



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire,
Social et Médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du jury : **Décembre 2009**

**Préparer le renouvellement de la
convention tripartite : enjeux,
méthodologie et avantages**

L'exemple de l'EHPAD du Centre Hospitalier
De La Réole (33)

Sophie LE MER

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier chaleureusement Madame Marie-Noëlle Bouchaud, Madame Mariette Combrade, Madame Pascale Limoges et Madame Francine Bellouguet de m'avoir accueillie et accompagnée tout au long mon stage au centre hospitalier de La Réole.

Je remercie, également, Madame Ghislaine Pichaud, l'ensemble du personnel de l'EHPAD et de l'administration pour leur aide et leur disponibilité.

Je remercie enfin toutes les personnes qui n'ont permis de réaliser ce mémoire et qui je pense, se reconnaîtront.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| <i>Introduction</i> | <i>1</i> |
| | |
| 1. LE CADRE RÉGLEMENTAIRE QUI A ÉVOLUÉ DEPUIS LA MISE EN PLACE DU CONVENTIONNEMENT | 5 |
| | |
| 1.1. Une réforme ambitieuse pour harmoniser la prise en charge des personnes âgées sur le territoire | 5 |
| 1.1.1. Une réforme au service des personnes âgées dépendantes | 5 |
| 1.1.2. Le cahier des charges de la convention tripartite au service de la qualité | 8 |
| | |
| 1.2. La deuxième génération des conventions tripartites : un cadre réglementaire contraignant | 11 |
| 1.2.1. 2006 : l'année des premiers renouvellements | 11 |
| 1.2.2. La coupe PATHOS, un nouvel outil obligatoire | 12 |
| 1.2.3. Les impacts financiers non négligeables à compter de 2009..... | 15 |
| 1.2.4. Six mois pour mener le renouvellement..... | 18 |
| | |
| 2. BILAN PRÉ-RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION À L'EHPAD DU CH DE LA RÉOLE | 21 |
| | |
| 2.1. Le Centre Hospitalier de La Réole dans son environnement | 21 |
| 2.1.1. Le Centre Hospitalier de La Réole, lieu de stage | 21 |
| 2.1.2. L'offre du territoire du Haut Entre-Deux-Mers et ses environs | 23 |
| 2.1.3. Garantir la qualité : les préconisations départementales et interdépartementales pour les trois années à venir | 25 |
| | |
| 2.2. Un pilotage contrasté qui n'a pas permis d'atteindre l'ensemble des objectifs fixés dans la première convention | 27 |
| 2.2.1. Des changements partiels : une sensible évolution pour améliorer la qualité | 27 |
| 2.2.2. Deux objectifs n'ont pas été réalisés | 31 |
| 2.2.3. La persistance de certaines difficultés | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 3. L'OPTIMISATION DES MOYENS POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION TRIPARTITE | 35 |
| 3.1. L'indispensable première coupe PATHOS | 35 |
| 3.1.1. Le médecin coordonnateur : chef de projet | 35 |
| 3.1.2. Les preuves médicales..... | 37 |
| 3.1.3. Les résultats de la coupe : outil stratégique de négociation budgétaire..... | 38 |
| 3.2. L'engagement collectif dans la démarche qualité, la méthodologie d'une démarche cohérente | 39 |
| 3.2.1. Un préalable : susciter l'intérêt | 39 |
| 3.2.2. Création d'un comité de pilotage collégial pour réaliser l'autoévaluation | 40 |
| 3.2.3. La nécessaire cohésion du projet d'établissement avec la préparation des objectifs de la convention tripartite..... | 44 |
| Conclusion | 49 |
| Bibliographie | 51 |
| Liste des annexes | 56 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|-----------|---|
| AEQ | Agent d'Entretien Qualifié |
| AGGIR | Autonomie Gérontologie, Groupes Iso-Ressources |
| AGIRA 33 | Association Gérontologique pour l'Innovation et la Recherche d'Animation en Gironde |
| AMP | Aide Médico-Psychologique |
| ANGELIQUE | Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée de la Qualité pour les Usagers des Établissements |
| ANESM | Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux |
| APA | Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| AS | Aide-Soignant |
| ASH | Agent des Services Hospitaliers |
| CASF | Code de l'Action Sociale et des Familles |
| CEAP | Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CLIC | Centre Local d'Information et de Coordination |
| CNSA | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| CRAM | Caisse Régionale d'Assurance Maladie |
| CRAMA | Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine |
| CREDOC | Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie |
| DDASS | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DGAS | Direction Générale de l'Action Sociale |
| DHOS | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins |
| DRASS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DSS | Direction de la Sécurité Sociale |
| EHPAD | Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| ETP | Équivalent Temps Plein |
| FAM | Foyer d'Accueil Médicalisé |
| GIR | Groupes Iso-Ressources |
| GMP | GIR Moyen Pondéré |
| GMPS | GIR Moyen Pondéré Soins |
| IDE | Infirmier Diplômé d'État |
| HACCP | Hazard Analysis Critical Control Point |

| | |
|--------|---|
| MARTHE | Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Établissement |
| MAS | Maison d'Accueil Spécialisée |
| PMP | PATHOS Moyen Pondéré |
| PRIAC | PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| PSD | Prestation Spécifique Dépendance |
| PUI | Pharmacie à Usage Intérieur |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| USLD | Unité de Soins de Longue Durée |
| VAE | Validation des Acquis de l'Expérience |

Introduction

« Ce n'est point le corps des lois que je cherche, mais leur âme » Montesquieu, *L'esprit des lois*.

Les directeurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne voient, parfois, dans les différentes réformes qu'une contrainte réglementaire supplémentaire. À quoi vient s'ajouter la nécessaire généralité des règles qui, incapable de s'adapter à la particularité de toute réalité, peut dans bien des cas s'avérer parfaitement inique. Faudrait-il, concernant la convention tripartite, dresser le constat d'une défaillance irrémédiable de la loi ou bien, ne peut-on pas se dire que les lois ne sauraient rien faire sans les hommes qui les respectent et les font vivre ?

Dans ce sens, il est possible de penser que la convention tripartite relève davantage d'un mode procédural, que nous aurons à préciser, permettant une gestion différentielle des besoins et des difficultés en respectant, ainsi, les particularités propres de chaque établissement.

En effet, la convention tripartite ne saurait être comprise sans son renouvellement, puisqu'elle est établie seulement pour cinq ans et comme son nom le suggère, elle consiste en un contrat qui est conclu entre diverses parties. Ce qui laisse ouvert une certaine indétermination dépendante de l'entente (plus ou moins aléatoire) entre les différents protagonistes concernés (le conseil général, l'autorité compétente en assurance maladie et l'établissement). De plus, il existe parfois des contraintes, qui loin d'alourdir le travail, en facilite l'exécution. En effet, dans la mesure où l'une des parties contractante (l'EHPAD) doit pour cette convention réaliser une autoévaluation, celle-ci supposant ou réclamant une cohésion des équipes soignantes, rien n'empêche de penser que la procédure commandée par la loi, est déjà en elle-même dynamisante. Autrement dit, les moyens préconisés pour la mise en place de la convention ne réalisent-ils pas déjà en partie les fins pour lesquelles ils ont été instaurés ?

Ainsi, soucieuse de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes avec des prestations de qualité, la loi du 24 janvier 1997¹ instaurant le conventionnement des

¹ 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.

établissements, est mise en place conjointement avec la prise en considération de la dépendance des personnes âgées.

Dix ans après la promulgation du cahier des charges² de la convention tripartite, une grande majorité des EHPAD entre dans la période dite du renouvellement des conventions tripartites. À l'EHPAD du Centre Hospitalier (CH) de La Réole, département de la Gironde, la convention tripartite de première génération arrive, ainsi, à échéance en décembre 2009. La phase de renouvellement a commencé depuis le mois de juillet. Cependant, avant d'entamer la phase des négociations avec les autorités de tarification, un travail préliminaire et consenti avec l'ensemble des professionnels doit avoir lieu. Ce temps de préparation est important, car il y va de la fonctionnalité de l'ensemble de l'établissement et du bien-être des personnes accueillies pour une période de cinq ans.

Cependant, la question est de savoir en quoi le travail préalable au renouvellement de la convention tripartite est indispensable pour améliorer durablement la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement, mais également pour préparer la phase de négociation avec les autorités de tarification.

Plus précisément :

- ✓ Comment peut-on allier les financements et la qualité des prestations fournies, dans un contexte budgétaire contraint avec un nouvel outil pour mesurer la charge en soins : la coupe PATHOS ?
- ✓ Comment, en tant que futur directeur d'établissement, pouvons-nous rester, ainsi, fidèle à nos missions de prise en charge des personnes âgées dépendantes ?
- ✓ Quelle est la méthodologie adéquate pour développer au sein d'une structure médico-sociale une démarche *qualité* ?
- ✓ Quels sont les outils stratégiques, à la disposition des directeurs, pour réaliser le travail préparatoire au renouvellement de la convention tripartite ?
- ✓ Comment peut-on rendre cohérent l'ensemble des démarches (autoévaluation, rédaction du projet d'établissement, convention tripartite) ?

Pour réaliser ce travail de recherche et d'analyse et pour répondre à notre questionnement, une recherche bibliographique s'est avéré nécessaire en s'attachant au cadre réglementaire de la convention tripartite avec ses évolutions depuis sa mise en

² 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.

place. L'étude d'ouvrages spécialisés, ensuite, a été nécessaire pour appréhender et trouver la cohérence des démarches à réaliser. Enfin, après une courte période d'observation sur le terrain, des entretiens (semi-directifs) auprès du personnel de l'EHPAD ont été réalisés. L'objectif de ces entretiens était double : d'une part, connaître l'EHPAD dans son fonctionnement et dans l'organisation de ses activités pour, notamment, conduire l'évaluation interne, et d'autre part, pour répondre à nos interrogations. Cependant, si ces entretiens, ont permis de répondre au premier objectif, les questions relatives aux travaux à réaliser cette année pour le renouvellement ont suscité, chez une partie des agents, quelques réserves à propos, principalement, de leur degré d'implication au sein de l'établissement.

Cette étude de terrain ne saurait, toutefois, masquer, puisque dans une certaine mesure elle le révèle, le double intérêt pour le directeur d'EHPAD du travail préalable au renouvellement de la convention tripartite. En effet, le premier est avant tout de permettre à l'établissement d'améliorer au quotidien la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies. Et le second est de trouver une méthode adaptée à la structure répondant à l'ensemble des critères réglementaires.

Après avoir rappeler le cadre réglementaire des conventions tripartites et les évolutions liées à leur renouvellement (1), l'analyse détaillée de la convention de première génération de l'EHPAD du Centre Hospitalier de La Réole met en évidence les changements induits mais également les difficultés rencontrées lors des cinq années de conventionnement (2). Enfin, cette étude a favorisé des recommandations qui, tout en respectant la réglementation, permettent une préparation optimale du renouvellement de la convention tripartite (3).

1. LE CADRE RÉGLEMENTAIRE QUI A ÉVOLUÉ DEPUIS LA MISE EN PLACE DU CONVENTIONNEMENT

La réforme de la tarification issue de la loi du 24 janvier 1997³ admet un double objectif : la transparence du fonctionnement et des financements des institutions et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies (1). Elle prévoit également dans son article 23 que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées ne peuvent accueillir des *personnes âgées dépendantes* qu'à condition d'avoir passé une convention pluriannuelle. Seulement, depuis dix ans, des évolutions ont eu lieu : le cahier des charges du conventionnement, l'observation des circulaires budgétaires (2) et l'obligation de réaliser la coupe PATHOS qui permet d'évaluer la charge en soins nécessaires pour chaque structure (3).

1.1. Une réforme ambitieuse pour harmoniser la prise en charge des personnes âgées sur le territoire

La mise en place d'une prestation prenant en charge la dépendance des personnes âgées a entraîné la réforme de la tarification des établissements (1) avec l'obligation pour ces derniers de se conventionner avec les autorités de tarification selon un cahier des charges complet et précis (2).

1.1.1. Une réforme au service des personnes âgées dépendantes

La prestation spécifique dépendance (PSD) a été instituée par la loi du 24 janvier 1997⁴. Mise en place à partir de 1998, cette prestation originale est soucieuse de répondre précisément aux besoins des intéressés en déterminant le niveau de leur dépendance afin d'ajuster les aides nécessaires à leur vie quotidienne. Son objectif est de favoriser l'autonomie et le maintien des capacités existantes des personnes dépendantes âgées d'au moins 60 ans. Cette prestation a évolué depuis la loi du 20 juillet 2001⁵ ; la prestation spécifique dépendance est devenue l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). D'un

³ 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.

⁴ Ibid.

⁵ 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.

accès restrictif (seulement 150000 personnes bénéficiaient de la PSD contre près de 900000 pour l'APA⁶) et répartie inégalement suivant les départements, puisque aucun financement supplémentaire n'a été accordé, la PSD n'a pas manqué d'être critiquée. Remplaçant la PSD, l'APA a l'avantage d'être ouverte à toute personne dépendante, quelles que soient ses ressources et d'être davantage individualisée aux besoins propres des personnes dépendantes. Aussi, cette allocation est-elle attribuée en fonction d'une grille nationale et la participation du bénéficiaire de l'APA est calculée en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L.132-1 et L.132-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), selon un barème national revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. L'APA est accordée dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire.

L'ensemble de cette évolution a été encadré par deux décrets⁷ qui précisent la nouvelle tarification des établissements. Les nouvelles règles de tarification, développées dans le premier décret, introduisent la dépendance dans une troisième section tarifaire aux deux sections déjà existantes (la section *hébergement* et la section *soins*) et le calcul de son financement en fonction du niveau de la perte d'autonomie. La nouvelle tarification devient ainsi ternaire avec trois sections bien identifiées et étanches.

Le contenu des trois sections tarifaires est le suivant:

- ✓ La section hébergement concerne le financement des charges liées à l'hébergement : les charges administratives, hôtelières, sociales et d'animation. Ces charges sont financées par le *prix de journée* dont les personnes accueillies sont redevables ou par le département pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale. Pour les établissements habilités à l'aide sociale départementale, ce tarif est fixé par le Conseil Général.

- ✓ La section dépendance : le financement de la dépendance évaluée dans chaque établissement est fixé par un arrêté annuel du Président du Conseil Général. Cette évaluation de la dépendance des personnes accueillies est réalisée à l'aide d'une grille nommée Autonomie Gérontologie, Groupes Iso-Ressources (AGGIR). Cette grille permet d'obtenir la description des problèmes qui se posent dans toutes les activités de la vie courante d'une personne. Cet outil multidimensionnel permet de réaliser une classification en 6 Groupes Iso-Ressources (GIR) allant du GIR 1,

⁶ Étude du CREDOC, « Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile », Cahiers de Recherche n° 221, décembre 2005 p.14.

⁷ Décret n° 99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD ; Décret n° 99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.

personne très dépendante au GIR 6 personne autonome, selon 10 variables discriminantes (comme la cohérence, l'orientation, l'habillement...) et 7 variables illustratives (comme la cuisine, le ménage, le suivi du traitement...). Ce modèle permet d'obtenir un nombre de points moyens par établissement appelé le GIR Moyen Pondéré (GMP). Trois tarifs journaliers *dépendance* sont ainsi définis suivant trois groupes GIR : GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6.

La grille AGGIR modifiée par décret⁸ détermine un nouveau système de remplissage permettant une cotation plus fine et favorisant ainsi une évaluation plus juste de la perte d'autonomie.

Les résidents âgés de moins de soixante ans ne font pas l'objet d'une évaluation de la dépendance via la grille AGGIR. Par conséquent, les tarifs dépendance ne leur sont pas applicables.

- ✓ La section *soins*: ce forfait finance les prestations médicales et paramédicales nécessaires au soin des affections somatiques et psychiques, ainsi que celles liées à la perte d'autonomie. Cette dotation *soins* est financée par l'Assurance Maladie. Le montant est fixé par le Préfet du département pour les EHPAD.

La nouvelle répartition des charges concerne toutes les dépenses liées au fonctionnement d'une structure :

| | Charges en personnel | Charges inhérentes aux prestations | Autres charges |
|----------------------------|---|---|---|
| Section Hébergement | 100% administratif 100% animateur 100% accueil 70% ASH | Hôtelières Sociales | Amortissements (des biens meubles et immeubles) Dotations aux provisions |
| Section Dépendance | 100% psychologue 30% AS-AMP 30% ASH | 30% blanchisserie 100% des coûts couches et alèses | Amortissement (des biens mobiliers relatifs à la dépendance) |
| Section Soins | 100% médecin 100% IDE 70% AS-AMP | Les médicaments pour les EHPAD avec PUI | Amortissement du matériel médical |

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

⁸ Décret n° 2008-821 du 21 Août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.
Sophie LE MER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2009

On observe que la nouvelle tarification non seulement introduit une nouvelle section dans le financement mais également une nouvelle répartition des charges. Cette réforme met, également, en place une nouvelle obligation réglementaire pour ces établissements : la signature d'une convention pluriannuelle avec les autorités de tarification dont l'analyse constitue le centre de notre travail.

1.1.2. Le cahier des charges de la convention tripartite au service de la qualité

La convention tripartite définit dans l'arrêté du 26 avril 1999⁹ « les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces derniers, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil ».

Le cahier des charges de la convention met en exergue quatre objectifs :

- ✓ Préciser les caractéristiques générales et la définition des recommandations relatives aux principaux critères que devraient présenter les établissements ;
- ✓ Détailler les recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents ;
- ✓ Définir les objectifs d'évolution de l'établissement et la nécessaire adaptation des moyens et des financements pour les cinq années du conventionnement;
- ✓ Proposer des indicateurs en vue d'évaluer les modalités d'exécution de la convention.

L'arrêté du 26 avril 1999¹⁰ développe les recommandations selon l'ordre qui suit.

La qualité de vie des résidents

Ces recommandations émises relatives à la qualité de vie des résidents doivent permettre le maintien de l'autonomie sociale, physique et psychique et le développement de la participation des usagers et de leur famille en favorisant l'ensemble des liens familiaux. Des éléments comme le projet d'établissement ou la qualité des espaces de vie collectifs et privatifs doivent permettre de développer la *démarche qualité*. Le projet définit les

⁹ 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.

¹⁰ Ibid.

caractéristiques du projet de vie et du projet de soins avec leurs modalités d'organisation au sein de la structure.

La qualité des personnels

Une deuxième série de recommandations concerne la qualité des personnels exerçant dans l'établissement. Elle a pour objectif de prodiguer des soins et des aides de qualité en insistant sur une organisation du travail centrée sur les personnes accueillies, tout en améliorant les conditions de travail du personnel et en développant un programme de formation diplômante et continue. De plus, le cahier des charges prévoit le recrutement d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie qui doit répondre « à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé »¹¹. Il assure la coordination interne de l'établissement avec l'ensemble du personnel soignant (*via* le projet de soins). Et il prend également en charge la coordination externe avec l'ensemble des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD. Le médecin coordonnateur doit, en outre, assurer la permanence des soins, aviser les admissions, élaborer le dossier médical de chaque résident, vérifier le dossier de soins infirmiers et enfin rédiger un rapport annuel d'activité médicale.

De plus, le dernier décret datant de 2005¹² sur les missions du médecin coordonnateur prévoit que ce dernier dispose d'un délai de trois ans pour remplir les conditions de qualification nécessaire à sa fonction, c'est-à-dire soit un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie, soit une capacité en gériatrie, soit un diplôme d'université de médecin coordonnateur en EHPAD.

L'inscription dans un réseau

Dans la même logique, les établissements à leur tour doivent permettre un parcours de prise en charge adéquat des résidents à travers leur inscription dans un réseau de soins polyvalents (une prise en charge médicale et psychiatrique), coordonnés et formalisés par la signature de conventions avec l'ensemble des acteurs (centre hospitalier de proximité,

¹¹ 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 ; Annexe II, le médecin coordonnateur : missions, fonctions et compétence professionnelle.

¹² Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

établissement psychiatrique, centre local d'informations et de coordination). Les établissements devront ainsi collaborer avec les partenaires du secteur sanitaire et d'autres établissements pour personnes âgées.

Principes d'évaluation

Le cahier des charges du conventionnement se clôture sur l'énoncé des principes d'évaluation du dispositif et met à disposition une série d'indicateurs qui portent sur l'ensemble des prestations d'une structure. « Les établissements s'engagent dans une démarche d'évaluation (...) assurant aux usagers l'autonomie sociale, physique et psychique la plus importante »¹³.

Modifications postérieures

En 2004, l'arrêté du 13 août¹⁴ vient modifier celui de 1999. Il apporte quelques modifications sémantiques (« assurance qualité » en 1999 modifié en 2004 par les termes « l'amélioration continue de la qualité ») et une nouvelle recommandation. En effet, suite à la canicule de 2003 et à ses enseignements, les EHPAD sont dans l'obligation de mettre en place des dispositifs de rafraîchissement des locaux. Chaque structure doit posséder une pièce rafraîchie.

Si la première génération des conventions tripartites introduisait la notion de transparence du fonctionnement des établissements et laissait une marge d'interprétation aux institutions pour appliquer les recommandations, marge d'adaptation avec bien sûr une obligation de résultats, la deuxième génération avec les dernières circulaires budgétaires laisse, en revanche, moins de marges de manœuvre pour les directeurs d'EHPAD.

Toutefois, ce cahier des charges donne une vision globale de la prise en charge des résidents, et la notion de qualité est, pour la première fois, introduite pour le secteur des personnes âgées.

¹³ Ibid.

¹⁴ 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 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

1.2. La deuxième génération des conventions tripartites : un cadre réglementaire contraignant

Pour mener le renouvellement des conventions tripartites, la circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées, décrit la méthodologie et propose des outils afin d'évaluer la progression des cinq premières années du conventionnement (1). De plus, une nouvelle grille nationale fait son entrée en EHPAD : la coupe PATHOS (2). En outre, depuis cette année, de nouveaux éléments réglementaires introduisent la convergence tarifaire qui a pour objectif d'harmoniser au niveau national les dotations *soins* des EHPAD (3).

1.2.1. 2006 : l'année des premiers renouvellements

La circulaire relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006¹⁵, dans sa première partie, développe la méthodologie pour mener le renouvellement des conventions tripartites.

Dans un premier temps, une évaluation des conventions arrivant à échéance est réalisée pour « mesurer les effets de ce dispositif sur la qualité des prestations offertes aux résidents et évaluer les écarts éventuels entre les objectifs fixés lors de la signature de la convention et les résultats obtenus à son terme »¹⁶. Pour réaliser cette évaluation, en annexe de cette circulaire, des documents sont mis à disposition des Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et Conseils Généraux. L'un des documents est à remplir par les services des autorités de tarification et le deuxième par l'établissement qui rentre dans la phase de préparation du renouvellement, avec des données sur les cinq ans de la première convention.

Le renouvellement doit être demandé par l'établissement six mois avant la fin du conventionnement. La phase de renouvellement peut excéder la date d'échéance de la première convention. Ce délai peut être prolongé de six mois supplémentaires si aucun accord n'a été trouvé auparavant.

¹⁵ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

¹⁶ Ibid. p.3

Ainsi, dans la circulaire, deux hypothèses sont à prévoir en fonction des résultats de l'établissement:

- ✓ La première hypothèse concerne les établissements qui n'ont pas atteint l'ensemble des engagements *qualité* fixés par la première convention tripartite. Dans ce cas, un avenant d'un an pourra être établi pour permettre à la structure d'atteindre les objectifs.
- ✓ La deuxième hypothèse intéresse les institutions qui ont atteint les objectifs de la première convention. Pour eux, le renouvellement devra avoir lieu. Durant la première année du conventionnement, une actualisation des moyens sera faite en adéquation aux besoins liés à la prise en charge de la dépendance et à la charge en soins nécessaires.

Enfin, la circulaire précise qu'une nouvelle grille nationale vient compléter le calcul de la charge liée à la dépendance : la coupe PATHOS.

1.2.2. La coupe PATHOS, un nouvel outil obligatoire

En 2005, la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit dans son article 46 une réforme des unités de soins de longue durée (USLD) pour adapter la prise en charge des personnes âgées soit dans le secteur sanitaire, soit dans le secteur médico-social. Pour réaliser cette réforme, un nouvel outil est mis en place : la coupe PATHOS. Élaboré en 2001 par le Syndicat National de Gériologie Clinique et le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie¹⁷, ce modèle fait aujourd'hui son entrée dans les EHPAD¹⁸. Cette coupe PATHOS est un outil qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées¹⁹. L'objectif de la coupe est de répondre à la progression importante de personnes âgées poly-pathologiques résidant en EHPAD. Elle est réalisée par le médecin coordonnateur de l'établissement et le cadre de soins, un jour donné dans l'établissement. Cet outil permet de réaliser une coupe transversale ou une

¹⁷ DUCOUDRAY Jean-Marc, LEROUX Robert, PRÉVOST Patrice, VÉTEL Jean-Marie, VUILLEMIN Claire, « Le modèle PATHOS », 2007, 46 p.

¹⁸ Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁹ PRÉVOST Patrice, septembre 2006, « AGGIR et PATHOS dans la planification gériatrique », *La revue gériatrique* tome n°31, disponibilité : http://www.sngc.org/4DACTION/SNGC_envoidoc/232.

photographie d'une population à un moment donné pour ensuite obtenir le niveau de soins requis c'est-à-dire nécessairement incontournables à la prise en charge de toutes les pathologies. Mais, cette grille PATHOS est également un outil tarifaire. En effet, la coupe conjuguée à la dépendance permet de calculer la dotation *soins* alors qu'auparavant cette dotation était uniquement calculée sur la base de la dépendance (avec le GMP). Ce qui ne permettait pas de révéler toutes les prises en charge médicales et paramédicales.

Dans la circulaire budgétaire de 2006²⁰, trois conditions rendent obligatoire l'utilisation de cet outil au sein des établissements:

- ✓ Le renouvellement de la convention tripartite ;
- ✓ Un GIR Moyen Pondéré (GMP) égal ou supérieur à 800 points;
- ✓ Le passage à l'option tarifaire globale (cf. p. 15).

La circulaire précise en outre que les établissements qui remplissent l'une de ces conditions et qui ne réalisent pas la coupe PATHOS se verront appliquer les tarifs déterminés par la précédente circulaire budgétaire, soit une reconduction identique de leurs moyens précédemment alloués.

La coupe PATHOS permet ainsi de répertorier l'ensemble des pathologies des résidents. Des états pathologiques sont ainsi identifiés, avec pour chacun d'eux un profil de gravité et un projet de soins requis. Ce dernier correspond à l'ensemble des soins qui devrait être effectué selon les recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Une série d'indicateurs de prise en charge est formulée : les soins médico-techniques importants (SMTI), les groupes de patients proches (GPP), les postes de soins et le PATHOS moyen pondéré (PMP).

Les soins médico-techniques importants (SMTI)

Le premier indicateur SMTI correspond à la nécessité d'une prise en charge par une structure ayant des ressources humaines et matérielles suffisantes pour assurer correctement et en toute sécurité des personnes atteintes de pathologies dites lourdes. Il permet de répondre à la question de la permanence infirmière 24h sur 24. En effet, une surveillance médicale est nécessaire pour les résidents ayant ce profil ; ce qui n'est pas

²⁰ Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

assuré aujourd'hui au sein des EHPAD et ce en dépit des 8 à 10 %²¹ de résidents qui ont ce profil.

Les groupes de patients proches

L'indicateur SMTI se décline en neuf groupes de patients proches, les cinq premiers groupes rentrent uniquement dans la catégorie des SMTI. Ces groupes sont indépendants les uns des autres ; chaque groupe rassemble des personnes ayant des besoins identiques d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Chaque résident est ainsi comptabilisé dans un groupe de patients proches.

Les postes de soins

Le troisième indicateur est celui des postes de soins qui sont au nombre de huit et qui retracent l'ensemble des prises en charge médicales et paramédicales : les soins de gériatrie, de psychiatrie, d'infirmierie, de rééducation et de réadaptation, de psychothérapie, et les actes de biologie, de radiologie et enfin de pharmacie. Pour chacun des postes, quatre niveaux de soins existent. Ces derniers sont déterminés en fonction de l'état pathologique du résident au moment de la cotation. Mais, l'évaluation de ces postes ne concerne que les soins réalisés au lit du malade. Le temps de préparation d'un soin ou encore le temps de coordination des soins, par exemple, n'est pas comptabilisé dans cet indicateur.

Le PATHOS Moyen Pondéré (PMP)

Enfin, le PMP, l'indicateur global de charge en soins, indique la somme des points attribués pour chacun des huit postes de soins, soit « le niveau global de ressources, tous acteurs confondus, nécessaires pour soigner le malade moyen théorique de l'EHPAD »²². Le PMP est validé pour deux ans, puis réévalué chaque année.

Chaque coupe PATHOS permet ainsi de décrire la charge en soin spécifique à chaque établissement. La déclinaison de l'ensemble des indicateurs est ainsi nécessaire pour évaluer au plus juste tous les niveaux de soins requis pour répondre à une prise en charge médicale et paramédicale de qualité.

²¹ Formation au Modèle PATHOS 2009 réalisée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine, le 25 février 2009.

²² VÉTEL Jean-Marie, « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur Pathos », Mensuel des Maisons de retraite n°119, mars 2009, pp.20-22.

Ainsi, si la coupe PATHOS est une des conditions pour renouveler la convention tripartite, ses résultats associés au GMP formera le GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui conditionnera les moyens financiers des établissements avec des conséquences non négligeables sur le fonctionnement des structures pour les années à venir.

1.2.3. Les impacts financiers non négligeables à compter de 2009

La circulaire budgétaire pour l'année 2009²³ met en place un nouveau principe de convergence tarifaire entre les établissements pour les dotations *soins*. À compter de 2010, une baisse des dotations est à prévoir pour les établissements qui dépasseraient leur dotation *plafond* pour atteindre au plus tard en 2016 ce tarif maximal. Les financements sont aujourd'hui contraints.

Pour calculer la dotation *soins* dite *plafond*, huit calculs sont décrits dans cette circulaire, en fonction :

- ✓ Des options tarifaires (partielle ou globale) ;
- ✓ De la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ;
- ✓ De la validation ou non de la coupe PATHOS, nouvel outil permettant de mesurer la charge en soins nécessaire.

Les options tarifaires sont déclinées selon deux modes : soit l'option partielle, soit l'option globale :

- ✓ Le tarif partiel comprend l'ensemble des prestations liées aux soins : les charges relatives aux rémunérations des infirmiers salariés, du médecin coordonnateur, des auxiliaires médicaux salariés, 70% des rémunérations des aides-soignants et aides médico-psychologiques, du petit matériel médical et les médicaments dont les caractéristiques sont fixées par décret et les amortissements du matériel médical.
Pour les EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (PUI), le tarif partiel ne comprend pas les médicaments.
- ✓ Le tarif global prend en compte en plus des prestations du tarif partiel les rémunérations des médecins généralistes libéraux, celles des auxiliaires médicaux

²³ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire pour l'année 2009 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

libéraux exerçant dans l'établissement, mais également les examens standard de radiologie et les examens de biologies.

Le calcul de la dotation *soins* dite *plafond* se fait en fonction du GMP et du PMP selon les calculs suivants :

| | | |
|--|------------------------|-----------------------------|
| Pour les EHPAD ayant validé le GMP et le PMP | Tarif Global avec PUI | 12,83 x (GMP+ (PMP x 2,59)) |
| | Tarif Global sans PUI | 12,08 x (GMP+ (PMP x 2,59)) |
| | Tarif Partiel avec PUI | 9,89 x (GMP+ (PMP x 2,59)) |
| | Tarif Partiel sans PUI | 9,20 x (GMP+ (PMP x 2,59)) |
| Pour les EHPAD ayant validé uniquement le GMP | Tarif Global avec PUI | 12,83 x (GMP+ (168 x 2,59)) |
| | Tarif Global sans PUI | 12,08 x (GMP+ (168 x 2,59)) |
| | Tarif Partiel avec PUI | 9,89 x (GMP+ (168 x 2,59)) |
| | Tarif Partiel sans PUI | 9,20 x (GMP+ (168 x 2,59)) |

Source : Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire pour l'année 2009 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Ainsi, deux possibilités à l'issue du calcul sont envisageables pour l'établissement :

- ✓ Soit la dotation *soins* est inférieure ou égale à la dotation *plafond*, dans ce cas, la revalorisation budgétaire pourra se faire suivant la dotation *plafond*.
- ✓ Soit la dotation *soins* est supérieure au *plafond* et la revalorisation ne sera que de 0,5 % par rapport à celle de 2008. Pour cette condition, il faut ajouter qu'aucune procédure contradictoire ne pourra être engagée par l'établissement. Et, à compter de 2010, une baisse de la dotation sera enclenchée pour arriver en 2016 au niveau *plafond*.

L'EHPAD du Centre Hospitalier de La Réole (selon le mode de calcul avec l'option tarifaire partielle avec une pharmacie à usage intérieur, avec un GMP pour 2008 de 693 points et un PMP préétabli de 168²⁴ correspondant à la moyenne nationale des EHPAD), comme beaucoup d'EHPAD hospitaliers, est dans le cas du dépassement de sa dotation *soins* pour 2009.

²⁴ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire pour l'année 2009 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

La circulaire budgétaire prévoit également une valorisation plus importante en faveur de l'option tarifaire globale ; une forte incitation est ainsi faite pour que les établissements s'orientent vers cette option. Les établissements dont la dotation *soins* dépasse la dotation dite *plafond*, et qui sont actuellement en option tarifaire partielle, doivent étudier si le passage en tarif global serait plus à même de répondre aux besoins des personnes accueillies. Le passage au tarif global peut ainsi permettre de limiter les effets de la convergence tarifaire pour les années à venir.

Cependant, le passage au tarif global a pour condition la capacité d'évaluer les surcoûts liés aux frais des consultations des médecins généralistes, des actes des auxiliaires libéraux, ainsi que les frais de radiologie et de biologie. Certaines DDASS peuvent donner des éléments pour faire cette évaluation, de même que la caisse primaire d'assurance maladie.

L'estimation des coûts supplémentaires pour l'option tarifaire globale²⁵

- ✓ Pour les médecins libéraux : il faut compter en moyenne une visite toutes les trois semaines pour chaque résident ;
- ✓ Pour les auxiliaires médicaux comme les kinésithérapeutes, deux visites par semaines à 16 € pour la moitié des résidents de l'établissement ;
- ✓ Pour les actes de radiologie, pour un établissement de cent lits, il faut évaluer le coût entre 10 000 et 20 000€ par an ;
- ✓ Enfin, pour les actes d'analyse biologique, aucune évaluation n'est faite. Cependant, il suffit de demander au laboratoire le coût pour l'année précédente.

Ces estimations permettent ainsi de faire une simulation des coûts supplémentaires d'une manière globale pour les établissements qui opteraient pour le forfait global.

Le choix de l'option tarifaire (partielle ou globale) est aujourd'hui encore possible. Cependant, un décret est actuellement à l'étude²⁶ suite à la rédaction du nouvel article L.314-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, qui prendra effet au 1^{er} janvier 2010. Cet article est issu de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009 (article 63)²⁷. L'orientation semble aller vers la suppression de l'option tarifaire partielle au bénéfice de l'option globale, mais son contenu reste, encore, à déterminer. D'autres orientations sont

²⁵ Estimations données par la DDASS du département des Hauts-de-Seine.

²⁶ DGAS, « Présentation générale du projet de décret relatif à la tarification des EHPAD en application du nouvel article L. 314-2 du CASF », le 23 juin 2009.

²⁷ Loi 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité Sociale pour 2009.

également envisagées : le transfert de certaines charges relatives au personnel comme le passage du psychologue de la section *dépendance* vers la section *soins* ou encore de l'animateur de la section *hébergement* vers celle de la *dépendance*. Une concertation avec les différentes fédérations est en cours en vue de préparer et rédiger ce nouveau décret.

1.2.4. Six mois pour mener le renouvellement

Mener la démarche doit tout d'abord commencer par une demande de l'établissement auprès des autorités de tarification du renouvellement de la convention pluriannuelle six mois avant l'échéance du premier conventionnement, comme énoncé plus haut. Plusieurs étapes sont nécessaires.

La première étape : la constitution du dossier pour les autorités de tarification

La DDASS et le Conseil Général fournissent une liste de documents²⁸ à remplir concernant : les données administratives de l'établissement, le tableau des effectifs rémunérés ou encore les différents plans de formation des cinq dernières années. Les documents peuvent varier d'un département à l'autre, mais ils suivent en règle générale les annexes de la circulaire budgétaire de 2006²⁹. Les autorités demandent également les résultats de l'évaluation interne, le bilan des objectifs fixés dans la première convention tripartite avec leur niveau de réalisation respectif et surtout la première proposition des nouveaux objectifs pour la nouvelle convention tripartite. Le dossier est assez conséquent, c'est pour cette raison qu'il est préférable d'anticiper la constitution des documents et de rassembler l'ensemble des éléments qui seront nécessaires.

La deuxième étape : la préparation de la visite des autorités de tarification

La suite de la procédure consiste à envoyer l'ensemble des documents demandés, puis il convient de fixer une date pour la visite des représentants des deux administrations dans l'établissement. Cette visite de conventionnement n'est pas une visite de contrôle, mais elle représente le commencement de la phase de négociation du renouvellement. Une

²⁸ Liste de documents demandés dans le département de la Gironde placée en annexe I.

²⁹ Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

première réunion fait suite à la visite de l'EHPAD. Une discussion autour de la déclinaison des nouveaux objectifs peut alors débiter avec les autorités de tarification.

La troisième étape : la phase de négociation

Le premier entretien à l'issue de la visite ne sera pas le seul. En effet, d'autres échanges auront lieu pour trouver un accord avec les différents protagonistes en vue de signer la convention pluriannuelle de deuxième génération. On notera également que si aucun accord n'est défini au terme des six mois dévolus, une prolongation, à nouveau, de six mois est envisageable.

La quatrième étape : la validation des objectifs

Les objectifs définis collégialement, la dernière étape prévoit leur validation par la signature de la convention.

La préparation du renouvellement donne ainsi l'occasion aux EHPAD de réaliser un bilan au terme des cinq premières années du conventionnement. L'étude détaillée de l'EHPAD du Centre Hospitalier de La Réole qui va suivre, doit permettre d'en mieux comprendre le déroulement.

2. BILAN PRÉ-RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION À L'EHPAD DU CH DE LA RÉOLE

Après avoir développée la réglementation en vigueur pour renouveler la convention tripartite, l'état des lieux de l'EHPAD du Centre Hospitalier de La Réole analyse la situation actuelle d'une structure. Cette analyse commence par la présentation de l'établissement dans son environnement (1) et établit le bilan de la première convention tripartite (2) pour enfin développer les recommandations nécessaires à un renouvellement optimal de la convention tripartite.

2.1. Le Centre Hospitalier de La Réole dans son environnement

Pour permettre de comprendre l'importance du travail préparatoire au renouvellement, il faut situer l'établissement de La Réole avec son offre de soins et de prises en charge médico-sociale (1), mais également dans son environnement local (2) et enfin, dans un contexte plus large, au niveau départemental (3).

2.1.1. Le Centre Hospitalier de La Réole, lieu de stage

Le Centre Hospitalier de La Réole est un établissement public de santé, composé de plusieurs structures d'accueil, avec une capacité totale de 264 lits et places. La prise en charge est à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale.

Ainsi, pour le secteur sanitaire, l'offre de soins comprend :

- ✓ Un service de médecine polyvalente (capacité de 35 lits, dont 3 lits d'hospitalisation de jour et 3 lits de soins palliatifs),
- ✓ Un service de soins de suite et de réadaptation (capacité de 40 lits),
- ✓ Un service de médecine d'urgence ouvert de 8 heures à 20 heures, 7 jours sur 7,
- ✓ Une autorisation d'anesthésie ambulatoire de 5 places,
- ✓ Un service d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle et échographie),
- ✓ Un centre périnatal de proximité (CPP),
- ✓ Une pharmacie interne.

Pour le secteur social et médico-social, le Centre Hospitalier prend en charge des personnes âgées ainsi que des enfants, des adolescents et des adultes handicapés. En effet, l'offre se compose :

- ✓ D'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 88 lits d'hébergement permanent,
- ✓ De deux foyers d'accueil médicalisés (FAM) l'un pour la prise en charge d'adultes polyhandicapés (48 places) et le deuxième consacré à la prise en charge d'adultes handicapés psychiques stabilisés (22 places),
- ✓ Et d'un centre pour enfants et adolescents polyhandicapés (CEAP), de 26 places.

De plus, le Centre Hospitalier dispose d'une unité de production alimentaire, d'un institut de formation d'aides-soignants (IFAS) et abrite dans ces locaux le centre local d'information et de coordination (CLIC) du territoire du Haut Entre-Deux-Mers.

L'hôpital a connu des restructurations récentes, notamment au niveau du secteur sanitaire, avec deux fermetures : le service de maternité en 2001 et celui de chirurgie en 2003. À la suite à ces fermetures, des reconversions ont été rapidement mises en place : un centre périnatal de proximité, un service d'anesthésie ambulatoire et un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été inaugurés. Le service des urgences est aujourd'hui une annexe du Centre Hospitalier de Langon, établissement situé à une vingtaine de kilomètres de La Réole.

Le secteur médico-social a lui aussi connu des aménagements depuis dix ans. En 2000, l'un des derniers hospices du département de la Gironde a été fermé pour donner naissance à l'EHPAD, au FAM pour adultes polyhandicapés en 2000 ; et au FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés en 2004. Quant au CEAP, construit en 1989, il fait l'objet d'une nouvelle construction plus adaptée dont la livraison est prévue à l'été 2010. En outre, le FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés va augmenter sa capacité d'accueil de 53 lits et places pour proposer un total de 75 lits et places (72 lits d'hébergement permanent, 2 places d'accueil de jour et 1 lit d'hébergement temporaire). De plus, le FAM pour adultes polyhandicapés sera transformé en une maison d'accueil spécialisée (MAS) au 1^{er} janvier 2010.

D'autres projets architecturaux sont en cours. Dans le secteur sanitaire, la première tranche de travaux de rénovation du service des soins de suite et de réadaptation vient de se terminer. La deuxième tranche des travaux dans le service de médecine devrait débuter en septembre 2009.

Enfin, un dernier projet doit voir le jour en fin d'année 2009 : la création d'une cuisine relais sur le site du CH de La Réole. En effet, l'extension du FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés entraîne la destruction de la cuisine centrale. Le choix adopté est celui de travailler avec le CH de Langon où les repas seront préparés. Un transport quotidien viendra livrer le CH de La Réole en liaison froide, avec une remise en plateau dans la cuisine relais. Le travail en collaboration avec le Centre Hospitalier de Langon a toujours existé. Cependant, il s'est renforcé depuis l'intérim fait par sa directrice à l'hôpital de La Réole depuis janvier 2008. La fusion des deux établissements a été approuvée et doit prendre effet 1^{er} janvier 2010.

L'EHPAD accueille 88 résidents, dans une structure de construction récente. Cependant, l'architecture ne semble pas complètement adaptée à la perte d'autonomie des personnes âgées. En effet, le bâtiment se divise en quatre secteurs de 22 lits chacun, sur deux niveaux avec des salles de restaurant pour chaque unité. Un troisième niveau en rez-de-jardin abrite une grande salle dédiée aux animations. Cette salle se situe en dessous du niveau de l'entrée de l'établissement. Aussi, l'architecture demande beaucoup de déplacements pour les résidents et rend difficile la circulation des personnes en fauteuils. Cependant, le reste des locaux est relativement fonctionnel. En effet, les chambres des résidents sont grandes et bien aménagées, équipées chacune d'une salle d'eau avec une douche à l'italienne. L'ensemble de la logistique est assuré par le Centre Hospitalier.

2.1.2. L'offre du territoire du Haut Entre-Deux-Mers et ses environs

Le département de la Gironde, le plus grand département français, dans son nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, est découpé en treize territoires. Le Centre Hospitalier de La Réole se situe sur le territoire n° 3 Le Haut Entre-Deux-Mers, au sud-est du département, dans un milieu rural. D'après les données démographiques départementales, un habitant sur cinq avait 60 ans ou plus en 2006. Pour le territoire de La Réole (n° 3303 sur la carte du département ci-dessus), 6% de la population avait 75 ans et plus cette même année. L'évolution entre 1999 et 2006 montre une forte augmentation pour la Gironde de près de 10% pour les personnes de 60 ans et plus, contre 5,6% pour la France métropolitaine. En revanche pour les années à venir, si le département prévoit une augmentation de + 8,3% des personnes âgées de plus de 60 ans, le territoire n° 3 annonce une baisse de 3,4% pour les personnes de 75 ans et plus entre 2010 et 2020.

Les 13 territoires du schéma personnes âgées 2009-2011



Source : Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, 2009-2011, volet personnes âgées, Département de la Gironde.

L'offre du territoire du Haut Entre-Deux-Mers :

| L'offre sur le territoire du Haut Entre-Deux-Mers | | | |
|---|------------|------------|---------------------------|
| Lits et places | Autorisées | Installées | En attente de financement |
| Accueil de jour | 0 | 0 | 0 |
| Hébergement temporaire | 2 | 0 | 0 |
| Hébergement d'urgence | 0 | 0 | 0 |
| Unités Alzheimer | 13 | 0 | 0 |
| EHPAD | 319 | 278 | 0 |

Source : Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, 2009-2011, volet personnes âgées.

Le Centre Hospitalier de La Réole se situe à 75 kilomètres du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Tout autour de La Réole, de nombreux établissements sanitaires sont implantés : le Centre Hospitalier Pasteur de Langon, le Centre hospitalier de Bazas, l'Hôpital local de Monségur, et le Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins situé dans le département du Lot et Garonne.

L'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes est également importante dans le secteur de La Réole. Dans un rayon de vingt kilomètres, le nombre de lits et places en établissement public est de 664, toute forme d'hébergement confondu (hébergement permanent, temporaire, accueil de jour, unité spécialisée pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer).

2.1.3. Garantir la qualité : les préconisations départementales et interdépartementales pour les trois années à venir

En décembre 2008, l'assemblée départementale de la Gironde a validé le nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, volet personnes âgées, 2009-2011. Ce nouveau schéma n'aura qu'une durée de trois ans, au lieu des cinq habituelles. En effet, le Conseil Général souhaite réunir le schéma concernant la prise en charge des personnes âgées avec celui des personnes handicapées. Ainsi, en 2012, un seul schéma sera validé avec deux volets : personnes âgées et personnes handicapées.

Les préconisations du schéma gérontologique se déclinent selon trois grands axes :

- ✓ Accompagner les personnes âgées dans leur souhait de rester à domicile ;
- ✓ Améliorer, diversifier et adapter le dispositif de prise en charge aux besoins des personnes âgées qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus vivre à domicile ;
- ✓ Renforcer la coordination des institutions, des actions et des intervenants, pour promouvoir le « bien vieillir », la proximité des réponses, l'accompagnement et la protection des plus vulnérables³⁰.

Une recommandation importante pour améliorer et garantir la qualité concerne particulièrement les EHPAD d'au moins 80 lits et places. Dans le deuxième axe du schéma, une diversification de l'offre de prise en charge dans les 5 ans est souhaitée pour ces établissements : « veiller à ce qu'au moins tous les EHPAD de 80 places ou plus

³⁰ Le schéma départemental (Gironde) d'organisation sociale et médico-sociale, volet personnes âgées, 2009-2011, p.76.

disposent d'au moins une unité Alzheimer »³¹. Le département de la Gironde dispose actuellement de 130 lits en hébergement permanent et 60 places en accueil de jour et en hébergement temporaire adaptés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cependant, 539 lits et places sont autorisés mais ils ne sont pas encore installés. De plus, la répartition actuelle sur le territoire n'est pas homogène. Certains territoires, dont celui du Haut Entre-Deux-Mers, ne possèdent aucune unité dédiée à cette prise en charge. Le délai de mise en place correspond à celui du schéma soit trois ans. L'EHPAD de La Réole est concerné par cette recommandation et devra proposer une offre de prise en charge adaptée aux personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Une deuxième recommandation, dans l'axe deux du schéma, visant à améliorer et à garantir la qualité concerne tous les EHPAD : « s'assurer de la qualité de la prise en charge par les établissements et du respect des droits des personnes âgées »³². Les objectifs développés par cette proposition devront garantir l'expression de la citoyenneté des personnes accueillies, favoriser leur participation, veiller à la qualité des prises en charge et enfin prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance.

Concernant les recommandations interdépartementales, dans le document de cadrage du PRIAC 2008-2012 d'Aquitaine³³, les priorités interdépartementales sont déclinées selon trois axes :

- ✓ Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences et troubles divers en développant les consultations mémoires sur le territoire.
- ✓ Permettre aux personnes âgées de vivre à domicile le plus longtemps possible.
- ✓ Améliorer et adapter le dispositif de prise en charge institutionnelle aux besoins des personnes âgées qui ne peuvent plus vivre à domicile en dotant les territoires encore non couverts ou insuffisamment équipés de places d'EHPAD, notamment en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et en accompagnant le renouvellement des conventions arrivant à échéance avec la prise en compte de la charge en soins avec la coupe PATHOS.

C'est ce contexte que le renouvellement de la convention tripartite aura à intégrer. Cependant, avant de développer les nouvelles orientations de la convention, une analyse

³¹ Ibid, p.107.

³² Ibid, p.105.

³³ B. MARABET, « Document de cadrage du PRIAC 2008-2012 », Les dossiers de la DRASS d'Aquitaine, n°54 bis, 2008, 26 p.

des objectifs fixés dans le premier conventionnement est indispensable pour un bon diagnostic.

2.2. Un pilotage contrasté qui n'a pas permis d'atteindre l'ensemble des objectifs fixés dans la première convention

L'EHPAD du Centre Hospitalier de La Réole a signé la convention tripartite le 22 décembre 2004, avec effet au 1^{er} janvier 2005. Cette année, la convention tripartite arrive donc à échéance en fin d'année. L'année 2009 est en partie consacrée à son renouvellement. Pour préparer la deuxième convention, un bilan quantitatif et qualitatif de la première doit être réalisé en vue de recenser les changements partiels (1), les objectifs fixés qui n'ont pas été réalisés (2) et les difficultés rencontrées durant les cinq années du conventionnement (3).

2.2.1. Des changements partiels : une sensible évolution pour améliorer la qualité

La convention tripartite contient 25 articles ; les quinze premiers sont consacrés aux dispositions générales du conventionnement et les suivants décrivent la mise en œuvre de la convention. Ils sont accompagnés d'une série d'objectifs à réaliser dans les cinq ans et de dispositions financières prévisionnelles établies selon un échéancier.

Le bilan et l'analyse des différents objectifs déclinés dans la première convention ont été réalisés à partir de l'annexe 2.1 « protocole élaboré pour l'évaluation des conventions tripartites de première génération » de la circulaire budgétaire de 2006³⁴. Cette analyse³⁵ reprend les différents articles de la convention à savoir : la situation de l'établissement, les caractéristiques de la population accueillie, le projet institutionnel, la qualité des espaces, la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents, la qualité des personnels exerçant dans l'établissement et enfin l'inscription de la structure dans un réseau gérontologique. Quatorze objectifs sont décrits dans la première convention de l'EHPAD du CH de La Réole ; huit d'entre eux ont été réalisés totalement, quatre sont partiellement effectués et enfin deux n'ont pu être exécutés.

³⁴ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

³⁵ Dossier d'évaluation, suivant l'annexe 2.1 de la convention tripartite de première génération de l'EHPAD du CH de La Réole placé en annexe II.

Le projet d'établissement

Le Centre Hospitalier de La Réole, ainsi que le FAM possèdent chacun un projet d'établissement. Le projet d'établissement du CH fait état de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en décrivant la filière gériatrique et les orientations stratégiques³⁶ : « améliorer la coordination des soins sur le territoire du Sud Gironde, la création d'une consultation mémoire et d'évaluation gérontologique ». Cependant, l'EHPAD du CH de La Réole ne possède pas de projet de service spécifique à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En 2006, sous la direction du médecin coordonnateur, des groupes de travail se sont réunis pour rédiger le projet de soins et le projet de vie pour l'EHPAD. Cependant, ce travail n'a pas abouti après le départ du premier médecin coordonnateur. Il n'a pas été finalisé et n'a donc pas été validé par les différentes instances de l'établissement.

L'EHPAD a, cependant, rédigé de nombreux protocoles de soins depuis la signature de la convention, notamment celui qui concerne la permanence des soins pour les résidents. D'autres protocoles sont formalisés chaque année en équipe et sous la direction du médecin coordonnateur. Par exemple en 2008 : « La procédure en cas d'urgence médicale », « Savoir gérer une épidémie de gastroentérite aigue », « La conduite à tenir en cas de chute » et « La prise en charge de la dénutrition ».

Les projets de vie individualisés sont rédigés pour la moitié des résidents de la structure. Les équipes parlent de leurs difficultés pour réactualiser ces projets avec la perte d'autonomie des personnes accueillies. Ces projets de vie individualisés sont réalisés en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, psychologue, cadre de santé, infirmiers et aides-soignants).

La qualité des espaces

L'objectif, décrit dans cet article, concernait la sécurité des résidents en fauteuils roulants. À l'EHPAD, deux escaliers n'étaient pas sécurisés et par conséquent des personnes en fauteuils pouvaient s'engager dans ces escaliers. Des barrières ont été placées rapidement pour éviter tout accident. Un deuxième objectif demandait de développer l'attractivité de la salle d'animation pour éviter les rassemblements des résidents dans les couloirs de l'établissement. Un groupe de travail est aujourd'hui constitué pour rédiger le projet d'animation et pour ainsi définir l'utilisation de cette grande salle pour la rendre plus attractive auprès des personnes accueillies.

³⁶ CH de La Réole, Projet d'établissement 2007-2011, p.24.

La qualité des relations avec les familles et amis des résidents

Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne, avec trois réunions chaque année. Son bureau a été renouvelé au cours de l'année 2008. La présidente du Conseil est une représentante des familles des résidents ; quatre résidents participent à chaque conseil, leur expression est privilégiée. L'ordre du jour est rédigé conjointement avec la Présidente et la direction de l'établissement. Les points abordés, qui nécessitent des améliorations, font l'objet d'un suivi régulier et d'un compte-rendu détaillé lors du conseil suivant.

La première enquête de satisfaction a été réalisée en fin d'année 2008. En novembre 2008, avec la directrice des soins en charge de la qualité, nous avons effectué la synthèse des trois enquêtes réalisées : une enquête auprès des résidents, la deuxième auprès des familles et la troisième auprès du personnel de l'EHPAD. Les retours ont été nombreux pour les résidents et leur famille. En revanche, pour le personnel, une dizaine de réponses a, seulement, été analysée. Ce questionnaire, en raison d'une faible participation, ne saurait être représentatif de l'ensemble du personnel. Une restitution des résultats a eu lieu au Conseil de la Vie Sociale. Des actions ont été entreprises pour améliorer certaines prestations : le traitement du linge des résidents, par exemple, a été amélioré. Une nouvelle enquête sera faite en fin d'année 2009. Les questionnaires ont été simplifiés sur la demande des résidents qui étaient embarrassés par la complexité du précédent.

Pour cet article (la qualité des relations avec les familles et amis des résidents) plusieurs objectifs ont été fixés. Le premier concerne l'organisation des soins et sa révision pour optimiser le temps du personnel soignant. Depuis le début de l'année 2009, une nouvelle organisation a été mise en place avec une planification des tâches pour le personnel en fonction du grade (IDE, AS, ASH) et en fonction des trois horaires de travail (matin, soir et nuit). Un deuxième objectif mettait en exergue le manque de protocoles dans le cadre de l'évaluation gériatrique. Un groupe de travail s'est constitué pour rédiger le projet médical et les protocoles pour une évaluation systématique de chaque nouveau résident. Il était également décrit dans cet objectif la mise en place du dossier médical informatisé pour le début de l'année 2005. Ce projet n'a pas eu lieu. L'informatisation sera réalisée pour l'ensemble des services du centre hospitalier d'ici 2011. Les deux objectifs suivants ont été réalisés en totalité : la formation du personnel de l'EHPAD en 2005 à la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) pour l'hygiène et la sécurité alimentaire, et l'affichage de la charte des personnes âgées dépendantes. Enfin, le dernier objectif sera développé dans la partie suivante, il concerne le personnel d'animation.

La qualité des personnels

Un premier objectif consistant à recruter un médecin coordonnateur diplômé est en cours de réalisation. Un médecin coordonnateur avait été recruté avant la première année de la convention tripartite en mars 2004. Ce médecin était alors à 0,7 équivalent temps plein (ETP). La convention tripartite fixe à 0,3 ETP le temps nécessaire à l'accomplissement de ses missions pour 88 résidents. Durant l'année 2007, aucun médecin coordonnateur n'a pu être recruté. Un médecin du secteur sanitaire a pris en charge le secteur dans l'attente d'un recrutement. C'est au 1^{er} janvier 2008, qu'un nouveau médecin est arrivé à l'EHPAD. Mme B. prépare actuellement sa capacité de gériatrie à la faculté de Bordeaux.

Le CH valide chaque année un plan de formation (deuxième objectif) pour le personnel de l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales. De plus, pour 2008 et 2009, une formation a été choisie spécifiquement pour le personnel de l'EHPAD avec pour thème la prévention de la maltraitance en EHPAD. Près de vingt personnes ont participé aux quatre jours de formation, trois jours consécutifs et un jour de formation quelque mois pour réaliser un retour d'expérience. Cette formation de prévention de la maltraitance a été faite suite à des incidents au sein de l'EHPAD. En effet, deux agents ont eu des propos déplacés à l'égard de personnes accueillies.

Pour les autres personnels de l'établissement, les effectifs seront détaillés et analysés dans la partie suivante. En effet, des difficultés importantes durant les cinq années du conventionnement sont à l'origine de la non-satisfaction de deux des objectifs de la convention.

L'inscription de l'établissement dans un réseau gériatrique

Le CH de La Réole héberge dans ces locaux le Centre local d'information et de coordination (CLIC). Un travail en collaboration se fait chaque jour. Cependant, aucune convention n'est signée à ce jour. Il en est de même avec le secteur sanitaire ; étant donné que l'EHPAD est hospitalier, la prise en charge avec les services de médecine ou du SSR est automatiquement assurée.

Pour la prise en charge psychiatrique des résidents, une convention a, toutefois, été signée avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac. Un infirmier et un médecin interviennent régulièrement à l'EHPAD sur la demande du médecin traitant.

Concernant une intervention de services mobiles (l'hospitalisation à domicile ou les soins palliatifs), le projet est en cours de réalisation avec le projet de santé du territoire Sud Gironde qui prévoit la mise en place de ces services avec des interventions dans les différents établissements du sud du département.

L'EHPAD travaille avec une association départementale pour l'animation AGIRA 33 (association gérontologique pour l'innovation et la recherche d'animation en Gironde) consacrée aux personnes âgées dépendantes. Des sorties, des animations, des rencontres inter-établissements ou des séjours de vacances sont organisés par cette association. Une contribution annuelle est versée à cette association pour permettre aux résidents de participer aux différentes sorties, mais également pour conserver du lien social avec l'extérieur.

2.2.2. Deux objectifs n'ont pas été réalisés

L'EHPAD du CH de La Réole a rempli une partie de ses objectifs fixés dans la première convention tripartite exceptés deux d'entre eux appartenant au domaine des ressources humaines. En effet, le premier concerne l'animation : « recruter du personnel d'animation qualifié » ; et le second touche l'ensemble des catégories professionnelles : « se conformer à l'effectif autorisé ».

Recruter du personnel d'animation qualifié

L'animation est aujourd'hui faite par une personne ayant le grade d'agent d'entretien qualifié reclassé suite à des restrictions d'activités émises par le service de la médecine du travail. Cet agent a effectué en 2005, une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour obtenir le diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation qui n'a pas abouti. Cette personne s'est de nouveau inscrite cette année pour acquérir des compétences dans le domaine de l'animation pour les personnes âgées dépendantes.

Se conformer à l'effectif autorisé

À la signature de la première convention, un décalage important existait déjà entre les effectifs rémunérés et les effectifs autorisés par la convention en fonction du nombre de résidents et du taux moyen de dépendance.

| | 2005 Première année de la convention | | 2009 Avant le renouvellement | |
|--|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | Effectif <u>rémunéré*</u> | Effectif <u>autorisé*</u> | Effectif <u>rémunéré*</u> | Effectif <u>autorisé*</u> |
| Médecin | 0,7 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Psychologue | 0 | 0,4 | 0,4 | 0,5 |
| Cadre de santé | 1 | 0,75 | 1 | 0,75 |
| Secrétaire | 1 | 0 | 1 | 0 |
| IDE | 6,53 | 5,20 | 5,86 | 5,95 |
| AS | 17,49 | 16,50 | 19,58 | 18,50 |
| ASH/AEQ | 20,31 | 16,50 | 26,36 | 19,81 |
| Animateur | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Contrats aidés | 6,31 | 3 | 2,48 | 3 |
| TOTAL | 52,34 ETP | 43,65 ETP | 56,98 ETP | 49,81 ETP |
| Écarts entre effectif rémunéré et effectif autorisé | + 7,69 ETP | | + 7,17 ETP | |

Source : la convention tripartite de l'EHPAD du CH de La Réole et le tableau des effectifs actuels.
* exprimé en Équivalent Temps Plein (ETP).

Au cours des cinq années du conventionnement, ce décalage a persisté avec un peu plus de 7 équivalents temps pleins supplémentaires. Mais, il ne correspond plus totalement aux mêmes catégories professionnelles. En effet, si pour les infirmiers, l'effectif est respecté, de même pour le médecin coordonnateur, ce n'est pas le cas pour les agents des services hospitaliers (ASH) où l'écart se creuse tout au long des cinq années du conventionnement.

L'EHPAD est le service du centre hospitalier où le taux d'absentéisme est le plus important : environ 7 équivalents temps pleins. En raison d'un absentéisme chronique, les recrutements supplémentaires ont persisté durant toute la période de la première convention tripartite. Le personnel de remplacement tout au long des cinq ans a intégré progressivement l'organisation de travail de l'EHPAD. Seulement, en 2008, des difficultés sont apparues avec une augmentation des absences. Une nouvelle organisation de travail a dû être mise en place sur la base des effectifs autorisés, avec la création d'un *pool* de remplaçants constitué par des agents sous contrat. Cette nouvelle organisation avec un nouveau cycle de travail est actuellement en test sur l'établissement.

Le phénomène du burn-out³⁷ et les troubles musculo-squelettiques semblent être les principales causes de l'absentéisme (sans compter les congés maternité). Des entretiens réalisés auprès du personnel, durant mon stage, soulignent cet état d'épuisement professionnel. En effet, la dépendance des personnes accueillies aujourd'hui est plus importante qu'il y a cinq ans. Avant la signature de la première convention, le GMP était de 540 points contre 712 aujourd'hui.

2.2.3. La persistance de certaines difficultés

Le centre hospitalier de La Réole a connu de profonds changements d'activités au cours des dix dernières années avec les fermetures successives des services de maternité, chirurgie et la transformation de l'hospice en EHPAD et FAM.

Des incompréhensions du personnel de l'EHPAD subsistent aujourd'hui conduisant à regretter l'hospice d'antan. Cet environnement culturel et le poids historique du centre hospitalier génèrent des blocages psychologiques hypothéquant en partie l'anticipation de l'avenir ; ce qui n'est pas sans effet sur l'ambiance de travail au sein de l'EHPAD. Depuis le déménagement dans les nouveaux locaux de l'EHPAD, les équipes conduites vers une sectorisation des prises en charge médico-sociales (personnes âgées et personnes handicapées) et de nouvelles organisations de travail, n'ont pas réalisé le bien-fondé de ces changements et ont eu du mal à s'adapter.

De plus, depuis la signature de la première convention, le profil des personnes accueillies a amplement évolué ; la dépendance des personnes âgées a augmenté (près de 100 points pour le GMP en 6 ans). Cette augmentation n'a pas été anticipée au moment de la signature de la convention. Le personnel semble aujourd'hui désarmé face à une charge de travail plus importante et ce en dépit de formations régulières et d'un matériel adapté mis à leur disposition. À l'augmentation de la dépendance s'ajoute la prise en charge de personnes atteintes de démences qui demande une nouvelle adaptation aux besoins. Les pratiques professionnelles doivent nécessairement évoluer et s'adapter régulièrement aux besoins des personnes accueillies. Les prises en charge évoluent et les comportements qui pouvaient satisfaire les institutions d'hier (la maison de retraite, l'hospice) ne conviennent plus aujourd'hui.

³⁷ L. Bradley, en 1969, est la première à désigner sous le terme de burn-out un stress particulier lié au travail, puis repris en 1974 par le psychanalyste H. J. Freudenberg.

D'autres difficultés soulevées lors des entretiens réalisés auprès du personnel apparaissent également dans les actions engagées à l'issue de la signature de la première convention. En effet, les équipes de l'EHPAD ont formé différents groupes de travail en 2006 en vue de rédiger le projet de service. Cependant, le projet n'a jamais abouti. Les réflexions ainsi menées et les actions décidées n'ont pu être mises en place. Les directions successives et les cadres d'unité changeants tous les deux ans n'ont pas permis la continuité et le suivi des actions engagées, avec pour conséquence une implication restreinte des équipes soignantes dans les travaux collectifs, une démotivation importante et une mobilisation aujourd'hui difficile. L'ensemble de ses difficultés témoignent d'un besoin de cohésion des équipes de l'établissement autour de valeurs partagées pour une bonne qualité des prises en charge. Ce qui ne pourra d'être réalisé sans un réinvestissement du sens du travail accompli et une restructuration cohérente des activités de l'établissement.

À la décharge du personnel, on peut signaler que la détermination des objectifs de la première convention tripartite n'a pas tenu compte des agents en ménageant leur implication. Lors des entretiens, beaucoup de personnes n'avaient pas connaissance des actions à entreprendre pendant la durée de la convention. Il faut également souligner que les équipes ont changé et les informations n'ont pas été diffusées auprès des nouveaux agents.

Enfin, le centre hospitalier et son secteur important médico-social suscitent d'autres incompréhensions. En effet, le personnel de l'EHPAD, se comparant au secteur du handicap, ne comprend pas la différence des taux d'encadrement entre les deux structures. Au FAM, le taux d'encadrement est deux fois plus important. Le personnel a ainsi l'impression que l'EHPAD n'est pas valorisé au sein de l'hôpital. Ce dernier développant une culture davantage tournée vers la prise en charge sanitaire ou vers la prise en charge des personnes handicapées, néglige nécessairement le secteur des personnes âgées.

Ainsi, pour permettre le renouvellement harmonieux de la convention tripartite, des moyens à développer sont nécessaires ainsi qu'une vigilance attentive concernant leur modalité d'application.

3. L'OPTIMISATION DES MOYENS POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION TRIPARTITE

La préparation du renouvellement de la convention tripartite est un temps fort pour un établissement. La signature de la convention tripartite engage l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Plusieurs étapes sont incontournables pour préparer cette démarche opérationnelle et mener la négociation : la réalisation de la première coupe PATHOS (1) mais également l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité avec la rédaction du projet d'établissement pour fixer des objectifs cohérents dans la convention tripartite de deuxième génération (2).

3.1. L'indispensable première coupe PATHOS

La réalisation de la première coupe PATHOS est très importante dans la phase de préparation du renouvellement. Ainsi, le médecin coordonnateur joue un rôle essentiel comme chef de projet (1). Cependant, l'information et l'implication de l'ensemble du personnel et des différents intervenants médicaux et paramédicaux est également souhaitable (2), pour obtenir une coupe qui servira à la négociation de la convention (3).

3.1.1. Le médecin coordonnateur : chef de projet

La coupe PATHOS est réalisée par le médecin coordonnateur de l'établissement accompagné du cadre de santé. Cependant, au préalable le directeur de la structure doit informer le médecin de cette nouvelle grille nationale mise en place dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite. Le directeur de l'EHPAD doit, également, permettre le positionnement du médecin coordonnateur au sein de la structure : en le plaçant comme chef de projet. L'outil PATHOS est avant tout un outil de médecin. À cet effet, pour réaliser la coupe, des guides d'utilisation à l'outil PATHOS³⁸ sont à la disposition du médecin et du directeur sur le site de l'assurance maladie³⁹. Ils pourront ainsi être communiqués aux intéressés. Des réunions d'informations avec le médecin sur les impacts financiers dégagés par le PATHOS moyen pondéré, dans la même logique

³⁸ DUCOUDRAY Jean-Marc, LEROUX Robert, PRÉVOST Patrice, VÉTEL Jean-Marie, VUILLEMIN Claire, « Le modèle PATHOS », 2007, 46 p. RÉA Catherine, EON Yannick, VÉTEL Jean-Marie, « Harmonisation du codage PATHOS », 2008, 9 p.

³⁹ <http://www.ameli.fr/>

que le GMP, sont également indispensables. Il est important que le médecin coordonnateur maîtrise la cotation complexe de cette nouvelle grille.

Seulement, le guide ne semble pas suffisant pour appréhender les difficultés de ce nouveau modèle. Une formation est donc nécessaire pour son apprentissage en vue de sa réalisation. La caisse régionale d'assurance maladie d'Aquitaine (CRAMA) a organisé une journée de formation au modèle PATHOS. Cette formation est organisée pour les établissements qui renouvellent leur convention tripartite. Il est fortement conseillé que les cadres qui assisteront le médecin coordonnateur, aient également accès à cette formation. La matinée est consacrée à une présentation générale du modèle PATHOS et de ses différents indicateurs. Ensuite, l'après-midi, des études de cas pratiques sont proposées, décrites et cotées pour permettre aux médecins coordonnateurs et cadres de santé d'appréhender la cotation et le remplissage de la grille. Les directeurs d'établissements ont, eux aussi, la possibilité de participer à cette formation pour comprendre les enjeux de la coupe transversale.

Mme B. médecin coordonnateur de l'EHPAD du CH de La Réole et Mme P. cadre d'unité ont suivi la formation faite par la CRAMA à la DDASS du département de la Gironde. Les cas pratiques les ont aidés à comprendre et à réaliser la cotation suivant la grille PATHOS. D'après le médecin de la structure, sans la formation, la cotation n'aurait pas pu être réalisée de façon satisfaisante. Mais surtout, la phase de préparation à la réalisation de la coupe n'aurait pu être menée.

Un courrier des médecins-conseils de la CRAM adressé au directeur de l'établissement annonce la fenêtre de réalisation de la première coupe PATHOS avec le médecin coordonnateur de l'établissement. Une visite est alors programmée dans l'établissement pour valider la première coupe PATHOS. Cette visite n'est pas, cependant, systématique pour la validation des coupes suivantes.

Ce courrier annonçant la mise en œuvre de la procédure, prévoit le protocole de validation suivant :

- ✓ Un rendez-vous est fixé avec les médecins-conseils pour une validation sur site ;
- ✓ Une fois la coupe réalisée, ses résultats sont transmis 8 à 10 jours avant la visite ;
- ✓ La validation est, alors, organisée avec les médecins-conseils pour procéder à la vérification des cotations sur un échantillon dûment déterminé (en fonction du repérage des incohérences ou des anomalies éventuelles).

Cependant, la visite des médecins-conseils de la caisse régionale d'assurance maladie doit avant tout être anticipée et préparée avec l'ensemble des acteurs.

3.1.2. Les preuves médicales

La bonne réalisation de la coupe PATHOS nécessite la participation de tous les acteurs de la structure et de tous les intervenants extérieurs (médecins libéraux, kinésithérapeutes...). Ainsi, l'ensemble des professionnels doit être informé de la procédure, mais également des enjeux liés à sa réalisation. En effet, que ce soient les infirmiers, les médecins traitants ou les professionnels paramédicaux libéraux intervenants dans l'établissement, tous doivent être informés.

Deux modalités sont alors envisageables. Les informations pourront être transmises lors de réunions organisées au sein de l'établissement pour l'ensemble du personnel soignant ou bien par courrier. C'est cette seconde solution, qui a été choisie par le médecin coordonnateur, à l'EHPAD de La Réole, pour les intervenants extérieurs.

Dans cette optique, les dossiers médicaux et les dossiers de soins paramédicaux doivent, impérativement, être mis à jour. Tous les actes réalisés doivent être stipulés dans le dossier de chaque résident : du pansement aux analyses diverses, ainsi que toute prescription médicale. Tout acte ou toute prescription non inscrit n'est pas validé pour la cotation de la coupe PATHOS. Il n'est pas rare, en effet, de constater que bien souvent, les ordonnances ou leurs copies manquent aux dossiers des résidents. Il est nécessaire de veiller à ce que les médecins traitants mettent à jour les prescriptions médicales et paramédicales systématiquement et tout particulièrement pour le jour de la visite des médecins-conseils. Il est important d'assurer un contrôle (soit par le cadre de santé, soit par le médecin coordonnateur) afin de vérifier que les dossiers des résidents contiennent au moins une copie de chaque prescription. La préparation de la réalisation de la coupe PATHOS permet, ainsi, de vérifier la bonne tenue des dossiers.

La mise à jour de ces preuves médicales est déterminante pour la saisie d'une coupe PATHOS conforme à la réalité des besoins de l'établissement. De la bonne coordination des professionnels de santé et de l'observation rigoureuse des consignes dépend l'attribution des moyens. La cohésion entre le personnel soignant et les intervenants médicaux extérieurs, ainsi que leur implication, ne sauraient être négligés.

3.1.3. Les résultats de la coupe : outil stratégique de négociation budgétaire

Une fois la coupe PATHOS validée par la CRAM, les résultats sont décisifs pour la phase de négociation du renouvellement de la convention de l'établissement et notamment pour la négociation budgétaire. En effet, la coupe détermine des niveaux moyens en soins requis pour les résidents de l'établissement. Mais aussi, elle précise le taux de personnes âgées ayant besoins de soins médicaux techniques importants. Et enfin, elle indique les moyens en personnels nécessaires par groupes pour une prise en charge médicale et paramédicale adaptées aux besoins de chacun.

Rappelons, que le Pathos moyen pondéré (PMP) est un indicateur synthétique de charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée. Il correspond à la somme des points de niveaux de soins dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu. Partons de l'hypothèse suivante : le PMP de la structure est supérieur à 168 points, qui est la moyenne nationale utilisée pour le calcul des dotations soins pour 2009. Les résultats de la coupe deviennent alors des arguments de négociation budgétaire pour les directeurs des structures auprès des autorités de tarification. En effet, à partir de la description des profils de postes requis donnée par la coupe PATHOS, un état des lieux permet d'apercevoir les écarts éventuels entre d'une part les effectifs et les compétences réelles sur le terrain et d'autre part les moyens humains nécessaires pour une prise en charge soignante de qualité. Les résultats peuvent alors être débattus avec les autorités de tarification dans le souci de répondre parfaitement aux besoins des personnes âgées. Dans le cas de l'EHPAD du CH de La Réole, le PMP doit être au moins supérieur à 200 points pour servir d'argument dans la négociation budgétaire. Ce PMP n'a pas encore été à ce jour calculé. Mais, dans la mesure où le GMP est de 712 points, on peut s'attendre à des résultats pour le PMP autour des 200 points nécessaires à une attribution de moyens suffisants. Cependant, dans le cas d'une négociation difficile, l'argument de la sécurité des soins peut être avancé pour obtenir davantage de moyens humains (introduction de nouvelles compétences, par exemple l'ergothérapie, et renforcement des capacités actuelles : formation des agents des services hospitaliers en aides médico-techniques, par exemple). À La Réole, par exemple, les résidents ayant besoin de soins médicaux techniques importants (SMTI) nécessitent une surveillance infirmière 24h sur 24. La présence d'un infirmier de nuit dans les établissements n'est pas encore à l'ordre du jour, mais pourrait parfaitement être négociée dans le cas d'un nombre important de résidents poly-pathologiques chroniques.

Dans l'hypothèse contraire, d'un PMP en dessous de 168 points, on imagine les conséquences financières pour les établissements dans ce cas. Cependant, avec le renouvellement de la convention tripartite et un dépassement relativement faible de la dotation *soins*, lors des négociations, un ajustement reste possible pour limiter une trop forte diminution des ressources de l'établissement.

Il existe cependant, d'autres solutions à la disposition des directeurs d'établissements pour négocier la convention tripartite que nous envisageons par la suite.

3.2. L'engagement collectif dans la démarche qualité, la méthodologie d'une démarche cohérente

Le travail préparatoire au renouvellement de la convention tripartite est une démarche, qui pour être opérationnelle, doit être globale. Pour les besoins de l'analyse, nous divisons des tâches, qui dans la pratique ne peuvent jamais l'être tout à fait. Il y va de la cohésion des activités et ainsi de leur efficacité. Tout d'abord, un préalable est indispensable pour initier la démarche : susciter l'intérêt de tous les acteurs de l'établissement (1). Ainsi, la première étape pourra être mise en place. Elle consiste en la création d'un comité de pilotage collégial, dont le rôle essentiel est la réalisation de l'autoévaluation (2) ; pour ensuite, à partir des résultats de l'évaluation interne et d'une réflexion concertée, fixer les objectifs communs au projet d'établissement et à la convention tripartite (3).

3.2.1. Un préalable : susciter l'intérêt

Un préalable est nécessaire avant de mettre en place le travail préparatoire au renouvellement de la convention. Il serait, ainsi, utopique de penser que cette préparation, peut être réalisée sans la participation et l'implication du personnel, des médecins libéraux, des résidents et leurs représentants. En effet, fixer des objectifs d'amélioration de la qualité, avec ces derniers, permet d'atteindre la déclinaison opérationnelle et ainsi, coordonnée des actions sur le terrain.

Cependant, le contexte social de l'EHPAD doit être analysé avant de développer les outils adaptés à la situation propre à chaque structure. Par exemple, à l'EHPAD du CH de La Réole, les agents ont déjà participé activement en 2006 aux réflexions menées pour réaliser un plan d'amélioration de la qualité des prestations fournies. Seulement, le projet a avorté et la conséquence, aujourd'hui, révélée par le personnel lors des entretiens,

apparaît dans leur constat de l'inutilité de leur implication dans les travaux de réflexion. Après cette expérience vécue comme un échec, le personnel s'est démobilisé ; à ceci s'ajoute, un taux d'absentéisme important depuis plus d'un an. Les équipes sont réduites à travailler en effectif minimum et l'épuisement professionnel est, également, manifeste. La situation de l'EHPAD est, ainsi, aujourd'hui difficile. Cependant, on peut penser qu'il serait sans doute possible d'inverser la situation en élaborant un plan de communication, afin de favoriser l'adhésion du personnel à cette démarche. C'est ce que nous avons fait à l'EHPAD de La Réole : des réunions d'informations et d'explications sur les enjeux du renouvellement avec l'ensemble du personnel de l'établissement ont été organisées. En outre, d'autres outils de communication ne sont pas à négliger : le journal interne du Centre Hospitalier (la rédaction d'un article) ou l'affichage de la démarche du projet avec ses enjeux, par exemple. Ainsi, l'information, qui suscite davantage la participation que le silence, a permis de générer à nouveau l'intérêt des agents de l'établissement. Et aujourd'hui, le personnel semble beaucoup plus engagé qu'avant.

On peut aussi penser que dans l'idéal, la présence de résidents dans ce travail préparatoire serait, également, un atout. Cependant, cette option n'est pas toujours réalisable étant donné l'état de santé et le niveau de dépendance des personnes accueillies. Toutefois, à défaut de leur présence, les représentants des familles peuvent parfaitement les représenter. Enfin, une information régulière sur toutes les étapes de la préparation de la convention est loin d'être inutile au sein des Conseils de la Vie Sociale.

La démarche peut ainsi commencer avec la création d'un comité de pilotage collégial, l'instance appropriée.

3.2.2. Création d'un comité de pilotage collégial pour réaliser l'autoévaluation

Il est recommandé pour les établissements qui renouvellent la convention tripartite et qui ne se sont pas encore engagés dans une démarche qualité, d'initier cette démarche. En effet, cette étape est incontournable avant de commencer la phase de négociation avec les autorités de tarification.

Pour engager durablement ce processus, le comité de pilotage est l'instance appropriée. Ce comité de pilotage a pour objectif de suivre et de structurer toute la mise en place de la démarche qualité, ainsi que le travail préparatoire au renouvellement de la convention. Ce comité a, également, pour mission de réaliser l'autoévaluation, l'évaluation des

différents objectifs fixés dans la première convention tripartite et enfin, l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité des actions envisagées. Il réunit l'ensemble des catégories professionnelles de l'établissement : le personnel soignant, le personnel d'entretien, de restauration, d'animation et la direction. Si dans l'établissement, un qualicien est présent, ce qui est souvent le cas dans les EHPAD hospitaliers (par exemple à La Réole), sa présence est recommandée. En effet, le qualicien possède des connaissances et des savoir-faire sur la démarche qualité qui sont nécessaires, notamment pour formaliser l'ensemble des documents. Les EHPAD autonomes n'ont aujourd'hui malheureusement pas encore les moyens financiers pour recruter un qualicien, même à temps partiel. Cependant dans les années à venir, on pourrait imaginer sa présence dans les EHPAD, sous la forme d'un temps partagé entre plusieurs structures.

Le comité de pilotage valide, également, l'ensemble des documents tout au long du processus :

- ✓ Les fiches modèles relatives aux procédures de classification des différents protocoles et les fiches *actions* ;
- ✓ Le questionnaire de l'autoévaluation renseigné et son rapport final qui servent à initier la démarche ;
- ✓ Le plan d'amélioration de la qualité des prestations fournies.

En plus de suivre toute la démarche qualité, le comité de pilotage s'attache aussi à organiser toutes les étapes du travail préparatoire au renouvellement de la convention tripartite. Tout doit commencer par l'évaluation des objectifs fixés dans la première convention et la réalisation de l'évaluation interne. En effet, cette étape permet de réaliser un bilan concerté avec l'ensemble des professionnels ; bilan par ailleurs demandé par les autorités de tarification. L'annexe 2.1 de la circulaire budgétaire de 2006⁴⁰ peut servir au comité de pilotage pour mener l'évaluation des objectifs de la première convention tripartite. À l'EHPAD du CH de La Réole, ce support a été utilisé.

Ce qui est en conformité avec l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles qui prévoit que les établissements et les services relevant de l'article L.312-1 « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment des procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la

⁴⁰ Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». C'est de plus ce que recommande l'Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), qui, dans son guide sur la conduite de l'évaluation interne de juillet 2009⁴¹ précise qu'« évaluer (politique, programme, dispositif ou activité d'un organisme) c'est juger de sa valeur au regard de critères explicites et sur la base d'informations spécialement analysées et rassemblées »⁴². Les résultats de cette évaluation sont transmis tous les cinq ans à l'autorité ayant délivrée l'autorisation de fonctionnement. L'autoévaluation est donc une obligation réglementaire, mais c'est aussi une étape nécessaire à la signature de la convention tripartite. En effet, l'évaluation interne permet à la fois de mettre en exergue les points forts (les améliorations faites depuis la signature de la première convention) et les écarts qui devront faire l'objet d'amélioration.

La première autoévaluation faite à l'EHPAD du CH de La Réole avait comme support la grille ANGÉLIQUE⁴³ (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée de la Qualité pour les Usagers des Établissements). Il est recommandé d'utiliser le même support pour la seconde évaluation interne. On notera que les textes réglementaires ne font état d'aucune recommandation à ce niveau. Toute autre grille d'évaluation peut être utilisée, même celles conçues pour l'autoévaluation. Cependant, pour évaluer la marge de progression durant les cinq dernières années, il semble préférable d'utiliser la même grille.

À l'EHPAD de La Réole, l'autoévaluation a été réalisée par le comité de pilotage. La démarche est assez rapide puisque cinq réunions ont suffi pour sa réalisation, selon la méthodologie suivante comportant quatre phases :

Première phase : la mise en place de l'autoévaluation

La première étape consiste à initier la démarche d'autoévaluation avec des réunions d'informations auprès du personnel en vue de constituer un comité de pilotage pluridisciplinaire faisant appel au volontariat.

⁴¹ ANESM, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF », 2009, 78 p.

⁴² Ibid. p. 59.

⁴³ Grille ANGÉLIQUE, réalisée par la mission MARTHE du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en concertation avec l'ensemble des organisations représentatives des établissements.

Deuxième phase : le recueil des données

La collecte des données est débattue au sein du comité et les réponses sont le fruit d'une analyse collective de toutes les prestations fournies. Le référentiel ANGÉLIQUE fournit une aide précieuse pour évaluer les prestations fournies par l'établissement et la qualité de la prise en charge des résidents. Il permet, en effet, d'ordonner l'évaluation selon quatre rubriques :

- ✓ Les attentes et la satisfaction des résidents et des familles: l'accueil et l'admission, les droits et libertés, la restauration, la vie sociale ;
- ✓ Les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins : le maintien de l'autonomie, l'organisation des soins, les aides et soins spécifiques, l'hôtellerie, le personnel ;
- ✓ L'établissement et son environnement: l'ouverture vers l'extérieur, la sécurité et la maintenance, le projet institutionnel ;
- ✓ La démarche qualité.

La grille est sous forme de question simple avec une réponse OUI ou NON, exceptée pour quelques-unes où la cotation A, B, C ou D correspond à une réponse précisément formulée dans le questionnaire. Une colonne permet de coter, également, si tel ou tel élément est un point fort de l'établissement ou bien un point à améliorer. Enfin, une dernière colonne permet d'ajouter des commentaires qui peuvent ainsi permettre de circonstancier la réponse donnée.

Troisième phase : l'analyse des résultats et plan d'action

Ensuite, il s'agit d'exploiter et d'analyser les résultats de l'autoévaluation pour réduire *in fine* les écarts constatés en vue de définir un plan d'actions pour les cinq prochaines années.

Quatrième phase : le rapport d'autoévaluation

Le rapport d'évaluation constitue un élément de référence. Il permet d'apprécier le fonctionnement de la structure par le bilan des prestations fournies et des conditions de vie proposées aux personnes accueillies. Les résultats, avec les points forts et les points faibles, sont communiqués à l'ensemble du personnel de l'établissement, mais également

aux autorités de tarification pour le renouvellement de la convention. L'ANESM propose un modèle pour la rédaction du rapport dans son dernier guide⁴⁴, en trois parties :

- ✓ La présentation de l'établissement et ses activités avec ses missions, les caractéristiques de sa population et la spécialisation de ses objectifs ;
- ✓ La méthodologie de l'autoévaluation avec le protocole de la démarche, l'implication des professionnels et des usagers et enfin le choix des indicateurs ou du référentiel ;
- ✓ Enfin, la présentation des résultats avec les constats, le plan d'amélioration et les moyens mobilisés pour sa mise en œuvre.

Cette autoévaluation permet ainsi de faire un état des lieux. De plus, il sera nécessaire de poursuivre ce travail par l'analyse des écarts constatés et la mise en place d'un plan d'actions visant l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes accueillies. Ce plan doit être détaillé selon un échéancier sur cinq ans.

À l'EHPAD du CH de La Réole, la réalisation de l'autoévaluation et l'évaluation des objectifs fixés dans la première convention tripartite se poursuit, avec l'ensemble du personnel, par la rédaction du projet d'établissement en cohésion avec la préparation des nouveaux objectifs de la convention tripartite.

3.2.3. La nécessaire cohésion du projet d'établissement avec la préparation des objectifs de la convention tripartite

À l'issue de la réalisation de l'autoévaluation, il est opportun de la continuer par l'élaboration ou la réactualisation du projet d'établissement. En effet, la démarche va dans le sens du développement et de l'amélioration de la qualité des prestations fournies. Ainsi, c'est une opportunité de lier la démarche qualité à la rédaction du projet d'établissement car leur finalité est identique.

Toujours dans l'optique d'améliorer la qualité, la réalisation ou la réactualisation du projet d'établissement ne pourrait avoir lieu sans un lien direct avec la préparation des nouveaux objectifs de la convention tripartite. Les deux démarches doivent, ainsi, être contemporaines pour éviter la confusion inhérente à la multiplication des procédures au sein d'une même structure médico-sociale. Toutefois, les réunions des groupes de travail,

⁴⁴ ANESM, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF », 2009, pp. 46-47.

pour réaliser le projet d'établissement, demandent beaucoup d'investissement de la part du personnel, en raison notamment de la fréquence des réunions. Ainsi, par souci d'économie de temps et de moyens, et pour une cohérence des actions à entreprendre, il est important de conjuguer la réalisation du projet de service et la préparation au renouvellement. Les EHPAD n'ont pas aujourd'hui les moyens humains suffisants pour multiplier et juxtaposer les procédures.

À l'EHPAD de La Réole, la conjugaison des deux démarches s'est avérée opportuniste. En effet, l'absence de projet d'établissement a eu pour conséquence une réalisation partielle d'une majorité des objectifs de la première convention. Les objectifs de la convention ne possédant pas de support institutionnel, la mise en place effective n'a pas été opérationnelle.

Pourtant, La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit ainsi le projet d'établissement : « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale ».

Le projet d'établissement ou de service est :

Un document de référence

Le projet d'établissement ou de service, issu du travail de réflexion de l'ensemble des professionnels, est un document, qui sert de cadre de référence. Il va ainsi fonder les pratiques et guider l'ensemble des acteurs d'une institution dans l'organisation de leur travail d'accompagnement et de soins des personnes âgées dépendantes. Il est ainsi susceptible de redonner du sens aux pratiques professionnelles.

Le projet d'établissement s'inscrit dans un environnement qui évolue. Il doit répondre aux besoins des personnes âgées du territoire concerné et doit être compatible avec les préconisations du schéma d'organisation sociale et médico-sociale du département (article L.313-4 du Code de l'action sociale et des familles).

Il permet de valoriser l'existant et d'améliorer les prestations. Il donne de la lisibilité dans les pratiques professionnelles. Il replace l'utilisateur au cœur de l'institution par le partage

des valeurs définies de manière collective. Le projet de vie, une des composantes du projet d'établissement, est centré sur le résident. Il tient compte des besoins, des attentes et des souhaits des personnes âgées. Il définit clairement les droits et les libertés de celles-ci en garantissant leur sécurité, le maintien de leur autonomie existante et de leur intégration dans la vie sociale.

Un levier pour initier le changement

Le projet d'établissement est une démarche prospective, qui va demander de nouvelles adaptations de la part de l'ensemble des professionnels. Il répond à la question : « Vers quelle prise en charge veut-on aller ? ». Une réflexion stratégique doit avoir lieu ; elle doit s'inscrire dans la continuité du contexte actuel et de l'environnement de la structure. Cette démarche permet de coordonner les activités entre les différents professionnels. Cependant, la démarche du projet d'établissement ne doit pas servir à changer toutes les pratiques dans l'établissement. Elle s'inscrit dans la continuité des actions menées jusqu'ici.

Un outil de communication

Le projet d'établissement est un outil de communication à la fois interne et externe. L'ensemble du personnel doit avoir connaissance du projet. Il est, ici, opportun de favoriser un sentiment d'adhésion dans les équipes de travail pour que le projet puisse être utilisé quotidiennement comme support des améliorations.

Les résidents et leurs proches doivent, par ailleurs, en avoir connaissance pour que les intentions de la structure soient clairement énoncées.

La DDASS et le conseil général doivent être informés de la mise en place de la démarche et de ses différentes étapes. Si des actions envisagées doivent engager de profondes modifications dans l'offre de service tel le projet de création d'une unité Alzheimer, la consultation des tutelles est nécessaire avant toute validation. C'est le cas à l'EHPAD de La Réole, dont le nombre de lits est supérieur à 80 ; chiffre au-delà duquel le département invite à la création de cette unité.

Un document formalisé et réactif

Le projet d'établissement est un document formalisé et validé en premier lieu par le Conseil de la Vie Sociale et ensuite par l'ensemble des instances de l'établissement. Mais surtout, le projet d'établissement est un document évolutif et doit faire preuve de réactivité. En effet, il doit pouvoir s'adapter aux évolutions des besoins des personnes âgées dépendantes accueillies dans la structure. Il pourra faire l'objet d'ajustements au cours des cinq années de sa mise en œuvre. Il doit, donc, être réaliste pour être réalisable.

Un outil de pilotage et de suivi des actions

Le projet d'établissement est un réel outil de pilotage des actions. En instaurant un cadre de référence et un plan d'actions, le pilotage est alors effectif dans la structure. Le calendrier opérationnel et prospectif permet d'avoir une vision d'ensemble des démarches à accomplir pour les cinq années à venir.

Le comité de pilotage, chargé du suivi du projet doit se transformer après sa validation, en comité de suivi. En effet, l'ensemble des objectifs fixés pour les cinq années devra faire l'objet d'évaluations régulières en fonction des différents états de réalisation suivant l'échéancier fixé. Un suivi biannuel semble au minimum requis pour suivre les évolutions des différents objectifs fixés et permettre, ainsi, les réajustements parfois nécessaires ou lever d'éventuels obstacles. Ce suivi par action peut être sous la responsabilité d'un binôme formé de professionnels de l'établissement qui devra faire l'évaluation régulière des actions engagées. Cette démarche de suivi semble essentielle pour la déclinaison réelle et effective des différents axes d'amélioration. Elle permet de réaliser des bilans, qui pourront être transmis annuellement aux autorités de tarification favorisant, ainsi, la transparence et la progression des actions.

Un support opérationnel pour mener la phase de négociation de la convention

Le projet de service devient alors un outil opérationnel parce que, d'une part, le projet devient un support pour fixer les objectifs de la nouvelle convention et d'autre part, il servira d'arguments lors de la phase de négociation pour demander des moyens supplémentaires. Il permet, d'une part aux autorités de tarification d'identifier l'établissement sur le territoire donné et l'ensemble des actions cohérentes développées, et, d'autre part aux directeurs d'argumenter les demandes de moyens financiers supplémentaires pour mettre en application, notamment, les actions coûteuses. À cet

effet, la rédaction des actions et la détermination par objectifs sous la forme de fiches actions⁴⁵, données aux autorités de tarification, apporte une vision précise par objectif des moyens déployés et des indicateurs d'évaluation.

⁴⁵ Modèle de la fiche *action* utilisée à l'EHPAD du CH de La Réole placée en annexe III.

Conclusion

Le travail préparatoire au renouvellement de la convention tripartite est un outil pour développer la démarche qualité au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mais également un moyen de négociation pour les directeurs d'EHPAD. La préparation du renouvellement est une opportunité, pour les directeurs, utile au développement d'une démarche dynamique, collective, constructive et durable. Cependant, cette préparation ne pourrait avoir lieu sans l'implication de tous les auteurs du secteur, aussi bien internes (agents des établissements, résidents) qu'externes (intervenants libéraux extérieurs, familles des résidents).

Mais c'est également par l'application de ce nouvel outil PATHOS qu'un véritable renouvellement avantageux pourra avoir lieu. Cette réalisation de la coupe doit faire l'objet de toutes les attentions en ménageant la formation et l'implication du médecin coordonnateur. Il y va du financement de la dotation *soins*. Cependant, en dépit des contraintes budgétaires récentes, des procédures existent (une bonne et juste cotation de l'outil PATHOS ou le passage à l'option tarifaire globale) et sont à la disposition des directeurs pour limiter ces éventuels impacts.

Aussi, aujourd'hui, les établissements doivent prendre en considération l'ensemble des prestations fournies qui répondent aux différents besoins de la population accueillie et cela en conformité avec la progression dans l'avenir de nouveaux besoins prévisibles (augmentation de la dépendance en raison de la poussée de l'espérance vitale) et du territoire dont ils dépendent. Ainsi, le niveau d'invalidité des personnes hébergées en établissement augmentant, la qualité de la prise en charge doit, donc, évoluer de façon positive.

Tout ceci ne saurait, cependant, masquer la difficulté d'une coïncidence (adéquation) entre les moyens disponibles et les fins attendues. La convention tripartite, à elle seule, ne permet pas d'atteindre cette mission. En effet, la seule lecture du PATHOS moyen pondéré ne reflète pas le besoin global en soins des résidents car la dimension de coordination et de préparation des activités soignantes en est exclue. De plus, lorsque l'on classe les personnes dans une grille, on est toujours réducteur. Le PMP ne donne, ainsi, qu'une indication et les bonnes intentions peuvent, parfois, être désastreuses. En effet, les pathologies des personnes âgées évoluent souvent rapidement et les résultats de la cotation PATHOS ne sont, alors, plus représentatifs des soins nécessaires. Réduire le renouvellement de la convention tripartite au seul outil PATHOS serait, dans tous les

cas, dommageable. En revanche, en associant le travail préalable au renouvellement à la mise en oeuvre d'une démarche *qualité* par la rédaction d'un projet d'établissement, une cohérence entre les deux démarches a toutes les chances de voir le jour.

Bibliographie

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.
- ✓ 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.
- ✓ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.
- ✓ Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- ✓ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.
- ✓ Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- ✓ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.
- ✓ Loi 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité Sociale pour 2009.
- ✓ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire pour l'année 2009 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Ouvrages :

- ✓ LOUIS Pierre, 2002, *Le guide de la réforme des établissements pour personnes âgées, convention tripartite et démarche qualité*, Paris : Seli Arslan, 320 p.
- ✓ BRAMI Gérard, 2002, *La nouvelle tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris : Berger-Levrault, 398 p.
- ✓ DELNATTE Jean-Claude et HARDY Jean-Pierre, 2002, *La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie*, Rennes : ENSP, gestion santé social, 215 p.
- ✓ CHARLEUX François et GUAQUÈRE Daniel, 2006, *Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthodes et mise en œuvre*, Paris : ESF éditeur, 286 p.

- ✓ ROUSSEL Patrice, 2004, *La visite de conventionnement des EHPAD : guide à l'usage des partenaires conventionnels*, Rennes : ENSP, 142 p.
- ✓ LOUBAT Jean-René, 2005, *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 354 p.
- ✓ VILLEZ Alain, 2005, *Adapter les établissements pour personnes âgées. Besoins, réglementation, tarification*, Paris : Dunod, 392 p.
- ✓ DESHAIES Jean-Louis, 2006, *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 219 p.
- ✓ DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, 3^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 320 p.
- ✓ SAVIGNAT Pierre, *Évaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, 2009, 370 p.
- ✓ LAPRIE Bruno, MINANA Brice, BRISSONNET Claudine et BECKER Jean-Claude, 2009, *Projet d'établissement, Comment le concevoir et le formaliser*, 3^{ème} édition, Paris : ESF éditeur, 251 p.

Articles :

- ✓ BRAMI Gérard, janvier 2005, « Le nouveau cahier des charges de la convention tripartite », *Bulletin juridique de la santé publique* n°79, pp. 13-14.
- ✓ PRÉVOST Patrice, septembre 2006, « AGGIR et PATHOS dans la planification gériatrique », *La revue gériatrique* tome n°31, disponibilité : http://www.sngc.org/4DACTION/SNGC_envoi/232.
- ✓ DURIBEUX Marie, novembre 2006, « Convention tripartite, deuxième génération », *Direction(s)* n°35, pp. 4-5.
- ✓ LAMPERT Stéphanie, « Tarification des EHPAD : la réforme à marche forcée », *La gazette santé social* n°37, janvier 2008, pp. 17-18.

- ✓ VÉTEL Jean-Marie, « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur Pathos », *Mensuel des Maisons de retraite* n° 119, mars 2009, pp. 20-22.

Rapports et études:

- ✓ Étude du CREDOC, « Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile », *Cahiers de Recherche* n° 221, décembre 2005, 106 p.
- ✓ BAS Philippe, « Plan de Solidarité-Grand âge », 2006, 39 p.
- ✓ DUCOUDRAY Jean-Marc, LEROUX Robert, PRÉVOST Patrice, VÉTEL Jean-Marie, VUILLEMIN Claire, « Le modèle PATHOS », 2007, 46 p.
- ✓ RÉA Catherine, EON Yannick, VÉTEL Jean-Marie, « Harmonisation du codage PATHOS », 2008, 9 p.
- ✓ B. MARABET, « Document de cadrage du PRIAC 2008-2012 », *Les dossiers de la DRASS d'Aquitaine*, n°54 bis, 2008, 26 p.
- ✓ Le schéma départemental (Gironde) d'organisation sociale et médico-sociale, Volet personnes âgées, 2009-2011, 145 p.
- ✓ Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), « Éléments de cadrage. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », 2009, 6 p.
- ✓ ANESM, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements visés par l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles », 2009, 78 p.

Sites Internet :

- ✓ Ministère de la santé et des sports. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>
- ✓ Agence Nationale pour l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

- ✓ Légifrance. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- ✓ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. <http://www.cnsa.fr/>
- ✓ Fédération Hospitalière de France. <http://www.fhf.fr/>
- ✓ Le Conseil Général de la Gironde. http://www.cg33.fr/cg33/icms/c_5217/accueil
- ✓ L'assurance maladie. <http://www.ameli.fr/>

Mémoires :

- ✓ DUCOURET L., 2006, *La convention tripartite : d'un outil juridique vers un processus de management. L'exemple de l'EHPAD de la Providence*, ENSP, DESS, 84 p.
- ✓ AEBISCHER A., 2008, *Les jeux de pouvoir dans la préparation et la négociation de la convention tripartite : Un lien entre l'intérieur et l'extérieur de l'établissement. L'exemple des EHPAD de la fonction publique hospitalière en Haute-Savoie*, EHESP, DESSMS, 97 p.
- ✓ FERREY P., 2008, *La coupe PATHOS en complément d'AGGIR : un outil au service de la qualité de la prise en charge ? L'exemple du Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq-Nay*, EHESP, DESSMS, 77 p.

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des pièces à fournir dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite, département de la Gironde.

ANNEXE II : Extraits de l'évaluation de la convention tripartite de première génération de l'EHPAD de CH de La Réole selon l'annexe 2.1 de la circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

ANNEXE III : Fiche d'élaboration des objectifs et des actions de l'EHPAD du CH de La Réole.

ANNEXE IV : Grille d'entretien.

ANNEXE I

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT DE LA CONVENTION TRIPARTITE (DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE)

(Les documents sont à adresser par voie électronique)

- Fiche d'identité de l'établissement à compléter (modèle joint)
- Autoévaluation (à fournir)
- Bilan des objectifs de la convention de 1^{ère} génération (tableau joint)
- Procès-verbal de la commission de sécurité (dernier en date)
- État de recrutement du personnel (tableau joint)
- Plannings sur le dernier mois :
 - Jour/nuit, Semaine/week-ends, jours fériés
 - Des personnels suivants :
 - ✧ Médecin coordonnateur
 - ✧ Infirmier (s) et infirmier référent
 - ✧ Aides-soignants
 - ✧ Psychologue
 - ✧ animateur
 - ✧ Agents de service hospitalier
- Fiches de postes et de tâches
- Plan de formation et bilan des formations suivies sur les 5 dernières années (tableau joint)
- Fournir les documents suivants et préciser la dernière date de mise à jour :
 - Projet de soins
 - Projet de vie
 - Projet d'animation
 - Règlement de fonctionnement
 - Livret d'accueil
 - Dossier type d'admission
 - Document unique de délégation
 - Conventions signées avec les partenaires extérieurs
- Liste de tous les protocoles existants dans l'établissement
- Modèle des contrats de séjour
- Déclinaison des objectifs prioritaires à 5 ans (tableau joint).

ANNEXE II

Sophie Le Mer, DESSMS stagiaire au CH de La Réole.

Annexe 2.1 Protocole élaboré pour l'évaluation des conventions tripartites de première génération

Identification de l'établissement :

Statut : EHPAD public rattaché à un CH, habilité à l'aide sociale.

Convention : signée le 22 décembre 2004, avec effet au 1^{er} janvier 2005

Avis et date de la Commission de sécurité : AVIS FAVORABLE du 12 OCTOBRE 2006

| | Capacité | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | Totale Lits et places | Dont hébergement permanent | Dont hébergement temporaire | Dont Accueil de jour | Dont Accueil d'urgence |
| Installée à ce jour | 88 | 88 | 0 | 0 | 0 |
| Autorisée à ce jour | 88 | 88 | 0 | 0 | 0 |
| | Dont Accueil ALZHEIMER | | | | |
| | Hébergement Permanent | Accueil temporaire | Accueil de jour | Accueil d'urgence | |
| Installée à ce jour | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autorisée à ce jour | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Profil de la population accueillie :

GMP validé = 712,5 pour 2009

| | | | |
|--------------|-----------|--------------|-----------|
| GIR 1 | 18 | GIR 2 | 33 |
| GIR 3 | 14 | GIR 4 | 17 |
| GIR 5 | 1 | GIR 6 | 5 |

PMP = non réalisé à ce jour

SMTI = idem

Nombre de personnes de moins de 60 ans = 0

| Taux d'occupation | n-5 (2004) | n-4 (2005) | n-3 (2006) | n-2 (2007) | n-1 (2008) |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Hébergement permanent</i> | n.c. | 99,36% | n.c. | 99,15% | 99,31% |
| <i>Hébergement temporaire</i> | | | | | |
| <i>Accueil de jour</i> | | | | | |

Cette trame de protocole sera adaptée en fonction des objectifs de la convention tripartite signée avec l'établissement. Il sera également tenu compte du document de suivi et d'analyse pré-rempli par l'établissement, de l'exploitation des documents justificatifs transmis, ainsi que des éléments de connaissance disponibles dans le service, notamment l'exploitation des plaintes (cf. I ci-dessous).

Il conviendra de retenir parmi les items développés ci-dessous ceux, qui nécessitent d'être approfondis en partenariat avec les responsables de l'établissement.

Expliquer pour chacun des objectifs le niveau de réalisation, les difficultés rencontrées et les causes de non-réalisation. Préciser les mesures en cours et celles restant à prendre pour atteindre les objectifs.

I – Recensement des plaintes reçues à la DDASS

Nombre de plaintes reçues au cours des cinq dernières années :

Principaux motifs invoqués :

Suivi éventuel apporté au traitement de ces plaintes :

nb : il conviendra d'utiliser les éléments décrits dans les plaintes éventuelles pour développer plus particulièrement certains des points mentionnés ci-dessous.

II - Prise en charge de la personne :

II – 1 - L'admission (OUI / NON + Commentaires)

| | |
|---|---|
| Existe-t-il une liste d'attente ? | OUI |
| Quels sont les critères d'admission des résidents ? | CRITERES NON FORMALISES ; UN GROUPE DE TRAVAIL REUNISSANT LE MEDECIN COORDONNATEUR, LA CDS, LA SECRETAIRE EST CHARGE D'ELABORER DES CRITERES. |
| Existe-il un protocole d'accueil du nouvel arrivant ? Est-il adapté à chaque personne en fonction des ses attentes ? | GROUPE DE TRAVAIL CONSTITUÉ, EN COURS. |
| Le livret d'accueil est-il régulièrement actualisé ? | OUI, DERNIÈRE ACTUALISATION EN DECEMBRE 2008. VALIDATION AUX DIFFÉRENTES INSTANCES FIN DÉCEMBRE 2008. |
| Comment le contrat de séjour est-il négocié ? | TRAVAIL REALISÉ AVEC L'EQUIPE. |
| Le règlement de fonctionnement est-il à jour avec la réglementation? (droits de la personne accueillie, modalités de la prise en charge médicale des résidents...) Est-il remis à la personne accueillie ou à son représentant ? | OUI, EN DECEMBRE 2008. EN COURS DE DISTRIBUTION. |

II – 2 - La vie quotidienne

| | |
|--|--|
| <p>L'alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les horaires des repas, ▪ Le lieu des repas, ▪ Les modalités d'aide aux résidents dépendants ne pouvant pas manger seuls, ▪ La participation des résidents à la commission des menus, ▪ Un diététicien est-il présent ? | <p>Petit déjeuner : 8h en chambre ; Repas de midi : 12h à la salle à manger ; Goûter : 15h30 ; Diner : 18h30 à la salle à manger ; Collation pour les résidents diabétiques vers 22h. Aide individualisée, repas pris en chambre 30 minutes avant le service en salle à manger ou en salle. OUI OUI</p> |
| <p>L'hygiène corporelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le rythme des toilettes ? Est-il suffisant ? ▪ Les équipements sont-ils adaptés pour les toilettes des personnes âgées dépendantes ? ▪ Existe-t-il un protocole « prise en charge de l'incontinence » ? Est-il appliqué ? | <p>Toilettes quotidiennes, douches hebdomadaires ; OUI NON</p> |

II – 3 - Les locaux

| | |
|--|---|
| <p>La répartition des chambres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de chambres à 1 lit ▪ Nombre de chambres à 2 lits ▪ Salle d'eau pour chaque chambre ? | <p>88 chambres individuelles avec salle d'eau.</p> |
| <p>L'appropriation des chambres par les résidents : mobilier personnel autorisé, décoration, télévision privative...</p> | <p>OUI, petits mobiliers & objets personnels.</p> |
| <p><i>Descriptif des espaces spécifiques</i></p> | |
| <p>Descriptif des locaux communs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salon, ▪ Salle à manger, | <p>Un salon par secteur soit 4 salons</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaces extérieurs. | <p>4 salles à manger</p> <p>Jardin dans le prolongement de la salle d'animation + jardin devant l'entrée</p> |
| <p>L'accessibilité est-elle respectée pour les personnes à mobilité réduite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les locaux communs, ▪ Pour les espaces extérieurs. | <p>OUI</p> <p>OUI</p> |
| <p>Les zones de déambulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sont-elles sécurisées ? ▪ Sont-elles suffisantes en nombre ? | <p>NON</p> <p>OUI</p> |

II – 4 - Le fonctionnement des instances Loi 2002-2 :

| | |
|--|--|
| <p><i>Le projet d'établissement (Article L 311-8 CASF):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs définis par ce projet ? ▪ <i>Date de réalisation.</i> | <p>EN COURS</p> |
| <p>Le conseil de la vie sociale</p> | <p>3 X PAR AN ; de nouveaux représentants ont été élus en juin 2008 ; les noms des nouveaux membres et le règlement du CVS sont affichés, ainsi que chaque PV validé (dans le hall).</p> |
| <p>Les autres formes de participation</p> | <p>Commission d'animation 3X par an ; Commission des menus</p> |

II – 5 - La gestion des dysfonctionnements

| | |
|---|--------------------|
| <p>Les réclamations et les plaintes orales ou écrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réclamations et/ou plaintes écrites, | <p>1 en 2008 ;</p> |
|---|--------------------|

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il un protocole de gestion des plaintes ? | En cours de validation. |
| Quelles sont les mesures mises en place pour identifier les attitudes de maltraitance et pour les corriger (protocoles, formations...) ? | Formations pour prévenir la maltraitance en EHPAD; groupe de parole ou de régulation mensuel pour le personnel depuis avril 2009 ; groupe de travail pour écrire la charte de la bientraitance de l'établissement. |
| Les règles de bientraitance sont-elles consignées ? | En cours de rédaction. |

III - Le personnel (outil : dossiers du personnel, un échantillon par catégorie d'agents)

| | |
|--|--|
| <p>Les plannings :</p> <ul style="list-style-type: none"> Etudier les plannings sur une période d'un mois minimum, Présence & qualification sur 24 heures, La répartition des tâches. | <p>Nouveau cycle de travail actuellement en test ; création d'un pool de remplaçants.</p> <p>IDE/AS/ASH IDE : soins médicaux; binôme AS/ASH : soins de confort & d'hygiène ; ASH & personnes en contrat aidé à l'entretien des locaux.</p> |
| <p>L'organisation du travail de nuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le personnel & sa qualification, L'organisation des soins. | <p>5 agents sont de nuit : 4 AS et 1 ASH</p> |
| <p>Vérification de la liste du personnel permanent & des dossiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualifications & diplômes (copies dans le dossier ?), Extraits du casier judiciaire. | <p>OUI</p> <p>OUI</p> |
| <p>Vérification de la liste du personnel contractuel :</p> | |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le nombre des CDD, ▪ Le nombre de contrats aidés conclus sur une période minimum d'un an, ▪ Les diplômes, ▪ Vérifier la durée des contrats. | <p>9 agents ;</p> <p>3 agents ;</p> <p>Cf. Le bilan des ressources humaines dans le rapport d'activité 2008, transmis aux autorités de tarification.</p> <p>Variable en fonction des besoins.</p> |
| <p>Les procédures de recrutement : quelles sont-elles ? (intérim, annonces, autres...)</p> | <p>Annonces</p> |

IV - Les relations avec l'environnement - l'animation - les soins

IV – 1 - L'animation

| | |
|---|--|
| <p>L'organisation de l'animation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe-t-il un projet d'animation ? ▪ Qui en a la charge ? ▪ Quels sont les intervenants ? ▪ Des sorties à l'extérieur de l'établissement sont-elles programmées ? | <p>En cours, groupe de travail.</p> <p>La personne en charge de l'animation.</p> <p>Choral ; chanteurs ; comédiens...</p> <p>OUI</p> |
| <p>Les bénévoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interviennent-ils dans l'établissement ? ▪ Si oui, existe-t-il une convention ? | <p>NON</p> <p>NON</p> |

IV – 2 - Les soins

| | |
|--|---|
| <p>Organisation des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocoles de transmission (description) ▪ Dossier des résidents | <p>NON</p> <p>Cf. ANGELIQUE Q78 à 80</p> |
| <p>Les partenariats négociés sont-ils effectifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec le secteur de la psychiatrie ▪ Avec un établissement de santé (hors psychiatrie), ▪ Avec une équipe de soins palliatifs ▪ Avec le CLIC ou tout autre dispositif de coordination du territoire | <p>OUI / NON + Commentaires</p> <p>OUI avec CH de Cadillac</p> <p>NON, à formaliser</p> <p>En cours, avec une association locale de soins palliatifs</p> <p>OUI</p> |
| <p>Comment fonctionne le circuit du médicament ?</p> | <p>En cours de réflexion</p> |

V - Les objectifs inscrits dans la convention tripartite

Inscrire tous les objectifs fixés dans la convention cadre. Les détailler et expliquer pour chacun le niveau de réalisation, les difficultés rencontrées et les causes de non réalisation. Enfin, préciser les mesures en cours et celles restant à prendre pour atteindre les objectifs.

Le bilan des objectifs de la 1^{ère} CONVENTION :

| <u>Les objectifs fixés</u> | <u>Leur état de réalisation</u> <i>(total / partiel / absent)</i> | <u>Les moyens mis en œuvre & Commentaires</u> |
|--|--|--|
| Art.16 : La situation de l'établissement PAS D'OBJECTIF FIXÉ | | |
| Art. 17 : Les caractéristiques de la population accueillie PAS D'OBJECTIF FIXÉ | | |
| <p>Art. 18 : Le projet institutionnel</p> <p>Poursuivre l'actualisation de tous les documents institutionnels (projet de vie, d'animation ; de soins...)</p> <p>Elaborer le projet de soins en concertation avec l'ensemble du personnel, un plan d'aide & de soins de la PA en institution</p> | <p>PARTIEL</p> <p>PARTIEL</p> | <p>Les groupes de travail pour la rédaction du projet de service ont été mis en place, les premières réunions commenceront en septembre 2009, selon un calendrier validé en comité de pilotage</p> |
| <p>Art. 19 : La qualité des espaces.</p> <p>Sécurisation de l'escalier</p> <p>Pour pallier l'absence de lieu de vie commun, redéfinir l'utilisation de la salle d'animation</p> | <p>TOTAL</p> <p>PARTIEL</p> | <p>Des barrières ont été mises en haut de chaque escalier</p> |
| <p>Art. 20 : La qualité des relations avec les familles & des amis des résidents</p> <p>Revoir l'organisation des soins afin d'optimiser le temps de personnel soignant</p> | <p>PARTIEL</p> | <p>Nouveau cycle de travail actuellement en test</p> |

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| Rédiger les protocoles manquants dans le cadre de l'évaluation gérontologique & compléter le dossier médical | TOTAL | |
| Formation HACCP | TOTAL | |
| Affichage de la charte des PAD | TOTAL | |
| Recruter du personnel d'animation qualifié & proposer un programme régulier et adapté | ABSENT | VAE non validée |
| <u>Les objectifs fixés</u> | <u>Leur état de réalisation</u> | <u>Les moyens mis en œuvre & Commentaires</u> |
| Art. 21 : La qualité des personnels exerçant dans l'établissement | | |
| Produire un plan pluriannuel de formation de personnel | TOTAL | Plan de formation du CH |
| Professionalisation des personnels affectés au ménage | TOTAL | |
| Se conformer à l'effectif attribué | ABSENT | |
| Réorganiser les tâches du personnel en fonction des créations de postes accordés dans le cadre de la convention | PARTIEL | Nouvelle organisation actuellement en test |
| Art. 22 : L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique | | |
| Organiser l'intervention du secteur psychiatrique | TOTAL | Convention signée avec le CH de Cadillac pour une intervention en cas de besoin. |

***EHPAD du Centre Hospitalier de La Réole
Fiche d'élaboration des objectifs et actions***

CETTE FICHE EST DESTINÉE À VOUS AIDER À TRAVAILLER LES OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT.

Thème traité dans la fiche :

Problématique du thème

- Dans cette première partie vous devez vous poser les questions fondamentales : Quelle est la situation d'aujourd'hui et quelle sera celle de demain. Que veut-on faire ?

Les constats (existant, état des lieux, dysfonctionnements éventuels ...) : description de la situation :

Causes (pourquoi cela se passe ainsi ?) :

L'objectif général sur le thème (de préférence sous forme de verbe) :

Plan d'action

- Dans cette deuxième partie vous devez définir les actions qui vous permettront d'atteindre l'objectif. On est dans la partie la plus concrète de la définition de l'objectif.

Action 1 :

Moyens :

Référent :

Echéance :

Action 2 :

Moyens :

Référent :

Echéance :

Action 3 :

Moyens :

Référent :

Echéance :

Indicateur

- Dans cette dernière partie, vous devez définir de quelle manière vous mesurez le degré de réalisation de l'objectif fixé.

Indicateur, mesure permettant de savoir si l'objectif est atteint :

ANNEXE IV

GRILLE D'ENTRETIEN EHPAD

date.....

Nom & Prénom :

Fonction :

Ancienneté à l'EHPAD :

Date de titularisation :

Les formations effectuées depuis l'arrivée dans le service :

Objectifs de l'entretien :

Cette évaluation sera faite grâce à des entretiens qui auront pour objectifs :

- ✓ Avoir une vue objective concernant le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD ;
- ✓ Écouter chaque agent et recueillir son vécu ;
- ✓ Appréhender les enjeux liés à la communication des différents corps professionnels et avec les usagers et les familles des résidents ;
- ✓ Élaborer un état des lieux et réaliser le diagnostic ;
- ✓ Recueillir les informations nécessaires pour mener les missions de mon stage.

I- QUESTION RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'EHPAD

- ✓ **Quelle est l'organisation de travail ?**

La prise en charge hôtelière : repas, hygiène des locaux, entretien du linge :

Les soins d'hygiène et de confort : soins de nursing, soins techniques infirmiers :

L'organisation du cycle de travail :

Comment se déroule l'intégration à l'équipe de travail et comment sont transmis les savoir-faire ?

- ✓ **Quel est le projet de vie, son organisation actuelle et les animations ?**

- ✓ **La communication interne :**
 - Avec les résidents
 - Les familles
 - Les collègues et les autres professionnels

- ✓ **Quels sont aujourd'hui les points forts et les points faibles de la structure ?**

- ✓ **Quelles propositions feriez-vous pour améliorer le fonctionnement de la structure ?**

- ✓ **Quels sont les grands projets pour l'année à venir ?**

II- QUESTIONS RELATIVES À LA CONVENTION TRIPARTITE

- ✓ **Connaissez-vous la convention tripartite et les différents objectifs fixés de cette convention pour l'établissement ?**

- ✓ **Quel est l'objectif principal de la convention tripartite ?**

- ✓ **Avez-vous participer aux réunions préparatoires de la première convention ?**

- ✓ **Connaissez-vous la grille AGGIR ?**

- ✓ **Connaissez-vous la grille PATHOS ?**