

Pilotage stratégique de la modernisation des établissements de santé: le cas des EHPAD

Aline Courie Lemeur (*) et Jihane Sebai ()**

Laboratoire de recherche en sciences de gestion,
LAREQUOI, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines,

(*)Maitre de Conférences associé,
aline.lemeur@uvsq.fr

(**)Maitre de conférences en Sciences de gestion,
jihane.sebai@uvsq.fr

Résumé

Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons aux établissements sociaux et médico-sociaux engagées dans le chantier de la modernisation et en particulier aux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), où nous portons notre attention aux enjeux de la mise en place d'une action d'évaluation (interne et externe), préconisée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative aux « Institutions Sociales et Médico-Sociales » et complétée par le décret n° 2010-1319 relatif à la réglementation des évaluations. Notre objectif est de mettre en exergue des éléments, voire des leviers qui contribuent à la gouvernance des organisations engagées dans la voie de la modernisation, où le mode de pilotage peut s'avérer déterminant. Nous visons d'une part à interroger comment les outils de gestion (évaluation) sont appropriés, voire comment ils cadrent (ou non) des pratiques locales ; et d'autre part à identifier des pratiques à travers la manière dont les acteurs utilisent l'outil 'évaluation'. Nous nous intéressons en particulier au département des Yvelines, et nous menons une enquête empirique dans la perspective de constater le vécu du terrain à ce niveau et d'identifier les causes des disparités dans l'application de l'action d'évaluation. Notre observation s'effectue alors au regard du prisme théorique sur le pilotage stratégique du changement, que nous développons dans la première partie de cet article. En une deuxième partie nous présentons notre enquête empirique, qui nous emmène à proposer des recommandations.

Mots clés : EHPAD – Modernisation – Changement – Démarche qualité - Evaluation interne et externe

Pilotage stratégique de la modernisation des établissements de santé: le cas des EHPAD

INTRODUCTION

Dans le contexte actuel de crise économique majorée par les effets de la globalisation où l'unité de temps, de lieu et d'action disparaissent progressivement, le fonctionnement de l'Etat est fortement perturbé. Kenis et Schneider (1991) abordent les changements importants survenus au niveau de la gouvernance et de la coordination de l'action publique dans les démocraties modernes, où ils pointent la décentralisation de l'Etat, la multiplication des acteurs intervenants dans les politiques publiques, l'amplification du rôle des systèmes d'information suite à la complexification des affaires politiques et sociales, ou aussi l'amincissement des frontières entre les domaines publics et privés. Il en résulte une transformation des structures sociales. Par ailleurs, la pénurie des ressources financières publiques comme privées, rend l'efficience dans l'utilisation des ressources financières disponibles une priorité. Au niveau de la fonction publique, les chantiers de la modernisation s'avèrent alors nombreux.

Dans ce contexte, le modèle bureaucratique classique est souvent critiqué et le modèle anglo-saxon « New Public Management (NPM) » est fréquemment invoqué comme porteur de solutions, en rompant avec la rigidité du modèle bureaucratique classique. Le NPM tourne autour de trois logiques d'action (Pesqueux, 2006): l'efficacité socio-économique (pour désigner les bénéfices attendus de l'action étatique), la qualité de service (pour désigner la qualité de service attendue par le client) et l'efficacité/efficience de gestion (pour désigner l'optimisation de l'utilisation des ressources). L'alliance « efficacité - efficience » permettrait d'améliorer la performance. Globalement, les principes promus par le NPM sont le « principe des 3 E (Economie, Efficacité, Efficience) », le « principe de Stewardship (être au service de...) », le « principe de Transparence », et le « principe d'Accountability (rendre compte et communiquer sur ses actions) ».

Bartoli et Chomienne (2007) constatent alors qu'il s'agit d'un changement de paradigme dans les organisations publiques, avec le passage à une logique organique intégrée et l'abandon de la logique pyramidale. Ce changement de paradigme vise à redéfinir les modalités d'action du service public, en l'engageant dans une voie de transformation d'un Etat-Providence en un Etat-Organisateur. L'Etat devient alors un « Etat - Stratège » qui fonde un « fonctionnalisme rassurant », grâce aux instruments et aux outils gestionnaires (indicateurs, outils de gestion budgétaire et comptable, etc.), ainsi qu'à des tâches managériales comme la programmation, la coordination et l'évaluation, qu'il introduit dans la sphère public. Il s'agit « *d'insuffler l'esprit d'entreprise dans l'appareil d'Etat en introduisant des logiques de marché dans son fonctionnement* », et en réduisant le poids des règles et des procédures en vue d'augmenter la rentabilité et la satisfaction des citoyens (Pesqueux, 2006 : p3).

Dans le cadre de cet article, nous nous focalisons sur les enjeux de la mise en place de l'action d'évaluation par les objectifs atteints, dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de l'action publique, préconisée par le principe des 3E (Economie, Efficacité, Efficience) du NPM. Notre objectif est de mettre en exergue des éléments, voire des leviers qui contribuent à la gouvernance des organisations engagées dans la voie de la modernisation, où le mode de pilotage peut être déterminant. Nous visons d'une part à interroger comment les outils de gestion (évaluation) sont appropriés, voire comment ils cadrent (ou non) des pratiques locales ; et d'autre part à identifier des pratiques à travers la manière dont les acteurs utilisent l'outil 'évaluation'.

LE NPM, UN PARADIGME EN CONSTANTE EVOLUTION...

Le NPM peut se décliner en quatre conceptions différentes qui naviguent entre, d'une part une vision mercantile reproduisant le fonctionnement des entreprises dans les organisations publiques, avec des logiques de marché et de recherche d'efficience, par le biais du contrôle financier. Et d'autre part, une vision très sélective et méfiante au niveau de l'importation des méthodes gestionnaires du monde de l'entreprise dans le service public. Son objectif est de préserver la spécificité du service public. Cette vision admet le partenariat public-privé assimilé à de « l'hybridation » (Gibert, 2002 ; Christensen et Laegreid, 2010).

Entre ces deux conceptions extrêmes s'intercalent deux approches où l'une prône la décentralisation et la flexibilité et favorise l'émergence des structures réseaux et la contractualisation, et l'autre adopte une logique de conduite du changement, qui admet les mouvements entre les niveaux locale et centrale, ainsi que le principe de « l'accountability ».

Bien que la conception adoptée au départ par la sphère publique française semble être proche de la vision sélective et méfiante du NPM du fait de la spécificité historique et culturelle de la France (Bartoli, 2009), le modèle français poursuit sa modernisation en évoluant vers une conception du NPM encore moins sélective et moins méfiante. Au-delà la mesure de la satisfaction (par des sondages, baromètres, etc.) et la promotion de l'engagement vis-à-vis du client/usagé/citoyen (par des chartes d'engagement, centres d'appel, etc.), nous constatons l'émergence de préconisations dans le sens de « l'accountability », où la communication sur les actions et la mesure de la performance deviennent des objectifs phares dans l'action publique. Nous assistons alors à la mise en place d'une réglementation qui va dans le sens de l'évaluation par les objectifs atteints et non plus par les besoins répondus. Ainsi nous voyons émerger, par exemple, la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF), la Révision générale des politiques publiques (RGPP) supplanté depuis décembre 2012 par la Modernisation de l'Action Publique (MAP), la Loi relative aux libertés et responsabilités des universités (loi LRU), les Responsabilités et Compétences Elargies (RCE), ou aussi la Loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) relative au secteur de la santé.

Par ailleurs, le « Ministère des Finances et des Comptes Publics » affiche trois types d'objectifs pour évaluer l'efficacité de l'action publique : des objectifs d'efficacité socio-économique qui traduisent le point de vue du citoyen, des objectifs de qualité de service qui traduisent le point de vue de l'utilisateur, et des objectifs d'efficacité de la gestion qui traduisent le point de vue du contribuable.

