne]. Paris : FHF, 21 Mai 2002 [visité le 2.05.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/fhf/htm/fr/hopexpo2002/pdf/reforme_tarification_210502.pdf>.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *Note sur l'avenir des USLD* [en ligne]. Paris : FHF, 25 Avril 2003 [visité le 2.05.2005]. Disponible sur Internet : <<http://www.fhf.fr/fhf/docs/usld.doc>>.

GRAPHOS-CNRS Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé, LCPE/LNST-CNRS. *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé* [en ligne]. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Note de synthèse, Avril 2003 [visité le 9.02.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/quali_profsante/qual_profes.pdf>.

KERJOSSE R. DREES. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002. *Études et Résultats*, Mars 2003, n°226, 8 p.

SUEUR J.P. *L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité* [en ligne]. Paris : la documentation française, Mai 2000 [visité le 29.03.2005]. Disponible sur Internet : <<http://ladocumentationfrancaise.fr/BRP/004000668/000.htm>>.

SYNDICAT NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS ET RÉSIDENCES PRIVÉS POUR PERSONNES ÂGÉES (SYNERPA). *Le Livre Blanc des Maisons de Retraite Privées* [en ligne]. Paris : EHPA, Juillet 2002, [visité le 10.05.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.ehpa.fr/upload/infos_prof/Livre%20Blanc.doc>.

VASSELLE Alain. *L'allocation personnalisée d'autonomie*, [en ligne]. Paris : Sénat, Commission des Affaires sociales, Rapport n°315, Session 2000-2001 [visité le 24.03.2005]. Disponible sur Internet : <http://senat.fr/rap/100-315/100-315_mono.html>.

VETEL J.M. *Compte rendu de la réunion de bureau du Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC)* [en ligne]. Le Mans, SNGC, 23 Mai 2002, [visité le 10.05.2005]. Disponible sur Internet : <http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC_envoidoc/1>.

WEBER A. DREES. *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004. Études et Résultats*, Avril 2005, n°388, 8 p.

MÉMOIRES ET RAPPORTS DE SÉMINAIRES :

BÉCOT C. *Une maison de retraite dans la réforme de la tarification : l'expérimentation d'un pré-projet d'établissement pour entrer dans la convention tripartite*. Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social : ENSP, 2003. 88 p.

GAUDILLIER M. *La mise en œuvre de la réforme de la tarification des Ehpad au centre hospitalier William Morey de Chalon sur Saône*. Mémoire de directeur d'hôpital : ENSP, 2002. 89 p.

La démarche qualité dans les établissements de santé : objet de réponse formel à l'accréditation ou outil de réforme des pratiques professionnelles ? Module interprofessionnel de santé publique : ENSP, 2002. 57 p.

La contractualisation : un nouveau mode de régulation dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ? Module interprofessionnel de santé publique : ENSP, 2001. 35 p.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite : de nécessaires évolutions ? Module interprofessionnel de santé publique : ENSP, 2000. 36 p.

LESAGE A. *L'adaptation du projet d'établissement d'un hôpital à l'évolution des contraintes législatives. L'hôpital René Muret-Bigottini face à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : adaptation du projet de soins et de vie.* Mémoire de directeur d'hôpital : ENSP, 2000. 61 p.

MASSONNAT G. *La mise en place du médecin coordonnateur en Ehpad dans la région Rhône Alpes.* Mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP, 2002. 85 p.

MICHENEAU S. *La convention tripartite : un levier pour la mise en place pérenne d'une démarche d'amélioration de la qualité ? L'exemple de la résidence «La Méridienne ».* Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social : ENSP, 2003. 86 p.

Quel droit au risque pour une promotion de la qualité de vie en Ehpad ? Module interprofessionnel de santé public : ENSP, 2001. 43 p.

OUVRAGES :

DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales.* Paris : Seli Arslan, 2004. 335 p.

LECLET H., VILCOT C. *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir.* Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 2003. 420 p.

LHUILIER J.M. *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.* Rennes : ENSP, 2004. 187 p.

LOUIS P. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées.* Paris : Seli Arslan, 2002. 319 p.

ROUSSEL P. *La visite de conventionnement des EHPAD : guide à l'usage des partenaires conventionnels.* Rennes : ENSP, 2004. 142 p.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES :

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

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

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

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

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

Loi n°2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

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

Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n°2001-1087 du 20 novembre 2001 portant application de l'article 17 de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n°2003-278 du 28 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au code de l'action sociale et des familles (partie Réglementaire).

Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

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 gérés par des établissements de santé.

Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/2224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Modalités de la campagne de labellisation pour 2001.

Circulaire DGAS-5 B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n°2001/569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n°99-316 (dit « clapet anti-retour »).

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

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

Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaire DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2c n°2004-415 du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Circulaire n°DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C/ du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

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

Instruction n°DHOS/F2/2003/332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

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

Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n°2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques.