

---

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale**

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Mars 2010**

---

# **Le (re)conventionnement tripartite dans le département du Val de Marne**

**Guillaume KLEIN**

---

# Remerciements

---

Le stage professionnalisant, loin d'être un long fleuve tranquille linéaire, aura représenté pour moi une expérience de vie et professionnelle à la fois riche, unique et enrichissante.

Aussi, dans l'élaboration de ce mémoire, qui aura connu légitimement des hauts et des débats, je tiens à adresser mes remerciements à plusieurs personnes.

Je remercie M Jean-Christian SOVRANO, ancien Inspecteur Principal en charge des établissements médico-sociaux et Mme Dominique HATTERMAN, IP du service Actions de Santé Publique, mes deux maîtres de stages successifs, qui ont su me guider, à différentes étapes de ma formation de stagiaire, à travers les méandres de l'administration sanitaire et sociale.

Merci également à M Gilles DUPONT, Inspecteur en charge de la cellule Personnes Agées, puis Inspecteur Principal dirigeant le service des établissements médico-sociaux pour les nombreuses visites d'établissement réalisées à ses côtés et la confiance dont il a toujours fait preuve à mon égard.

Je remercie également M Najib EL AMRAOUI, chargé de mission au sein de la cellule PA, pour ses connaissances inégalées (et inégalables) en matière de tarification et d'allocation de ressources.

Mes remerciements se tournent également vers M Régis GARDIN (Inspecteur Adultes Handicapés) et M Sébastien PIEDFERT (Inspecteur Enfance Handicapée), qui m'ont beaucoup aidé, l'un par sa connaissance du terrain et du métier, l'autre par son acclimatation très rapide au métier d'IASS pour son premier poste, ainsi que toute l'équipe du service des établissements médico-sociaux.

Je tiens à remercier aussi MM Brigitte BRUN et Mailys XOUAL du Conseil Général du Val de Marne qui m'auront fait découvrir l'autre versant et les spécificités de l'action publique (territoriale) envers les personnes âgées.

Enfin, j'ai une pensée envers mes proches et mes ami(e)s qui m'auront toujours soutenu durant l'élaboration de ce mémoire, ainsi qu'à mes camarades de la promotion IASS 2008-2010 sans qui l'aventure aurait eu une saveur bien différente.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES CONVENTIONS TRIPARTITES : CONTRACTUALISATION AU SEIN DES EHPAD .....</b>	<b>5</b>
1.1 UNE CREATION INHERENTE A LA MEDICALISATION DES ETABLISSEMENTS.....	5
1.2 LA MISE EN PLACE DE LA LOI DE 2002.....	9
1.2.1 Les objectifs initiaux .....	10
1.2.2 Les apports de la loi de 2002.....	11
1.2.3 Le renouvellement quinquennal .....	16
1.3 LA TARIFICATION.....	19
1.3.1 La loi du 21 juillet 2001 portant réforme de la tarification.....	19
1.3.2 La mise en œuvre de la convergence tarifaire par l'arrêté du 26 février 2009.....	22
<b>2 LA SIGNATURE DES CONVENTIONS TRIPARTITES DANS LE DEPARTEMENT DU VAL DE MARNE .....</b>	<b>25</b>
2.1 LES SIGNATURES DE CONVENTION .....	25
2.1.1 La méthodologie de visite de renouvellement des conventions tripartites dans le département du Val de Marne.....	25
2.1.2 Le renouvellement de la convention tripartite .....	27
2.2 LES DIFFERENTS TYPES DE CONVENTIONNEMENT.....	30
2.2.1 Le conventionnement contractuel.....	30
2.2.2 Le conventionnement d'office.....	39
<b>3 L'EVOLUTION FUTURE DES CONVENTIONS TRIPARTITES .....</b>	<b>43</b>
3.1 LES CHANGEMENTS ENTRAINES PAR LA LOI HPST.....	43
3.1.1 Quant à l'organisation de l'administration sanitaire et sociale .....	43
3.1.2 Quant au conventionnement tripartite.....	46

<b>3.2</b>	<b>L'ENJEU DU RECONVENTIONNEMENT : LA PROMOTION DE LA BIEN-TRAITANCE....</b>	<b>48</b>
3.2.1	Les recommandations de l'ANESM.....	48
3.2.2	Les bonnes pratiques au sein des établissements.....	52
3.2.3	Les nouvelles structures internes aux établissements.....	54
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>57</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.F.N.O.R	Association Française de Normalisation
A.G.G.I.R	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
A.M.P	Aide Médico Psychologique
A.N.E.S.M	Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
A.P.A	Allocation Pour l'Autonomie
A.R.H	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.S	Agence Régionale de Santé
A.S.H.	Aide-Soignant Hospitalier
C.A.S.F	Code de l'Action Sociale et des Familles
C.C.A.S	Centre Communal d'Action Sociale
C.G	Conseil Général
C.L.I.C	Centre Local d'Information et de Coordination
C.N.A.M.T.S	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
C.N.S.A	Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie
C.P.A.M	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.P.O.M	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.R.A.M	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
C.R.A.M.I.F	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France
C.R.O.S.M.S	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
C.P.T	Convention Pluriannuel Tripartite
C.T	Convention Tripartite
C.V.S	Conseil de la Vie Sociale
D.D.A.S.S	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.G.A.S	Direction Générale de l'Action Sociale
D.G.F	Dotation Globale de Financement
E.H.PA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
E.H.P.A.D	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.T.P	Equivalent Temps Plein
F.I.N.E.S.S	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
G.I.R	Groupe Iso Resource
G.M.P	Gir Moyen Pondéré
G.R.S.P	Groupement Régional de Santé Publique

H.A.C.C.P	<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>
H.A.D	Hospitalisation A Domicile
I.D.E	Infirmière Diplômée d'Etat
I.G.A.S	Inspection générale des affaires sociales
I.N.E.D	Institut National des Etudes Démographiques
I.N.S.E.E	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
O.N.D.A.M	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
P.A	Personnes Agées
P.A.S.A	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
P.G.S.A	Plan de Solidarité Grand Age
P.S.D	Prestation Spécifique Dépendance
P.M.P	Pathos Moyen Pondéré
P.R.I.A.C	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
P.U.I.	Pharmacie à Usage Intérieur
R.G.P.P	Révision Générale des Politiques Publiques
S.M.A.M.I.F	Service Médical de l'Assurance Maladie d'Ile de France
U.H.R	Unité d'Hébergement Renforcé
U.S.L.D	Unité de Soins Longue Durée

## Introduction

Depuis plusieurs années, la France est confrontée à un vieillissement démographique important, qui ne cesse de s'amplifier et qui est « inéluctable » selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Selon l'Institut National des Etudes Démographiques (INED), le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2009 était sensiblement proche des 10,5 millions de personnes<sup>1</sup>. Ce phénomène pose la question de la prise en charge des personnes âgées, souvent dépendantes. Pour que les années supplémentaires conquises ne soient pas synonymes d'isolement, de solitude et de repli sur soi, il est essentiel de garantir à nos anciens l'accès aux soins et de leur offrir une fin de vie dans la dignité, l'écoute et le respect.

L'espérance de vie s'allonge mais ce vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge. Conserver son indépendance et une vie sociale représentent alors l'objectif principal de la qualité de vie. La survenue d'une maladie ou d'un accident peut rompre l'équilibre fragile en place. Tout l'enjeu est de prévenir les risques de perte d'autonomie, mais aussi de ralentir l'évolution des dépendances, par une prise en charge globale, que ce soit à domicile, à l'hôpital ou en maison de retraite.

Cependant, le maintien à domicile a parfois ses propres limites et les professionnels peuvent dans certaines circonstances, et dans l'intérêt des personnes âgées, être amenés à recommander une entrée en institution. En effet cette orientation peut être motivée lorsque l'état de santé de la personne âgée nécessite une surveillance constante, qu'elle présente des troubles du comportement dangereux pour elle et son entourage, que son logement n'est plus adapté à son handicap, qu'elle ne se sent plus en sécurité du fait de son isolement...

L'entrée en maison de retraite est parfois une décision difficile à prendre tant pour la personne âgée elle-même, si elle est en mesure de faire ce choix, que pour la famille. La sélection d'un établissement adapté qui propose une prise en charge sérieuse des dépendances est primordiale. Le bien-être de la personne âgée dépendra de la qualité des prestations offertes par la résidence.

---

<sup>1</sup> Soit environ 17% de la population globale métropolitaine

L'hébergement en institution est une solution bénéfique qui permet de lutter contre la solitude et d'être pris en charge médicalement, évitant ainsi à la personne âgée de devoir multiplier les allers-retours entre le domicile et des structures de soins médicaux, tels les hôpitaux.

Pourtant, l'actualité récente a mis en évidence des failles dans certains établissements d'accueil pour personnes âgées. Longtemps tabou, la "maltraitance institutionnelle" est aujourd'hui une réalité qu'il convient de ne pas ignorer. Manque de personnel, manque de moyens, défauts de formations, locaux vétustes et inadaptés, courses au profit, mauvais traitements, etc...De nombreux dysfonctionnements portant atteinte à l'intégrité physique et morale des personnes âgées ont été mis en évidence. S'il existe de véritables "mouroirs" gérés par des personnes dénuées de scrupules, il existe aussi de nombreux établissements accueillant où l'encadrement est chaleureux et familial, dont la qualité des soins et de la prise en charge permettent aux personnes âgées de vieillir dignement.

Les établissements accueillant des personnes âgées ne doivent pas se cantonner à seulement être des lieux de soins où l'on vit, mais bien à des lieux de vie où l'on dispense des soins.

Lorsque l'on évoque la dépendance, pour faire face au désarroi, aux interrogations et aux doutes, il est important d'être accompagné, rassuré et guidé dans ses réflexions et ses démarches. Il est alors nécessaire de faire appel à l'ensemble des services de soins, de conseils, d'assistance et de protection qui s'inscrivent dans un réseau offrant un large panel de ressources adaptées aux besoins de la personne âgée.

Les établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie doivent être agréés localement par les services de l'Etat et sont également soumis au contrôle de ces services. Leurs budgets de soins et leurs tarifs sont également négociés annuellement avec les services de l'Etat, ce qui doit fournir l'occasion de vérifier l'adéquation de leurs moyens, en personnel notamment, avec leur mission et leur activité.

Les droits des usagers des services et établissements sociaux et médico-sociaux ont été renforcés par *la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne, contrat de séjour, projet d'établissement et conseil d'établissement sont désormais autant d'éléments concourant à un fonctionnement transparent et de qualité.



La formalisation de l'action sociale et médico-sociale est très récente puisqu'elle ne date donc que des années 2000 avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Certes, ce texte trouve ses origines dans un passé lointain. La loi n°75-535 du 30 juin 1975 consacre l'autonomie des institutions sociales et médico-sociales.

Jusqu'alors, l'hôpital gérait de nombreux foyers et hospices accueillant des publics fragiles qui relevaient davantage d'une prise en charge sociale que sanitaire. En 1975, le législateur reconnaît donc l'utilité d'établissements distincts des établissements hospitaliers, ayant un savoir-faire et une légitimité en matière d'accueil des usagers.

Cette notion nouvelle de « médico-social » qu'introduit la loi du 30 juin 1975 se traduit par la possibilité pour les établissements sociaux d'être médicalisés. Ainsi, sont créés les sections de cure médicale au sein des maisons de retraite permettant une prise en charge globale des personnes âgées, les prestations de soins restant minoritaires dans des lieux de vie qui leur sont adaptés. Le forfait soins fait également son apparition.

La loi annonce également la disparition progressive des hospices publics puisqu'elle instaure un délai de dix ans pour les transformer, soit en établissements sociaux ou médico-sociaux, soit en unités de soins relevant totalement du service public hospitalier. Elle unifie en outre les différents régimes d'autorisations en créant un régime d'autorisations unique.

Concernant les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, le plan de médicalisation passe par la signature de conventions tripartites entre l'Etat, le Département (pour les parties dépendance et hébergement) et l'établissement. Ces conventions comportent un « projet d'établissement » bâti en référence à un cahier des charges qui objective les principaux critères de qualité. Par ailleurs, au sein de chaque établissement, un médecin coordonnateur a pour mission de veiller à la bonne coordination de la prise en charge sanitaire des résidents. Les conventions tripartites sont ainsi à la base de l'attribution des moyens aux Etablissement d'Hébergement accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Durant mon premier stage d'observation à la DDASS du Val de Marne, dans le service des établissements médico-sociaux, j'ai eu la chance de pouvoir participer à plusieurs réunions de reconventionnement avec l'équipe de la cellule Personnes Agées.

J'ai été marqué par l'extrême complexité de ces rencontres avec les établissements et les services du Conseil Général, car loin des théories et des textes de loi, les inspecteurs sont en contact direct avec les réalités du terrain, essayant de répondre le mieux possible aux demandes des établissements sans pouvoir forcément leur accorder les moyens demandés. Cet état de fait peut des fois créer un sentiment d'hostilité envers les agents, représentants de l'Etat et donc soumis aux critiques tels des « catalyseurs » de souffrance.

Il y avait donc matière à réflexion et à analyse. J'ai donc décidé en accord avec mon maître de stage, de m'intéresser aux conventions tripartites dans le département du Val de Marne et de bâtir un sujet capable de cerner à la fois l'historique du conventionnement et à la fois les enjeux actuels s'inscrivant dans une situation de profonde mutabilité.

Je me suis donc attaché durant mes stages suivants, à me focaliser sur l'expérience de terrain que je pouvais avoir en participant à toutes les réunions de conventions tripartites possibles, en suivant les dossiers de reconventionnement du début jusqu'à la fin, en écrivant les compte-rendu de réunions que j'avais auparavant planifié et préparé.

J'ai donc pu saisir que la question financière était le maillon essentiel de la convention, et que les besoins d'accroissement et d'amélioration des établissements se heurtaient de plein front avec les contraintes budgétaires pesant sur l'allocation de ressources de la dotation soins de la DDASS.

J'ai pu de même constater que les bonnes relations humaines ou professionnelles avec les services du Conseil Général sont un jalon essentiel dans la conduite de nos missions, car le CG du Val de Marne a moins de contraintes financières que l'Etat, une très bonne connaissance du terrain, et des rapports plus aboutis avec certaines établissements du fait du maillage territorial réalisé.

Enfin, l'action et l'étude du terrain ne peut se faire qu'à l'orée du contexte actuel de l'administration sanitaire et sociale car l'inspecteur est avant tout un agent de l'Etat mettant en œuvre des politiques publiques nationales.

Les conventions tripartites représentent avant tout une démarche de contractualisation au sein des EHPAD, dont il faut saisir la mécanique complexe, avant de pouvoir s'intéresser au reconventionnement dans le département du Val de Marne avec ses enjeux particuliers. Les perspectives quant au conventionnement seront de même abordées.

# **1 LES CONVENTIONS TRIPARTITES : CONTRACTUALISATION AU SEIN DES EHPAD**

En introduisant un nouvel article dans la loi du 30 juin 1975 précitée, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le Président de Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Les conventions tripartites symbolisent la relation de confiance qui doit découler de l'entente entre établissements, l'Etat et services du Conseil Général, dans les actions qui sont ainsi mise en œuvre, nécessitant pour ce faire des moyens alloués par les deux autorités.

Les conventions tripartites ont été le fer de lance de la médicalisation des établissements et de la différenciation des EHPA entre EHPAD et Logements-Foyers. Elles ont servi de même de support à la mise en place de la loi de 2002 qui a apporté nombre d'outils aux établissements dans leur gestion et dans la promotion de la bientraitance.

Enfin, le volet du fonds alloués présente un caractère sensible du fait de la situation financière de notre pays et de l'administration sanitaire et sociale qui ne cessent de se détériorer : quels sont les outils mis en place pour aboutir à une tarification juste et équitable envers tous les établissements ?

## **1.1 UNE CREATION INHERENTE A LA MEDICALISATION DES ETABLISSEMENTS**

Le champ de l'accueil envers les personnes âgées était marqué par son extrême fragmentation, car même si l'offre restait correct en termes de places, la différenciation entre les différents types de structures n'était pas abouti, or, les personnes âgées, dans leur dépendance, dans leurs besoins, peuvent présenter des profils très hétérogènes.

La première différenciation dans les EHPA s'est faite entre logements-foyers et EHPAD.

Au 31 décembre 2003, environ 9 500 structures médico-sociales pour personnes âgées offraient 591 600 places, 51% de la capacité d'accueil relevant du secteur public, 31% du secteur privé à but non-lucratif et 18% du secteur privé à but lucratif.

**Tableau 1 - Activité des structures médico-sociales pour personnes âgées**

**Au 31 décembre 1996 et 2003**

	Nombre de structures		Places installées		Evolution 96/03	
	1996	2003	1996	2003	Places	%
Logements-foyers publics	2 020	2 069	106 300	108 200	1 900	2
Logements-foyers privés à but non lucratif	812	809	43 500	40 500	-3 000	-7
Logements-foyers privés à but lucratif	108	97	5 900	4 200	-1 700	-29
<b>Total logements-foyers</b>	<b>2 940</b>	<b>2 975</b>	<b>155 700</b>	<b>152 900</b>	<b>-2 800</b>	<b>-2</b>
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	1 106	1 080	98 600	100 800	2 200	2
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 505	1 604	72 400	87 900	15 500	21
Maisons de retraite privées à but non lucratif	1 984	2 040	119 700	127 100	7 400	6
Maisons de retraite autonomes publiques	1 568	1 652	116 300	120 500	4 200	4
<b>Total maisons de retraite<sup>1</sup></b>	<b>6 163</b>	<b>6 376</b>	<b>407 000</b>	<b>436 300</b>	<b>29 300</b>	<b>7</b>
Résidences d'hébergement temporaire <sup>2</sup>	151	131	3 300	2 400	-900	-27
<b>Ensemble des structures médico-sociales pour personnes âgées</b>	<b>9 254</b>	<b>9 482</b>	<b>566 000</b>	<b>591 600</b>	<b>25 600</b>	<b>5</b>

Fin 2003, un peu moins de la moitié des places installées en **structures médico-sociales pour personnes âgées étaient médicalisées**. On entend par « médicalisées » les places de section de cure médicale, ainsi que l'ensemble des places des établissements ayant signé une convention tripartite. Les premières ont été quasiment toutes supprimées, tandis que la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, l'Etat et le Conseil Général, au-delà de la date butoir du 31 décembre 2005 (31 décembre 2006 pour les logements-foyers), est maintenant indispensable à un établissement pour pouvoir accueillir des personnes dépendantes.

Au 31 décembre 2003, environ 2 500 établissements médico-sociaux avaient signé une telle convention, soit environ 26% des établissements représentant un peu plus de 32% de la capacité installée totale.

**Tableau 2 – Les places médicalisées dans les structures médico-sociales pour personnes âgées au 31 décembre 2003**

	<b>Part d'établissements signataires d'une convention tripartite*</b>	<b>Nombre de places médicalisées conventions tripartites</b>	<b>Part de places médicalisées par rapport à la capacité totale</b>
Logements-foyers	3%	10 200	7%
Maison de retraite rattachées à un hôpital	26%	62 500	62%
Maison de retraite privées à but lucratif	38%	45 600	52%
Maison de retraite privés à but non lucratif	29%	71 500	56%
Maison de retraite autonomes publiques	55%	94 000	78%
Résidences d'hébergement temporaire	3%	100	4%
<b>Ensemble des structures médico-sociales pour personnes âgées</b>	<b>26%</b>	<b>283 900</b>	<b>48%</b>

Au 31 décembre 2007, s'agissant du conventionnement initial, 515.000 places étaient conventionnées au regard d'une cible de 560.000 places, soit 92 % des places (contre 81 % quatre mois plus tôt, soit 60.000 places supplémentaires). Seuls trois départements de France métropolitaine présentaient un taux inférieur à 70 %. 29 départements avaient achevé leur processus de conventionnement et 1 département sur 2 comptait au moins 95 % des places conventionnées. S'agissant du renouvellement des conventions, il concernait 75.000 places fin décembre 2007, contre seulement 5.000 places en août 2007, soit 70.000 places supplémentaires en quatre mois.

Ces chiffres montrent que la forte mobilisation des DDASS (à la suite des réunions interrégionales animées par la CNSA et la DGAS), des Conseils généraux et des établissements a porté ses fruits et qu'il importait de solder le conventionnement initial pour ne pas mettre en péril le renouvellement des premières conventions et l'effort supplémentaire de médicalisation qu'elles entraînent, en mesurant objectivement et non plus forfaitairement les soins techniques requis (coupe PATHOS, tarification au GMPS).

Ces chiffres font écho aux 300 millions d'euros de mesures nouvelles engagées au titre de la médicalisation dans l'ONDAM 2008.

Environ 45.000 places restaient à conventionner, soit 700 à 800 conventions tripartites à signer pour s'approcher de l'objectif de conventionnement à 100 % fin 2008. Dans cette perspective, une batterie de mesures a été mise en place.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, une tarification par arrêté permettait de donner à tous les établissements un socle minimum de personnel soignant pour assurer une prise en charge coordonnée des personnes fragiles. Ce dispositif souple et optionnel accompagne par paliers successifs les établissements qui connaissent une situation compliquée et permet l'examen au cas par cas des situations spécifiques.

Une mission d'appui et d'accompagnement a été mise en place au plan local pour dénouer les situations les plus difficiles (avec l'appui de la DGAS et de la CNSA). Une foire aux questions a été ouverte sur le site de la CNSA et une adresse électronique spécifique créée, à la disposition des services déconcentrés et des établissements

## 1.2 LA MISE EN PLACE DE LA LOI DE 2002

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en réformant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, transforme en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux dédiées à quatre grandes catégories de populations particulièrement fragiles : enfance et famille en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion.

La loi du 2 janvier 2002 prend place dans le nouveau code de l'action sociale et des familles. Cette loi comporte quatre objectifs principaux : développer les droits des usagers, diversifier la palette des établissements, services et interventions, améliorer les procédures techniques de pilotage du secteur, instaurer enfin une meilleure coordination entre les divers protagonistes.

L'article L. 311-3 du CASF dégage en la matière sept éléments principaux : **le respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité, le libre choix entre des prestations à domicile et en établissement, un accompagnement individualisé et de qualité respectant un consentement éclairé, la confidentialité des données concernant la personne, l'accès à l'information, l'information de la personne sur ses droits fondamentaux et les voies de recours disponibles, la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.**

Les articles L. 311-4 à L. 311-8 instaurent dans tout établissement et service social ou médico-social un livret d'accueil, la délivrance d'une charte des droits et libertés de la personne, l'obligation d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge, le recours possible à un conciliateur en cas de conflit avec l'établissement, la création d'un règlement de fonctionnement définissant les droits et obligations de la personne accueillie, la mise en place d'un projet d'établissement ou de service précisant les modalités d'organisation ou de fonctionnement retenues, l'instauration d'un conseil de la vie sociale afin de rendre plus opérant la participation des usagers à la vie de l'institution.

L'article L. 312-8 crée l'obligation légale pour les établissements d'évaluer la qualité des prestations qu'ils fournissent sur la base de recommandations de bonnes pratiques validées par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette auto-évaluation doivent être communiqués tous les cinq ans aux autorités compétentes.

### 1.2.1 Les objectifs initiaux

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) trouve son origine dans le constat, très largement partagé, des insuffisances du mode de financement antérieur. Celui-ci repose en effet, dans la majorité des établissements, sur une double source de recettes :

- **Un forfait soins** (en service de soins de longue durée) ou un forfait de section de cure médicale (en maison de retraite), financés par l'assurance maladie. Ces deux dispositifs correspondent à une logique de recette forfaitaire par jour et par résident (ou place de section de cure), supposée couvrir la prise en charge des dépenses à caractère médical.
- **Un prix de journée**, résultat de la division du reste du budget de l'établissement par son nombre de journées prévisionnel, ou, dans les logements foyers, une "redevance" (loyer + charges) et le paiement des services facultatifs (comme le prix des repas). Les frais d'hébergement des résidents à faibles ressources peuvent être pris en charge par l'aide sociale départementale.

Ce dispositif de financement a permis, dans un premier temps, d'accompagner le développement des capacités d'accueil des personnes âgées, qui a profondément transformé l'offre d'hébergement au cours des dernières décennies, en quantité comme en qualité.

Le 30 janvier 2008, la secrétaire d'Etat à la Solidarité a dressé un point sur l'état d'avancement des signatures des conventions tripartites en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En préambule, Valérie Létard a rappelé l'objectif des conventions tripartites (actes liant l'Etat, le département et l'établissement) : assurer l'augmentation des moyens humains en personnels soignants et non soignants de l'établissement en contrepartie d'une amélioration de la qualité d'accueil et de prise en charge de la personne âgée dépendante.

Le principe d'une réforme de la tarification des E.H.P.A.D, avec individualisation et prise en charge spécifique de la dépendance, avait déjà été posé par la loi du 24 janvier 1997 instaurant la PSD.

À l'issue d'une très large concertation, les fondements et les mécanismes de cette réforme de la tarification ont été définis en 1999 (décrets N°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, et



arrêté du 26 avril 1999), puis par le décret du 4 mai 2001. Dans le même temps était lancée la démarche qui devait conduire au remplacement de la PSD par l'APA.

La réforme de la tarification repose sur la mise en œuvre de cinq principes :

- **La transparence des coûts** : pour déterminer précisément les différentes composantes du coût total de la prise en charge et imputer à chaque financeur des coûts ainsi clairement identifiés.
- **Le renforcement des financements** : notamment ceux de l'assurance maladie (prise en charge des frais médicaux des résidents), en faveur des établissements les plus mal dotés.
- **La solidarité envers les personnes âgées dépendantes** : l'APA leur permettant d'acquitter le tarif dépendance de leur établissement.
- **La qualité** : les aspects tarifaires et gestionnaires de la réforme étant liés à l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux résidents.
- **Le partenariat** : matérialisé par la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'État dans le département.

### 1.2.2 Les apports de la loi de 2002

La mise en œuvre de ces principes se traduit par la mise en place, dans chaque établissement, d'une tarification ternaire, composée des éléments suivants :

- **un tarif hébergement**
- **un tarif soins**
- **un tarif dépendance**

Ces trois tarifs journaliers alimentent trois sections budgétaires distinctes, dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément, chaque section devant être équilibrée. Cette distinction entre trois tarifs s'appuie sur la mise en place d'une comptabilité analytique simplifiée au sein des établissements, permettant d'établir la réalité des différents coûts de revient.

a) *Le tarif hébergement*

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations relatives à :

- **L'administration générale**
- **L'accueil hôtelier**
- **La restauration**
- **L'entretien**
- **L'animation de la vie sociale.**

Ces différentes prestations n'ont pas de lien direct avec le degré d'autonomie des résidents concernés. Le tarif d'hébergement est donc identique pour les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort (les tarifs pouvant varier en fonction de ce niveau : plus élevés, par exemple, pour les chambres individuelles que pour celles à deux places).

De ce fait, le calcul de ce tarif journalier d'hébergement est celui qui, par sa finalité et ses composantes, se rapproche le plus du calcul des actuels prix de journée antérieur. Compte tenu de la distinction entre trois entités tarifaires introduite par la réforme, le tarif hébergement devrait être moins élevé que les prix de journée antérieur.

Dans les logements foyers, le tarif pourra continuer à comporter, de façon séparée, une redevance et la facturation de services facultatifs.

b) *Le tarif dépendance*

Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance apportées aux personnes âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Chaque établissement dispose de trois niveaux de tarif, correspondant au degré de perte d'autonomie du résident concerné, repéré selon son GIR (groupe iso-ressources) :

- **GIR 1 et 2** : résident très dépendant
- **GIR 3 et 4** : résident dépendant
- **GIR 5 et 6** : résident peu dépendant ou valide.

Le classement des résidents dans les différents GIR est effectué par le médecin coordonnateur de l'établissement, grâce à l'utilisation de la grille AGGIR.

Seuls les résidents classés dans les GIR n°1 à 4 peuvent prétendre au bénéfice de l'APA. Si, après contrôle et modification des propositions du médecin coordonnateur par les médecins

du département et de la CPAM, l'établissement conteste la répartition de ses résidents entre les différents GIR, il peut former un recours devant la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale. Pour que ce recours soit recevable, il convient toutefois que les modifications apportées à la répartition initiale influent sur les moyens attribués à l'établissement.

Le calcul du tarif dépendance s'effectue selon l'enchaînement suivant :

- À chaque GIR est attribué un nombre de points de dépendance :
  - 1040 points pour les GIR 1 et 2
  - 760 pour les GIR 3 et 4
  - 280 pour les GIR 5 et 6
- En divisant le montant des charges nettes totales liées à la prise en charge de la dépendance par le nombre total de points de dépendance de l'établissement, on obtient la valeur nette du point dépendance.
- Le tarif de l'établissement applicable pour chaque GIR s'obtient alors en multipliant la valeur nette du point dépendance par le nombre de points affectés au GIR correspondant (1 040 points pour les GIR 1 et 2, 760 pour les GIR 3 et 4, 280 pour les GIR 5 et 6).

*c) La fixation et le paiement des tarifs*

La fixation et le paiement des différents tarifs de l'établissement obéissent aux règles suivantes.

- **Le tarif hébergement :**
  - est arrêté par le président du conseil général si l'établissement est habilité à l'aide sociale
  - est acquitté par le résident, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale, avec participation du bénéficiaire, mise en œuvre de l'obligation alimentaire et récupération sur succession
- **Le tarif soins :**
  - est arrêté par le préfet (DDASS)
  - est acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale versée par la CPAM compétente en fonction de l'implantation de l'établissement, celle-ci assurant ex post la répartition entre régimes et entre caisses

- **Le tarif dépendance :**

- est arrêté par le président du conseil général
- est acquitté par le résident, mais est couvert, dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire, par l'APA, pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 et qui en font la demande

Ces tarifs sont arrêtés par chaque autorité compétente après avis croisés des autres autorités tarifatrices ou organismes financeurs. Ces avis croisés concernent ainsi le président du conseil général, le préfet et la CRAM (qui sert de pivot pour les autres caisses et les autres régimes d'assurance maladie).

d) *Les principes comptables et gestionnaires*

La mise en œuvre de la réforme s'appuie sur un certain nombre de principes comptables et gestionnaires. Parmi les principaux, on peut citer :

- **La simplification des imputations budgétaires :** pour éviter que les EHPAD, souvent peu dotés en personnels administratifs et en spécialistes budgétaires, ne soient confrontés à des imputations analytiques trop complexes, la réforme de la tarification privilégie les solutions simples en ce domaine, en prévoyant une triple règle :
  - la majorité des postes de dépenses de personnels et des autres charges d'exploitation est rattachée à une seule section tarifaire
  - aucune charge d'exploitation ne s'impute sur plus de deux sections
  - aucune charge d'exploitation (à l'exception des dépenses de personnel) ne s'impute à la fois sur le tarif dépendance et sur le tarif soins

Les exceptions relatives aux dépenses de personnel concernent celles relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques (AMP), réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins et celles relatives aux agents de service, réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement.

- **L'étanchéité des sections tarifaires :** ce principe conduit à affecter le résultat de chaque section exclusivement à cette dernière et à interdire toute compensation entre sections. Les excédents éventuels pourront être affectés notamment à la réduction des charges d'exploitation ou au financement de l'investissement.
- **L'instauration d'un tableau de bord normalisé** composé de 16 indicateurs médicaux, sociaux ou économiques, ce tableau de bord doit permettre de comparer la situation des établissements sur des bases communes et objectives. Parmi ces

indicateurs figurent en particulier la valeur du point dépendance et le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement.

- **La modification du calendrier de campagne.** Ce dernier repose désormais sur un dépôt des propositions budgétaires de chaque établissement avant le 15 octobre de l'exercice N-1 et sur une remise des comptes administratifs avant le 30 avril de l'année N+1. En cas de désaccord avec les propositions budgétaires de l'établissement, l'autorité chargée de la tarification dispose dorénavant de 60 jours pour faire connaître ses décisions. Cet allongement du délai tient compte de la nécessité de recueillir plusieurs avis.
- **L'allègement des contrôles a priori.** Cet allègement des contrôles et approbations a priori se traduit en particulier par une fixation globale des dépenses et des recettes (et des tarifs qui en découlent). Celle-ci se substitue à l'actuelle procédure d'approbation compte par compte.

En contrepartie de cet allègement, les dépenses non contenues dans le "périmètre des tarifs" – c'est-à-dire non prises en compte lors du calcul de ces tarifs – ne seront pas opposables aux organismes financeurs.

e) *La qualité des prestations*

L'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations constitue une composante à part entière de la réforme de la tarification des EPHAD.

Au sein de chaque établissement, cette démarche est guidée par un cahier des charges, défini au niveau national (arrêté du 26 avril 1999) et abordant tous les aspects de la vie de l'institution, et en particulier :

- **L'accueil et l'information des résidents et des familles**
- **Le respect des droits des résidents**
- **Le confort de l'hébergement**
- **L'animation**
- **La qualité et l'organisation des repas**
- **L'aide à la vie quotidienne**
- **La qualité des soins**
- **L'accompagnement de la fin de vie**
- **Les relations avec l'environnement (réseaux gérontologiques)**

Les engagements sur ces différents points sont matérialisés dans un "projet d'établissement", qui comporte lui-même un "projet de vie" et un "projet de soins". Ce dernier doit être piloté, au sein de chaque institution, par un "médecin coordonnateur", formé à la gériatrie et à l'animation d'équipe. Si celui-ci ne possède pas déjà cette formation à sa nomination, il dispose de 3 ans pour l'acquérir.

Le médecin coordonnateur assure, par ailleurs, l'évaluation du degré d'autonomie de chaque résident. Compétent en gérontologie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gérontologique. Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution, il est aussi l'interlocuteur médical des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, dans le cadre de sa fonction de coordination. Il est désigné par le directeur de l'établissement, éventuellement sur proposition des différents médecins intervenant dans l'institution.

Ses missions concernent, le projet de soins des soins (garde et astreintes), les admissions (avis médical), l'évaluation des soins (élaboration du dossier médical et participation au dossier de soins infirmiers), le rapport d'activité médicale annuel, la formation et l'information (sensibilisation à la gérontologie auprès des intervenants paramédicaux).

La production et le respect de ces documents et obligations en matière de qualité conditionnent l'attribution des moyens budgétaires. Pour aider les établissements à les respecter, le ministère met à leur disposition un outil d'auto-évaluation de la qualité, baptisé ANGELIQUE.

### **1.2.3 Le renouvellement quinquennal**

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD passe, pour chaque établissement, par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour 5 ans entre ce dernier, le président du conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation).

Ce document, signé pour 5 ans et établi à partir d'un cadre national, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement :

- **Sur le plan budgétaire**
- **En matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées (sur ce point, la convention formalise les engagements pris par l'institution dans le cadre de la démarche qualité évoquée supra)**

La convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Enfin, elle prévoit les modalités de l'ajustement progressif des recettes supplémentaires apportées par l'assurance maladie (tarif soins). Cette mise à niveau par ajustements annuels peut s'étendre sur une période allant jusqu'à cinq ans.

Les EHPAD bénéficient donc, pour les soins des personnes âgées qu'ils hébergent, d'un tarif journalier afférent aux soins, financé entièrement par l'assurance maladie qui recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance des personnes accueillies.

Le budget soins recouvre deux entités distinctes :

- **Les "soins de base" (ou de "nursing")** : ils regroupent les prestations paramédicales relatives aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie
- **Les "soins techniques"** : ils comprennent l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents.

Les établissements ont la possibilité de choisir entre un tarif de soins global ou un tarif de soins partiel (n'intégrant pas les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux intervenant dans l'établissement, hors médecin coordonnateur et infirmières libérales, ainsi que les examens de biologie, de radiologie et les médicaments). Ce tarif soins apporte une innovation majeure par rapport au système des forfaits soins (services de soins de longue durée) ou des sections de cure médicale (maisons de retraite) : il permet de passer d'une logique forfaitaire, arbitraire par essence, à un financement au coût réel.

Cette transparence, et la volonté de renforcer les moyens des établissements jusqu'alors les moins bien dotés en la matière, se traduiront par un effort très important de l'assurance maladie. Sur cinq ans (2001-2005), 915 millions d'euros de mesures nouvelles ont été dégagées au profit des établissements.

Se sont ajoutées à cet effort une partie des enveloppes "soins de ville", correspondant aux dépenses médicales actuelles dans les maisons de retraite sans section de cure médicale, et "hôpital", correspondant aux apports de ces derniers dans les unités de soins de longue durée.

Jusqu'à la promulgation de la loi "droits des malades" (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, article 96), les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale, et certains des produits et prestations mentionnées à l'article L.165-1 du même code qui figuraient sur les listes des arrêtés du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001, étaient pris en compte dans le tarif soins.

Depuis les établissements "médico-sociaux" ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ne peuvent plus prendre en compte les médicaments et les produits et prestations mentionnées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Ces derniers sont donc prescrits et remboursés directement aux résidents.

Deux tarifs existent donc.

- **Le tarif journalier partiel** comprend :
  - La rémunération et les charges fiscales et sociales du médecin coordinateur, des médecins salariés exerçant dans l'établissement et des auxiliaires médicaux salariés par l'établissement
  - Les honoraires des infirmiers (ou infirmières) libéraux intervenant dans l'établissement
  - Les rémunérations et charges sociales et fiscales relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques
  - Le petit matériel médical et les fournitures médicales
  - L'amortissement du matériel médical
  - Les dépenses relatives aux médicaments et à l'ensemble des produits et prestations pour les établissements disposant d'une PUI
- **Le tarif journalier global** comprend, outre les charges définies ci-dessus pour les tarifs journaliers partiels :
  - les dépenses de rémunération et de prescriptions des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement
  - les charges correspondant aux dépenses de rémunération des auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement
  - les examens de biologie et de radiologie

La convention tripartite que l'établissement doit signer avec la président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat (préfet pour les établissements médico-sociaux) pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes (GIR moyen pondéré > 300) mentionne l'option tarifaire choisie pour les soins. En cours de convention et par avenant, cette option tarifaire



peut être changée. De même 6 mois avant l'échéance de la convention, l'établissement peut demander un changement d'option tarifaire selon l'article R 314-167 du CASF.

Les prestations non prise en charge dans le cadre de la dotation soins sont :

- Les soins de courte durée ou concernant des affections graves : chirurgie, obstétrique, médecine, odontologie ou psychiatrie, les soins de suite ou de réadaptation
- Les interventions des équipes pluridisciplinaires de psychiatrie générale
- Les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires
- Les examens médicaux nécessitant le recours à certains matériels lourds lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne
- Les honoraires des médecins spécialistes libéraux
- Les transports sanitaires

## **1.3 LA TARIFICATION**

### **1.3.1 La loi du 21 juillet 2001 portant réforme de la tarification**

Dans le cadre général ainsi tracé, la loi du 20 juillet 2001 et ses textes d'application comportent un certain nombre de dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification des EHPAD.

#### *a) L'expérimentation d'une dotation « dépendance » globale*

La loi donne, à titre expérimental, la possibilité au président du conseil général de verser les allocations personnalisées d'autonomie afférentes à un établissement donné sous la forme d'une dotation budgétaire globale. Les structures concernées doivent être volontaires pour participer à l'expérimentation.

Le président de conseil général qui décide de mettre sur pied une telle expérimentation doit en informer le ministre chargé des personnes âgées.

La dotation globale présente les caractéristiques suivantes :

- **Elle est versée par le département dont le président du conseil général assure la tarification de l'établissement**
- **Elle n'inclut pas les participations laissées à la charge des résidents, récupérées directement par l'établissement auprès des intéressés**
- **Les APA des résidents relevant d'autres départements que celui ayant le pouvoir de tarification sont versées à l'établissement soit directement, soit par le biais d'une dotation globale.**

Le versement de la dotation globale intervient sous la forme d'acomptes mensuels, dont le montant est égal au douzième de la dotation annuelle.

Il est à noter que cette possibilité d'expérimentation d'une dotation globale est également ouverte pour le versement des tarifs d'hébergement pris en charge par le département au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

*b) La tarification provisoire*

Dans l'attente de la signature de l'ensemble des conventions tripartites, la loi prévoit un dispositif de tarification transitoire reposant sur :

- **Un forfait global de soins, arrêté par l'autorité compétente de l'État à hauteur du montant fixé pour l'exercice 2001**
- **Des tarifs journaliers dépendance fixés par le président du conseil général**
- **Des tarifs d'hébergement calculés après déduction des recettes issues du forfait soins et des tarifs dépendance**

**Dans ce cas de figure, le montant de l'APA est obtenu par différence entre le tarif dépendance de l'établissement pour le GIR de rattachement et le montant de la participation du bénéficiaire.**

*c) La procédure normale de fixation des différents tarifs*

Après la période transitoire, c'est-à-dire après que l'établissement ait signé sa convention tripartite, la loi définit les modalités définitives de fixation des différents tarifs. Celles-ci sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tarif	Autorité fixant le tarif	Avis
Soins	État	Conseil général, CRAM
Dépendance	Conseil général	État, CRAM
Hébergement	Conseil général (si convention à l'aide sociale)	

La notification de ces tarifs à l'établissement doit intervenir dans un délai maximum de 60 jours, à compter de la notification de la dotation régionale relative au financement des tarifs soins. L'application de ce délai suppose toutefois que l'établissement ait transmis, à cette date, l'ensemble des documents nécessaires à l'établissement des tarifs.

*d) L'instauration d'une caisse pivot*

Les recettes d'un établissement afférentes au forfait soins peuvent provenir de différents régimes d'assurance maladie, selon l'origine professionnelle des résidents, voire de plusieurs caisses d'un même régime, selon leur origine géographique.

Pour éviter une multiplication des sources de financements, la loi confie à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dans le ressort de laquelle se situe l'établissement, le rôle de caisse pivot. Une convention entre les régimes peut toutefois prévoir la possibilité de confier ce rôle à une caisse d'un autre régime, lorsque les ressortissants de cette dernière sont plus nombreux dans l'établissement que ceux relevant du régime général.

Une fois désignée, la caisse pivot verse les recettes afférentes au tarif soins pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le versement de la dotation mensuelle correspondante intervient le 20<sup>e</sup> jour du mois ou le dernier jour ouvré précédant cette date. Pour les établissements de santé sous dotation globale, la date de versement est la même que celle de la dotation globale.

La caisse pivot se charge ensuite de répartir la dépense entre les différents régimes, sur la base d'accords nationaux. À défaut de tels accords, le ministre chargé de la Sécurité sociale fixe cette répartition par arrêté.

- e) *La détermination des tarifs dépendance dans les établissements de moins de 25 places*

La loi donne à ces établissements la possibilité de déroger au droit commun de la tarification. Dans ce cas, le décret d'application prévoit que les charges afférentes à la dépendance, prises en compte pour le calcul du tarif dépendance, comprennent :

- **Les rémunérations et charges sociales et fiscales des aides soignants, aides médico-psychologiques et psychologues**
- **30 % des rémunérations et charges des agents de service et des veilleurs de nuit**
- **Les couches, alèses et produits absorbants.**

Le calcul des tarifs dépendance correspondants prend en compte le niveau de dépendance de chaque résident. Il applique aux charges mentionnées ci-dessus les formules de calcul prévues aux points b) et c) de l'annexe II du décret 99-1086 du 26 avril 1999 relatif à la réforme de la tarification des E.H.P.A.D.

Il est alors possible de calculer le tarif hébergement de l'établissement, à partir de l'ensemble de ses charges nettes, minorées du produit des tarifs dépendance et minorées ou majorées (selon le cas) du montant des résultats des exercices antérieurs.

L'ensemble des dispositions mentionnées ci-dessus est également applicable aux établissements dont le GIR moyen pondéré (GMP) est inférieur à 300.

### **1.3.2 La mise en œuvre de la convergence tarifaire par l'arrêté du 26 février 2009**

Dans la continuité des politiques de restriction des dépenses publiques, l'arrêté du 26 février 2009 institue le principe d'une dotation soins plafond dans les EHPAD, c'est-à-dire que suivant un calcul lié aux nombres de places et au Gir Moyen Pondéré (GMP), les services des DDASS ne pourront verser aux établissements plus que le montant maximum qui en découle.

Ainsi, l'équation GMPS constitue la base de calcul pour l'ensemble des EHPAD ayant signé une convention pluriannuelle tripartite, y compris ceux qui ne bénéficient pas encore de la tarification au GMPS.

**Tarif plafond à la place = Valeur annuelle du point \* [GMP + (PMP\*2,59)]**

$GMP = [(GIR \text{ moyen pondéré} + (Pathos \text{ moyen pondéré} * 2,59))]$

GMP : GIR moyen pondéré

PMP : PATHOS moyen pondéré

Par ailleurs, la valeur du point dépend :

- d'une part, de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application (tarif global ou partiel)
- et d'autre part, de l'installation d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Ce qui nous donne pour le montant du tarif plafond :

- en tarif global :
  - o PUI installée :  $12,83 * [(GMP + (PMP * 2,59))]$
  - o PUI non installée :  $12,08 * [(GMP + (PMP * 2,59))]$
- en tarif partiel :
  - o PUI installée :  $9,89 * [(GMP + (PMP * 2,59))]$
  - o PUI non installée :  $9,20 * [(GMP + (PMP * 2,59))]$

Certains EHPAD n'utilisent pas le référentiel PATHOS. Dans ce cas, le PATHOS moyen pondéré (PMP) est fixé par référence à la valeur constatée nationalement l'année N-1 par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Pour 2009, ce PMP était égal à 168 pour le calcul du tarif plafond.

Avec pour conséquence pour le tarif plafond :

- en tarif global :
  - o PUI installée :  $12,83 * [(168 + (PMP * 2,59))]$
  - o PUI non installée :  $12,08 * [(168 + (PMP * 2,59))]$
- en tarif partiel :
  - o PUI installée :  $9,89 * [(168 + (PMP * 2,59))]$
  - o PUI non installée :  $9,20 * [(168 + (PMP * 2,59))]$

Les règles permettant de ramener les tarifs à la place afférents aux soins des EHPAD au niveau des tarifs plafonds s'établissent comme suit :

En 2009, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins constatés en 2008 est supérieur au tarif plafond (en fonction de l'option tarifaire applicable), **le tarif journalier afférent aux soins est égal au tarif fixé en 2008 majoré de 0,5%.**

Pour chacune des années 2010 à 2016, le tarif à la place afférent aux soins des établissements dont le tarif constaté en 2009 est supérieur au tarif plafond, est réduit chaque année dans une proportion telle que l'écart entre le forfait global relatif aux soins constaté au 31 décembre de l'année N-1 et le forfait résultant de l'application du tarif plafond pour l'année concernée soit diminuée de 1/7<sup>ème</sup> en 2010, de 1/6<sup>ème</sup> en 2011, de 1/5<sup>ème</sup> en 2012, d'un quart en 2013, d'un tiers en 2014, de moitié en 2015 et totalement résorbé en 2016.

Lorsqu'au cours de la même période, le tarif moyen à la place afférent aux soins d'un établissement devient supérieur au tarif plafond, ce tarif est réduit les années suivantes selon les mêmes modalités, de telle sorte que l'écart avec le tarif plafond soit résorbé en 2016.

Toutefois, à la demande des établissements soumis à ces dispositions, il peut être convenu avec l'autorité de tarification un échéancier différent pour ramener leur tarif au niveau du tarif plafond applicable. Cet échéancier est fixé dans le cadre de la convention tripartite ou par avenant à celle-ci. Les établissements s'engagent alors sur un effort annuel d'économies et de mise en adéquation de leur dotation et du niveau de soins médicaux et techniques des résidents qu'ils accueillent dans un délai maximum de 7 exercices budgétaires et au plus tard au 31 décembre 2016.

## **2 LA SIGNATURE DES CONVENTIONS TRIPARTITES DANS LE DEPARTEMENT DU VAL DE MARNE**

La signature des conventions tripartites dans le département du Val de Marne s'est d'abord faite à un rythme peu soutenu, comme dans tout le territoire, les débuts étant difficiles.

Les agents devaient prendre possession de ces nouveaux outils, dont la charge de travail très importante ne faisait que s'additionner aux missions déjà existantes et prégnantes.

Les premières conventions ont été signées durant l'année 2002.

Petit à petit, cependant, la tripartite des établissements a été réalisée en vue d'aboutir au conventionnement de tous les établissements avant le 31 décembre 2007, ceux-ci dans leur extrême majorité étant volontaires pour devenir des EHPAD.

Au 31 décembre 2007, un seul EHPA n'avait pas signé de convention tripartite.

Durant mon stage, le travail de conventionnement de l'inspecteur se partageait entre la primo-signature des établissements venant d'être créés et autorisés par la Préfet, et le reconventionnement (ou 2<sup>ème</sup> signature) des EHPAD du Département avec les négociations qui s'en suivaient, certaines très longues faisant que la structure pouvait rester plus d'un an sans convention tripartite la régissant.

Les signatures de convention tripartie obéissent à des règles et codes spécifiques qui nécessitent une intervention en amont rigoureuse et précise. Elles sont de plus hétérogènes, dans le sens qu'elles doivent s'adapter à la situation des établissements, très différentes entre eux (emplacement, population, nombre de personnes accueillis, statut, etc....).

### **2.1 LES SIGNATURES DE CONVENTION**

#### **2.1.1 La méthodologie de visite de renouvellement des conventions tripartites dans le département du Val de Marne**

Dans les 15 jours précédant la visite, il doit y avoir transmission des pièces demandées à la DDASS afin de pouvoir vérifier si l'établissement a rempli toutes ses prérogatives.

a) *L'objet de la visite*

La visite de renouvellement sert tout d'abord à faire le point sur le respect des obligations légales et l'évaluation de l'atteinte des objectifs de la convention à renouveler.

Il va falloir fixer avec le Directeur de l'établissement les objectifs (contenus et délais de réalisation) de la nouvelle convention, sur la base :

- **des constats précédents**
- **des résultats de l'évaluation interne, si elle a eu lieu**
- **de la grille de critères, en annexe 1 de la nouvelle convention tripartite. Cette grille « annexe 1 » contient des critères « a minima » sur l'existence d'outils de management de la qualité pour l'amélioration continue de l'établissement. Ces outils peuvent être présentés de manière synthétique dans un document global comme le projet d'établissement ou un « Manuel Qualité », tout en faisant l'objet de descriptions détaillées en procédures distinctes.**

b) *L'évaluation de la convention initiale*

Les inspecteurs de la DDASS vont vérifier si les outils exigés par la loi de 2002 ont bien été mis en place et ont été actualisés :

- **Le projet d'établissement** existe t il ? si oui, la mise en œuvre des valeurs prônées par l'institution est elle décrite ?
- **Le livret d'accueil** existe t-il ?
- **Charte des droits et libertés** : quelles dispositions sont prises pour le respect de ces droits et libertés ? Quels documents le prouvent ? Le lien avec la charte est il fait dans le projet d'établissement ?
- **Le règlement de fonctionnement** existe-il ?
- **Le contrat de séjour** est-il présent ?
- **Le projet personnalisé** existe t-il? Ce dernier est une annexe du contrat de séjour, il doit être fait dans les 6 mois de l'arrivée du résidant. Ce document fait le point sur le degré d'autonomie de la personne, son histoire, ses goûts, aspirations, sa participation aux activités. A partir de cette base, l'établissement dégage des objectifs pour la personne âgée et indique les moyens pour les réaliser. Ce projet personnalisé est un document contractuel, l'établissement s'engage pour ce qui relève du possible par rapport aux moyens qui lui sont impartis.



- **Le Conseil de la Vie et Sociale** est-il présent ? Le conseil de la vie sociale se réunit une à deux fois par an, il est le lieu d'expression des résidents et des familles, de leur satisfaction et de leurs réclamations
- **Evaluation interne.** Elle suppose le choix d'un référentiel d'évaluation par l'établissement, référentiel Angélique, Afnor...L'établissement est tenu de communiquer aux autorités de contrôle le rapport de synthèse de l'évaluation.

### 2.1.2 Le renouvellement de la convention tripartite

L'établissement doit avoir rempli l'onglet N2 « évaluation détaillée des actions des objectifs conventionnels (fin de convention) » du document « plans d'actions Ets » figurant à l'annexe 2 de la convention tripartite type.

Les réponses aux points faibles listées dans la 1<sup>ère</sup> convention sont vues.

Quand l'évaluation a été faite, le rapport de synthèse de l'évaluation est étudié. Les résultats de l'évaluation interne permettent de faire ressortir les points à améliorer qui serviront de base notamment aux objectifs conventionnels de la nouvelle convention.

#### a) *La grille des critères des nouvelles mesures*

La nouvelle convention tripartite type a enrichi la grille des critères de l'annexe 1, ces ajouts sont à voir avec l'établissement

- Le projet institutionnel
  - Le plan bleu
  - Un projet spécifique à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et apparentée
  - Le projet individualisé du résident
- La qualité des espaces
  - L'existence d'un programme de surveillance et maintenance des installations (risques de légionellose)

- Le personnel
  - L'existence d'un psychologue
  - L'existence d'un animateur
  - Le personnel formé à la sécurité incendie
  - Le personnel formé aux normes HACCP
  - La sensibilisation des professionnels à la question de la maltraitance
  - Le plan de formation sur la prise en charge de la maladie Alzheimer ou assimilée
  
- Les relations avec l'environnement
  - L'adhésion à un réseau gériatrique
  - L'existence d'activités intergénérationnelles
  - La participation de l'établissement à la vie de la commune
  - Les activités communes avec la famille
  - La prise en charge de la personne
  - La possibilité de participation du résidant à la vie de l'établissement (commission menu, loisirs...)
  - L'existence de divers protocoles (voir liste à l'annexe 1)
  
- La démarche d'amélioration continue de la qualité
  - L'existence d'un référentiel d'évaluation
  - L'existence d'une enquête de satisfaction régulière auprès des résidents et famille (minimum annuelle)
  - L'existence d'une procédure d'écoute des professionnels
  - L'existence d'une procédure d'entretien d'évaluation annuelle des compétences des professionnels
  - L'existence d'une gestion formalisée des dysfonctionnements identifiés par les personnels et les résidents, notamment les plaintes
  - L'existence d'un plan d'amélioration continue formalisé et destiné à être communiqué aux bénéficiaires, au personnel et à l'Etat et au Département (voir annexe 2 de la convention tripartite)
  - La description de l'organisation de la coordination entre les différents niveaux hiérarchiques et les différents professionnels.

b) *Le processus de renouvellement*

La validation du GMP et PMP sont le point de départ de la procédure de renouvellement de la convention tripartite.

- **Première étape : les visites**

Le renouvellement de la convention tripartite donne lieu à 3 visites sur site des autorités de contrôle, les dates de ces visites et les pièces éventuelles à fournir sont précisées par courriel :

- **La visite du Conseil général** et éventuellement de la DDASS, afin de faire le point sur les outils de management de **l'amélioration continue de la qualité** visés en annexe 1 de la convention tripartite type.
- **La visite médicale** : l'équipe médicale des autorités de tarification et de contrôle est composée du praticien-conseil de l'assurance maladie, du médecin gériatre du Conseil Général 94 et du Médecin Inspecteur de Santé Publique. La présence du médecin coordonnateur et de l'infirmier référent est requise mais la mobilisation d'autres personnels, en particulier de la direction, n'est pas indispensable.
- **La visite de synthèse** avec les équipes administratives et médicales des autorités de contrôle avec une partie visite de l'établissement. Cette rencontre porte essentiellement sur :
  - le respect de la loi de 2002
  - la réalisation des objectifs conventionnels de la première convention
  - l'évaluation interne
  - les objectifs de la nouvelle convention.

- **Deuxième étape : le compte rendu des visites**

Envoi du compte rendu des visites par la DDASS par mail et par courrier à l'EHPAD.

- **Troisième étape : échanges par rencontre, mail ou courrier**

Cela concerne les moyens à allouer à l'EHPAD au regard notamment du GMP et du Pathos validés ; et de l'impact sur les prix de journée hébergement et dépendance.

- **Quatrième étape : rédaction finale de la convention tripartite**

Elle est effectuée par l'établissement après accord de toutes les parties à partir notamment :

- du bilan des visites de renouvellement de la convention
- des mesures nouvelles acceptées.

L'EHPAD transmet ensuite le projet par mail aux autorités de tutelle.

- **Cinquième étape** : envoi par l'EHPAD de 6 exemplaires signés et tamponnés (dont 2 reliés) par courrier à la DDASS.

## **2.2 LES DIFFERENTS TYPES DE CONVENTIONNEMENT**

Durant mes différentes périodes de stage au sein de la DDASS du Val de Marne, j'ai pu différencier deux sortes de renouvellement des conventions tripartites.

Le conventionnement dans sa forme normale se fait par accord des trois parties à la convention, symbolisé par un accord contractuel où chacun est gagnant-gagnant.

Cependant, il peut arriver que des établissements soient réfractaires, pour diverses raisons, au conventionnement, aussi le législateur a instauré une procédure de conventionnement d'office unilatérale.

### **2.2.1 Le conventionnement contractuel**

#### *a) Les renouvellements réussis en 2009*

Je me suis rendu fin 2008, en compagnie des équipes de la DDASS et du Conseil Général dans un des EHPAD du Val de Marne dont la convention tripartite avait déjà atteint son expiration depuis plusieurs mois.

L'objet de la visite était en premier de faire le point sur le respect des obligations légales et l'évaluation de l'atteinte des objectifs de la convention initiale et en second lieu de fixer avec le directeur de l'établissement les objectifs (contenu et délais de réalisation) de la nouvelle convention, sur la base des constats précédents, des résultats de l'évaluation interne et de la grille de critères, en annexe 1 et de l'annexe 2 de la nouvelle convention tripartite

Nous avons pu vérifier que les outils prévus par la loi 2002-2 avaient tous été mis en œuvre concernant le projet d'établissement, le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

Les pièces communiquées au dossier de renouvellement faisaient état de mises à jour régulières et fréquentes élaborées avec la participation des représentants des résidents et des familles et avec les représentants du personnel.

Nous avons fait le bilan de la convention arrivée à échéance et il en ressortait que l'ensemble des objectifs avait été atteint à l'exception des conventions avec le secteur :

- L'établissement était certifié AFNOR et devait faire l'objet d'une évaluation annuelle sur l'amélioration continue de la qualité
- Un travail régulier avec le CLIC et le réseau « Géroto 4 » devait être entamé qui permettrait une meilleure passerelle entre le sanitaire et le médico-social
- Conventions avec Emilie Roux en cours (consultation mémoire, urgences, SSR)
- Absence de compte-rendu médical en cas de transfert d'un résident entre l'établissement et l'hôpital

Les objectifs envisagés pour cette nouvelle convention étaient la mise en place de l'HAD (échéance à déterminer dans une nouvelle convention) et la signature de conventions formalisées avec secteur psychiatrique (échéance à déterminer dans la nouvelle convention).

L'établissement demandait que de nouvelles mesures figurent dans la convention tripartite.

Sur les secteurs tarifaire hébergement et dépendance, il demandait notamment le financement d'un poste de secrétaire médicale, d'un informaticien, de deux ASH, restauration à étudier par le Conseil Général avec un objectif de maîtriser l'évolution des tarifs avec un taux d'occupation en conformité avec la capacité installée de l'établissement

Sur la section soins, les demandes portaient sur le financement de postes d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute, de deux préparateurs en pharmacie (total évalué par l'établissement à 160000 euros).

Le directeur avait rappelé que ses demandes procédaient d'un objectif de mise en conformité avec le Plan de Solidarité Grand Age (PSGA). Il soulignait que les moyens alloués sur la section soins ne permettaient pas de répondre à tous les besoins des résidents, aux ambitions du PSGA et au décret du 3 août 2007 sur le nombre d'aides-soignants.

Nous avons rappelé que la dotation plafond est calculée sur la base de la capacité autorisée et non de la capacité exploitée et que le cadre réglementaire qui s'appliquait était celui du principe de convergence tarifaire défini par la circulaire DGAS du 15 février 2009 et la note CNSA du 15 février 2009. En application de ce cadre réglementaire et des GMP et PMP respectivement validés à **673** et **202** la dotation plafond s'élevait à **3731866 euros**, alors que l'établissement demandait pour 2009 un budget soins de **5064845, 80 euros** (soit 4786671 de DGF 2008 + 160000 euros d'effectifs soins nouveaux + 118175 euros d'anticipation du taux 2009).

En conséquence, en application des textes en vigueur, la dotation soins, pour l'année 2009, au titre de la nouvelle convention tripartite ne pouvait être supérieure à un maintien de la dotation actuellement allouée, soit **4796671 euros**, actualisée du taux 2009 qui sera notifiée par la circulaire budgétaire du 15 février 2009.

L'établissement avait bien sur protesté de cette non-augmentation des financements, arguant qu'il était dès lors impossible de financer la moindre mesure nouvelle, voire même d'assurer convenablement les prestations normales envers les résidents accueillis, s'appuyant pour cela sur les revendications développées par plusieurs syndicats du secteur. Après plusieurs négociations, l'établissement a fini par signer le reconventionnement de sa convention tripartite le 1<sup>er</sup> septembre 2009, sur la base d'une convention « blanche » sans mesures nouvelles.

*b) Les renouvellements en cours*

i) En juin 2009, je me suis rendu avec la DDASS et le CG dans un EHPAD de 83 places en instance de reconventionnement, après que la visite « qualité » se soit déroulée.

Il s'agissait encore une fois de faire le point sur le respect des obligations légales et l'évaluation de l'atteinte des objectifs de la convention initiale et de fixer avec la directrice de l'établissement les objectifs (contenu et délais de réalisation) de la nouvelle convention.

Les outils prévus par la loi 2002-2 avaient tous été mis en œuvre :

Les pièces communiquées au dossier de renouvellement faisaient état de mises à jour régulières et fréquentes élaborées avec la participation des représentants des résidents et des familles et avec les représentants du personnel, sauf pour le Conseil de la Vie Sociale, pour lequel un formalisme plus important devait être mis en œuvre (au moins trois réunions du CVS par an).

Globalement, les objectifs initiaux n'étaient pas encore accomplis :

- le projet de soins était encore en cours de finalisation
- si des travaux de restauration avaient certes été effectués, la rénovation effective du bâti devait débiter seulement à partir de septembre 2009
- le taux d'occupation approchait des 100% (environ 97)

Plusieurs objectifs en termes de mesures nouvelles avaient été évoqués.

En matière de prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques, une convention avec des professionnels du secteur devait être formalisée et mise en œuvre. Un projet devait être adressé à la DDASS au second semestre 2009.

En matière d'informatisation, des pistes étaient à explorer, l'autoévaluation Angélique ayant détecté plusieurs carences effectives (réunions d'information entre les usagers et le personnel, identification du personnel via un badge, information des soins, enquête de satisfaction, etc...).

D'importants travaux de rénovation devaient être effectués à partir de septembre 2009 sur une période planifiée pour une durée de 24 mois, notamment pour augmenter la surface des chambres. Les travaux devaient débiter par le sous-sol et réalisés ensuite étage par étage avec un roulement de neuf chambres par neuf chambres. Une enveloppe spéciale de la CNSA évaluée à environ 1067030 euros finançait la rénovation de l'établissement.

Néanmoins, les travaux devant commencer par le rez de chaussée, les six chambres de cet étage devaient être fermées or, quatre d'entre elle étaient encore occupées ce qui posait des problèmes quant au relogement effectif des résidents. Une suspension temporaire des admissions était donc à prévoir de manière immédiate.

En matière de redéploiement des moyens, des mesures avaient été envisagées.

Environ un poste d'IDE pouvait être redéployé si la préparation des médicaments/piluliers était déléguée à la pharmacie

Le médecin coordinateur, aujourd'hui employé à 0,35 ETP devait élargir son temps de travail à 0,4 ETP suivant les dispositions du décret 2007-547 du 11 avril 2007. (Article R 312-156 CASF)

La rémunération actuelle du médecin coordonnateur, qui serait basée à l'échelle maximum d'un Praticien Hospitalier temps Plein, n'avait pas été présentée à la DDASS accompagné de pièces justificatives (article R 312-159 CASF). Le Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers avait confirmé que le que médecin coordonnateur actuellement recruté n'était pas praticien hospitalier. S'il était constaté que la mission ponctuelle d'accompagnement du reconventionnement tripartite s'était déroulée à ces conditions financières, la pérennité d'une telle mobilisation posait question du choix d'affectation des moyens en personnels de soin.

Sur les sections tarifaires hébergement et dépendance, le Conseil Général et l'établissement avaient exprimé leur satisfaction du prix de journée actuelle et avaient juste envisagé un avenant au contrat de séjour ultérieur possible quant à la personne de confiance.

L'établissement demandait la création d'un 19<sup>ème</sup> ETP d'aide soignante, ainsi que le financement d'un poste d'infirmière de nuit, arguant que l'augmentation des moyens en personnel de soins était inhérente à la bonne tenue du projet de soins.

L'équipe DDASS avait rappelé le cadre réglementaire qui s'applique à savoir celui du principe de convergence tarifaire défini par la circulaire DGAS du 13 février 2009 et la note CNSA du 13 février 2009. En application de ce cadre réglementaire et des GMP et PMP respectivement validés à **607** et **134**, la dotation plafond s'élevait à **583264,90 euros**, alors que la DGF 2008 de l'établissement était de **862099,26 euros**, soit un écart de **278834,36 euros**.

En conséquence pour l'année 2009, la dotation prenant compte l'augmentation normale de 0,5% ne pouvait dépasser la somme de **866400 euros** environ.

Par conséquent, les cinq années de Convention Tripartite ne pouvaient octroyer de mesures nouvelles sur la section soins.

La directrice avait considéré dès lors qu'il était impossible de rédiger un projet de soins en cohérence avec les objectifs de bientraitance et d'amélioration de la fin de vie sans dotation supplémentaire. Elle s'interrogeait sur l'opportunité de signer la convention tripartite.

Son départ à la retraite à moyen terme impliquait de lancer une réflexion sur le passage de relais et la transmission du savoir : écriture des procédures, manuel qualité, personnel ancien et fidèle, etc....

ii) De même, en Juillet 2009, j'ai réalisé une visite de reconventionnement dans un autre EHPAD du Val de Marne.

La résidence en question était à la fois composée d'un EHPAD de 44 places, et d'un logement-foyer comportant 50 studios. Cette dualité pose problème car ce sont bien deux entités juridiques (qui doivent être distinguées).

Plusieurs problèmes se posaient: les aides-soignants avaient coutume d'intervenir la nuit en cas d'urgence, au sein du Logement-foyer or s'ils sortaient de leur lieu de travail, la question de leur responsabilité se posait.

De même, les personnes résidant en Logement-foyer étaient prioritaires pour intégrer l'EHPAD mais cela n'avait pas de valeur juridique car dans la convention tripartite, il était seulement donné priorité aux habitants de l'Hay les Roses puis aux Val de Marnais.



Le directeur invoquait que des mesures nouvelles avaient été prises : séparation du budget, numéro FINESS différent, etc. ...et il nous alertés que si les deux structures étaient clairement différenciées, cela occasionnerait un surcroît de travail pour les personnels.

Les outils prévus par la loi 2002-2 avaient tous été mis en œuvre concernant le projet d'établissement et le projet de soins. Cependant, le projet d'établissement (projet de vie, projet d'animation et projet de soins) devait être réécrit.

Le médecin coordonateur de l'EHPAD était, au moment de la visite, salarié à 0,2 ETP, mais estimait être réellement en 0,3 ETP. L'établissement étant en tarif partiel, le médecin n'était pas prescripteur or des consultations étaient assurées par le Docteur envers certains résidents de l'EHPAD (alors que d'autres payaient toujours leur médecin généraliste). Cette situation interrogeait sur l'application de la réglementation en vigueur.

Au niveau de la pharmacie, l'EHPAD ne possédait pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), donc devait s'approvisionner auprès d'une pharmacie de ville. Cependant, l'établissement se voyait fournir des médicaments par un autre EHPAD, dirigé par la même personne et pour lequel une PUI était autorisée. Les deux établissements n'étant pas reliés juridiquement, ce mode de fonctionnement ne favorisait pas une lisibilité du mode de gestion.

En conclusion, afin de remédier au manque de clarté et de lisibilité concernant le fonctionnement de cet établissement, il était nécessaire de recourir à la constitution d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale, à court terme qui aurait regroupé les deux EHPAD.

Il était souhaitable, de même, que l'établissement étudie l'opportunité pour la prochaine Convention Tripartite de créer un Groupement de Coopération Sanitaire avec son alter ego. L'EHPAD aurait pu ainsi se doter de l'option tarif global avec PUI, ce qui aurait permis de résoudre le problème posé au niveau de la délivrance interne des médicaments dans l'institution. Nous avons rappelé que nous étions prêts à financer l'emploi d'un consultant spécialisé quant à la mise en place de ce groupement, moyennant des crédits de la DGAS.

Les pièces communiquées au dossier de renouvellement faisaient état de mises à jour régulières et fréquentes du livret d'accueil élaborées avec la participation des représentants des résidents et des familles et avec les représentants du personnel. Cependant le livret d'accueil devait être repensé et réécrit afin de mieux informer le résident entrant dans l'institution. De même, si tous les outils étaient présents sur le plan quantitatif, sur le plan

qualitatif, la première année du reconventionnement devait se concentrer sur la réécriture de ces outils au 1<sup>er</sup> desquels figurait le projet d'établissement (décliné en projet de soins, projet de vie et projet d'animation).

Le rapport d'évaluation interne avait été fait à partir d'un questionnaire de satisfaction destiné aux familles et aux résidants. L'évaluation de la nouvelle organisation des soins devait être faite avec la participation du personnel.

L'EHPAD devait produire en 2010 des conclusions sur l'évaluation sur la base de la norme AFNOR. L'auditeur de l'évaluation externe jugerait de la validité de l'évaluation interne.

Le management de l'amélioration continue de la qualité imposait de mettre en place des outils qui faisaient intervenir la direction avec l'existence d'un référentiel d'évaluation

Il y avait existence d'une enquête de satisfaction qui est un outil indispensable pour adapter la qualité du service rendu aux bénéficiaires, en restant sur le ressenti, le bien être.

De même, la procédure d'écoute des professionnels était présente : il s'agit de formaliser comment le personnel est écouté, comment le personnel fait remonter les choses à la direction et comment elle répond.

De même, l'existence d'une procédure d'entretien d'évaluation annuelle des compétences des professionnels était avérée pour préciser au personnel comment il allait être évalué. Les fiches de poste devaient être faites notamment par l'infirmière coordonatrice en lien avec le référent qualité de l'EHPAD.

La procédure de traitement des dysfonctionnements identifiés par les personnels avait été formalisée. Le dysfonctionnement concerne ce qui n'a pas fonctionné comme prévu. Un support est nécessaire en vue de poser le dysfonctionnement. L'établissement devait formaliser comment il était organisé pour recueillir ce qui était exprimé par le personnel, comment il l'identifiait et l'adressait à la direction.

Au jour de la visite, la remontée des dysfonctionnements se faisait dans le cadre des réunions de transmissions auxquelles participait le directeur une fois par semaine. Un cahier était mis à la disposition de l'ouvrier d'entretien pour ce qui concernait la logistique.

Globalement, dans le bilan de la convention arrivée à échéance, les objectifs initiaux étaient accomplis :

- existence d'un projet d'établissement (projet de soins et projet de vie)
- le taux d'occupation approchait des 100%
- l'autoévaluation était satisfaisante mais ne distinguait pas suffisamment l'EHPAD du foyer logement attenant.
- du personnel avait été recruté tant au niveau du soin que pour l'hébergement et la dépendance

- la restructuration effectuée n'était cependant que partielle (la DDASS avait rappelé qu'à ce titre deux subventions d'investissement avaient été obtenues auprès de la CNSA).

Les objectifs envisagés pour les nouvelles conventions coïnceraient plusieurs points d'amélioration.

- En matière de service de soins palliatifs, une coopération avec l'hôpital Charles Foix était en cours de négociation. Quant aux 3 places d'accueil de jour, elles étaient occupées mais devaient être intégrées au sein d'un réseau gérontologique.
- L'écriture d'un nouveau livret d'accueil était nécessaire à l'échéance N+1 de la nouvelle convention et une nouvelle rédaction du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement en décembre 2010 était nécessaire.
- Le Référentiel AFNOR devrait être approprié fin septembre 2010 et les productions des conclusions sur l'évaluation interne sur la base de la norme AFNOR devraient être réalisées en décembre 2010.
- Le lancement d'une enquête de satisfaction devrait avoir fin juin 2010 avec communication des résultats fin septembre 2010.
- La procédure de traitement des dysfonctionnements identifiés par les personnels et l'existence d'une procédure de traitement des plaintes exprimées par les résidants et les familles étaient à formaliser pour décembre 2010.
- L'existence d'une procédure de traitement des plaintes exprimées par les résidants et les familles était à formaliser, de même que l'existence d'un plan d'amélioration continue.
- Afin de décrire l'organisation de la coordination entre les différents niveaux hiérarchiques et les différents professionnels, un document de synthèse et de communication devait tracer tout ce qui était fait dans l'établissement pour améliorer la qualité avec un objectif de rédaction en décembre 2011.
- Le recrutement d'un directeur-adjoint était à prévoir en 2010, pour aider et suppléer le directeur actuel, proche de la retraite.
- La constitution d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale entre les deux EHPAD était à réfléchir pour la fin 2010, de même que la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire afin de mettre en place une PUI partagée (étude de faisabilité avec l'Inspection Régionale de la Pharmacie au 2<sup>ème</sup> semestre 2009).
- L'établissement devait opérer une réécriture du projet d'établissement : projet de vie, projet d'animation et projet de soins.

Concernant les moyens alloués, l'équipe DDASS avait rappelé le cadre réglementaire qui s'appliquait à savoir celui du principe de convergence tarifaire défini par la circulaire DGAS du 13 février 2009 et la note CNSA du 13 février 2009. En application de ce cadre réglementaire et des GMP et PMP respectivement validés à **713** et **176**, la dotation plafond s'élevait à **496 014,00 euros**, alors que la DGF 2008 de l'établissement était de **693 870,91 euros**, soit un écart de **197 856,91 euros**. En conséquence pour l'année 2009, la dotation prenant compte l'augmentation normale de 0,5% ne pouvait dépasser la somme de **697340 euros** environ.

Par conséquent, les cinq années de Convention Tripartite ne pouvaient octroyer de mesures nouvelles sur la section soins.

**En conclusion, à travers ces deux visites de renouvellement, j'ai pu constater que l'application de la convergence tarifaire posait de nombreux problèmes dans les établissements, ceux-ci protestant contre le manque de financement des mesures nouvelles et actuelles.**

**L'objectif de la convention tripartite étant l'allocation de ressources en vue d'améliorer la qualité dans les établissements et de promouvoir la bientraitance, les directeurs argumentent que sans enveloppe adéquate et nécessaire, il n'est pas possible de mettre en œuvre des mesures nouvelles. On aboutit donc de plus en plus à la signature de conventions dites « blanches », permettant seulement le statu quo.**

**A la fin 2009, ces établissements n'avaient toujours pas formalisé la signature de leur renouvellement de convention tripartite.**

*c) Les renouvellements suspendus puis finalisés au 31/12/09*

Le comité technique de suivi de la réforme des EHPAD est l'instance informelle réunissant les équipes PA de la DDASS, du CG, de la CRAMIF et du SMAMIF dans le Val de Marne.

Il se réunit tous les trimestres afin de faire le point sur l'avancée des conventionnements.

Au 22 septembre 2009, voici quelle était l'avancée dans le 94.

La **1<sup>ère</sup> étape** du Comité de réforme est de faire le point sur la médicalisation des établissements non conventionnés. Cela va concerner notamment les EHPAD ayant reçu un avis défavorable du CROSSMS, et les anciens EHPA qui accueillent une population dont le GMP est supérieur à 300, et ne peuvent donc se transformer en logement-foyer.

La **2<sup>ème</sup> étape** est de ratifier et d'enregistrer la signature des conventions tripartites entre deux comités de réformes. En l'espèce, trois établissements avaient signé une convention le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

La **3<sup>ème</sup> étape** s'intéresse au renouvellement des conventions arrivant à terme en 2007 et 2008, et planifie les visites à mener dans les établissements, à travers les trois visites : visite médicale, visite qualité et visite de synthèse.

Quatre visites devaient être effectuées avant la fin de l'année 2009, deux signatures de convention maintes fois repoussées devaient théoriquement avoir lieu.

Chez trois autres établissements, le renouvellement était au point mort, même si des visites avaient eu lieu parfois plus d'un an avant, pour des raisons diverses, comme par exemple, un contentieux en cours sur le PATHOS.

La **4<sup>ème</sup> étape** du Comité de réforme concerne les créations d'établissements, inhérentes à la conduite du PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Dans le Val de Marne, un établissement créé et ayant reçu une visite de conformité favorable a été conventionné le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Un autre EHPAD était en attente de la signature de sa convention tripartite et nécessitait une relance de la procédure de conventionnement. Un dernier enfin achevé, devait voir se réaliser prochainement la visite de la commission de sécurité incendie et la visite de conformité.

Enfin, le comité de réforme a défini la liste des EHPAD dont le renouvellement, arrivant bientôt à échéance en décembre 2009, était prioritaire durant l'année 2010, quatre à ce jour.

### **2.2.2 Le conventionnement d'office**

Au regard du cadre légal et réglementaire en vigueur, dans le Val de Marne, j'ai pu me rendre dans le dernier EHPA à ne pas avoir intégré juridiquement le statut d'EHPAD, du fait de la non signature de convention tripartite.

La loi de 2002 est une loi de responsabilisation de tous les acteurs. Le contrôle des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est devenu plus efficient, afin de lutter contre les risques liés aux dysfonctionnements et également contre la maltraitance. Elle a instauré des articulations novatrices en termes de planification, d'autorisation, de financement et d'évaluation.

En application de l'article L313-12.I du Code de l'Action Sociale et des Familles, les établissements qui accueillent des personnes âgées (EHPA) ne pouvaient accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie (mentionnées à l'article L.232-2 du CASF qui définit les conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) que s'ils avaient passé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat. Cette convention tripartite autorise les EHPAD à dispenser des soins aux assurés sociaux, la section tarifaire relative aux soins permettant de financer les actes de soins des professionnels de santé qualifiés auprès des personnes âgées dépendantes, que ces professionnels de santé soient salariés de l'établissement ou qu'ils interviennent à titre libéral.

Pour mettre fin à une prise en charge des personnes âgées dépendantes dans des établissements non conformes, l'article 69 de la loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait prévu la mise en place d'un régime spécifique. Un arrêté du 14 avril 2008 fixait donc les modalités de calcul du forfait global de soins et les objectifs minimaux à atteindre par ces établissements. Il confirmait que les établissements qui n'avaient pas signé de convention tripartite pluriannuelle au 31 décembre 2007 se verraient fixer, par arrêté préfectoral, un forfait global de soins et des objectifs minimaux à atteindre. La nature de ces derniers était précisée par l'arrêté du 14 avril 2008.

Les objectifs minimaux, fixés par arrêtés, que devront respecter les établissements sans convention sont ainsi au nombre de cinq :

- la mise en œuvre du règlement de fonctionnement prévu par l'article L.311-7 du Code de la famille et de l'action sociale (CASF), qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de la structure,
- la rédaction du livret d'accueil et du contrat de séjour prévus à l'article L.311-4 du même code,
- la mise en place d'un conseil de la vie sociale au sein de l'établissement (chargé notamment d'émettre un avis sur le règlement de fonctionnement),
- le cas échéant, la présence d'un médecin coordonnateur prévu au V de l'article L.313-12 du CASF,
- la constitution du dossier permettant de recueillir l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale nécessaire à la délivrance de l'autorisation de dispenser des soins.

L'objectif final reste cependant d'inciter les établissements récalcitrants dans la voie du conventionnement. L'arrêté du 14 avril 2008 prévoit ainsi que les dispositions ci-dessus ne s'appliquent que jusqu'à la signature de la convention.

Depuis 2005, et tout au long de l'année 2007, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Val-de-Marne, s'est inscrite dans une recherche constante d'accompagnement et de soutien au projet de transformation de l'établissement d'établissement hébergeant des personnes âgées (EHPA) en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin que le préfet de département et le président du Conseil général puissent conjointement l'autoriser à dispenser des soins aux assurés sociaux.

Le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS), en 2007, a rendu un avis défavorable, à l'unanimité à la demande d'autorisation de dispenser des soins à personnes âgées, compte-tenu des éléments suivants :

- projet architectural proposant la médicalisation des places en hébergement insatisfaisant au regard de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 du CASF du cahier des charges ;
- projet de soins incomplet ;
- conditions de vie des résidents incorrectes durant la réalisation de l'opération de restructuration

L'arrêté de tarification d'office pris le 22 février 2008 est l'acte administratif qui matérialise la volonté affirmée de l'autorité publique d'accompagner le représentant légal de l'établissement dans la mise en œuvre de la médicalisation des 42 places du bâtiment principal. Ces 42 places du bâtiment principal n'auront le statut de places d'EHPAD, que lorsque le représentant légal de l'établissement aura répondu favorablement à son obligation légale de signer une convention tripartite avec le président du Conseil général et le Préfet de département.

Conformément à l'article 69 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement pour la sécurité sociale pour l'année 2008, un arrêté préfectoral en 2008 a fixé le forfait global de soins et les objectifs minimaux à atteindre avant le 31 décembre 2008, en vue de la signature de la convention tripartite. La prise de cet arrêté de tarification d'office n'est que la stricte application de la loi de financement pour la sécurité sociale démontrant la volonté des pouvoirs publics de médicaliser le bâtiment principal de cet établissement.

Deux inspections conduites à l'été 2008 et en début d'année 2009 ont démontré que l'établissement n'était véritablement pas en capacité d'accueillir des personnes dépendantes, et que la transformation en EHPAD serait difficile à mettre en œuvre.

Le conventionnement d'office, s'il a pour intérêt de mettre le pied à l'étrier à l'établissement est cependant critiquable car il alloue des financements à des établissements sans réciprocité concrète et établie. Ceux-ci peuvent ainsi récupérer les enveloppes sans les affecter aux postes de dépenses normalement établis, ce qui pousse les directeurs d'établissements à ne pas faire d'effort en vue de poursuivre les négociations de signature.



### **3 L'EVOLUTION FUTURE DES CONVENTIONS TRIPARTITES**

L'action sociale et médico-sociale, notamment dans le domaine des établissements accueillant les personnes âgées, est une priorité nationale, réaffirmée dans le cadre du Plan de Solidarité Grand Âge (PSGA) de juin 2006 et dans celui du plan Alzheimer 2008 / 2012, lancé le 1<sup>er</sup> février 2008 par le Président de la République<sup>1</sup>. Les pouvoirs publics mettent, depuis plusieurs années, tout en œuvre pour garantir les droits les plus fondamentaux à toutes les personnes prises en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, inscrits au Code de l'Action Sociale et de la Famille (CASF), en son article L 311-3, à savoir : *le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité.*

Aujourd'hui, le champ de l'action sanitaire et sociale est en mutation et les réformes en cours vont impacter à la fois la substance de la convention tripartite que ses objectifs sur le long terme. Elles ne sont pas sans incidence sur la relation de l'Inspecteur par rapport au champ médico-social que par rapport à son positionnement professionnel d'une manière générale.

#### **3.1 LES CHANGEMENTS ENTRAINES PAR LA LOI HPST**

##### **3.1.1 Quant à l'organisation de l'administration sanitaire et sociale**

La création des agences régionales de santé est intervenue dans une situation bien particulière dont il faut rappeler les éléments de contexte.

Il est incontestable que l'administration sanitaire et sociale de l'Etat est dans une situation difficile, prise en étau entre, d'une part, l'accroissement incessant des missions et des tâches qui lui sont confiées, de plus en plus complexes et diversifiées et, d'autre part, la diminution des effectifs, ce qui aboutit à mettre nombre de services dans une situation critique.

Nous assistons véritablement à une incohérence des processus et des dispositifs : changements constants, multiplication des donneurs d'ordres et des opérateurs, agences, etc....., décentralisation d'un côté et recentralisation de l'autre à quelques années d'intervalle.

---

<sup>1</sup> A Sofia-Antipolis, près de Nice.

Tous les constats concordent à la même analyse : complexité du cadre institutionnel, fragilité des services déconcentrés liée à la dispersion des activités et à la pluralité des intervenants et des interlocuteurs. N'y a-t-il pas profondément un déséquilibre entre les moyens et les missions qui caractérisent de manière endémique l'administration sanitaire et sociale de l'Etat ?

Il se révèle dans toute son ampleur chaque fois que l'on transfère des missions à d'autres collectivités ou à d'autres opérateurs qui eux sont alors en capacité de recruter les personnels nécessaires, ce qu'on refusait jusque-là. Les deux chantiers « ARS » et « RGPP » sont liés. Ils concernent tous deux l'organisation des services de l'Etat et leur articulation avec les structures publiques et privées travaillant dans les secteurs de la santé et de la solidarité et plus particulièrement les rapports entre l'Etat et l'assurance maladie. Il y a longtemps que cette question fait débat et qu'elle n'a pas été tranchée.

**L'Etat doit rester prédominant et il ne doit pas se désengager, bien au contraire. La Cour de Comptes ne dit pas autre chose en affirmant que « *les questions touchant notamment aux droits des malades, à l'accès aux soins et à la permanence des soins doivent rester de la compétence principale de l'Etat* ». <sup>1</sup>**

Il est clair que la santé publique doit être considérée comme une entité dont il faut préserver l'unité et qu'il s'agit d'une compétence qui doit relever avant tout de l'Etat même si cela n'exclut pas l'action d'autres acteurs.

**Les politiques publiques destinées à assurer la santé et la protection sociale des populations sont au moins aussi dignes de figurer parmi les fonctions dites régaliennes de l'Etat, notamment dans les actions de contrôle, d'inspection et d'évaluation et les actions de veille et de gestion des risques et des crises. Et ceci n'est pas contradictoire avec la multiplication des opérateurs et même la décentralisation de la mise en œuvre de certaines compétences.**

Bien au contraire. La récente recentralisation de certaines missions de santé publique est également significative à cet égard. L'empilement administratif des structures (ARH, GRSP, agences nationales et autres...) nuit en effet à la lisibilité du dispositif mais qui est responsable si ce n'est ceux qui ont toujours refusé d'accorder à l'administration sanitaire et

---

<sup>1</sup> Rapport 2007 sur la sécurité sociale

sociale de l'Etat, en l'accusant d'incapacité, les moyens qu'ils ont accordés au fil du temps à ces diverses structures.

Ce qui est certain, c'est que seul l'Etat peut être le garant de l'égalité d'accès des citoyens et des usagers aux soins et aux autres actions de santé et plus généralement de la solidarité nationale. Ce qui est certain, c'est qu'il faut veiller à ce que le curatif ne prenne pas le pas sur la prévention et la santé publique en général et pour cela, il faut que l'Etat soit responsable principal et que la place de l'assurance maladie soit proportionnée en conséquence.

L'Etat doit disposer d'une organisation administrative sanitaire sur laquelle il ait une autorité directe pour mener de façon unifiée les politiques publiques de santé (soins, prévention, éducation sanitaire, veille et gestion des crises, santé environnementale,...).

**Concernant plus précisément le champ du médico-social, les politiques relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées ne se réduisent pas à la dimension de soins, loin de là, et en conséquence, à vouloir les confier à des ARS est très discutable. Il est à craindre que ces politiques soient négligées.**

L'accroissement incessant des missions montre en tout cas que l'Etat est constamment sollicité pour intervenir dans le champ social, comme déjà constaté dans le champ sanitaire, pour répondre à de nouveaux besoins.

Aux côtés de l'assurance maladie dans les ARS (et les délégations départementales ?), le travail des inspecteurs en charge jusqu'ici du secteur des Personnes Agées apparaît difficile à cerner à l'avenir, car les assises territoriales ne seront plus nécessairement les mêmes, de même que les cadres de travail et de concertation.

Le métier d'IASS dans ce champ sera sans doute appelé à évoluer, et cela impactera forcément le fonctionnement tel qu'on le connaît des conventions tripartites même s'il est difficile de cerner à l'avance quelles en seront les conséquences.

### 3.1.2 Quant au conventionnement tripartite

Parallèlement, j'ai pu constater durant mon stage les prémices d'une évolution du conventionnement tripartite qui tend de plus en plus à se transformer en signatures de Contrats Pluriannuels d'objectifs et de Moyens pour les grands établissements.

Rappelons que les conventions tripartites (CT) ont été introduites dans le droit budgétaire et comptable des établissements accueillant des personnes âgées à l'occasion de la réforme de 1999 qui a institué les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le caractère obligatoire de leur conclusion a été affirmé au point que leur existence avait constitué une condition d'autorisation de l'activité en vertu de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et que leur absence de signature constitue un délit pénal prévu et réprimé par l'article L. 313-23 du même code (3 mois de prison, 3 750 euros d'amende, interdiction d'exploiter ou de diriger un établissement).

Pourtant, dans une lettre du 15 septembre 2008, la Direction générale de l'action sociale (DGAS) invitait le représentant de l'Etat dans le Département à substituer un CPOM aux CPT en vigueur de 9 EHPAD gérés par un CCAS.

Or cette invitation recélait de multiples illégalités.

**La première illégalité** résidait dans le fait qu'en l'état du droit et notamment des dispositions législatives susvisées, l'organisme gestionnaire d'un EHPAD qui conclurait un CPOM en lieu et place d'une CPT se placerait dans la situation de ne plus satisfaire les conditions d'autorisation de l'activité et s'exposerait, ainsi que les personnes qui le représentent, à des poursuites pénales justiciables du Tribunal correctionnel.

**La deuxième illégalité** résidait dans le fait que CPOM et CT reposaient sur des fondements juridiques différents, le premier étant gouverné par l'article L. 313-11, la deuxième répondant aux prévisions de l'article L. 313-12. Cette différence de fondement n'avait pas seulement un intérêt formel ; les deux textes donnaient à ces mécanismes contractuels des objets distincts qui, en l'état, n'étaient pas interchangeables.

**La troisième illégalité** tenait au régime budgétaire applicable. En effet, selon les termes de la lettre du 15 septembre 2008, la conclusion du CPOM de substitution reposait sur des notions de GMP et de GMPS "globaux" qui n'existaient pas dans le droit de la tarification : l'un comme l'autre s'appréciaient exclusivement au niveau de l'établissement.

**La quatrième illégalité** résultait de la préconisation faite de n'avoir plus qu'un seul budget commun pour plusieurs EHPAD. En effet, chaque établissement social ou médico-social devait, en vertu de l'article R. 314-7, disposer d'un budget qui lui est propre et dont la structure obéit aux prescriptions de l'article R. 314-9.

Cette lettre du 15 septembre 2008 témoignait donc de la volonté persistante de l'Administration centrale de modifier l'état du droit budgétaire et comptable des établissements sociaux et médico-sociaux au mépris, non seulement des attributions réservées au législateur (s'agissant des illégalités constatées au regard de dispositions législatives) mais également de la jurisprudence la plus récente du Conseil d'Etat en vertu de laquelle l'Administration ne peut modifier l'état du droit par voie de simple circulaire.

La loi HPST de 21 juillet 2009 est venue corriger cette irrégularité en légitimant le recours obligatoires aux CPOM pour certains groupements d'EHPAD comme l'indique l'article L313-12, 1<sup>er</sup> alinéa du I : *« par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie **font l'objet d'un CPOM** signé avec leur personne morale gestionnaire. Le CPOM comporte notamment des **objectifs de qualité** de prise en charge à atteindre »*.

Le prisme de réflexion n'est donc plus centré sur l'établissement unique mais sur les groupements d'établissements, ce qui favorisera donc les associations gestionnaires et les groupes lucratifs au détriment des établissements autonomes. Le terme de CPOM est de même une source d'inquiétude pour les EHPAD, car si les objectifs de qualité sont très explicites, il en va autrement pour les moyens alloués par l'Etat.

De même pour le CG, les mutualisations des versements des dotations soins et dépendance posent la question de l'implication des CG dans la signature du CPOM, et de leur exclusion potentielle.

## 3.2 L'ENJEU DU RECONVENTIONNEMENT : LA PROMOTION DE LA BIEN-TRAITANCE

Au-delà des outils obligatoires pour les établissements, dont la liste a été définie par le législateur, les problématiques liées à la bonne prise en charge des personnes âgées ne cessent d'être mises en avant, au moment où l'on découvre encore que dans certaines structures, se déroulent des actes de maltraitance.

Les futures conventions tripartites ne pourront faire l'impasse sur ces nouveaux axes de développement : la promotion de la bien-traitance par tous moyens, dans le fonctionnement de l'établissement, mais avant tout et surtout en prenant en compte la situation des personnels travaillant en institution, qui sont à la fois les victimes et les auteurs des actes de maltraitance. Il est donc nécessaire à l'avenir de prévenir les comportements « déviants » dans les établissements grâce de nouveaux outils inclus dans le conventionnement.

De même, face au vieillissement de la population, aux enjeux démographiques des prochaines années, et à l'augmentation exponentielle des cas de maladie d'Alzheimer, les CT doivent nécessairement inclure les moyens d'évolution des structures afin de pouvoir y faire face avec le plus d'avance possible.

### 3.2.1 Les recommandations de l'ANESM

L'adaptation à l'emploi est une terminologie que l'on rencontre de plus en plus dans le secteur social et médico-social. Dans le cadre de ces recommandations, l'emploi est défini comme « *l'exercice d'une activité professionnelle dans un contexte donné* ».

**Le terme adaptation se réfère, quant à lui, à des notions comprenant l'idée de mouvement : « action, modification, ajustement, mise en harmonie ». Traiter de l'adaptation à l'emploi « au regard des populations accompagnées », c'est se placer à un niveau plus général que celui de l'adaptation « à la personne accompagnée », dans sa singularité. Cette dimension de la personnalisation, à travers le projet de la personne et l'accompagnement personnalisé, constitue en soi l'objet d'autres recommandations.**

La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnes au regard des populations va se situer à la fois dans le champ des pratiques managériales et organisationnelles.

Elle se réfère à la stratégie-même de la structure pour faire vivre le projet d'établissement de service avec les personnels en tenant compte des publics accueillis dans les structures.

La stratégie d'adaptation à l'emploi est distincte :

- de la formation continue et de la formation tout au long de la vie (plan de formation, entretiens professionnels...)
- de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dont elle est complémentaire
- de la professionnalisation, à laquelle elle contribue

Ces recommandations mobilisent donc les responsables et l'encadrement au regard de leurs pratiques professionnelles de management.

La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, a pour finalité d'offrir aux populations accompagnées des pratiques professionnelles adaptées, différenciées et bienveillantes.

Destinées aux personnels, ces recommandations ont les objectifs suivants :

- **Faciliter la prise de fonction, l'exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur social et médico-social :**

L'adaptation à l'emploi contribue à instaurer une confiance pour le professionnel lors de sa prise de fonction. Sur le long terme, elle constitue un atout pour le développement de ses compétences et facilite la mobilité professionnelle. En effet, tout en concourant à développer la capacité d'adaptation du professionnel, la stratégie d'adaptation à l'emploi accompagne d'éventuelles prises de fonction auprès de nouvelles populations, au cours de la vie professionnelle.

- **Contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnées, d'une part, et à la prévention des risques professionnels, d'autre part :**

- Lors de la prise de fonction, l'adaptation à l'emploi prévient les risques pratiques inadaptés, voire nocifs. Ces risques sont particulièrement prégnants lorsque les populations accompagnées sont vulnérables.
- Tout au long de la vie professionnelle, l'adaptation à l'emploi liée aux spécificités des populations accompagnées soutient l'engagement des professionnels et concourt à la remobilisation et à la remotivation des personnels.
- Elle participe à la prévention des risques professionnels tant physiques que psychosociaux (stress, souffrance psychologique, etc....).

Ce processus est sous-tendu par plusieurs principes qui fondent l'esprit de ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles et sont regroupées sous les deux axes suivants :

- Veiller en permanence au sens du travail avec la population accompagnée.
  - **La relation avec l'utilisateur.** De façon plus ou moins directe, chaque membre du personnel est engagé, en tant que sujet dans la relation avec la personne accompagnée. Il s'agit d'une relation de personne. Quelles que soient les activités professionnelles de chacun, les « gestes professionnels » avec les personnes accompagnées ne sont pas de simples actes. Ils ont une dimension symbolique et une dimension éthique. La connaissance et la reconnaissance de la personne accompagnée sont en jeu.  
Au-delà de la construction des savoirs spécifiques relatifs aux populations accompagnées, ces dimensions, symbolique et éthique, appellent la mise en mouvement d'un processus continu de réflexion sur les pratiques.
  - **Un regard global.** Chacun des membres du personnel concourt à la réalisation des objectifs communs, dans un cadre fixé et dans un sens partagé, en référence au projet d'établissement ou de service. Tout le monde est concerné par la mise en perspective de son intervention au sein du travail collectif par rapport à la personne accompagnée.
  - **L'accompagnement personnalisé.** Des savoirs, théoriques et pratiques, relatifs à chaque population accompagnée sont sous-jacents à l'adaptation à l'emploi et à l'ajustement des pratiques professionnelles. L'accompagnement personnalisé de l'utilisateur suppose des ajustements plus précis ; il s'appuie sur l'écoute de l'utilisateur et la prise en compte de ses attentes et de ses besoins.  
En retour, cette personnalisation nourrit la connaissance générique de la population accompagnée. L'adaptation aux attentes et aux besoins de chaque personne est ainsi un vecteur d'adaptation à l'emploi.
- Prendre en considération les interactions et les dynamiques en jeu
  - **Entre les professionnels.** L'adaptation à l'emploi est sous-tendue par la mise en mots et la transmission des savoirs, le questionnement des pratiques et leurs remaniements. Au-delà du collectif des pairs, les interactions entre les différents intervenants, dans la pluridisciplinarité et la transversalité, participent à l'adaptation à l'emploi des personnels et, plus largement à la construction d'une compétence collective, seule à même de répondre aux besoins des populations accompagnées.
  - **Au niveau de l'organisation.** L'adaptation à l'emploi met en mouvement l'ensemble de l'organisation et les personnels y sont impliqués en tant



qu'acteurs. Cette implication suppose une dynamique de coproduction et que la finalité et les objectifs en soient partagés.

- **Avec l'extérieur.** L'adaptation à l'emploi au regard des populations accompagnées est un processus qui requiert des liens avec l'extérieur (réseaux, partenaires, représentants d'usagers...). Les savoirs sur les populations accompagnées sont aussi questionnés et actualisés grâce aux apports extérieurs. L'ouverture sur l'extérieur favorise l'émergence d'innovations pratiques et méthodologiques.

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont transversales aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, quels que soient leur secteur et leur mode d'intervention. Elles guident chaque établissement et chaque service qui se les appropriera.

- **L'analyse des besoins et la stratégie**

- **Le recueil et appréciation des besoins d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées**

La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi suppose de définir et d'apprécier les besoins spécifiques en matière d'adaptation à l'emploi au sein de l'établissement ou du service. Ces besoins peuvent être appréciés en fonction des populations accompagnées, d'une part et en fonction des personnels d'autre part. Ils s'articulent avec les spécificités du projet d'établissement ou de service.

- **La définition et mise en œuvre d'une stratégie**

La définition et la mise en œuvre d'une stratégie trouvent leur ancrage dans le recueil et l'appréciation des besoins en matière d'adaptation à l'emploi.

- **Les leviers pour l'adaptation à l'emploi**

- **L'information**

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles s'attachent à la diffusion et à la circulation de l'information, tant au niveau individuel que collectif. Certaines de ces recommandations sont spécifiques à la phase d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels.

- **Le management d'équipe et l'organisation**

L'adaptation à l'emploi est ancrée dans les situations de travail au quotidien et prend appui sur les liens, hiérarchiques et fonctionnels, entre les personnels. Ces recommandations sont centrées sur le management d'équipe et les dispositions organisationnelles qui favorisent les échanges entre les individus et entre les équipes. Sont ainsi développées des opportunités de formation informelle.

- **La formation**

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernent les situations de formations formelles propres à contribuer à l'adaptation à l'emploi au regard des populations accompagnées.

Elles ne traitent pas toutes les formations d'adaptation à l'emploi et, à fortiori, ne se situent pas dans une vision globale de toutes les actions de formation de l'établissement et du service.

La formation vise la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées. Elle constitue un espace de recul réflexif et de distanciation, en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives.

### **3.2.2 Les bonnes pratiques au sein des établissements**

La bientraitance doit s'inscrire durablement au sein même des conventions tripartites.

**Une démarche de bientraitance au sein d'un EHPAD a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie de tous, résidents, personnels et familles.**

**Elle consiste à s'interroger sur nos pratiques, nos comportements, à repérer et prévenir les situations à risque, au quotidien, et donc de nous placer dans une démarche d'évaluation de toutes les dimensions du soin.**

Elle s'inscrit dans la démarche générale d'évaluation et d'amélioration de la qualité des EHPAD dans le processus actuel de conventionnement et devrait être explicitement énoncée dans le projet d'établissement.

La bientraitance concerne la personne accueillie, sa famille, le personnel de l'établissement et l'institution elle-même. Pourtant, les personnels ne peuvent être bien traitants que s'ils sont eux-mêmes bien traités. Le plus souvent, ils savent ce qui devrait être fait. Mais ils sont pris en tenaille entre, d'une part, la masse de travail à accomplir et, d'autre part, les contraintes liées au fonctionnement de l'institution et l'envie qu'ils auraient de passer plus de temps, de mieux faire avec les résidents. L'objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies en EHPAD dans une optique de bientraitance passe donc aussi par une revalorisation du soin tant technique que relationnel. Cela nécessite de développer des formations, de donner du temps de parole et réflexion aux personnels : reconnaître et valoriser le haut-niveau de réflexion de la plupart des soignants.

**La bientraitance répond aux principes éthiques d'humanité et de dignité, de solidarité, d'équité et de justice, et d'autonomie.**

**Redonner à chacun sa place de sujet implique des droits et des devoirs (respecter ne veut pas dire tout accepter, au risque d'une maltraitance des personnes âgées envers les soignants), sans disqualifier les soignants.**

La bientraitance ne peut répondre à une définition univoque, des recettes ou des dogmes. Elle doit être le fruit d'une réflexion menée ensemble, pour faire converger les convictions de chacun vers une visite commune de la bientraitance, au sein de chaque établissement, avec les moyens qui sont les siens. :

- Qu'est ce que la bientraitance au niveau institutionnel ?
- Qu'est ce que la bientraitance, pour le personnel, qui travaille dans cet établissement ?
- Qu'est ce que la bientraitance pour la personne accueillie dans l'établissement ?
- Qu'est ce que la bientraitance pour l'entourage des personnes accueillies dans l'établissement?

Le questionnement éthique est une aide potentielle pour faire évoluer les comportements et les pratiques devant toute situation du quotidien.

En pratique, la bientraitance nécessitera de casser la routine en redonnant du sens aux actes quotidiens, en favorisant une attitude de curiosité, d'intérêt envers les personnes : personnaliser la relation en nommant les personnes, prendre en compte les goûts et les envies des personnes : redonner sa place au soin relationnel.

Il ne faut pas dénier les difficultés, noter les ambiguïtés, tenter de les résoudre (mise en harmonie de l'efficacité technique de l'acte, du caractère soignant de l'acte, de la relation humaine inhérente à cet acte).

Le personnel doit aussi apprendre à reconnaître et à accepter ses propres défenses, tout en restant responsable de ses actes.

### 3.2.3 Les nouvelles structures internes aux établissements

Les nouvelles conventions tripartites vont formaliser de nouveaux types de services et structures afin d'accueillir au mieux les personnes dépendantes.

- **Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)**

**Le PASA est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.**

Ce pôle accueille chaque jour, et selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD. Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

Les PASA accueillent des résidents :

- Souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.
- Provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrie, version Equipe Soignante) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield.

- **Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)**

**L'Unité d'Hébergement Renforcée, d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques.**

Les UHR vont accueillir la même population que les PASA.

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constituent un des critères de sortie de l'UHR.

La décision de sortie de l'UHR sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonateur en lien avec le médecin traitant ou, en ULSD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche. Cette décision fera l'objet d'une formalisation écrite

## Conclusion

Les conventions tripartites sont un outil complexe et difficile à appréhender mais néanmoins utile et nécessaire quant aux relations de travail entre établissements, Etat et Conseils Généraux qui se basent souvent sur une confiance réciproque et un respect partagé des compétences et de l'intégrité des acteurs.

Si la convention tripartite, dans son mécanisme et mise en œuvre accomplie, est aujourd'hui rentrée dans les mœurs professionnels du secteur des Personnes Agées, force est de reconnaître qu'il y a bien plus de questionnements en ce qui concerne la pérennité du système tripartite à l'avenir, en raison notamment de la confiance qui n'en finit plus de s'éroder envers les agents de l'Etat.

L'IASS, dans son statut, inspecte, contrôle, planifie, alloue les ressources nécessaires au fonctionnement des établissements à partir d'enveloppes définies chaque année. Il tire donc sa légitimité d'inspecteur, de contrôleur des institutions parce qu'il est avant tout payeur.

Il décide parce qu'il est financeur des crédits soins, parce que l'argent sert au bon fonctionnement des établissements, à l'amélioration de la prise en charge des personnes, est affecté en vue de l'accomplissement d'objectifs bien précis et dimensionnés.

A partir du moment, où les crédits ne cessent de diminuer, ou à minima ne peuvent plus s'aligner sur les besoins réels des EHPAD, de plus en plus sollicités au fur et à mesure que le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies liées au grand âge prennent des dimensions concrètes et inquiétantes, les services de l'Etat se retrouvent logiquement en porte à faux vis-à-vis des institutions et autres groupements.

Hélas, face à l'accusation incessante d'immobilisme et de gabegie lancée contre l'administration et les fonctionnaires destinée à justifier la suppression de dizaines de milliers d'emplois dans la fonction publique, il est difficile pour un agent de l'Etat, qu'il appartienne à l'administration sanitaire et sociale ou à une autre administration, de se voir reconnaître la légitimité et la reconnaissance qui lui est due de la part des acteurs rencontrés.

Le 10 octobre 2007, dans un discours, le premier ministre François Fillon a été très clair :

*«La réforme de l'Etat supposera que chacun d'entre nous accepte qu'il y ait moins de services, moins de personnel, moins d'Etat sur son territoire. Une réforme de l'Etat qui ne se traduit par aucune suppression d'aucun établissement public, sur le territoire, ça n'existe*

*pas. Il est impossible d'un côté de dynamiser la sphère privée et de l'autre laisser la sphère publique au point mort ».*<sup>1</sup>

Rappelons avec la plus grande évidence et la plus grande foi possible, que non, l'Etat ne se gère pas comme une entreprise avec des règles apprises dans les écoles de commerce. **L'Etat n'est pas là pour cultiver l'opposition entre sphère publique et sphère privée. La gouvernance d'un pays suppose de garantir l'indépendance des agents de l'Etat face au pouvoir politique et aux intérêts privés.**

A l'heure où les Agences Régionales de Santé sont censées se substituer au système DRASS/DDASS le 1<sup>er</sup> avril 2010, bien loin d'être des « gardiens du temple » conservateurs et incapables de se réformer, les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale peuvent légitimement être inquiets quant à l'accomplissement de leurs missions futures, alors qu'à l'inverse, l'action publique en vue de protéger et d'accompagner nos aînés n'a jamais été aussi nécessaire et importante.

Il en va de la dignité de notre société.

**« Chaque fois qu'un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brule »**<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Convention de rentrée des Parlementaires « réformateurs » de l'UMP

<sup>2</sup> Proverbe africain

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

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

Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 « *LFSS 2008* », article 69

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 « *instaurant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes* »

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 « *renovant l'action sociale et médico-sociale* »

Loi n°2001-647 du 21 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°2002-303 du 4 mars 2002 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* », article 96

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite « *Hôpitaux Patients Santé Territoire* »

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

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

Décret n°99-1086 du 26 avril 1999

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 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics* »

## **Ouvrages**

BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel, 2005, 2<sup>ème</sup> édition, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une Refondation*, éditions DUNOD, 352 pages

TUFFREAU François, LE GUEVEL Annie, 2007, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, éditions ENSP, 492 pages

## **Articles**

MAI 2009, *Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention*, Evolutions, n°17, pages 3 à 5

## **Rapports**

Plan de « *Solidarité Grand Age* » (PGSA) présenté le 27 juin 2006, par Philippe Bas, Ministre Délégué de la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées, au Handicap et à la Famille

Plan « *Alzheimer* » présenté le 31 octobre 2008, par Nicolas Sarkozy, Président de la République

## **Mémoires**

BOURGEAIS Stéphanie, 2009, *Le renouvellement des conventions tripartites de 1<sup>ère</sup> génération : l'opportunité de mesurer la qualité de la prise en charge dans les EHPAD charentais-maritimes*, mémoire de fin de formation d'IASS, EHESP, 47 pages

BRUGGEMAN Damien, 2008, *La convention tripartite levier de changement pour les personnes handicapées âgées*, mémoire de fin de formation de DESMS, EHESP, 57 pages

DUCOURET Laurence, 2006, *La convention tripartite : d'un outil juridique vers un processus de management*, mémoire de fin de formation de DESS, ENSP, 57 pages



LANTUEJOUL Marie, 2008, *La convention tripartite : un levier dans la promotion de la bientraitance des personnes âgées accueillies dans les EHPAD du Nord*, mémoire de fin de formation d'IASS, EHESP, 59 pages

### **Sites Internet**

[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.ined.fr](http://www.ined.fr)

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[www.orpea.com](http://www.orpea.com)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

- **Annexe 1** : convention tripartite type dans le département du Val de Marne
- **Annexe 2** : liste des pièces à fournir lors d'un renouvellement
- **Annexe 3** : convocation par mail à la réunion de renouvellement

# ANNEXE 1

CONVENTION TRIPARTITE

EN VUE DE L'ACCUEIL

DES PERSONNES AGEES

AU SEIN DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT

POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

ADRESSE :

Téléphone :

Fax :

E.mail :

CODE FINESS :

COORDONNEES DES  
PRINCIPAUX RESPONSABLES :

# **SOMMAIRE**

## **PREAMBULE**

- ARTICLE 1 : Objet de la convention
- ARTICLE 2 : Principes fondateurs de la convention
- ARTICLE 3 : Grille des critères

## **TITRE 1 : SITUATION DE L'ETABLISSEMENT**

- ARTICLE 4 : Constat de l'existant
- ARTICLE 5 : Analyse de l'existant

## **TITRE 2 : LES OBJECTIFS**

- ARTICLE 6 : Les objectifs prioritaires
- ARTICLE 7 : La population accueillie

## **TITRE 3 : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE**

- ARTICLE 8 : Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ARTICLE 9 : Modalités de la démarche qualité

## **TITRE 4 : LES MOYENS**

- ARTICLE 10 : Adaptation des moyens

## **TITRE 5: MODALITES FINANCIERES ET ADMINISTRATIVES**

- ARTICLE 11 : Option tarifaire
- ARTICLE 12 : Mise en place des tarifs
- ARTICLE 13 : Changements de tarifs
- ARTICLE 14 : Procédure budgétaire

## **TITRE 6: DUREE ET RESILIATION DE LA CONVENTION**

- ARTICLE 15 : Durée de la convention
- ARTICLE 16 : Les conditions de la résiliation
- ARTICLE 17 : Renouvellement de la convention
- ARTICLE 18 : Modalités de concertation en cas de désaccord
- ARTICLE 19 : Liste des documents joints

- Vu le code de l'action sociale et des familles
- Vu le code de la sécurité sociale
- Vu le code de la santé publique
- Vu la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
- Vu les articles L 232-1, L 232-2 et L 232-8 à 232-11 du code de l'action sociale et des familles relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement
- Vu les articles L 311-3 à L 311-8 du même code relatif aux droits des usagers
- Vu les articles L 313-1 à 313-9 du même code relatifs à l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Vu les articles L 313-11 et L 313-12 relatif aux contrats ou conventions pluriannuels
- Vu les articles L 314-1 à L 314-13 relatifs aux conditions financières des établissements sociaux et médicaux sociaux
- Vu les articles R 314-1 à R 314-117, de R 314-158 à R 314-194 et R 314-204 et 207 relatifs aux dispositions financières des établissements sociaux et médico-sociaux
- Vu les articles D 312-8 à D 312-10 relatifs à l'accueil temporaire
- Vu les articles D 313-15 à D 313-15-4 relatifs aux modalités de tarification des établissements mentionnés au I bis de l'article L 313-12
- Vu l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 4 mai 2001, relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire
- Vu l'arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale
- Vu l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Vu l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Vu l'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 1 de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et du R 314-33-1 et R 314 -184
- Vu l'arrêté du 4 juin 2007 pris pour l'application de l'article R 314-184 du code de l'action sociale et des familles
- Vu la délibération n° 06-307-06S-14 du Conseil général du 26 juin 2006 approuvant le deuxième schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées pour les années 2

**CONVENTION**

---

Entre,

- Monsieur le Préfet du Val-de-Marne,
- Monsieur le Président du conseil général du Val-de-Marne,

Et

Le représentant de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

**PREAMBULE**

**ARTICLE 1 : Objet de la convention**

La présente convention a pour objet :

- de garantir aux personnes âgées accueillies dans l'établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins,
- de définir les conditions dans lesquelles fonctionne cet établissement,
- de préciser les objectifs et les moyens financiers et humains à mettre en œuvre pour y parvenir,
- de définir les modalités d'intervention financière des parties,
- de déterminer les indicateurs et les modalités d'évaluation de l'établissement.

**ARTICLE 2 : Principes fondateurs de la convention**

Pour les parties signataires, la préoccupation centrale est la personne âgée, les conditions de sa prise en charge ainsi que les coûts supportés.

Les parties s'inscrivent dans une démarche « d'amélioration continue de la qualité » de la prise en charge des résidents, de l'écoute de leurs besoins et de leur satisfaction en cohérence avec les moyens et les spécificités de l'établissement, ainsi que les particularités de son environnement.

**ARTICLE 3 : Grille des critères**

L'établissement satisfait aux critères décrits dans l'annexe 1.

## **TITRE 1 : SITUATION DE L'ETABLISSEMENT**

### **ARTICLE 4 : Constat de l'existant**

#### Création, autorisations :

L'association ou  
L'établissement a été autorisé(e) pour la création de places

Par arrêté n° en date du du président du Conseil  
général de

Par arrêté n° en date du du Préfet de et/ou

#### Données générales :

L'établissement est situé à .

A la date de la signature de la convention, les capacités autorisées et installées, sont les suivantes :

Hébergement permanent :

Hébergement temporaire :

Accueil de jour :

**i. Accueil de jour pour  
les personnes ayant  
la maladie  
d'Alzheimer ou  
apparentée :**

Accueil de nuit :

**ii. Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale  
départementale : oui/non**

#### Caractéristiques :

Modalités de prises en charge spécifiques : personnes présentant des troubles de l'orientation ou de la cohérence, personnes présentant des handicaps moteurs, dès lors qu'elles ont atteint l'âge de 60 ans. Les personnes de moins de 60 ans peuvent y être admises à titre dérogatoire.

#### Procédure et modalités pratiques d'admission :

## **ARTICLE 5: Analyse de l'existant**

A partir d'un référentiel d'évaluation au choix de l'établissement et des conclusions de la visite de préconventionnement organisée par les autorités tarifaires, les points forts et les points faibles de l'établissement ont été relevés. Ils figurent en annexe 2.

Le référentiel d'évaluation interne ou l'identification de ce référentiel figure dans les pièces jointes à la convention.

## **TITRE 2 : LES OBJECTIFS**

### **ARTICLE 6 : Les objectifs prioritaires**

L'établissement, au regard de ses points forts, de ses points faibles et de ses moyens, précise :

- les objectifs à atteindre,
- les actions à engager,
- l'échéancier,
- les moyens dont le coût financier.

La réalisation de cet engagement implique notamment la prise en compte :

- de la qualité de la prise en charge des résidents (projet d'établissement, projet de soins, document individuel d'accompagnement du résident et qualité des espaces) ;
- de la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents ;
- de l'amélioration des qualifications des personnels et de l'organisation des prises en charge grâce à l'action du médecin coordonnateur gériatre ;
- de l'inscription de l'établissement dans un secteur gérontologique défini par le schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées ;
- de l'inscription dans une filière de soins gériatrique en précisant l'ensemble des mesures propres à la prise en charge des résidents en soins palliatifs.

### **ARTICLE 7: La population accueillie**

L'établissement s'engage à accueillir dans son établissement au minimum 80 % de personnes âgées val de marnaises ou ayant leur famille dans le Val-de-Marne. Dans l'hypothèse où l'établissement ne peut pas accueillir la personne âgée, il s'engage à l'informer sur les autres structures existantes.



## **TITRE 3 : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE**

### **ARTICLE 8 : Démarche d'amélioration continue de la qualité**

- ✓ des dysfonctionnements,
- ✓ de l'expression des besoins et satisfaction des bénéficiaires et de leur famille,
- ✓ de l'écoute des professionnels,
- ✓ des constats et attentes des partenaires, de l'Etat et du département.

Les actions initiées sont consignées et suivies dans l'onglet 3 du document « plan d'actions » annexé à la présente convention (annexe 2).

### **ARTICLE 9 : Modalités de suivi de la demarche qualite**

L'établissement transmet la synthèse des résultats de son évaluation interne et externe à l'Etat et au département.

L'établissement s'engage à fournir tous les six mois, ou au maximum annuellement à l'occasion des comptes administratifs, aux autorités signataires l'état d'avancement des actions initiées au titre des articles 6 et 8, tracées respectivement dans les onglets 1 et 3 du plan d'actions de l'annexe 2 de la présente convention. Tout autre document équivalent peut être transmis par les établissements qui s'inscrivent dans une démarche de certification.

**L'établissement s'engage également à fournir le questionnaire des enquêtes de satisfaction et leurs résultats et analyses.**

**Des rencontres entre l'établissement et des représentants du Conseil général, (à l'exception des établissements inscrits dans une démarche de certification), dans un esprit de d'accompagnement, permettent de suivre l'efficacité de la démarche d'amélioration continue de la qualité.**

## **TITRE 4: LES MOYENS**

### **ARTICLE 10 : Adaptation des moyens**

En contrepartie de la réalisation des objectifs souscrits par l'établissement, les autorités s'engagent chacune en ce qui la concerne, à accompagner l'effort accompli par l'établissement pour maintenir et / ou améliorer ses prestations, selon les conditions définies dans les fiches **action**.

Dans ce cadre, l'échéancier des fiches action issues de l'article 6 pourra être revu lors des négociations budgétaires.

## **TITRE 5 : MODALITES FINANCIERES ET ADMINISTRATIVES**

### **ARTICLE 11 : Option tarifaire**

L'établissement opte pour le tarif (global/partiel), selon les modalités définies par la réglementation en vigueur.

### **ARTICLE 12 : Mise en place des tarifs**

En application des dispositions réglementaires susvisées, il est établi :

- un tarif journalier afférent à l'hébergement,
- un tarif journalier afférent à la dépendance,
- un tarif journalier afférent aux soins.

Le tarif dépendance, qui est à la charge de la personne accueillie, est arrêté par le président du conseil général, pour chacun des trois niveaux, dans les conditions fixées par la réglementation. C'est ce tarif qui sert de référence pour la détermination de l'attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie.

**La tarification des soins est arrêtée par le préfet du Val-de-Marne et versée sous forme de dotation globale.**

**Le code de l'action sociale et des familles, dans sa partie réglementaire, définit la tarification applicable aux personnes de moins de 60 ans accueillies en EHPAD.**

### **ARTICLE 13 : Changements de tarifs**

Lors de la signature du contrat de séjour, la personne âgée sera informée de la possibilité du changement de son tarif selon son état de dépendance dans les conditions définies aux articles R314-171 et 314-173 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour les résidents qui contesteraient leur classement dans la grille AGGIR, hors contentieux de l'allocation personnalisée à l'autonomie, il est souhaitable de privilégier une solution amiable.

Cette demande pourra être transmise dans les deux mois suivant la décision et être adressée, par lettre recommandée avec accusé de réception, au secrétariat de la commission mentionnée à l'article R.314-170 du code de l'action sociale et des familles.

Dans ce cadre, cette commission détermine le GIR du résident, après avis d'un médecin choisi sur la liste établie en cas de recours relatif à l'appréciation du degré de dépendance conformément à l'article L 232-20 du code de l'action sociale et des familles.

## **ARTICLE 14: Procédure budgétaire**

L'établissement transmet les documents budgétaires, en respectant le calendrier fixé par la réglementation, et les données de son tableau de bord.

De même, il transmet, à compter du 1er janvier et jusqu'au 30 septembre au plus tard de chaque année, au praticien conseil de la caisse primaire d'assurance maladie et au médecin de l'équipe médico-sociale chargée de l'allocation personnalisée à l'autonomie du conseil général, la répartition des items concourant au calcul de son GIR moyen pondéré et du GIR par résident.

L'établissement transmet le « pathos moyen pondéré » (PMP) au praticien conseil de la caisse primaire d'assurance maladie aux fins de validation. En cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le praticien conseil de la caisse d'assurance maladie, la commission médicale mentionnée à l'article R.314-170 du CASF, détermine le PMP de l'établissement.

## **TITRE 6 : DUREE ET RESILIATION DE LA CONVENTION**

### **ARTICLE 15 : Durée de la convention**

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de la date de la signature. Elle pourra être complétée par des avenants annuels conclus par les parties contractantes.

### **ARTICLE 16: Les conditions de la résiliation**

La présente convention prend fin dans trois hypothèses :

- si elle a perdu tout objet du fait d'une évolution législative ou réglementaire,
- en cas de dénonciation par l'une des parties si les engagements ne sont pas respectés,
- en cas de changement d'entité juridique ou de personne morale gestionnaire de l'établissement.

La résiliation s'effectuera par lettre recommandée, avec avis de réception adressé aux signataires de la convention.

Ladite résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée. Pendant ce délai, la présente convention continue de s'appliquer.

### **ARTICLE 17 : Renouvellement de la convention**

Six mois avant le terme de la présente convention, les parties s'engagent à procéder à de nouvelles négociations afin de conclure une nouvelle convention pour 5 ans.

L'actuelle convention peut être prorogée de 6 mois maximum après son terme, si aucune des parties ne s'y oppose, par un des signataires et par lettre recommandée avec accusé de réception auprès des deux autres contractants.

## **ARTICLE 18 : Modalités de concertation en cas de désaccord**

En cas de désaccord concernant l'interprétation ou les modalités d'application de la présente convention, une rencontre en vue d'une conciliation sera organisée entre les différents signataires, dans un délai n'excédant pas deux mois.

## **ARTICLE 19 : Liste des documents joints**

- Grille des critères (annexe 1)
- Plan d'amélioration continue de la qualité (annexe 2)
- Tableau pluriannuel de l'évolution des effectifs et tableau pluriannuel de financement des mesures nouvelles le tout sur cinq ans (annexe 3)
- Un tarif EHPAD (annexe 4)
- Tableau des amortissements par section le tout sur cinq ans (annexe 5)
- Plan de formation de la première année de la convention (annexe 6)

CRETEIL, LE

LE PREFET DU VAL-DE-MARNE

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

LE REPRESENTANT DE L'ETABLISSEMENT

# **ANNEXE 2**

## **LISTE DES PIÈCES A FOURNIR POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION TRIPARTITE**

- ✓ Rapport de synthèse de l'évaluation interne si elle a été réalisée
- ✓ Projet institutionnel (projet de vie et de soin) dont projet spécifique à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et apparentée et projet personnalisé
- ✓ Règlement de fonctionnement
- ✓ Contrat de séjour incluant notamment le projet d'accompagnement du résident
- ✓ Livret d'accueil
- ✓ Trois derniers procès-verbaux du Conseil de la vie sociale
- ✓ Dernier procès-verbal de la commission de sécurité incendie
- ✓ Procès-verbal des services vétérinaires favorable
- ✓ Contrat d'élimination des déchets
- ✓ Diplôme des personnels soignants et la liste du personnel soignant (comportant le cas échéant les noms de jeune fille)
- ✓ Contrat du médecin coordonnateur
- ✓ Plan de formation du personnel dont le plan de formation sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou maladie assimilée
- ✓ Convention concernant l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique
- ✓ Documents attestant de la participation du résident à la vie de l'établissement (commission menu, loisirs, etc....)
- ✓ Enquête de satisfaction auprès des résidents et familles et leur analyse
- ✓ Plan d'amélioration continue de la qualité : remplir l'onglet 2 « évaluation des objectifs conventionnels » du document « plans d'action d'Éts » joint en icône à l'annexe 2 de la convention tripartite type
- ✓ Le questionnaire de l'Etat, annexe 2-suivi et analyse-convention tripartite.
- ✓ La liste des fournitures médicales
- ✓ La liste du petit matériel amorti

PS : disposer sur place d'un plan des locaux le jour de la visite de préconventionnement

## **ANNEXE 3**

### **CONVOCATION PAR MAIL POUR LA VISITE DE RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION TRIPARTITE**

Conjointement avec les représentants du Conseil Général, de la DDASS (équipes administratives et médicales) et de l'assurance maladie, les dates de visites suivantes sur site ont été arrêtées afin de renouveler la convention tripartite de votre établissement :

- visite médicale le
- visite portant sur les outils du management de l'amélioration continue de la qualité le
- visite de synthèse le

**Merci de nous adresser rapidement votre disponibilité pour ces dates.**

Je vous adresse les documents suivants :

- la procédure de renouvellement de votre convention
- la convention tripartite type à renseigner
- la *liste des pièces* à fournir (pour plus de lisibilité, les annexes 2 et 3 de la convention tripartite prévues en numéro 13 et 14 dans la liste vous sont jointes séparément, elles sont à compléter en perspective de notre rencontre),
- la méthodologie de la visite portant sur les outils du management de l'amélioration continue de la qualité
- la méthodologie de la visite de synthèse
- le questionnaire Etat à remplir

Les documents, prévus dans la *liste des pièces*, sont à nous transmettre au plus tard 15 jours avant nos visites.

Nous vous remercions de votre collaboration.