En matière de communication, nous assistons à la création de la « Direction Interministérielle des Systèmes d'Information et de Communication (DISIC) », qui a rejoint en 2012 le « Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique ». L'action de la DISIC s'inscrit dans le sens du décloisonnement des systèmes d'information et de l'amélioration de la communication autour de l'action publique. Par ailleurs, nous assistons à une décentralisation de plus en plus accrue de l'action publique et nous voyons aussi émerger des structures réseaux et d'autres formes d'entités qui ont un dénominateur commun et qui doivent coopérer sur un territoire donné. Ils sont alors autonomes tout en étant complémentaires dans l'atteinte de leurs objectifs.

Dans ce contexte et étant donné que le champ d'application de la modernisation comporte des acteurs et des entités organisationnelles, la réussite du projet de modernisation se trouve conditionnée par une approche du changement portant à la fois sur le contenu et sur le

processus, qui doivent être « contextualisés » et adaptés à l'environnement dans lequel le changement prend place (Pettigrew, 1987).

PILOTAGE STRATEGIQUE DE LA DEMARCHE DE MODERNISATION

Parler de changement dans la sphère publique peut être considéré comme peu convenable où des vocables spécifiques sont utilisés pour le désigner: on parle alors du « renouveau » avec la circulaire Rocard de 1989, ou de « réforme » avec la circulaire Juppé de 1995, ou aussi de « modernisation ». La « modernisation » qui a pour objectif de mettre à jours l'organisation étatique pour s'adapter à un environnement en transformation rapide (Fraisie, 1996), ne semble pas avoir pour vocation de détruire le passé en le remplaçant par un monde nouveau. Il s'agit plutôt de faire évoluer l'existant d'une manière progressive, bien que cela incombe parfois des changements politiques radicaux en termes d'activité, de structure, de responsabilité ou aussi de modalités d'action. Ainsi, les projets de modernisation semblent être tirillés entre des facteurs de blocage et des facteurs d'incitation au changement (Clergeau de Mascureau, 1995), où le rôle des cadres dirigeants pilotant de tels projets s'avère être déterminant (Rouban, 1996).

L'objectif du pilotage serait d'éviter les aléas du contexte tout en augmentant l'efficacité des démarches managériales engagées, pour optimiser l'utilisation de ressources disponibles (Bartoli, 2009). Cependant le pilotage semble être parfois « à vue », loin du requis d'un « pilotage stratégique » incontournable pour réussir à surmonter les facteurs de résistance, tout en s'appuyant sur les facteurs d'incitations favorables au changement (Bartoli et Hermel, 1986). Ainsi, un pilotage « à vue » qui se contente de s'ajuster continuellement en fonction de la conjoncture serait insuffisant. Un pilotage « stratégique » serait plus efficace : il s'agit d'un pilotage qui s'inscrit dans une approche prospective ; qui repose sur une veille stratégique permanente au niveau du contenu et du processus des changements ; qui définit des objectifs à moyen-long termes ; qui joue la carte de la réactivité et non de la pro-activité grâce à une bonne capacité de détection des « signaux faibles » de l'environnement ; et qui adopte un cheminement flexible pour les atteindre. Bartoli (2009) définit alors des leviers de réussite pour un pilotage stratégique dans le chantier de la modernisation, où le contenu et le processus du changement constituent deux pôles fondamentaux d'égales importances : une focalisation sur le contenu du changement en négligeant les processus nécessaires à sa mise en œuvre génère des « contenus orphelins de processus », ou aussi un « changement intentionnel, voire incantatoire ». Par ailleurs, une focalisation sur les processus en négligeant

le fond génère un « processus sans fond », une « usine à gaz », ou aussi des « montagnes qui accouchent de souris ».

Dans le secteur de la santé, les facteurs de réussite précités sont en phase avec les axes de « l'Outil d'Autodiagnostic Qualité V2014 »¹ préconisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un outil managérial d'autoévaluation, dans le cadre des démarches d'accréditation et de certification des établissements de santé. Cet outil a pour vocation de permettre aux établissements de santé de réaliser leur propre diagnostic qualité, de mettre en place des actions d'amélioration, d'en évaluer l'impact tout en confortant l'engagement des professionnels. La référence 2 de « l'Outil d'Autodiagnostic Qualité V2014 » porte sur « l'organisation et les modalités de pilotage interne » où elle s'intéresse à la direction et l'encadrement des secteurs d'activité (critère 2a.), à l'implication des usagés, de leurs représentants et des associations (critère 2b.), au fonctionnement des instances (critère 2c.), au dialogue social et l'implication des personnels (critère 2d.), aux indicateurs, tableaux de bords et pilotage de l'établissements (critère 2e.).

L'ensemble de ces facteurs, que nous synthétisons dans le tableau 1, constitue notre grille de lecture théorique dans le cadre de cet article.

Des leviers de réussite pour un pilotage stratégique de la modernisation
I- Eviter l'injonction centralisée avec de grands plans de reformes ou de directives universelles « décrétés », en favorisant l'incrementalisme et l'adaptation locale progressive au sein d'un cadre général : * Implication des usagés, de leurs représentants et des associations * Dialogue social et implication des personnels
II- Donner une impulsion centrale pérenne, où l'engagement et le soutien des autorités centrales renforce l'initiative locale. Doser entre l'engagement central et l'initiative locale, grâce à un pilotage interactif : * Porter l'attention au fonctionnement des instances * Porter l'attention à la direction et l'encadrement du secteur d'activité
III- Respecter les spécificités de chaque entité, en évitant les transferts à l'identique entre les secteurs privé et public, ou aussi à l'intérieur même du secteur public - Veiller à la synchronisation entre le « contenu » et le « processus »
IV- Former et informer sur les méthodes, les enjeux, les écueils à éviter et les problématiques de fond lors des changements, au niveau des enseignements de la formation initiale et de la formation continue : * Formation initiale et continue * Information
V- Prendre en compte le facteur temps où les évolutions visées ne sauraient être instantanées, mais s'inscriront dans une logique d'amélioration permanente et progressive

¹ « Grilles d'autodiagnostic qualité V2014 » HAS : <http://www.has-sante.fr>

- **Encourager la persévérance et la lucidité**, où la persévérance est utile pour une adaptation constante à un contexte dynamique, et la lucidité est nécessaire pour surmonter les obstacles et les dysfonctionnements (freins-résistances) :

* S'appuyer sur des indicateurs et des tableaux de bords

* Effectuer un réel pilotage de l'établissement

VI - Identifier les acteurs clés concernés par le changement

- Prioriser l'**encadrement de proximité** qui peut être un moteur du changement, s'il existe une adéquation entre sa stratégie d'acteur (enjeux de carrière, d'image, etc.) et la stratégie de son entité.

- Favoriser le **pilotage participatif** qui s'appuie sur l'implication des agents

Tableau1. Des leviers de réussite pour un pilotage stratégique de la modernisation

Source : élaboration personnelle adaptée de Bartoli, 2009 ; Clergeau de Mascureau, 1995 ; Rouban, 1996 ; Bartoli et Hermel, 1986 ; l'Outil d'Autodiagnostic Qualité V2014 » de la HAS

ENQUETE EMPIRIQUE : LE CAS DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

Depuis 2001 les « Maisons de retraite médicalisées » changent de statut pour devenir des « EHPAD ». Un EHPAD peut être privé lucratif, privé à but non lucratif, associatif (association loi 1901), ou public. Au niveau du secteur privé, les établissements ont le statut d'une « société commerciale » ou d'une « association à but non lucratif ». Au niveau du secteur public, les établissements relèvent du « secteur sanitaire (hospitalier) » ou de la « Commune ». Ainsi du fait des disparités en termes de leurs modes de gouvernances ou aussi en raison des différences au niveau de leurs entités de rattachement (les EHPAD privé à but lucratif relèvent généralement de sociétés privés, les EHPAD associatifs relèvent généralement des associations, les EHPAD privé à but non lucratif relèvent généralement des structures hospitalières ou des mutuelles de santé, les EHPAD publics relèvent généralement des communes), les EHPAD sont soumis à des modes de pilotages différents.

Mais quel que soit son appellation ou son statut juridique, l'EHPAD est tenu de respecter la « loi du 24 janvier 1997 », complétée par « les décrets du 26 avril 1999 ». Il est soumis aussi au « Code de l'action sociale et des familles » dans le cadre de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux « Institutions Sociales et Médico-Sociales », réformée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Sa création nécessite une procédure d'autorisation préalable conjointe du « Président du Conseil général » et du « Directeur Général de l'Agence régionale de santé (ARS) ». Il est tenu de définir avec l'ARS et le Conseil général une « convention tripartite » pluriannuelle (cinq ans), où sont fixés les moyens financiers de fonctionnement ainsi que les objectifs en termes de qualité de la prise en charge. Au niveau financier, c'est le Conseil

General qui octroi le « budget dépendance et hébergement » et c'est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui délivre le « budget soins ». L'établissement définit aussi dans la « convention pluriannuelle tripartite » l'option tarifaire relative à la « dotation soins ».

L'EHPAD accueille des personnes autonomes ou très dépendantes en raison de pathologies chroniques. Il est doté d'équipements adaptés et de personnel médical et paramédical dont le nombre est fixé en fonction de la capacité d'accueil de l'établissement et en fonction des négociations en convention tripartite « EHPAD » ; « Conseil général » ; « Agence régionale de santé ». Selon l'Annuaire Sanitaire et Sociale², le département des Yvelines comprend 117 EHPAD dont la majorité sont privés (à but lucratif ou non lucratif).

PROJET DE MODERNISATION DES EHPAD

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 est venue reformer la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux « Institutions Sociales et Médico-Sociales », dans l'objectif de rénover l'action sociale et médico-sociale. Les insuffisances de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 se situent principalement au niveau des outils mobilisés qui sont peu efficaces pour synchroniser l'offre à la demande, ou aussi au niveau des taux d'équipements des établissements qui accusent une grande disparité. Est dénotée aussi une absence de partenariat organisé entre les départements et l'Etat, ou aussi entre les acteurs et les tarificateurs, voire aussi entre les établissements et les différents services. Par ailleurs, la législation est accusée aussi d'être muette sur les droits des personnes, ou aussi qu'elle est centrée sur les prises en charge à temps complet. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 instaure une démarche d'amélioration de la qualité centrée sur les usagers, et qui s'articule autour de quatre déterminants : (1) l'instauration d'un projet de vie et d'animation et de prestations individualisées, grâce à l'instauration d'un projet d'établissement et des référentiels de bonnes pratiques professionnelles, (2) la consolidation des compétences managériale de la structure et des qualifications des intervenants, par la mise en place d'un référentiel d'organisation et de gestion des ressources humaines, (3) le renforcement de la reconnaissance des droits des usagers, par l'instauration d'un livret d'accueil, d'un contrat individualisé, d'un règlement intérieur et d'un conseil de la vie sociale, (4) l'accroissement de la lisibilité externe et du partenariat pluridisciplinaire dans la cité, grâce à l'inscription de l'établissement dans un réseau coordonné et décloisonné. Il en résulte alors une amélioration globale de la qualité.

² Réalisé en collaboration avec les organismes de tutelle et les principales fédérations et administrations du secteur sanitaire et social (<http://www.sanitaire-social.com/>)

Le principe directeur de la réforme vise ainsi à articuler harmonieusement l'innovation sociale et médico-sociale grâce à la promotion du droit des usagers et à la diversification de l'offre, avec les procédures de pilotage du dispositif grâce à l'amélioration du lien entre la planification, l'allocation des ressources, la coordination et l'évaluation.

L'ARS considère alors que cette loi place au cœur de ses « orientations » deux éléments fondamentaux³ : (1) le droit des usagers impliquant la définition des droits fondamentaux des usagers, et la mise en place « d'instances », « d'outils » et des dispositifs d'évaluation interne et externe à leur service, et dans la même perspective, l'établissement est tenu d'élaborer un « projet d'établissement ou de service ». (2) l'amélioration continue de la qualité par la mise en place d'une procédure d'évaluation continue, grâce à des dispositifs d'évaluations interne (auto-évaluation) et externe par rapport à des référentiels et des guides de bonnes pratiques définis par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico- Sociaux). Cela favorise l'amélioration des procédures techniques de « pilotage » du dispositif.

L'auto-évaluation a pour objectif l'évaluation de la qualité des prestations délivrées, en s'appuyant sur un guide de bonnes pratiques. L'établissement est tenu de communiquer aux autorités compétentes tous les cinq ans, les résultats de cette auto-évaluation. Par ailleurs, l'évaluation externe est à commanditer à des organismes habilités, qui la réaliseront tous les sept ans en respectant un cahier des charges bien définis par l'ANESM. Le renouvellement de l'autorisation de l'établissement tous les quinze ans est rattaché aux résultats de l'évaluation externe.

Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 est venu compléter les préconisations de la loi 2002-2 en règlementant le calendrier des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les modalités de restitution de leurs résultats. Ce décret distingue trois situations : (1) « la première autorisation de l'établissement date d'avant le 2 janvier 2002 », (2) « la première autorisation de l'établissement a eu lieu entre le 02/01/2002 et le 21/07/2009 (avant loi HPST⁴) », (3) La première autorisation de l'établissement a eu lieu après le 21/07/2009 (loi HPST) ». Par exemple, les établissements dans la première situation sont tenus de mener une évaluation externe et transmettre à l'autorité compétente le rapport définitif avant le 31/12/2014.

³ « Evaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux » réalisée par l'ARS .

⁴ Loi HPST : loi «Hôpital, patients, santé, territoires» , publiée dans le journal officiel le 22 juillet 2009.

En 2012, l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Ile-de-France a mené une « enquête régionale⁵ » pour évaluer la mise en œuvre des différents outils issus de la loi 2002-2. Cette enquête est menée auprès de deux milles Etablissements et Services Médicaux Sociaux (ESMS) œuvrant en Ile-de-France et relevant des compétences de l'ARS unique et conjointe avec le « Conseil Général ». Ces ESMS sont repartis en trois catégories : (1) le secteur des « Personnes Agées (PA) », (2) le secteur des « Personnes Handicapées (PH) », (3) le secteur des « Personnes à Difficultés Spécifiques (PDS) ».

Cette enquête a montré une disparité entre les Etablissements Sociaux et Médicaux Sociaux (ESMS) dans l'application des mesures préconisées par la loi 2002-2. Par exemple au niveau du secteur des « Personnes Agées (PA) » :

- Pour le critère « Evaluation interne » : 20% des établissements ont déjà transmis leur évaluation interne, 39% ont leur évaluation interne en cours, et 41% n'ont pas d'évaluation interne.
- Pour le critère « Evaluation externe » : 5% ont effectué une évaluation externe, 83% ont une évaluation externe envisagée, 12% ont une évaluation externe programmée.
- Pour le critère « mise en place des outils issus de la loi 2002 » : 94% ont mis en place le Livret Accueil, 85% ont mis en place la Charte des Droits et Libertés annexée au Livret d'Accueil, 90% ont affiché une Charte des Droits et Libertés, 84% ont mis en place un Contrat de Séjour, 55% ont mis en place un DIPEC (Document Individuel de Prise en Charge), 97% ont mis en place un Règlement de Fonctionnement, 75% ont mis en place un Conseil de Vie Sociale, 29% ont mis en place des Groupes d'Expression ou d'autres formes de participation, 81% ont définis un Projet d'Etablissement.

Ainsi, les disparités constatées par l'enquête menée par l'ARS quant au niveau d'application des préconisations de la loi n° 2002-2, ainsi que les exigences du décret n° 2010-1319 qui définit le 01/01/2015 comme date limite pour la transmission du rapport définitif de l'évaluation externe à l'autorité compétente, pour les établissements ayant obtenue leur première autorisation avant le 2 janvier 2002, justifient notre démarche de recherche.

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans le cadre de notre recherche exploratoire nous cherchons à faire émerger les difficultés rencontrées par la mise en place de l'action d'évaluation découlant du projet de modernisation des EHPAD, liée à l'application des préconisations de la loi 2002-2 et du décret n° 2010-

⁵ « Enquête régionale-Evaluation et mise en œuvre des outils issus de la Loi 2002 » par l'ARS Ile-de-France, juin 2012

1319. Nous visons à identifier les causes des disparités dans l'application des mesures préconisées par la loi n° 2002-2, en vue de proposer des axes d'amélioration.

Nous optons pour une démarche qualitative qui s'enracine dans la réalité empirique (Glaser et Strauss, 1967) des entités des Yvelines. Elle repose sur un travail de construction conceptuelle et théorique complétée par une analyse empirique. Nous mobilisons la méthodologie d'études de cas pour mieux comprendre la situation complexe des EHPAD engagés dans la mise en place d'une action d'évaluation dans le cadre du projet de modernisation, et en donner une représentation en fonction du discours des acteurs (Wacheux, 1996). Nous choisissons comme matériel de recueil de données les entretiens semi-directifs, en nous focalisant sur la fonction de directeur. Nous justifions le choix de ce profil par sa position stratégique clé et par sa place centrale au sein des EHPAD. L'article étudie le cas de dix EHPAD situés sur le département des Yvelines. Dans un souci de représentativité, notre échantillon d'enquête comporte des EHPAD privés à but lucratif, des EHPAD privés à but non lucratif, des EHPAD associatifs et des EHPAD publics.

Notre enquête empirique s'appuie sur deux sources principales de données : d'une part les entretiens semi-directifs menés auprès des directeurs des EHPAD étudiés, et d'autre part sur des données secondaires composées de documents internes et externes aux EHPAD informant sur leurs modes de fonctionnement, de financement, ainsi que sur les outils d'évaluation mis en place. Nous mobilisons aussi des documents émis par la Haute Autorité de Santé (HAS) autour des grilles d'autodiagnostic qualité. Malgré le fait que l'échantillon est d'une taille modeste, il constitue cependant une base de données exploratoire dense en informations grâce à leurs variétés et à la diversité des entités interrogées. Cela nous permet de collecter les informations nécessaires pour mener l'analyse souhaitée.

La technique d'entretien est adaptée à l'étude de phénomène complexe car elle permet de faire émerger des informations à travers les interprétations des acteurs et l'examen de leur vécu (Hlady-Rispal, 2002). Ils permettent d'accumuler des connaissances sur le fonctionnement des EHPAD en matière de mise en place d'une action d'évaluation, par le biais de la collecte de données discursives reflétant l'univers des individus (Thietart, 1999). Nous visions d'une part à tester la pertinence de notre sujet de recherche, et d'autre part, à cerner les enjeux de la mise en place d'une action d'évaluation dans ces établissements. Les informations ainsi collectées sont d'ordre narratif (portant sur des événements passés), informatif (portant sur de nouveau thème), et démonstratif (portant sur des faits) (Blanchet, 1987).

Les entretiens semi-directifs menés ont permis aux acteurs rencontrés de s'exprimer librement sur les thèmes prévus dans le guide d'entretien. La méthode d'exploitation des données que nous mobilisons s'inspirent de l'approche socio-économique (Savall et Zardet, 2004), où le chercheur extrait des phrases-témoins issues des entretiens, qu'il impute sous des sous-thèmes ventilés en fonction des thèmes émergents lors de l'analyse des données collectées. Certaines phrases-témoins sont reprises de manière anonyme dans le corps du texte.

Après la présentation des grands principes théoriques et méthodologiques de notre recherche, nous présentons dans la partie suivante les résultats de notre enquête empirique.

LES RESULTATS DE L'ENQUETE EMPIRIQUE

Les résultats de notre enquête empirique sont analysés au regard de la grille de lecture théorique prédéfinie dans la première partie de l'article. Nous constatons une disparité dans la mise en place de la fonction évaluation, surtout au niveau interne, qui se traduit par des positionnements différents par rapport aux différents leviers du pilotage, en fonction du type de l'EHPAD (privé à but lucratif, privé à but non lucratif, associatif loi 1901, public). Les données collectées ont permis d'identifier des pratiques à travers la manière dont les acteurs utilisent l'outil 'évaluation', ont permis de traduire l'adaptabilité de cet outil de gestion aux spécificités des différents types d'EHPAD et dans quelle mesure il cadre les pratiques locales des différents types d'établissements. Le pilotage de la mise en place d'une telle pratique s'est avéré alors déterminant.

Levier I : Eviter l'injonction centralisée avec de grands plans de reformes ou de directives universelles « décrétés », en favorisant l'incrémentalisme et l'adaptation locale progressive au sein d'un cadre général

EHPAD privé à but lucratif : La démarche qualité est bien formalisée et bien ancrée dans le fonctionnement de l'établissement. Dans les grands groupes la mise en place de cette démarche et son suivi sont assurés par le département qualité. Le personnel est bien impliqué dans l'application des procédures qualité et des formations régulières du personnel sont organisées dans cette perspective. Le dialogue social est bien rodé, mais le personnel est soumis à une forte pression du fait des exigences lourdes de la démarche imposée par le siège. Des comptes rendus, des tableaux de bord sont quotidiennement exigés et des enquêtes de satisfaction sont fréquemment lancées. Compte tenu de leur forte contribution dans le budget hébergement, les usagers sont bien positionnés au cœur du dispositif, sont bien informés sur leurs droits en termes de qualité du service rendu et réagissent rapidement pour signaler toute

défaillance à ce niveau. Les représentants des usagers sont aussi très alertés pour contester tout manquement en termes de qualité du service aux usagers. Pour toute faiblesse constatée, aussi minime soit-elle les usagers et leurs représentants font recours aux instances juridiques pour faire valoir leurs droits. Le contact direct avec les partenaires sociaux autour de la tarification, ou aussi l'inspection du travail est très complexe voire impossible. Il est principalement assuré par un service de tarification et des coordinateurs au niveau du siège du groupe.

« Dans les groupes privés c'est le département qualité qui met en place et on fait que les utiliser et mettre en place au quotidien (...) là dans les grands groupes c'est un rouleau compresseur »

« Dans le privé c'est d'emblée lettres recommandées, ARS, avocat... Enfin c'est impressionnant. Je paie cher j'ai le droit à un service de qualité. (...) Dans le privé la famille ne vous dit rien et le lendemain vous vous trouvez convoqué au tribunal de grandes instances »

EHPAD public, EHPAD associatif, EHPAD privé à but non lucratif : la démarche qualité est à ses prémices. Elle est en cours de construction et de mise en place au niveau de la direction. Au départ, l'évaluation interne a été réalisée par le directeur de l'établissement, sans intégrer d'une manière active le personnel et les usagers. Peu ou aucune enquête de satisfaction n'a été lancée à l'attention des usagers. De ce fait, le personnel ainsi que les usagers, leurs représentants et les associations sont légèrement impliqués dans la démarche qualité. Au niveau des usagers, il existe un conseil de la vie associative, ainsi que des commissions de restauration et des commissions d'animation, comme requis par la loi. Cependant ces structures sont décrites comme faiblement formalisées et structurées, et que des efforts sont menés actuellement dans ce sens. Les usagers et leurs représentants sont considérés comme bienveillants et les défaillances constatées sont signalées et traitées globalement à l'amiable. Au niveau du dialogue social, il existe un conseil de la vie sociale qui se réunit trois fois par an, conformément à la loi. La coopération avec le monde associatif est jugée aussi comme satisfaisante dans les différents types d'établissements.

Nous avons cependant constaté une divergence au niveau de l'attitude du personnel vis-à-vis de ce projet. Dans les EHPAD publics et les EHPAD privés à but non lucratif, l'ambiance sociale est considérée globalement comme satisfaisante, et le personnel est jugé comme coopérant et favorable à la mise en place d'une démarche qualité, mais l'est dans une moindre mesure dans les établissements associatifs.

Par ailleurs au niveau de la moyenne d'âge du personnel, dans les établissements publics les collaborateurs sont majoritairement vieillissants car ils sont fonctionnaires du service public et

gardent leur emploi à vie. Dans les EHPAD associatifs le *turnover* au niveau du personnel, embauché majoritairement en CDD, est élevé et la moyenne d'âge est peu élevée.

Une divergence est aussi constatée au niveau de la relation avec les partenaires sociaux autour de la tarification, ou aussi avec l'inspection du travail. Les établissements publics entretiennent des relations directes avec ces entités, alors que les établissements privés à but lucratif, privé à but non lucratif, et associatifs doivent passer par des structures centrales situées au niveau du siège ou des bureaux d'administrateurs.

« Ici dans cet établissement public il n'y a aucun tableau de bord, aucun indicateur de suivi qualité »

« Ici dans le public on arrive à gérer les situations à l'amiable (....) ils viennent me voir, est ce qu'on peut trouver un arrangement ensemble et on trouve évidemment.. »

Conclusion : Nous constatons qu'en fonction du type de l'établissement, l'incrémentalisme et l'adaptation locale progressive au sein du cadre général préconisés par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, ne semblent pas évoluer à la même vitesse. Les EHPAD privés à but lucratif ont une longueur d'avance sur les EHPAD publics, privés à but non lucratif, et associatifs, dans la mise en place de la démarche qualité avec ses différentes évaluations (internes et externes). De ce fait, l'implication des usagés, de leurs représentants, du personnel et des associations, ainsi que le dialogue social ne sont pas au même niveau d'avancement et de structuration.

Cependant, nous dénotons une concordance des avis quant à la cohérence et l'adaptation du cadre générale préconisé par cette même loi, aux besoins de l'établissement, des usagers et de leurs représentants.

« Tout ce que comporte la loi 2002 sur la mise en place des différents indicateurs c'est en lien avec notre activité et ça nous permet normalement de réagir vite en cas de dérapage »

L'accélération des efforts des EHPAD publics, privés à but non lucratif et associatifs dans le sens de la mise en place d'une démarche qualité dans toutes ses dimensions, semble alors prioritaire pour la réussite du projet de modernisation préconisé par la loi. Le savoir nécessaire à la mise en place d'une telle démarche semble exister au niveau des cadres dirigeants, mais les moyens qui permettent une mise en place rapide semblent insuffisants. L'action dans ce sens semble alors être essentielle.

Levier II : Donner une impulsion centrale pérenne, où l'engagement et le soutien des autorités centrales renforce l'initiative locale. Doser entre l'engagement central et l'initiative locale, grâce à un pilotage interactif

Nous constatons que les règles de calcul de dotations sont les mêmes quel que soit le type de l'établissement, l'attitude des autorités de tutelle diffère, cependant, en fonction du type de l'EPHAD.

Points de concordance : Les budgets de fonctionnement sont composés de trois parties: (1) la partie « hébergement » est financée par les loyers payés par les résidents, (2) la partie « dépendance » est financée par le Conseil Général, (3) la partie « soins » est financée par l'ARS. Certains postes de dépenses peuvent impacter plusieurs budgets, par exemple, une infirmière est impactée à 100% sur le budget des soins, une aide-soignante est impactée à 70% sur le budget soins et à 30% sur la dépendance, la psychologue est impactée à 100% sur le budget dépendance. Les budgets sont aussi déterminés par le nombre de lits et la dépendance des résidents, et cela indépendamment du type de l'EHPAD.

« Qu'on soit privé ou public les budgets fonctionnement sont les mêmes. Ça s'appelle des budgets tripartites »

Points de divergences : Au niveau de la dotation en budget, la différence entre les EHPAD se situe au niveau du budget « hébergement » financé essentiellement par les loyers payés par les résidents, et qui finance les services d'animations, et les prestations de bien-être. Par conséquent, bien que la prise en charge des usagés soit la même étant donné que les budgets de « soins » et de « dépendance » sont les identiques, cependant le niveau de confort et les prestations de bien être ne sont pas les mêmes dans les différents types établissements.

« Par contre comme je vous l'ai dit c'est tripartite le budget d'hébergement c'est essentiellement les loyers, ici les loyers sont à 70€/jour dans le privé on est 145€/jour »

Une divergence aussi est constatée au niveau de l'attitude des autorités de tutelle vis-à-vis de l'EHPAD, en fonction de son type : les autorités de tutelle semblent être plus tolérantes et paternalistes vis-à-vis des EHPAD publics, associatifs, ou privés à but non lucratif, où ils sont plutôt à l'écoute, et adoptent une attitude plutôt policière vis-à-vis des EHPAD privés à but lucratifs, où ils sont plutôt dans le contrôle sévère.

« Dans le privé c'est de l'injonction et du contrôle »

« Dans le public ils sont très à l'écoute (...) Les autorités de tutelles n'embêtent pas les établissements publics »

La cause de cette divergence dans l'attitude des autorités de tutelle est attribuée, par les acteurs rencontrés, au grand budget « hébergement » dont disposent les EHPAD privés à but lucratif. Ils essaient de réduire en parallèle, tant que possible, les dotations « soins » et

« dépendance » financées par les fonds publics. De ce fait, le degré de tolérance vis-à-vis des écarts de fonctionnement en termes de budgets mobilisés n'est pas le même pour les différents types d'établissements. Est évoqué aussi comme cause possible de cette différence d'attitude, le nombre réduit des établissements publics, associatifs et privés à but non lucratif par rapport aux établissements privés.

« Ce qui les dérange c'est de se dire ils ont un budget hébergement qui est colossal donc on va diminuer autant que possible l'aide d'indépendance, c'est ça l'objectif (...) Dans le privé, ils essaient systématiquement de gratter »

Conclusion : Nous constatons que bien que l'impulsion centrale soit pérenne et l'engagement des autorités de tutelle soit irrévocable au vu de la loi 2002-2 et du décret n° 2010-1319, cependant le soutien des autorités centrales dans le renforcement de l'initiative locale des EHPAD semble prendre deux allures différentes en fonction du type de l'établissement : au niveau des établissements privés à but lucratif, le soutien des autorités centrales semble prendre une allure policière, alors qu'au niveau des autres types d'établissements il prend une allure plutôt paternaliste et compromissaire. Cela est attribué principalement à une recherche d'économie au niveau des budgets « soins » et « dépendance » des établissements privés à but lucratif, qui bénéficient d'un budget « hébergement » très élevé ; ou aussi au nombre réduit des EHPAD publics, associatifs, et privés à but non lucratif.

« Ce sont deux mondes différents (...) c'est le jour et la nuit (...) pas le même discours, pas le même traitement ».

Levier III : Respecter les spécificités de chaque entité, en évitant les transferts à l'identique entre les secteurs privé et public, ou aussi à l'intérieur même du secteur public

EHPAD privé à but lucratif : La démarche qualité est créée par le département qualité du groupe qui instaure les mêmes règles pour l'ensemble des établissements du groupe et de ce fait elle est spécifique au groupe. Les directeurs des structures, sont des simples exécutants et sont amenés à appliquer les exigences du siège d'une manière systématique sans aucune marge de manœuvre. Globalement, les structures fonctionnent de la même manière au sein d'un même groupe. Il s'agit d'une synchronisation sur tous les plans : organisation, démarche, processus, pilotage, coordination. Une synergie et une mutualisation des bonnes pratiques sont également à souligner au sein des grands groupes. Donc l'adaptation à la spécificité de chaque structure du groupe n'est pas en vigueur. Une bonne synchronisation entre le contenu et le processus est signalée.

« Eh ben dans un groupe privé comme, j'ai assuré un certain nombre de reprise ou rachat d'établissement et en 3 mois la démarche qualité est mise en place, les process en place. Ici c'est comme si on voulait livrer une

valise c'est la démarche qualité, là vous avez les protocoles, là vous avez l'indicateur qualité là vous avez les feuilles d'évaluation là vous avez les documents, il suffit juste de les présenter et les mettre en place »

EHPAD public : Même si plusieurs établissements se trouvent dans le même département, chaque directeur est libre arbitre de la démarche de qualité et des indicateurs de mesure à mettre en place. Il n'y a pas de coordination et encore moins de synchronisation entre les établissements. Aucune mutualisation de bonnes pratiques ou de coordination n'a été relevée à ce niveau. Des démarches volontaires de coordination et de mutualisation de bonnes pratiques peuvent être mises en place selon la volonté des équipes dirigeantes des établissements d'un même territoire. Par ailleurs certains directeurs signalent qu'ils s'inspirent de précédentes expériences professionnelles dans le privé pour la mise en place de la démarche qualité dans leur établissement actuel. La synchronisation entre le contenu et le processus est un élément pris en considération, cependant une lenteur dans la mise en place est signalée, et une primauté du processus au contenu est pointée.

« on est en train de travailler sur la mise en place d'un plan d'actions unique, pour qu'on ait le même support et donc forcément on va se transmettre des informations de ce qu'elle met en place et moi aussi...c'est une démarche volontaire de mutualisation. »

EHPAD associatif, EHPAD privé à but non lucratif : Des échanges de bonnes pratiques existent entre les directeurs des différents établissements de l'association ou du groupe privé à but non lucratif. Au-delà des frontières de de l'association ou du groupe, des échanges peuvent se faire avec d'autres établissements du même type, sans toutefois aller vers d'autres types d'EHPAD étant donné que les modes de fonctionnement sont jugés comme incompatibles. Cette incompatibilité est attribuée à la différence au niveau du contexte, au niveau des modes de gouvernance, au niveau des objectifs financiers, ou aussi au niveau du processus administratif où le directeur de l'EHPAD public, par exemple, est assimilé à un directeur d'hôpital déployant une démarche purement administrative.

« ça fait 3 ans qu'on travaille ensemble on se connaît » « on reste dans l'associatif car on n'est pas du tout dans la même démarche, on ne cherche pas à perdre mais on ne cherche pas non plus à rétribuer quelqu'un de l'extérieur et ça dans le lucratif ils n'ont pas d'autre solution ».

Conclusion : Nous constatons que globalement les spécificités des établissements sont respectées mais dans des logiques différentes. Au niveau des établissements privés à but lucratif, il s'agit d'une démarche qualité spécifiquement créée par le département qualité du groupe mais qui est appliquée à l'identique au niveau des différentes entités du groupe. Au niveau des établissements publics, associatifs et privés à but non lucratif, chaque établissement définit une démarche qualité personnalisée. Au niveau du transfert des pratiques entre les différents types d'établissements, nous n'avons pas constaté des démarches

officialisées dans ce sens, cependant certains directeurs semblent s'inspirer des connaissances professionnelles acquises lors de précédentes missions dans d'autres types d'établissements. En termes de synchronisation entre le « contenu » et le « processus », nous avons constaté des efforts dans ce sens dans les différents types d'EPHAD rencontrés, cependant il semble que le processus a tendance à primer sur le contenu au niveau des établissements publics.

Malgré les différences au niveau des modes de gouvernance et des objectifs financiers, cependant il serait recommandable que les autorités de tutelles organisent d'une manière périodique des rencontres d'échange d'expériences et de pratiques entre les différents directeurs d'EHPAD au niveau d'un département, voire d'une région. Cela peut favoriser la diffusion des bonnes pratiques managériales relatives à l'application des démarches d'évaluation externes et internes préconisées par la loi. L'extension de ces rencontres d'échanges de pratiques à d'autres fonctions impliquées dans la démarche qualité (par exemple aux médecins coordinateurs) peut s'avérer aussi fortement bénéfique.

Levier IV : Former et informer sur les méthodes, les enjeux, les écueils à éviter et les problématiques de fond lors des changements, au niveau des enseignements de la formation initiale et de la formation continue

EHPAD privé à but lucratif : Comme c'est le département qualité du siège qui détermine la démarche de modernisation dans les établissements privés, sa mise en place est plutôt considérée comme un maillon logique du processus. Il ne s'agit pas nécessairement de changement ou de résistances au changement. La démarche qualité fait partie des étapes récurrentes du travail au quotidien, et dans cette perspective des groupes de travail sont mis en place. Des formations adaptées aux besoins du personnel sont organisées régulièrement, en vue d'améliorer la qualité du service et apporter satisfaction aux clients.

« [...] alors dans le privé, il n'y a pas de freins puisque c'est une démarche qui existe au quotidien. Chaque semaine il y a des formations, chaque semaine il y a des groupes de travail sur tel ou tel sujet »

EHPAD public : Comme souligné précédemment, la démarche qualité est à ses prémises. Le directeur-pilote estime que le rapport de l'évaluation externe, conjointement aux éléments retenus de l'évaluation interne, feront l'objet d'axes de changement et d'amélioration continue au sein de l'établissement. La première tâche que le directeur-pilote se définisse, porte sur la communication auprès du personnel autour du contenu des rapports d'évaluations récemment transmis aux autorités. Des groupes de travail pilotés par le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice sont à mettre en place, des formations sont à planifier pour certains agents sur des thématiques spécifiques, et des instances de pilotage et de coordination

périodiques sont à instaurer. La direction est tout à fait confiante quant à l'implication et la motivation des « agents » dans la démarche qualité. Aucun frein organisationnel à la mise en place du processus n'est pressenti.

« [...] alors le frein n'est pas fort dans la mesure où c'est des gens qui ont envie de bien faire et le problème c'est qu'on les a jamais montré on les a jamais encadré, on les a jamais écouté ».

EHPAD associatif, EHPAD privé à but non lucratif : Un manque de formation et d'information sont signalées. Le manque de motivation du personnel est pointé aussi et justifié par le faible niveau de salaire ou aussi des conditions de travail difficiles. Par ailleurs, l'incompatibilité entre les exigences relatives à ce type de démarche et les ressources financières octroyées par les autorités de tutelle pour sa mise en place est signalée.

« C'est toujours plus avec de moins en moins de ressources »

Conclusion : Nous constatons que l'information et la formation ne sont pas au même niveau d'avancement dans les différents types d'EHPAD, où les établissements privés à but lucratif semblent avoir une longueur d'avance sur les autres. Bien que le facteur « résistance au changement » semble être plus redouté par les dirigeants des établissements associatifs et privés à but non lucratif, que par les dirigeants des établissements publics, cependant pour accélérer la mise en place des préconisations des rapports d'évaluation, il serait recommandable de renforcer les formations pour les différents acteurs impliqués dans la démarche.

Levier V : Prendre en compte le facteur temps où les évolutions visées ne sauraient être instantanées, mais s'inscriront dans une logique d'amélioration permanente et progressive

EHPAD privé à but lucratif : La démarche qualité est bien structurée et bien ancrée dans le fonctionnement de l'établissement. Elle est pilotée par une entité centrale au niveau du siège du groupe. Une démarche préconçue avec l'ensemble des procédures, des protocoles à instaurer et à respecter, des indicateurs à mobiliser et des tableaux de bords à renseigner sont conçus au siège du groupe privé et transmis aux différents établissements pour exécution. Le rythme du *reporting* imposé aux directeurs des établissements est très soutenu. Aussi, le facteur résistance au changement est pris en considération et est déjà surmonté, étant donné que la démarche est devenue routinière pour le personnel. Il en ressort un réel pilotage de l'établissement qui porte son attention aux freins et qui s'appuie sur des indicateurs et des tableaux de bords continuellement renseignés et révisés.

« Dans la démarche qualité on a des indicateurs qu'on renvoie chaque moi. Chaque mois il y a des tableaux d'indicateurs qualité qui nous permettent chaque année de faire nos rapports annuels et qui nous ont aidés effectivement dans la démarche d'évaluation interne et qui nous ont beaucoup aidés dans la démarche externe »

EHPAD public, EHPAD associatif, EHPAD privé à but non lucratif : La démarche qualité est à ses prémises. Suite à la loi 2002-2, une évaluation interne a été menée comme préconisée, sans qu'il y ait l'instauration d'une réelle démarche qualité pérenne dans le temps. Lors de cette première auto-évaluation, l'encadrement supérieur de l'établissement a été exclusivement impliqué, sans toutefois impliquer les collaborateurs et les usagés d'une manière pérenne. La mise en place d'une réelle démarche qualité, conjointement à des indicateurs et des tableaux de bords, est un projet engagé actuellement suite aux préconisations de l'évaluation externe récente.

« Ici dans cet établissement il n'y a aucun tableau de bord, aucun indicateur de suivi qualité » « je n'ai pas eu le temps pour mettre mes tableaux de bord en place (...)j'ai une stagiaire dans peu de temps »

Conclusion : Nous constatons qu'en fonction du type de l'EHPAD la logique d'amélioration permanente et progressive pour une adaptation constante à un contexte dynamique n'aboutit pas à la même vitesse. Cependant, nous avons dénoté une lucidité pour surmonter les obstacles et les dysfonctionnements au niveau des directeurs des établissements, et cela quel que soit le type de l'établissement.

Levier VI : Identifier les acteurs clés concernés par le changement

EHPAD privé à but lucratif : Au niveau des acteurs clés sont cités le directeur de l'établissement, le département qualité du siège, le responsable des ressources humaines et le responsable finances de l'établissement, le cadre santé et le médecin coordinateur. Le rôle du directeur est certes essentiel, cependant il prend l'allure de l'exécutif.

«Au fait le rôle du directeur dans le privé est un rôle d'exécutant »

«On a des interlocuteurs au siège RH, ils sont moins importants puisqu'on gère le budget tout seul »

Au niveau du pilotage, les directeurs-pilotes signalent une lourdeur administrative résultant des exigences de la démarche qualité. Malgré leur volonté d'insuffler une certaine dynamique dans les établissements qu'ils dirigent, ils pointent globalement une faible marge de manœuvre, où ils sont même tenus de renseigner des tableaux sur leur propre travail. Ils ont cependant à leur disposition un budget et des moyens de paiement qu'ils peuvent décider directement de leurs utilisations.

« Vous savez quand vous passez sur 10h de boulot par jour vous passez plus de 5h à faire des reporting des tableaux vous ne faites plus votre travail dans l'établissement auprès des résidents et des agents » « J'avais mon budget et mes moyens de paiement »

Au niveau du type de pilotage appliqué, c'est le modèle participatif qui est le plus évoqué.

EHPAD public : Au niveau des acteurs clés, les fonctions signalées sont celles du directeur et de son adjoint, du cadre de santé, du médecin coordinateur, de l'infirmière coordinatrice, du chef de projet, et des services supports de la mairie : les Ressources humaines et les Finances. Ces différents acteurs seront dotés par la suite d'équipes ou de groupes de travail. Cependant c'est le directeur qui assure le rôle moteur parmi les acteurs clés, où il pilote et coordonne les différents comités œuvrant séparément.

Au niveau du pilotage, bien que les directeurs-pilotes signalent qu'ils ont des comptes à rendre, mais admettent avoir une bonne marge de liberté et une faible pression. Cependant ils notent qu'au niveau des décisions financières, même minimales, ils sont très dépendants.

« J'ai des comptes à rendre mais je me sens libre même si tout ce qui est règlement financier est difficile ici (...) Là je dois demander à monsieur le maire si je peux dépenser »

Au niveau du type de pilotage appliqué, c'est le modèle participatif qui est évoqué et défendu. Il est présenté comme le modèle le plus efficace et adapté à ce type d'établissement et ce type de projet.

EHPAD associatif, EHPAD privé à but non lucratif : Au niveau des acteurs clés, les fonctions signalées sont celles du directeur, de la gouvernante, du comptable, de la secrétaire, de l'infirmière référente et de l'animatrice. Une mutualisation au niveau de la comptabilité, de la paie et du système d'information est signalée où ces fonctions sont gérées au niveau du siège. Mais la gestion des Ressources Humaines s'effectue au niveau de chaque établissement, tout en comptant sur l'appui de la direction centrale des RH.

Au niveau du pilotage, chaque établissement est doté d'un budget de fonctionnement géré d'une manière autonome.

« Chaque établissement est autonome sur son budget et prend des décisions dans le cadre du budget »

Au niveau du type de pilotage appliqué, c'est le modèle participatif qui est évoqué.

Conclusion : Nous constatons que les acteurs clés concernés par le changement sont globalement les mêmes pour les différents types d'EHPAD, à part les services Ressources Humaines et Finances qui sont assurés par la mairie pour les EHPAD publics. Mais dans les établissements publics, les directeurs-pilotes sont considérés comme plus moteurs et moins exécutifs. Au niveau du pilotage, les directeurs des établissements publics, associatifs et privés à but non lucratif semblent avoir une plus grande marge de liberté et subissent moins de pression que leurs confrères du privé à but lucratif. Mais au niveau financier, les directeurs des établissements privés à but lucratif, privés à but non lucratif et associatifs sont moins

dépendants que leurs confrères du public. Au niveau du type du pilotage appliqué, le management participatif semble le plus adopté, quel que soit le type de l'établissement.

CONCLUSION

Dans le cadre de cet article, nous nous focalisons sur les enjeux de l'action d'évaluation, dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de l'action publique, préconisée par le principe des 3E (Economie, Efficacité, Efficience) du NPM. Nous avons œuvré à mettre en exergue certains leviers qui contribuent à la gouvernance des organisations engagées dans la voie de la modernisation. Nous avons porté notre attention aux structures médicosociales, et en particulier aux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), engagés dans la voie de la modernisation. Nous faisons un focus sur les enjeux de la mise en place d'une action d'évaluation (interne et externe), préconisée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative aux « Institutions Sociales et Médico-Sociales » et complétée par le décret n° 2010-1319 relatif à la réglementation des évaluations. Notre observation s'est portée sur le département des Yvelines où nous avons mené une enquête empirique dans la perspective de constater le vécu du terrain à ce niveau.

Notre observation s'effectue alors au regard du prisme théorique sur le pilotage stratégique du changement, que nous construisons dans la première partie de cet article. Notre recherche exploratoire vise à faire émerger les difficultés rencontrées par la mise en place de l'action d'évaluation et à identifier les causes des disparités dans son application, pointée par l'enquête régionale menée en 2012 par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Ile-de-France.

Notre enquête a permis de constater une disparité dans la mise en place de la fonction évaluation, surtout au niveau interne, qui se traduit par des positionnements différents par rapport aux différents leviers du pilotage, en fonction du type de l'EHPAD (privé à but lucratif, privé à but non lucratif, associatif loi 1901, public). Les données collectées ont permis d'identifier des pratiques à travers la manière dont les acteurs utilisent l'outil 'évaluation', ont permis de traduire l'adaptabilité de cet outil de gestion aux spécificités des différents types d'EHPAD et dans quelle mesure il cadre les pratiques locales des différents types d'établissements. Le pilotage de la mise en place d'une telle pratique s'est avéré alors déterminant.

Nous constatons que les EHPAD privés à but lucratif ont une longueur d'avance sur les autres types d'EHPAD, dans la mise en place de la démarche qualité avec ses différentes évaluations (internes et externes). De ce fait, l'implication des usagers, de leurs représentants, du personnel

et des associations, ainsi que le dialogue social ne sont pas au même niveau d'avancement et de structuration. En tenant compte des orientations principales de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, et conformément aux législations actuelles plaçant le patient au centre du dispositif, notre enquête révèle que la satisfaction des usagers se place au cœur des préoccupations des établissements quel que soit leur statut. Cela se conforte par la mise en place d'un certain nombre d'outils (le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour (ou le document contractuel), le conciliateur/médiateur, le règlement de fonctionnement de l'établissement ou de service, le projet d'établissement ou de service et le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers). Cependant au niveau des établissements publics, associatifs et privés à but non lucratif, la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de la démarche reste à ses prémisses.

Les résultats de l'évaluation externe sont considérés comme les axes de recommandations à mettre en place dans le projet de modernisation des établissements publics, associatifs et privés à but non lucratif.

Quant à l'orientation relative aux procédures techniques de pilotage, notre attention s'est portée principalement sur le volet relatif à l'évaluation de la qualité et traduit par l'obligation légale de la réalisation des évaluations interne et externe. En conformité aux exigences des autorités publiques, aucune structure n'a manqué le rendez-vous de l'évaluation interne, qui a été suivie par une évaluation externe mandatée par l'ARS et réalisée par des équipes de consultants.

Ne remettant pas en question les relations « Etat-Département » et encore moins celles entre les établissements et les autorités de tutelle (Conseil Général, Conseil Régional, ARS, Mairie), l'étude empirique n'a souligné aucune coopération transversale entre les différents types d'établissements. Certes dans les grands groupes privés une certaine coopération, coordination et synergie est assurée par le siège social et plus particulièrement le département qualité à qui revient le contrôle de l'ensemble des structures du groupe. Cette coopération est constatée aussi dans et entre les EHPAD associatifs, ou entre les EHPAD privés à but non lucratifs du même groupe. Cependant, notre enquête a souligné une absence totale de coopération transversale entre les différents types d'établissements au niveau départemental ou régional. En effet, les structures demeurent concurrentes sur le terrain. L'instauration et la mise en place de bonnes pratiques restent appropriées à chaque type de structure.

Ainsi compte tenu des témoignages des équipes de direction des établissements rencontrés tout statut confondu, nous constatons que le pilotage du projet de modernisation des EHPAD

semble prendre une allure stratégique plus ou moins confirmée en fonction du type de l'établissement. En vue de rompre avec le pilotage à « vue » et renforcer le pilotage stratégique surtout au niveau des EHPAD publics, associatifs et privés à but non lucratif, notre enquête nous emmènent à proposer des recommandations qui s'articulent autour de trois axes :

- **L'accélération de la mise en place de la démarche qualité dans les EHPAD publics, associatifs, et privés à but non lucratif** : l'accélération des efforts dans le sens de la mise en place d'une démarche qualité dans toutes ses dimensions, semble prioritaire pour la réussite du projet de modernisation préconisé par la loi 2002-2. Le savoir nécessaire à la mise en place d'une telle démarche semble exister au niveau des cadres dirigeants, mais les moyens qui permettent une mise en place rapide semblent insuffisants. L'action dans ce sens semble alors être essentielle.

- **Favoriser la diffusion des bonnes pratiques entre les différents types d'EHPAD** : malgré les différences au niveau des modes de gouvernance et des objectifs financiers, cependant il serait recommandable que les autorités de tutelles organisent d'une manière périodique des rencontres d'échange d'expériences et de pratiques entre les directeurs des différents types d'EHPAD au niveau d'un département, voire d'une région. Cela peut favoriser la diffusion des bonnes pratiques managériales relatives à l'application des démarches d'évaluations externes et internes préconisées par la loi. L'extension de ces rencontres d'échanges de pratiques à d'autres fonctions impliquées dans la démarche qualité (par exemple aux médecins coordinateurs) peut s'avérer aussi fortement bénéfique.

- **Renforcer les formations du personnel au niveau des EHPAD publics, associatifs, et privés à but non lucratif** : bien que le facteur « résistance au changement » semble être plus redouté par les dirigeants des établissements associatifs et privés à but non lucratif, que par les dirigeants des établissements publics, cependant pour accélérer la mise en place des préconisations des rapports d'évaluation, il serait recommandable de renforcer les formations pour les différents acteurs impliqués dans la démarche.

BIBLIOGRAPHIE

Bartoli, A. (2009), Management dans les organisations publiques, Paris : Dunod.
Bartoli, A. et Hermel, P. (1986), Piloter l'entreprise en mutation – Une approche stratégique du changement, Paris : Editions d'Organisation.

- Bartoli, A. et Chomienne, H. (2007), Le développement du management dans les services publics : évolution ou révolution ?, Les cahiers français n°339, Les services publics, La Documentation française.
- Blanchet, A. (1987), « Interviewer », in Trognon, A. ; Ghiglione, R. ; Massonat, J., *Les Techniques d'enquêtes sociales*, Dunod, Paris.
- Christensen T. and Laegreid P. (2010), « Complexity an hybrid public administration - theoretical and empirical challenges », *Public Organization Review*, 11(4), p. 1-17.
- Clergeau de Mascureau, C. (1995), Quelles entraves organisationnelles et institutionnelles à l'innovation dans les organisations bureaucratiques publiques ? , *Politiques et Management Public*, vol.13, n°2, cahier 2, 141-171.
- Fraisie, R. (1996), Le service public saisi par la modernisation, introduction de l'ouvrage sous la direction de Germion C., Fraisie R., *Le service public en recherche : quelle modernisation ?*, Paris : Documentation Française.
- Gibert P. (2002), « L'analyse de politique à la rescousse du management public ? ou la nécessaire hybridation de deux approches que tout, sauf l'essentiel, sépare », *Politiques et management public*, vol 20/1, p. 1-14.
- Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine Publishing Company.
- Hlady-Rispa, M. (2002), *La méthode des cas*, De Boeck, Bruxelles.
- Kenis, P. et Schneider, V. (1991), Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox, in Marin, B. ; Mayntz, R. (dir.), *Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations*, Frankfurt/Main Campus, 25-59.
- Pesqueux, Y. (2006), *Le nouveau management public (ou New Public Management)*, Paris: Archives-ouvertes.fr
- Pettigrew, A. (1987), *The Management of Strategic Change*, Oxford- UK: Basil Blackwel.
- Rouban, L. (1996), Les cadres supérieurs de la fonction publique face à la modernisation, in Germion, C., Fraisie, R. (1996), *Le service public en recherche : quelle modernisation ?*, Paris : Documentation Française, 141-151.
- Savall, H. et Zardet, V. (2004), *Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique*, Economica, Paris.
- Thietart, R.A. (1999), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris.
- Wacheux, F., 1996, *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Economica, Paris.
- Yin, R.K. (2003), *Case Study Research: Design and Methods*, 3^{ème} édition, Sage Publication.

SITE WEB OFFICIEL

- « Haute Autorité Sanitaire (HAS) » : <http://www.has-sante.fr/>
- « Grilles d'autodiagnostic qualité V2014 » HAS : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1616201
- « L'annuaire sanitaire et social » : <http://www.sanitaire-social.com/>
- « Enquête régionale - Evaluation et mise en œuvre des outils issus de la Loi 2002 » diffusée par le Département Appui au Développement et à la Qualité de l'Offre Médico-Sociale – Agence Régionale de Santé Ile-de-France – Pole Médico-Social, juin 2012 : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/Medico-social/Evaluations/Evaluation_medico_social_enquete.pdf
- « Evaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Mise en œuvre et suivi par l'ARS » : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Mise-en-oeuvre-et-suivi-par-l.131783.0.html>