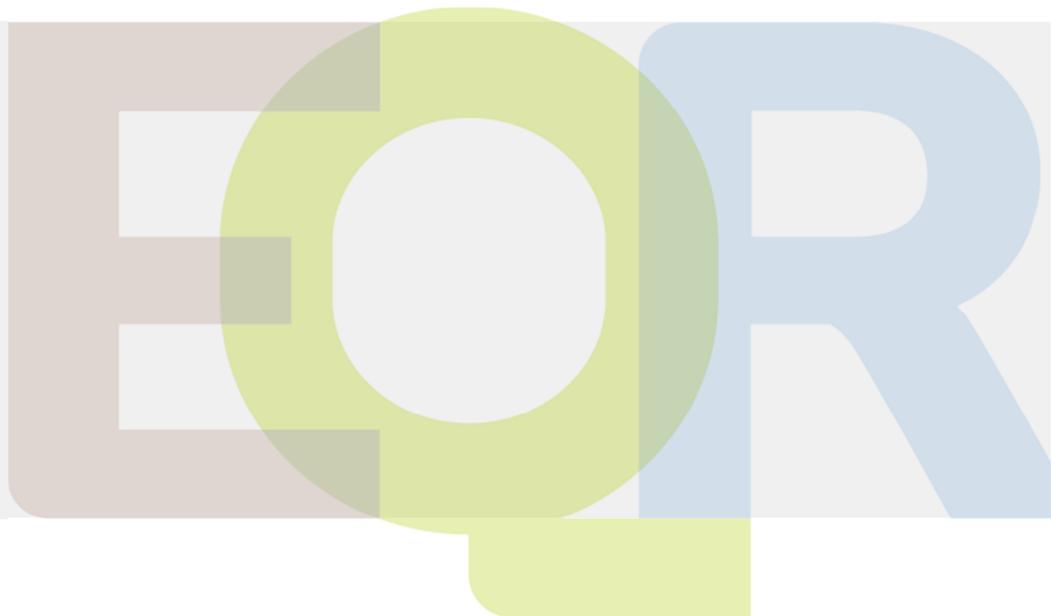


# CNSA – Commission Normes et Moyens

**Normes et moyens en EHPAD. Questionnaire et visites sur site : ce qu'en disent les professionnels**

Rapport – Présentation des résultats



Septembre 2015

## SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>1. PREAMBULE .....</b>	<b>4</b>
1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE .....	4
1.1.1. <i>La première phase de travaux engagée par la commission Normes et Moyens (2008 et 2012)</i>	4
1.1.2. <i>Une relance des travaux de la commission Normes et Moyens s'inscrivant dans le contexte des chantiers de simplification lancés par le Gouvernement .....</i>	5
1.2. ENJEUX, OBJECTIFS ET PERIMETRE DE L'ETUDE .....	9
1.2.1. <i>Champ de l'étude : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes .....</i>	9
1.2.2. <i>Objectifs de l'étude et missions confiées au cabinet EQR .....</i>	11
1.3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	11
1.3.1. <i>Pilotage de la mission.....</i>	11
1.3.2. <i>Etude documentaire .....</i>	12
1.3.3. <i>Entretiens réalisés avec les acteurs « non EHPAD » identifiés dans le champ des normes .....</i>	12
1.3.4. <i>Principe et format du questionnaire en ligne .....</i>	13
1.3.5. <i>Visites sur site.....</i>	18
1.3.6. <i>Précautions de lecture des résultats de l'analyse ci-dessous présentés.....</i>	20
<b>2. RESULTATS DE L'ANALYSE.....</b>	<b>20</b>
2.1. ANALYSE DU NIVEAU D'APPLICATION DES NORMES ET OBLIGATIONS QUESTIONNEES.....	21
2.1.1. <i>Synthèse (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens).....</i>	21
2.1.2. <i>Analyse détaillée (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens).....</i>	22
2.2. ANALYSE DU RAPPORT ENTRE LE COUT ET LE BENEFICE DES NORMES ET OBLIGATIONS QUESTIONNEES .....	37
2.2.1. <i>Perception globale des normes et obligations questionnées (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens).....</i>	37
2.2.2. <i>Synthèse des entretiens menés avec les acteurs « non EHPAD » identifiés dans le champ des normes 39</i>	
2.2.3. <i>Analyse du rapport coût-bénéfice des normes.....</i>	40
<b>3. PISTES DE REFLEXION ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ANALYSE .....</b>	<b>48</b>
3.1. PROPOSITIONS POUR AMELIORER L'APPUI AUX DIRECTEURS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES NORMES .....	48
3.2. PROPOSITIONS D'ALLEGEMENT NORMATIF .....	50
3.2.1. <i>Proposition d'allègement normatif évoquées par les établissements (source : questionnaire en ligne, visites sur site) .....</i>	50
3.2.2. <i>Synthèse : pistes de réflexion en matière de simplification.....</i>	55
<b>4. CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
<b>5. ANNEXE - TRAME DE QUESTIONNAIRE EN LIGNE ADRESSE AUX EHPAD .....</b>	<b>58</b>

## GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AJ : Accueil de jour

ARS : Agence régionale de santé

CD : Conseil départemental

CCG : Commission de coordination gériatrique

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNEN : Conseil national d'évaluation des normes

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DHUP : Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction générale de la santé

DLU : Dossier de liaison d'urgence

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

ERP : Établissement recevant du public

GMP : GIR moyen pondéré

HT : Hébergement temporaire

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAP : Modernisation de l'action publique

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PMP : Pathos moyen pondéré

PUI : Pharmacie à usage intérieur

UHR : Unité d'hébergement renforcé

**Convention de lecture** : dans le présent document, on désigne par « normes » ou « obligations » un ensemble de règles juridiques, administratives ou techniques qui s'imposent aux EHPAD, après avoir fait l'objet d'une analyse spécifique dont les principes sont exposés dans le préambule.

## 1. PRÉAMBULE

### 1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

**La présente étude s'inscrit dans le cadre des travaux de la commission Normes et Moyens du Conseil de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA).**

Elle a pour objet d'étudier l'impact des normes s'appliquant aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur ces structures et doit permettre de fournir des éléments de compréhension du rapport entre le coût lié à ces normes et l'intérêt qu'elles représentent pour les personnes accueillies et de proposer, le cas échéant, des recommandations relatives à l'allègement de ces normes.

#### 1.1.1. La première phase de travaux engagée par la commission Normes et Moyens (2008 et 2012)

Créée par la loi du 30 juin 2004 et renforcée par la loi du 11 juin 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la CNSA est chargée de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ;
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps ;
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

Établissement public administratif, la CNSA comprend un Conseil chargé de fixer ses orientations et les principaux objectifs. Elle est donc à la fois une caisse chargée de répartir les moyens financiers et une agence d'appui technique.

**Au sein de ce Conseil a été créée en 2008 une commission Normes et Moyens.** Le rapport 2008 du Conseil prévoyait ainsi la création d'une « *commission chargée d'élaborer des indicateurs sur les moyens nécessaires aux structures pour remplir leurs objectifs de qualité ainsi que toutes leurs obligations légales et réglementaires* ».

Les premiers travaux de la commission Normes et Moyens ont porté sur les établissements pour personnes âgées et sur l'analyse des normes applicables à ces établissements dans toute leur diversité :

- Architecturale ;
- D'hygiène et de sécurité ;
- En matière de droit du travail ;
- En matière de qualité de service.

Ces travaux ont abouti à un premier recensement des normes existantes, listées en annexe du rapport d'étape de la commission de mars 2012<sup>1</sup>. Y figurent ainsi :

- Un tableau synoptique des normes générales établi par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- Une liste de normes techniques applicables aux EHPAD fournie par la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) ;

---

<sup>1</sup> CNSA, *Rapport d'étape de la commission Normes et Moyens du Conseil de la CNSA*, mars 2012

- Un recueil des obligations spécifiques aux établissements fourni par le Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA).

Outre le recensement des normes, l'objectif initial était d'identifier les moyens nécessaires pour les atteindre, dans la perspective de procéder à un chiffrage macro-économique du coût de ces dernières. Pour ce faire, une première expérimentation menée avec le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) de l'université Paris Dauphine a porté sur l'obligation relative au contrat de séjour. Le diagnostic a établi la forte hétérogénéité des pratiques des établissements analysés. Une seconde expérimentation a porté sur la valorisation du projet de soins sur un établissement unique.

L'ensemble de ces travaux a donné lieu à un rapport d'étape de la commission en 2012. Ce rapport synthétise le travail réalisé, met l'accent sur les questions de méthode auxquelles est confronté ce type d'entreprise et invite à lancer une seconde phase des travaux de la commission.

En février 2013, la commission a engagé une seconde phase en faisant appel à un prestataire. Cette seconde phase a pour objectif principal de mieux identifier, parmi les normes recensées en première phase, **celles dont le rapport entre l'intérêt pour les résidents et la charge pour l'établissement est le plus défavorable.**

### **1.1.2. Une relance des travaux de la commission Normes et Moyens s'inscrivant dans le contexte des chantiers de simplification lancés par le Gouvernement**

**Le lancement de la deuxième phase de travaux de la commission Normes et Moyens s'inscrit dans le contexte de la dynamique nationale de simplification administrative et de réduction des normes promue par le Gouvernement dans le cadre de la Modernisation de l'action publique (MAP), prenant elle-même sa source dans une dynamique de simplification portée depuis plus de vingt ans par l'OCDE.**

#### **La simplification des normes : une dynamique européenne relayée par l'OCDE**

**La simplification des normes est un objectif porté par l'OCDE depuis plus de vingt ans et expérimenté dans plusieurs pays européens.**

Elle constitue une réponse aux écueils éprouvés par de nombreux pays développés à la fin des années 80 et 90<sup>2</sup>. D'une part, un ralentissement économique imputé pour partie à la réglementation, celle-ci « étouffant » l'innovation et l'entrepreneuriat ; d'autre part, la défiance des citoyens à l'égard de leurs administrations. Dans ce cadre, la simplification s'inscrivait dans une conception large de modernisation de l'action publique et des administrations et apparaissait comme un élément essentiel de bonne gouvernance dont les objectifs de « transparence, légitimité, responsabilité, confiance, efficacité et cohérence » composaient la ligne directrice<sup>3</sup>.

**En 1995, à la demande des ministres des pays de l'OCDE, l'Organisation publie une recommandation concernant l'amélioration de la qualité de la réglementation officielle<sup>4</sup>.** En 1997, un rapport sur la réforme réglementaire<sup>5</sup> est produit à sa suite. Ensemble, ces deux textes constitueront un socle documentaire commun pour les pays de l'Organisation.

---

<sup>2</sup> Pour plus d'information, voir OCDE, *Document de référence : la réforme de la réglementation dans les pays de l'OCDE*, 2005.

<sup>3</sup> *Idem*

<sup>4</sup> OCDE, *Recommandation du Conseil de l'OCDE concernant l'amélioration de la qualité de la réglementation officielle*, Paris, 1995.

<sup>5</sup> OCDE, *Rapport de l'OCDE sur la réforme de la réglementation*, Paris, 1997.

**Avant même la publication de ces deux textes, les Pays-Bas ont initié dès 1994 des démarches de réduction des charges administratives supportées par les entreprises, bientôt rejoints par plusieurs pays de l'OCDE :** l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Belgique ou encore le Danemark. L'expérience de ces cinq pays a été prise comme référence, en France, par la mission parlementaire de simplification de l'environnement réglementaire, administratif et fiscal des entreprises, dont l'objectif était de présenter des axes de travail pour « mieux simplifier »<sup>6</sup>.

**En sus de ces démarches, les pays de l'OCDE ont mis en œuvre l'analyse d'impact des réglementations (AIR) sous des formes différentes,** adaptées au pays d'implantation. Un des exemples intéressants en la matière est celui de la Belgique, qui impose que chaque nouvelle loi soit accompagnée du test Kafka. Ce test, qui comporte une série de questions s'inspirant du référentiel de l'OCDE (1995), évalue l'impact des contraintes administratives sur les entreprises.

**Des évaluations *ex post* des réglementations ont également été instaurées** en Allemagne (évaluations ponctuelles), au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (audits des « cours des comptes » anglaises et néerlandaises) et en Belgique (évaluation systématique des législations de plus de trois ans par le Parlement).

**Enfin, dans son rôle de soutien aux administrations, l'OCDE a publié un certain nombre d'outils et de recommandations opérationnelles aux pays qu'elle accompagne :**

- elle a construit, sur la base des travaux néerlandais, un modèle d'évaluation des coûts des réglementations (le *Standard Cost Model*) ;
- en 2012, une nouvelle recommandation<sup>7</sup> a été publiée. Elle agrège les éléments de constat tirés de l'évaluation des politiques de simplification menées dans ces pays et du rapport *Politique réglementaire et gouvernance : soutenir la croissance économique et servir l'intérêt général*, OCDE (2011) qui synthétise dix ans de travaux de l'OCDE sur la réforme réglementaire.

## **La simplification des normes en France, un objectif du Gouvernement renforcé depuis la fin de l'année 2012**

La question des normes a fait l'objet de plusieurs initiatives en France depuis la fin de l'année 2012, dans le cadre de **l'objectif de simplification annoncé par le président de la République :**

- En décembre 2012 puis en avril 2013, deux comités interministériels à la MAP (CIMAP) se sont réunis et ont acté le **principe d'un effort de simplification** destiné à porter notamment sur le droit de l'environnement, les normes relatives à l'immobilier d'entreprise, les textes techniques et comptables.

Les actions proposées portent à la fois sur le « stock » de normes applicables et sur le « flux » des textes en cours de préparation. Parmi les différentes mesures annoncées, il est proposé de généraliser les **études d'impact** à l'ensemble des textes réglementaires et des textes transposant le droit communautaire, d'instaurer le principe « d'une norme créée = une norme supprimée », de développer l'évaluation *ex post* des principaux textes législatifs et de définir avant la fin du premier semestre 2013 un programme pluriannuel de simplification des normes.

---

<sup>6</sup> Mission parlementaire de simplification de l'environnement réglementaire, administratif et fiscal des entreprises, *Mieux simplifier, « la simplification collaborative »*, juillet 2013.

<sup>7</sup> OCDE, *Recommandation du Conseil concernant la politique et la gouvernance réglementaires*, Paris, 2012.

- Une **circulaire du Premier ministre du 7 janvier 2013**, adressée aux ministres, constitue une feuille de route relative à la Modernisation de l'action publique (MAP). Elle indique que la « simplification des normes existantes et la rationalisation de la production de futures normes sont des chantiers ambitieux qui répondent au double impératif de clarification de l'action de l'État vis-à-vis des citoyens et de simplification des procédures applicables aux administrations qui produisent et appliquent ces normes ». La simplification doit participer à la réalisation de l'objectif d'amélioration du service aux citoyens et usagers.
- En mars 2013, le **rapport de messieurs Lambert et Boulard** sur les normes s'appliquant aux collectivités territoriales<sup>8</sup> a été remis au Premier ministre. Ce rapport formule des recommandations portant à la fois sur le réexamen du stock de normes existantes (« alléger le stock ») et sur la maîtrise du flux de normes nouvelles (*voir développements ci-dessous*).
- **Une circulaire du Premier ministre du 2 avril 2013** invite les autorités administratives à adopter une « interprétation facilitatrice des normes » dans l'application des textes.
- Par **une circulaire du 17 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du gel de la réglementation**, le Premier ministre a remplacé le moratoire des normes du 6 juillet 2010 par le « gel de la réglementation » : toute nouvelle norme devra être « gagée » par la suppression ou l'allègement d'une norme ancienne. Ce principe concerne les normes applicables aux collectivités territoriales, mais également celles applicables aux entreprises et au public (particuliers, associations). Le « gel des normes » est entré en vigueur le 1er septembre 2013. Au-delà de l'institution de ce gel, le Premier ministre entend améliorer l'évaluation par l'administration de l'impact juridique et financier des projets de texte réglementaire qu'elle élabore. En outre, l'administration devra se conformer aux bonnes pratiques de la réglementation, à savoir :
  - o ne pas « sur-transposer » les directives communautaires ;
  - o appliquer le principe de proportionnalité, c'est-à-dire laisser des marges de manœuvre pour la mise en œuvre ou prévoir des modalités d'adaptation aux situations particulières.
- **La loi du 17 octobre 2013 portant création du Conseil national d'évaluation des normes (CNEN)** a confié à cette instance la mission d'évaluer les normes applicables aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics. Organisme consultatif composé de trente-six membres, dont vingt-trois représentants des collectivités territoriales, quatre représentants du Parlement et neuf représentants des administrations compétentes de l'État, le CNEN est compétent pour **examiner les impacts techniques et financiers des projets de normes de toute nature** (réglementaire, législative, européenne), applicables aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics. Il bénéficie en outre d'une compétence pour **évaluer les normes réglementaires en vigueur – également appelé « stock de normes »** – dont le bilan coûts-avantage apparaît défavorable à ces mêmes personnes locales, en vue de proposer des suppressions ou des modifications.
- **L'Assemblée nationale a adopté, le 22 juillet 2014, le projet de loi relatif à la simplification de la vie des entreprises**, l'un des volets du choc de simplification. Un premier bilan d'étape a été présenté le 30 octobre 2014 par le secrétaire d'État à la Réforme de l'État et à la Simplification, ainsi que de nouvelles mesures de simplification.
- À l'occasion du congrès des maires en 2014, **les élus locaux ont été invités à répondre à une consultation en ligne sur la simplification des normes**. Cette initiative a été annoncée par le président du Sénat dans son discours au Congrès et a été relayée par l'Association des maires de

---

<sup>8</sup> Lambert, Alain, Boulard, Jean-Claude, *Rapport de la mission de lutte contre l'information normative*, Premier ministre, mars 2013, 116 p.

France auprès de ses adhérents. Elle constitue l'acte inaugural de la mission de simplification des normes applicables aux collectivités territoriales que le bureau du Sénat a confiée à la délégation en novembre 2014. Les 4 200 réponses apportées à cette occasion, dont les trois quarts émanent de maires, ont permis de recueillir l'opinion des élus locaux sur trois points : les secteurs prioritaires en termes de simplification ; certaines actions entreprises par l'État en la matière ; les pistes de simplification envisagées dans deux domaines particuliers.

- **Les services de l'IGAS se sont vus confier par le Gouvernement en février 2015 une revue (pour les années 2014 à 2019) des textes normatifs entraînant des coûts élevés à la charge des collectivités territoriales.** L'IGAS devra ainsi proposer des mesures d'allègement opérationnelles de ces normes. La CNSA a été sollicitée sur l'avancement des travaux menés dans le cadre de la présente étude.

#### **Focus : Résultats de la consultation en ligne des élus locaux sur la simplification des normes en 2014**

Pour disposer d'un outil dédié de lutte contre l'étouffement normatif, le bureau du Sénat a confié en novembre 2014 à la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales une mission de simplification des normes applicables aux collectivités territoriales.

Convaincue que la simplification ne peut réussir qu'avec l'appui des élus locaux et qu'il importe par conséquent de nouer un lien direct avec eux, la délégation a élaboré un questionnaire sur la simplification, mis en ligne sur le site internet du Sénat lors du congrès des maires 2014. Le président Larcher a annoncé et lancé cette initiative dans son discours au congrès et en inaugurant les installations destinées aux élus visitant le Palais du Luxembourg.

La consultation a été structurée autour de trois séries de questions : quelles sont vos priorités en matière de simplification ? Quelle est votre opinion sur deux pistes spécifiques ? Quelles autres suggestions faites-vous ?

L'AMF a accepté de la relayer auprès de ses adhérents. C'est ainsi que son président, François Baroin, a invité les maires, par courrier électronique, le 13 janvier dernier, à apporter leurs réponses.

Le niveau de participation a été significatif : lors de la fermeture de la consultation, le 10 février, près de 4 200 réponses avaient été reçues, dont 76 % apportées par des maires. 3 500 répondants ont complété le questionnaire jusqu'à la dernière page, ce qui donne une indéniable valeur d'enseignement aux réponses apportées. Les principaux résultats sont les suivants :

36 % des répondants ont cité la mise en accessibilité des établissements recevant du public comme une norme à simplifier. Les répondants ont également évoqué les finances publiques locales, en soulignant plus particulièrement la complexité des normes comptables et des demandes de subventions. La gestion du personnel a également été mentionnée à plusieurs reprises. Ces éléments mettent en évidence le souhait de nombreux élus locaux de voir simplifier les règles et les procédures qui alourdissent la gestion quotidienne de leurs collectivités. Le règlement de factures, la constitution de dossiers de subventions, l'accès au crédit ou la paye du personnel sont autant de tâches qui ont été jugées complexes. Le cas de l'application ou du contrôle des règles de sécurité incendie dans les établissements recevant du public a également été cité par plusieurs répondants.

### Focus : Rapport de la mission de lutte contre l'inflation normative – mars 2013

Établi par messieurs Alain Lambert et Jean-Claude Boulard,  
appuyés par madame Ariane Cronel, inspectrice de l'administration

Dans le prolongement des États généraux de la démocratie territoriale, le Premier ministre a confié à monsieur Alain Lambert, président du Conseil départemental de l'Orne et de la Commission nationale d'évaluation des normes (CNEN), et à monsieur Jean-Claude Boulard, président de la communauté urbaine du Mans et maire du Mans, la **mission « d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour alléger le stock des normes qui pèsent sur les collectivités territoriales »**, « de proposer des outils et des méthodes pour évaluer ces normes » et « d'identifier les normes inutiles et inadaptées ».

Messieurs Lambert et Boulard ont remis leur rapport au Premier ministre le 26 mars 2013. Ils formulent plusieurs propositions de nature à « alléger le stock » (première partie) et à améliorer la gestion du « flux » des normes (seconde partie) pesant sur les collectivités territoriales.

Sur le « stock », les auteurs militent pour l'abrogation d'une liste de normes en raison de leur obsolescence ou de leur caractère inadapté. Ils préconisent également l'adoption par les services déconcentrés de l'État de **l'interprétation facilitatrice des normes**, ainsi qu'une évolution de leur posture pour passer du contrôle de la légalité au conseil en interprétation. Ils recommandent également la mise en œuvre d'une **étude des impacts financiers préalables à la création de toute norme**.

Concernant le « flux », les auteurs proposent notamment d'instaurer le **principe de proportionnalité** impliquant « l'adéquation des moyens à un but recherché », de créer des « **normes recommandation** » inspirées des normes techniques de type AFNOR et d'encourager les ministères à réaliser des études d'impact *ex post* des normes réglementaires.

Ils recommandent en outre la mise en œuvre de la règle « une norme créée = une norme abrogée », annoncée par le président de la République dans son allocution aux États généraux de la démocratie territoriale.

Plusieurs de ces propositions ont trouvé un écho dans les décisions du comité interministériel de modernisation de l'action publique du 2 avril 2013.

Par ailleurs, la proposition de création d'une mission de médiateur des normes a trouvé suite dans la nomination de monsieur Lambert comme médiateur des normes. Le médiateur est chargé du dialogue et du règlement amiable des différends entre les administrations centrales et déconcentrées et les collectivités territoriales dans l'application des normes.

## 1.2. ENJEUX, OBJECTIFS ET PÉRIMÈTRE DE L'ÉTUDE

### 1.2.1. Champ de l'étude : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Dans ce contexte, la présente étude doit mesurer l'impact des normes s'appliquant aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle a pour but de fournir des éléments de **compréhension du rapport entre la charge induite par ces normes et l'intérêt qu'elles représentent** pour les personnes accueillies.

Il existe en France plus de 7 700 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>9</sup>. Maisons de retraite médicalisées, les EHPAD hébergent des personnes âgées dépendantes de soixante ans et plus.

La réforme de la tarification et les conventions tripartites (1999) puis la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale ont engagé les établissements dans des démarches d'amélioration continue de la qualité des prestations. Soumis à des évaluations internes et externes, ils doivent se conformer à une réglementation de plus en plus exigeante et à des obligations régulièrement renforcées (sécurité incendie, sécurité alimentaire, électrique, qualité de l'eau, de l'air, pièces rafraîchies, processus budgétaire, projet de soins, dossier de soins, prescriptions médicamenteuses, hygiène...).

Si l'idée d'une trop forte pression des normes est fréquemment évoquée, leur allègement voire leur suppression est plus complexe. D'abord parce que ces normes répondent à des attentes légitimes de sécurité des résidents et des professionnels. Ensuite parce qu'elles répondent à des attentes de qualité de l'accompagnement ou encore parce qu'elles permettent une meilleure équité et un contrôle des ressources publiques allouées. De plus, l'acceptabilité sociale et juridique du risque évolue significativement, en France (et plus globalement dans le monde) à la faveur d'événements médiatiques (sang contaminé, incendie en maison de retraite, maltraitance à personnes vulnérables...). L'aversion au risque reste forte. Pour autant, toutes ces normes ne se valent pas, ni en termes de coût ni en termes de bénéfices pour les personnes. Or, il existe peu d'analyses socio-économiques sur ces questions.

#### **Dès lors, l'enjeu de simplification des normes est réel, mais complexe à appréhender en EHPAD :**

- **Les établissements n'ont pas les mêmes moyens et compétences en interne** : les établissements peuvent être isolés ou rattachés à un siège (associatif ou privé commercial) ou constituer un budget annexe d'un hôpital. La taille des EHPAD varie. La présence ou non de professionnels de la qualité, sécurité, gestion de risques influence la mise en œuvre des obligations, de même que la culture et les appétences de l'encadrement sur les questions normatives et de sécurité.
- **Il n'existe pas toujours de priorisation des normes**. Dans les faits, des arbitrages peuvent être réalisés en fonction de critères propres à chacun même si la plupart du temps de bon sens (niveau de risque pour les résidents, les salariés, risques pour l'établissement...). Le foisonnement normatif peut également induire une tendance à la banalisation. Certaines normes ne sont pas appliquées, plus ou moins consciemment.
- Une récrimination récurrente en EHPAD réside dans le postulat que **la réglementation peut impliquer un arbitrage entre le temps passé auprès du résident et les temps annexes pouvant être défavorables pour lui**. Ce dernier peut se retrouver dans ce constat, puisque les effets du travail autour de la qualité et de la sécurité, par exemple, ne sont pas visibles contrairement à un temps humain et social immédiatement identifiable. De même, les résidents, les familles et le personnel déplorent souvent les contraintes liées à la maîtrise des risques sanitaires en cuisine (HACCP), qui selon eux brident la créativité et le goût.
- Les normes ont un coût direct (coût des équipements, des maintenances...) et indirect (temps humain...). En EHPAD, **ces coûts pèsent sur les départements, les ARS et des résidents** à travers le financement des prix de journée.

---

<sup>9</sup> Source : KPMG, Observatoire des EHPAD, avril 2014.

- Enfin, **certaines normes mettent en tension le principe d'autonomie et de liberté des personnes**. Cette tension permanente dans le secteur est souvent mise en avant par les résidents et les professionnels (médicaments, circulations, tabac, alcool, mobilier personnel...).

Il est à noter que la présente étude a été réalisée dans un contexte calendaire ayant conduit un grand nombre d'EHPAD à réaliser leur évaluation externe peu avant la conduite du questionnaire en ligne et des visites sur site.

### 1.2.2. Objectifs de l'étude et missions confiées au cabinet EQR

Le cabinet EQR a été retenu suite à une procédure d'appel d'offres pour la réalisation de cette étude. Les missions du cabinet consistent, en prenant appui sur une **méthodologie rigoureusement établie** impliquant un questionnement à grande échelle des EHPAD, approfondi par des échanges avec les principaux acteurs intervenant dans le champ des normes et des visites sur site – qui seront notamment l'occasion d'entretiens avec les bénéficiaires (résidents, familles) à :

- fournir un état des lieux précis des normes partiellement ou non appliquées dans les EHPAD, ainsi que des raisons expliquant cette situation ;
- évaluer le bénéfice des normes perçu par les usagers ;
- identifier les normes dont le rapport entre la charge pour l'établissement et l'intérêt pour les résidents apparaît le moins favorable ;
- proposer des recommandations qui pourront s'adresser aux établissements (identification de bonnes pratiques dans la mise en œuvre des normes) comme aux producteurs de normes (proposition de simplification).

### 1.3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La mission d'étude s'est déroulée en **quatre phases**, conformément au cahier des charges :

1. **Phase 1** : Capitalisation des travaux et études déjà produits dans le domaine des normes, cadrage des attendus de l'étude. Cette phase a consisté en la réalisation d'une étude documentaire et d'entretiens exploratoires menés avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), deux agences régionales de santé, trois conseils départementaux et plusieurs fédérations du secteur.
2. **Phase 2** : Création et diffusion d'un questionnaire en ligne, accessible par un lien internet et diffusé par les fédérations à leurs adhérents entre les mois de décembre 2014 et février 2015.
3. **Phase 3** : Exploitation des réponses au questionnaire et approfondissements dans le cadre de visites sur site auprès de vingt EHPAD.
4. **Phase 4** : Consolidation des constats réalisés sur site, synthèse générale et recommandations (auprès d'établissements – bonnes pratiques dans la mise en œuvre des normes – ou auprès des producteurs de normes – propositions de simplifications). Des entretiens complémentaires ont été réalisés pour échanger sur les constats et les pistes de recommandations (ministères).

#### 1.3.1. Pilotage de la mission

La mission a été encadrée par un comité de pilotage constitué des membres de la commission Normes et Moyens : la CNSA, la DGCS, l'ANESM, l'AD-PA, le SYNERPA, la FNAQPA, la FHF, l'UNIOPSS et la Mutualité française.

Celui-ci s'est réuni six fois :

- Une première fois en phase 1 pour le lancement et le cadrage de l'étude ;
- Une deuxième fois en phase 1 pour la validation du questionnaire en ligne ;
- Une troisième fois en phase 2 pour une présentation intermédiaire des résultats du questionnaire en ligne, alors en cours de diffusion ;
- Une quatrième fois en phase 2 pour une présentation des résultats du questionnaire en ligne, alors clôturé, et des visites sur site, alors en cours de réalisation ;
- Une cinquième fois en phase 3 pour la présentation des enseignements issus des visites sur site, alors achevées, et pour échange autour des pistes de simplification ;
- Une sixième fois en phase 3 pour la présentation de la synthèse générale des travaux menés.

### 1.3.2. Étude documentaire

Une analyse documentaire a été réalisée en phase de cadrage afin de :

- Recenser les normes existantes ;
- Recenser les travaux existants en matière de mesure d'impact et de simplification des normes.

*Les documents consultés ont été énumérés dans la bibliographie située en partie 5 du présent document.*

### 1.3.3. Entretiens réalisés avec les acteurs « non-EHPAD » identifiés dans le champ des normes

Tout au long de la mission, vingt et un entretiens individuels ou collectifs, physiques, téléphoniques ou par visioconférence, ont été organisés avec plusieurs acteurs impliqués dans le champ des normes, identifiés en phase de lancement. Ont ainsi été consultés :

- La Direction générale de la cohésion sociale – ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (phase 1) ;
- La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes – ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique (phase 4) ;
- La Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages – ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (phase 4) ;
- La Direction générale de la santé, sous-direction de la prévention des risques liés à l'alimentation – ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (phase 4) ;
- La Direction générale de la sécurité civile – ministère de l'Intérieur (phase 4) ;
- L'Agence nationale d'appui à la performance (phase 1) ;
- L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (phase 1) ;
- L'Assemblée des départements de France (phase 1) ;
- Deux agences régionales de santé (phase 1) ;
- Quatre conseils départementaux (trois en phase 1, un en phase 4) ;
- Cinq fédérations ou unions représentatives du secteur des personnes âgées (SYNERPA, FHF, FNAQPA, FEHAP, AD-PA).

Ces entretiens, réalisés de façon semi-directive et d'une durée d'une heure et demie en moyenne, ont permis d'étayer l'analyse du point de vue :

- De directions productrices de normes, dont certaines concernent spécifiquement ou non les EHPAD ;
- Des deux principales agences nationales impliquées dans le secteur médico-social, productrices d'outils, de guides et de recommandations à destination de ces établissements ;
- De plusieurs ARS et conseils départementaux, autorités administratives en charge de l'autorisation, du financement et du contrôle des EHPAD ;
- Des principales fédérations et associations représentatives du secteur des personnes âgées, pour la plupart impliquées dans la commission Normes et Moyens ;
- De l'Assemblée des départements de France, représentant les départements auprès des pouvoirs publics, centre de ressources pour les conseils départementaux et lieu d'échange et de partage entre élus et techniciens départementaux.

### 1.3.4.Principe et format du questionnaire en ligne

#### Principe et format

Le questionnaire en ligne à destination des EHPAD, ouvert entre le 29 décembre 2014 et le 20 février 2015, relayé par les fédérations partenaires de l'étude et évoqué dans plusieurs publications spécialisées, a permis d'obtenir **501 réponses, dont 500 exploitables**.

Si le mode de diffusion du questionnaire choisi ne permet pas de connaître précisément le nombre d'établissements destinataires de celui-ci, le nombre de réponses obtenues conduit à penser qu'un grand nombre d'établissements l'a effectivement reçu.

Le questionnaire, strictement anonyme, comprenait 125 questions, dont 17 de caractérisation et 3 questions ouvertes. Avec les sous-questions et les questions conditionnées, ce sont donc 114 obligations s'appliquant aux EHPAD qui ont été interrogées<sup>10</sup>. Pour chaque obligation identifiée, il était demandé à l'EHPAD de renseigner son niveau d'application dans l'établissement selon la cotation suivante :

- **Cotation A** : la norme est appliquée en totalité.
- **Cotation B** : la norme est appliquée en grande partie.
- **Cotation C** : la norme est très partiellement appliquée.
- **Cotation D** : la norme n'est pas appliquée.

**Dans le cas d'une cotation en B, C ou D**, l'EHPAD était invité à préciser les deux causes principales de non-application de la norme ou de son application partielle. Les causes alors proposées étaient les suivantes :

- **Méconnaissance et/ou complexité de la norme** : l'établissement n'a pas connaissance de la norme ou une connaissance partielle et insuffisante de ses modalités de mise en œuvre qui le conduit à ne pas l'appliquer.

---

<sup>10</sup> La trame du questionnaire en ligne, présentant les questions exactement telles qu'elles ont été posées se trouve en annexe 1 au présent rapport.

- **Rapport coût/bénéfice de la norme défavorable** : l'établissement a estimé que le rapport coût/bénéfice de la mise en œuvre de la norme était défavorable, ce qui l'a conduit à ne pas l'appliquer.
- **Cause matérielle** : l'établissement estime ne pas être en mesure d'appliquer la norme pour des raisons matérielles (problème de locaux, de bâti, équipement vétuste...).
- **Cause financière** : l'établissement estime ne pas être en mesure d'appliquer la norme pour des raisons financières (dont poste(s) non budgété(s)).
- **Cause RH** : l'établissement estime ne pas être en mesure d'appliquer la norme pour des raisons de moyens humains (inclut le(s) poste(s) budgété(s), mais vacant(s), problématique d'organisation, problématique de recrutement...).
- **Cause externe** : la norme ne peut être appliquée pour des raisons externes à l'établissement (absence d'autorisation, problématique partenariale...).
- **Non applicable ou exonéré** : l'établissement n'est pas concerné par la norme ou exonéré de son application.

Le caractère strictement anonyme du questionnaire a été pensé pour favoriser la « sincérité » des réponses. Toutefois, **quelques éléments susceptibles de nuancer ces chiffres sont à connaître** :

- Le mode de réponse au questionnaire était strictement **déclaratif**, il n'était pas demandé d'éléments de preuve ;
- La réponse au questionnaire s'étant effectuée sur une **base volontaire**, il est possible que le panel de répondants comprenne une part d'établissements plutôt dynamiques sur ces questions ;
- Pour permettre aux directions d'établissements de **répondre dans un temps limité** (30 minutes), certaines normes ont été interrogées de manière globale ; leur décomposition aurait pu conduire à une analyse plus fine des situations (par exemple, à la question n° 55 « le dossier de soins est-il mis en place et tenu à jour ? », il est possible d'imaginer deux réponses différentes concernant la mise en œuvre d'une part et la mise à jour de l'autre).

Par ailleurs, il est à préciser que les visites sur site réalisées en phase 3 n'avaient pas pour but de vérifier la mise en œuvre concrète des normes ni la « véracité » des réponses au questionnaire.

### Profil des répondants à l'enquête en ligne

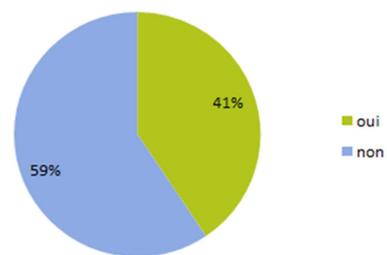
**500 établissements ont répondu à l'enquête passée en ligne.** Plusieurs questions de caractérisation leur ont été posées, permettant de dresser le portrait de ces derniers :

<b>PROFIL DES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE EN LIGNE</b>
<p>500 réponses exploitables ont été enregistrées au questionnaire en ligne. Plusieurs questions de caractérisation posées en première partie permettent de dresser le profil des répondants.</p> <p>Il est à noter que la commission Normes et Moyens a souhaité garantir le strict anonymat des réponses. Ainsi, certaines données de caractérisation habituelles ont été volontairement écartées (statut, FINESS, département d'appartenance, localisation rurale/urbaine). Il n'est donc pas possible de mesurer la représentativité de l'échantillon en termes de statut.</p>

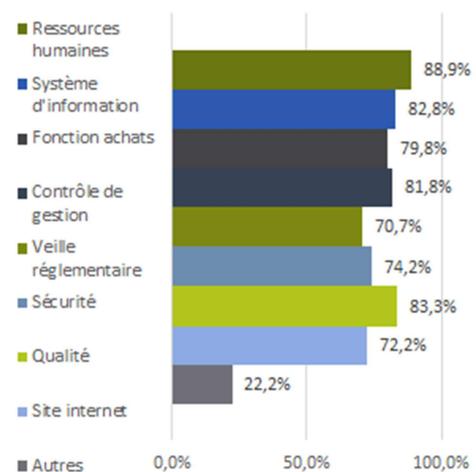
	Questionnaire Normes et Moyens 2015		Données de comparaison <sup>11</sup>
	Moyenne	Médiane	Moyenne
Nombre de places	<b>111</b> dont 101 habilitées à l'aide sociale	<b>86</b> dont 84 habilitées à l'aide sociale	<b>76,5</b> <i>DREES, Enquête EHPA 2011</i>
GMP (dernier validé)	<b>707</b>	<b>715</b>	<b>700</b> (2011) <i>DREES, Enquête EHPA 2011</i>
PMP (dernier validé)	<b>205</b>	<b>191</b>	<b>176</b> (2012) <i>CNSA, Les soins en EHPAD 2012, le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS</i>
Nombre d'ETP budgétés	<b>70,17</b>	<b>54,32</b>	<b>49,6</b> (2007) <i>DREES, Enquête EHPA 2007</i>
Taux d'encadrement	<b>0,63</b>	<b>0,63</b>	Moyenne : <b>0,57</b> <i>DREES, Enquête EHPA 2007</i>

Une minorité d'EHPAD ayant répondu au questionnaire en ligne (41 %) sont **rattachés à un ensemble plus vaste** (groupe privé commercial, association, établissement de santé...) doté de fonctions supports.

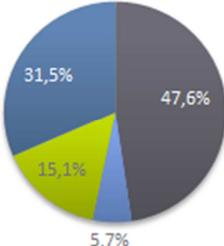
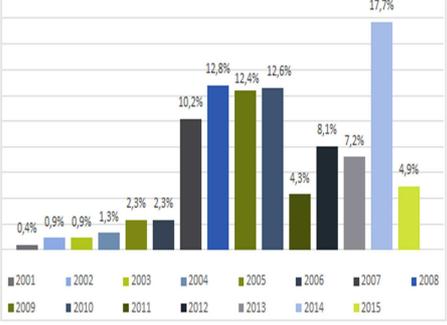
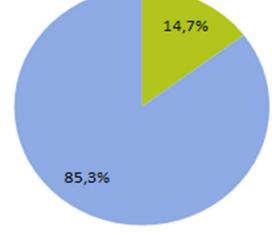
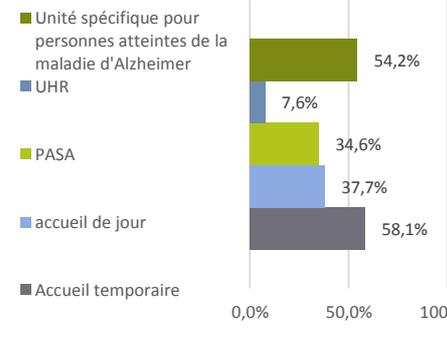
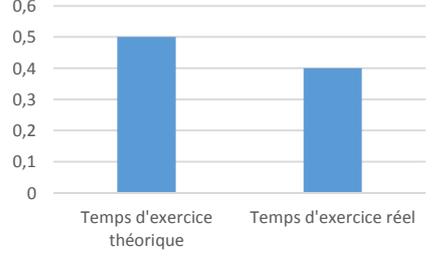
Quand c'est le cas, **les fonctions supports couvrent un vaste champ de sujets**, pouvant s'étendre au-delà des items proposés par l'enquête, notamment dans le cas d'EHPAD adossés à un centre hospitalier : direction générale, direction des soins, comptabilité/finances, formation, blanchisserie, restauration, services techniques/logistique, formation, équipe opérationnelle d'hygiène, pharmacie, imagerie, permanence et astreinte médicale...

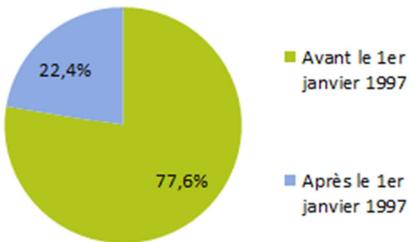
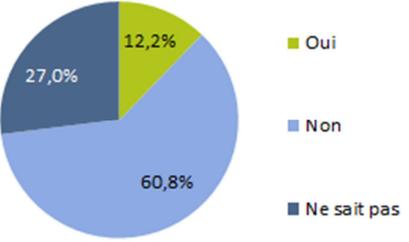
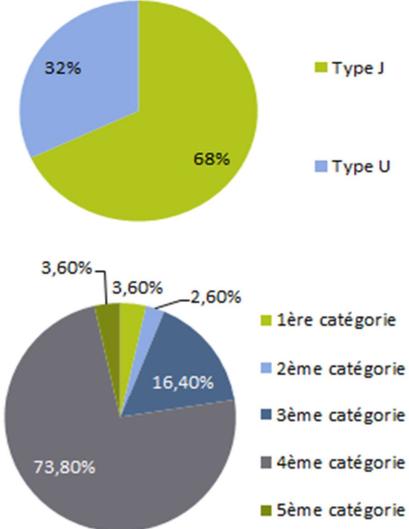
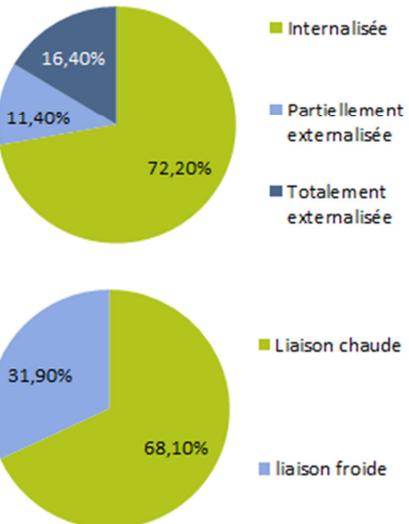


**Rattachement à un ensemble plus vaste (groupe, association, établissement de santé) doté de fonctions supports**

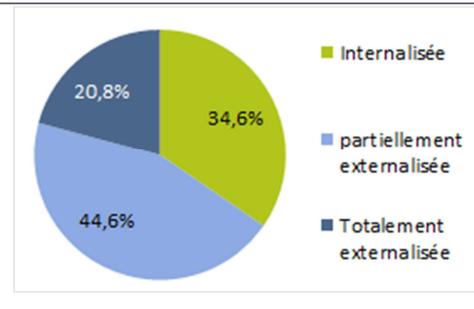


<sup>11</sup> Les ratios d'effectifs sont comparés à des moyennes issues d'enquêtes nationales (DREES). L'interprétation des résultats doit être faite avec prudence au regard des écarts de périodicité des enquêtes (enquête DREES 2011 non totalement disponible) et des différences de protocoles de collectes, à prendre en considération.

<p>Les EHPAD répondant au questionnaire en ligne sont répartis de manière équilibrée entre le <b>tarif partiel</b> (53,4 %) et le <b>tarif global</b> (46,6 %).</p> <p>De manière plus fine, on constate une prédominance des EHPAD en tarif partiel sans PUI, qui constituent 47,6 % de l'échantillon, avant le tarif global avec PUI (31,5 %).</p> <p>Parmi les EHPAD sans PUI, seuls 1,7 % ont déclaré appartenir à un GCS (ou GCSMS) disposant d'une PUI.</p>	 <p>■ Tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur  ■ Tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur  ■ Tarif global sans pharmacie à usage intérieur  ■ Tarif global avec pharmacie à usage intérieur</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de tarif</th> <th>Présence de PUI</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tarif partiel</td> <td>Sans PUI</td> <td>47,6%</td> </tr> <tr> <td>Tarif partiel</td> <td>Avec PUI</td> <td>31,5%</td> </tr> <tr> <td>Tarif global</td> <td>Sans PUI</td> <td>15,1%</td> </tr> <tr> <td>Tarif global</td> <td>Avec PUI</td> <td>5,7%</td> </tr> </tbody> </table>	Type de tarif	Présence de PUI	Pourcentage	Tarif partiel	Sans PUI	47,6%	Tarif partiel	Avec PUI	31,5%	Tarif global	Sans PUI	15,1%	Tarif global	Avec PUI	5,7%																	
Type de tarif	Présence de PUI	Pourcentage																															
Tarif partiel	Sans PUI	47,6%																															
Tarif partiel	Avec PUI	31,5%																															
Tarif global	Sans PUI	15,1%																															
Tarif global	Avec PUI	5,7%																															
<p><b>60,4 % des EHPAD</b> ayant répondu au questionnaire en ligne <b>ont des conventions tripartites qui arrivent à échéance en 2015.</b></p>	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2001</td><td>0,4%</td></tr> <tr><td>2002</td><td>0,9%</td></tr> <tr><td>2003</td><td>0,9%</td></tr> <tr><td>2004</td><td>1,3%</td></tr> <tr><td>2005</td><td>2,3%</td></tr> <tr><td>2006</td><td>2,3%</td></tr> <tr><td>2007</td><td>10,2%</td></tr> <tr><td>2008</td><td>12,8%</td></tr> <tr><td>2009</td><td>12,4%</td></tr> <tr><td>2010</td><td>12,6%</td></tr> <tr><td>2011</td><td>4,3%</td></tr> <tr><td>2012</td><td>8,1%</td></tr> <tr><td>2013</td><td>7,2%</td></tr> <tr><td>2014</td><td>17,7%</td></tr> <tr><td>2015</td><td>4,9%</td></tr> </tbody> </table>	Année	Pourcentage	2001	0,4%	2002	0,9%	2003	0,9%	2004	1,3%	2005	2,3%	2006	2,3%	2007	10,2%	2008	12,8%	2009	12,4%	2010	12,6%	2011	4,3%	2012	8,1%	2013	7,2%	2014	17,7%	2015	4,9%
Année	Pourcentage																																
2001	0,4%																																
2002	0,9%																																
2003	0,9%																																
2004	1,3%																																
2005	2,3%																																
2006	2,3%																																
2007	10,2%																																
2008	12,8%																																
2009	12,4%																																
2010	12,6%																																
2011	4,3%																																
2012	8,1%																																
2013	7,2%																																
2014	17,7%																																
2015	4,9%																																
<p>Près de 15 % des EHPAD ayant répondu au questionnaire en ligne ont signé un <b>contrat annuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</b>.</p>	 <p>■ Oui  ■ Non</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>14,7%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>85,3%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	14,7%	Non	85,3%																										
Réponse	Pourcentage																																
Oui	14,7%																																
Non	85,3%																																
<p><b>76 % des répondants au questionnaire en ligne disposent de dispositifs spécifiques</b> (hébergement temporaire, accueil de jour, PASA, UHR, unité spécifique Alzheimer).</p> <p>Il s'agit le plus souvent d'accueil temporaire (58,1 %) ou d'unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (54,2 %). Les dispositifs UHR sont les moins représentés dans l'échantillon.</p>	 <p>■ Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer  ■ UHR  ■ PASA  ■ accueil de jour  ■ Accueil temporaire</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dispositif</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</td> <td>54,2%</td> </tr> <tr> <td>UHR</td> <td>7,6%</td> </tr> <tr> <td>PASA</td> <td>34,6%</td> </tr> <tr> <td>accueil de jour</td> <td>37,7%</td> </tr> <tr> <td>Accueil temporaire</td> <td>58,1%</td> </tr> </tbody> </table>	Dispositif	Pourcentage	Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	54,2%	UHR	7,6%	PASA	34,6%	accueil de jour	37,7%	Accueil temporaire	58,1%																				
Dispositif	Pourcentage																																
Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	54,2%																																
UHR	7,6%																																
PASA	34,6%																																
accueil de jour	37,7%																																
Accueil temporaire	58,1%																																
<p><b>89 % des répondants déclarent disposer d'un médecin coordonnateur.</b> Le temps d'exercice théorique moyen s'établit à 0,50 ETP ; le temps d'exercice réel à 0,44 ETP. Il existe donc un écart de 0,06 ETP entre le théorique et le réel moyen.</p> <p>L'analyse des temps médians accroît cet écart puisque le temps théorique médian s'établit à 0,5, contre 0,4 ETP pour le temps réel.</p>	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de temps</th> <th>Valeur (ETP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temps d'exercice théorique</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Temps d'exercice réel</td> <td>0,44</td> </tr> </tbody> </table>	Type de temps	Valeur (ETP)	Temps d'exercice théorique	0,5	Temps d'exercice réel	0,44																										
Type de temps	Valeur (ETP)																																
Temps d'exercice théorique	0,5																																
Temps d'exercice réel	0,44																																

<p><b>77,6 % des EHPAD répondants ont ouvert avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997</b> et sont donc concernés par la tenue d'un <b>registre amiante</b>. 22,4 % ne le sont pas.</p>	 <p>■ Avant le 1er janvier 1997 ■ Après le 1er janvier 1997</p>
<p><b>12,2 % des EHPAD répondants sont concernés par le registre « radon »</b>. Une proportion non négligeable d'établissements déclarent ne pas connaître son « statut radon » (c'est-à-dire connaître son implantation ou non dans une « zone radon »).</p>	 <p>■ Oui ■ Non ■ Ne sait pas</p>
<p><b>Une majorité d'EHPAD répondants (68 %) est classée en type J</b> (structures d'accueil pour personnes âgées ou personnes handicapées) <b>de quatrième catégorie</b>.</p> <p>On observe une petite représentation des catégories « extrêmes » (première et cinquième catégorie).</p>	 <p>■ Type J ■ Type U</p> <p>■ 1ère catégorie ■ 2ème catégorie ■ 3ème catégorie ■ 4ème catégorie ■ 5ème catégorie</p>
<p><b>Plus des trois quarts des EHPAD répondants déclarent une prestation restauration internalisée ou partiellement externalisée</b> et assurée majoritairement en liaison chaude.</p>	 <p>■ Internalisée ■ Partiellement externalisée ■ Totalement externalisée</p> <p>■ Liaison chaude ■ liaison froide</p>

**Un peu moins de la moitié des EHPAD répondants déclarent une prestation blanchisserie partiellement externalisée.** La blanchisserie est internalisée dans un peu plus d'un tiers des cas.



Il est à rappeler que la commission Normes et Moyens a souhaité garantir le strict anonymat des réponses au questionnaire. Aussi, certaines données de caractérisation ont été volontairement écartées (statut, numéro FINESS, département d'appartenance, localisation rurale/urbaine). Il n'est ainsi pas possible d'évaluer la représentativité de l'échantillon en termes de statut.

### 1.3.5. Visites sur site

#### Principes retenus

Les visites sur site avaient pour objectif d'approfondir les points saillants issus du questionnaire par des rencontres avec les professionnels et usagers au sein de vingt EHPAD. En pratique, ces visites ont permis d'échanger de façon directe et concrète avec les directions et l'encadrement, les professionnels soignants et non soignants ainsi qu'avec des résidents et des familles, sur le rapport entre le coût et le bénéfice des normes.

La sélection des établissements visités a été opérée de la façon suivante : un tirage au sort par la CNSA d'une centaine d'EHPAD a été opéré en fonction des caractéristiques déterminées (statut, option tarifaire) sur le modèle d'un sondage aléatoire simple stratifié<sup>12</sup> ; un mail a été envoyé à ces EHPAD pour manifestation d'intérêt à recevoir un consultant pendant une journée pour échanger sur les normes en EHPAD.

#### Profil des établissements visités

Vingt EHPAD ont été visités en phase 3 de la présente étude. Plusieurs questions de caractérisation leur ont été posées, permettant de dresser le portrait de ces derniers :

	Région	Statut	Implantation	Nb de places	Tarif	Fonctions supports
EHPAD 1	Ile-de-France	PNL	urbaine	87	Partiel sans PUI	oui RH
EHPAD 2	Ile-de-France	Public territorial	rurale	158	Partiel sans PUI	non
EHPAD 3	Bretagne	PNL	urbaine	102	Partiel sans PUI	non
EHPAD 4	Bretagne	Privé (Assurance maladie)	urbaine	160	Global avec PUI	oui - Informatique, de l'hébergement au choix des logiciels (CNAM) à titre gratuit ; - Budgétaire et financier, jusqu'à la certification des comptes (pas de commissaires aux comptes, mais cour des comptes) ; - Ressources humaines, paye et gestion personnelle ;

<sup>12</sup> Procédure surveysmeans de SAS.

						- Architecture et patrimoine (assistance à la maîtrise d'ouvrage) ; - Qualité (pôle régional qualité avec pilotage démarche qualité, assistance – conception d'outils, appui audit et formation par l'UGECAM)
EHPAD 5	Aquitaine	Public autonome	rurale	90	Partiel sans PUI	non
EHPAD 6	Aquitaine	Public autonome	rurale	82	Partiel sans PUI	non
EHPAD 7	Midi-Pyrénées	Public territorial	rurale	50	Partiel sans PUI	oui centre de gestion : budget, RH, SI
EHPAD 8	Auvergne	Privé commercial	urbaine	113	Partiel sans PUI	Oui : RH, paye, sécurité, contrats cadres...
EHPAD 9	Charente	Public (FPH)	rurale	94	Partiel sans PUI	oui centre hospitalier (direction commune), intervention de l'infirmière hygiéniste, support possible en matière de maintenance. Pas de groupement d'achat.
EHPAD 10	Champagne-Ardenne	PNL	urbaine	101	Global avec PUI	oui RH, formation, SI, service juridique, internet
EHPAD 11	Champagne-Ardenne	Public territorial	rurale	40	Partiel sans PUI	non
EHPAD 12	Bourgogne	PNL	urbaine	83	Partiel sans PUI	oui achats, RH, qualité, internet, budget, comptabilité, formations
EHPAD 13	Basse-Normandie	PNL	rurale	106	Partiel sans PUI	non
EHPAD 14	Rhône-Alpes	PNL	urbaine	133	Partiel sans PUI	non
EHPAD 15	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Public autonome	rurale	59	Partiel sans PUI	Oui (Finances, budget, technique, qualité, informatique, économie...)
EHPAD 16	Bretagne	PNL	rurale	80	Global sans PUI	oui RH, finance, informatique
EHPAD 17	Pays de la Loire	Privé commercial	urbaine	84	Global sans PUI	oui qualité, RH, finance, développement, immobilier, exploitation, politique médicale, achats, comptabilité, paye, service juridique, SI, communication
EHPAD 18	Pays de la Loire	Public autonome	rurale	90	Global sans PUI	non
EHPAD 19	Ile-de-France	Public	urbaine	1083	Global avec PUI	Oui (RH, SI, travaux, qualité, formation, facturation, transports, blanchisserie...)
EHPAD 20	Franche-Comté	Privé commercial	rurale	75	Partiel sans PUI	Oui (RH, achat, paye, comptabilité, juridique, exploitation, informatique)

Il est à rappeler que la commission Normes et Moyens a souhaité garantir le strict anonymat des répondants. Aussi, certaines données de caractérisation ont été volontairement écartées (département d'implantation).

## Précautions de lecture concernant le témoignage des acteurs lors des visites sur site

Afin de faire partie des établissements visités, ceux-ci devaient être obligatoirement volontaires pour prendre part à la série d'entretiens avec les consultants en charge de leur réalisation. Les entretiens ont été menés de façon semi-directive auprès des différents acteurs de l'établissement :

- Le personnel de direction et d'encadrement ;
- Le(s) médecin(s) coordonnateur(s) ;
- Un échantillon de professionnels de soin et d'accompagnement (infirmier, aides-soignants, agents de soins, animateurs...);
- Un échantillon d'agents en charge de questions techniques, logistiques, d'hygiène et de sécurité ;
- Un échantillon d'agents de restauration (chefs de cuisine, commis...);
- Un échantillon d'usagers participant ou non aux instances de participation ;
- Un échantillon de familles participant ou non aux instances de participation.

Il a été demandé aux établissements d'organiser les rendez-vous avec les personnes concernées. Les entretiens ont été menés individuellement ou en petits groupes, en distinguant le statut de chaque personne (professionnel, usager...), sur une journée.

### 1.3.6. Précautions de lecture des résultats de l'analyse présentés ci-dessous

Si le format du questionnaire en ligne a permis un traitement quantitatif et statistique des réponses, les visites sur site se sont déroulées, comme évoqué ci-dessus, dans le cadre d'entretiens semi-directifs ayant vocation à explorer et approfondir de manière qualitative les points saillants identifiés dans l'exploitation du questionnaire en ligne auprès des professionnels de direction, d'agents soignants et non soignants, de bénéficiaires.

Il en a été de même avec les principaux acteurs « non-EHPAD » identifiés dans le champ des normes.

Les résultats présentés ci-dessous sont donc, sauf mention contraire, une synthèse d'ordre qualitatif des observations effectuées. La source des données (questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens) est systématiquement mentionnée.

**En outre, il est à préciser que les résultats présentés ci-dessous ne constituent pas une analyse définitive du bien-fondé des normes et obligations questionnées, mais qu'ils apportent des éléments de compréhension quant au rapport perçu entre leur coût d'une part et leur bénéfice d'autre part.**

## 2. RÉSULTATS DE L'ANALYSE

Cette partie présente les principaux enseignements de l'étude sur les aspects suivants :

- Le niveau d'application des normes et obligations questionnées (partie 2.1) ;
- L'analyse du rapport entre le coût et le bénéfice des normes et obligations questionnées (partie 2.2).

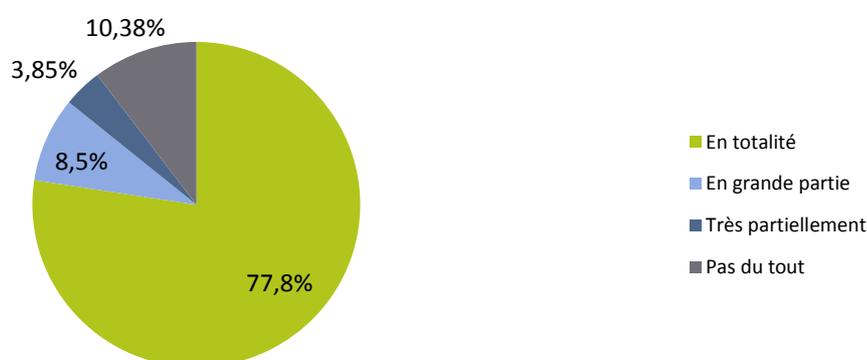
## 2.1. ANALYSE DU NIVEAU D'APPLICATION DES NORMES ET OBLIGATIONS QUESTIONNÉES

**Propos liminaire : les analyses présentées ci-dessous concernent uniquement et spécifiquement les normes et obligations telles qu'elles ont été interrogées dans le cadre du questionnaire en ligne, figurant en annexe du présent rapport.**

### 2.1.1. Synthèse (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

Le questionnaire en ligne met en lumière un bon niveau d'application des normes. Toutes questions confondues, les EHPAD répondant ont déclaré appliquer en totalité 77,8 % des normes questionnées<sup>13</sup>. Si l'on additionne les mentions « application totale » et « en grande partie », ce chiffre s'élève à 86,1 %.

Niveau moyen d'application des normes questionnées



Source : questionnaire en ligne

**Les visites sur site ont contribué à confirmer ce constat** – il n'a en tout cas pas été observé de contradiction significative sur le terrain. De même, les entretiens menés avec plusieurs acteurs impliqués dans le champ des normes (ARS, conseils départementaux notamment) ont globalement confirmé cet enseignement.

**Plus précisément, dans le cadre du questionnaire en ligne, on observe que certaines thématiques se distinguent par leur niveau particulièrement élevé d'application des obligations questionnées** (application totale supérieure à la moyenne située à 77,8 %). Il s'agit en particulier :

- Des **normes entourant la procédure budgétaire** ;
- Des **normes d'hygiène et de sécurité en général** : légionelle, DASRI, sécurité incendie, HACCP ;
- Des **affichages obligatoires relatifs** aux droits des usagers ;
- Des obligations en matière **d'évaluation des pratiques et de bientraitance**.

Ces obligations sont rarement écartées, ce que les visites sur site ont contribué à confirmer. En particulier, les normes d'hygiène et de sécurité sont spécifiques : elles sont techniques et précises, faisant l'objet de contrôles très réguliers, à l'inverse d'autres normes relatives à l'accompagnement des résidents, dont l'application laisse une plus grande part à l'interprétation. Du reste, même si des nuances sont à apporter, leur bénéfice n'est globalement pas remis en cause (*voir développements spécifiques dans la partie 2.2 Analyse du rapport entre le coût et le bénéfice des normes questionnées*)

<sup>13</sup> Figurant en annexe du présent rapport.

À l'inverse, les obligations entourant la procédure budgétaire font partie de celles, avec les obligations en matière de ressources humaines et de droit du travail, les plus régulièrement citées à la question « Où se situent d'après vous les normes dont le rapport entre la charge pour les usagers et les bénéfices pour les usagers est le plus défavorable ? » On n'observe donc pas **de corrélation systématique entre le niveau d'application et le questionnement des normes.**

### 2.1.2. Analyse détaillée (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

**Les normes et obligations dont le niveau d'application « totale » déclaré est le plus élevé (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)**

**Dans le cadre du questionnaire en ligne, plus de la moitié des normes questionnées<sup>14</sup> (63 sur 114) affichent un niveau d'application totale (cotation A) déclarée supérieur à la moyenne – située à 77,8 %.**

51 % des normes questionnées affichent même un niveau d'application totale supérieur à 80 %, 29 % ont un niveau supérieur à 90 % et 14 % un niveau supérieur à 95 %. Les thèmes concernés sont, dans l'ordre décroissant :

- Les obligations questionnées en matière **d'hygiène et de sécurité** ;
- Les obligations questionnées en matière **d'évaluation des pratiques et de bien-être** ;
- Les obligations questionnées en matière de **ressources humaines, le droit du travail**. Pour rappel, il s'agissait des suivantes :
  - o La réalisation des vérifications préalables à l'embauche (vérification des diplômes pour les professions réglementées et de l'absence d'incapacité professionnelle).
  - o Le respect des amplitudes horaires et les temps de repos.
  - o La vaccination du personnel exposé à un risque de contamination (hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite, BCG...)
  - o Dans les EHPAD privés, la réalisation par la personne morale ou physique gestionnaire d'un document unique de délégation (DUD) précisant les compétences et missions confiées par délégation au directeur.
  - o La réalisation des différents affichages à destination du personnel (plannings, règlement intérieur, consignes incendie, affichages relatifs aux instances représentatives du personnel, interdiction de fumer...).
  - o La réalisation des entretiens professionnels (ou d'évaluation) tous les deux ans au moins.
  - o La préparation des médicaments par un préparateur en pharmacie ou un infirmier diplômé d'État.
  - o Le respect des termes du décret de compétences de la profession d'infirmier, prévoyant que les toilettes soient réalisées par les infirmiers en collaboration avec les aides-soignants et les AMP uniquement.
- Les obligations questionnées relatives à **la procédure budgétaire** ;
- Les obligations questionnées relatives aux **droits des usagers** ;
- Les obligations questionnées entourant **les dispositifs spécifiques (accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR)** ;
- Les obligations questionnées en matière **d'organisation des soins**.

---

<sup>14</sup> Figurant en annexe du présent rapport.

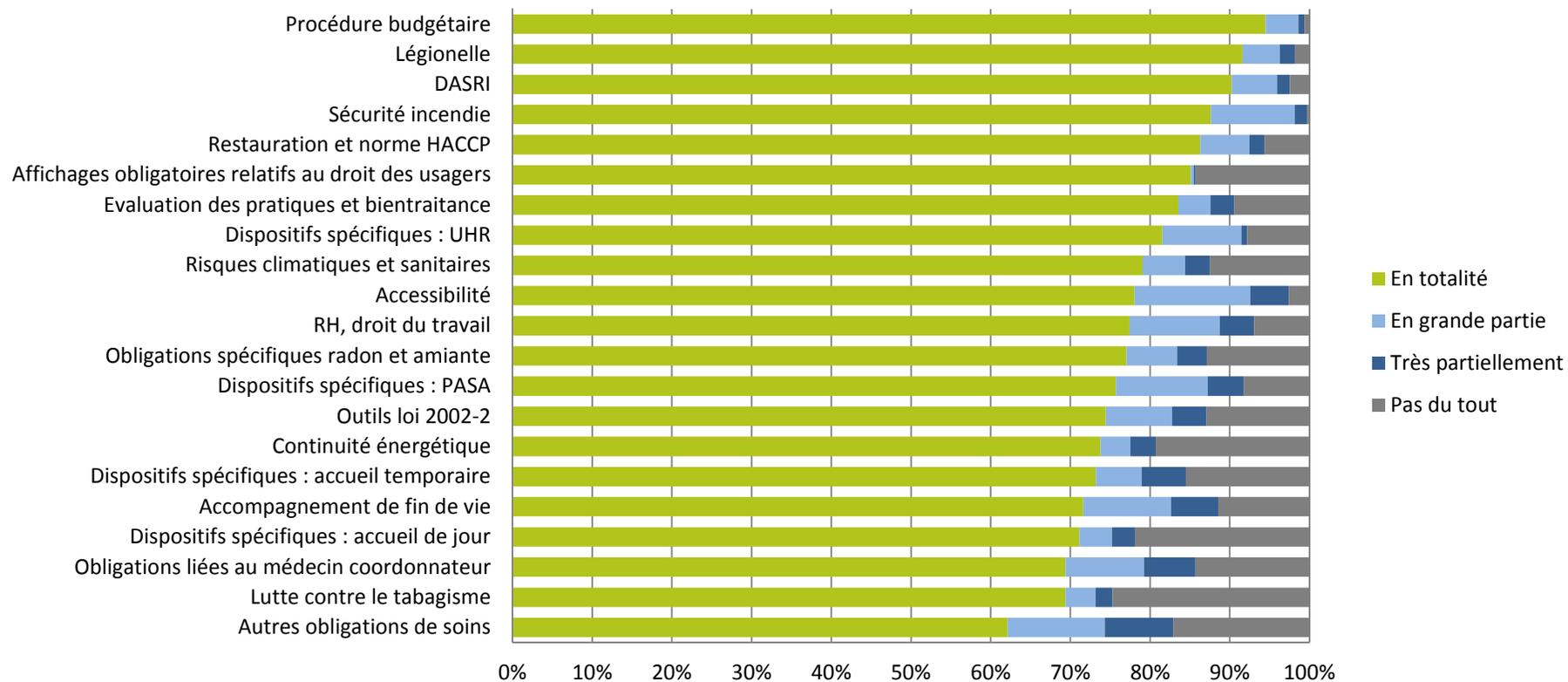
Les visites sur site et les entretiens avec les acteurs du champ des normes ont contribué à confirmer ce constat, en apportant un certain nombre de précisions :

- Comme évoqué ci-dessus, les **obligations relatives à l'hygiène et à la sécurité** sont généralement très bien mises en œuvre et peu remises en cause.
- **Les démarches évaluatives ont été menées dans la grande majorité des EHPAD concernés**, à quelques exceptions près généralement dues à des raisons externes. De même, la protection des salariés ayant témoigné de ce mauvais traitement est largement mise en œuvre ;
- **Les obligations questionnées en matière de droit du travail sont également largement appliquées**, en particulier celles qui concernent :
  - o La préparation des médicaments par un préparateur en pharmacie ou un infirmier diplômé d'État.
  - o Les affichages obligatoires à destination du personnel.
  - o Les vérifications préalables à l'embauche.
  - o La réalisation des entretiens professionnels.

Il en va de même concernant l'application de la procédure budgétaire.

- Les **outils de la loi 2002-2 sont devenus familiers dans la très grande majorité des établissements visités**, même si l'obligation relative à la personnalisation de l'accompagnement par la signature d'un avenant au contrat de séjour précisant les objectifs et prestations adaptés à la personne, élaboré dans les six mois, constitue une difficulté fréquemment évoquée, et si le DIPC est rarement réalisé en cas de refus de signature du contrat de séjour (*voir développements infra*).
- Les **obligations relatives aux droits des usagers, celles entourant les dispositifs spécifiques** et les **obligations en matière de soins** recueillent des résultats plus contrastés, en fonction des aspects questionnés (*voir développements infra*).

### Niveau moyen d'application des normes et obligations questionnées par sous-thèmes



Source : questionnaire en ligne

**Les normes et obligations dont le niveau d'application « partielle » déclaré est le plus élevé (source : questionnaire en ligne, visites sur site)**

Par ailleurs, dans le cadre du [questionnaire en ligne](#), certaines obligations sont – de façon significative – déclarées **appliquées « en grande partie »** (cotation B). Les thèmes concernés sont les suivants :

- **L'accessibilité ;**
- **Les « autres obligations en matière d'organisation des soins » ;**
- **Les obligations questionnées en matière de ressources humaines et de droit du travail ;**
- **Les normes entourant la procédure budgétaire ;**
- **Les dispositifs spécifiques (PASA et UHR) ;**
- **Les obligations concernant l'accompagnement de la fin de vie ;**
- **La sécurité incendie ;**
- **Les obligations relatives au médecin coordonnateur ;**
- **Les outils de la loi 2002-2.**

De façon plus précise, les obligations dont le niveau d'application est le plus grandement déclaré appliqué « en grande partie » portent sur les sujets suivants :

- **Certaines obligations questionnées en matière d'hygiène et de sécurité** et plus spécifiquement la formation du personnel à la sécurité incendie et les obligations relatives à l'accessibilité ;
- **Certaines obligations en matière d'organisation des soins**, en particulier la prescription et réévaluation des contentions, la coordination avec les professionnels libéraux ;
- **Certaines obligations questionnées en matière de ressources humaines et de droit du travail**, en particulier le respect du décret de compétences infirmier relatif aux toilettes et le respect des amplitudes horaires et temps de repos.

Par ailleurs, sont également concernées la norme **relative à la personnalisation de la prise en charge** par la signature d'un avenant au contrat de séjour (norme projet personnalisé) et la **disposition de la loi Léonetti relative à l'information et au recueil des directives anticipées**.

Le questionnaire et les visites sur site ont permis d'apporter des éléments de compréhension : **une partie des normes apparaissant dans la liste ci-dessus sont complexes et revêtent des obligations multiples, qu'il est régulièrement jugé difficile de mettre en place en totalité**. Par exemple :

- **Sur la formation du personnel à la sécurité incendie**, une partie des EHPAD visités a indiqué ne pas appliquer la norme en totalité, pour plusieurs raisons : coûts, notamment de remplacement des agents formés, absentéisme élevé ne permettant pas d'assurer la formation de la totalité des agents... ;
- **Sur la norme accessibilité** : plusieurs établissements, et notamment ceux dont le bâti est le plus ancien, ont indiqué procéder à une mise en accessibilité progressive, notamment pour lisser la charge financière que cela représente ;

- **Sur la norme « projet personnalisé »** : cette norme figure parmi celles dont le niveau d'application est le plus élevé. Elle requiert une implication permanente de la part des établissements puisqu'elle prévoit la révision annuelle des projets ; de ce fait, l'application totale est régulièrement jugée inatteignable du fait des aléas liés à la vie de l'établissement ou de la mise en place récente des projets personnalisés. Plus précisément, si la personnalisation de la prise en charge est plébiscitée, le formalisme qui l'entoure (révision et signature annuelle de l'avenant...) a régulièrement été jugé lourd par les répondants et les EHPAD visités.
- **Sur la norme relative au recours à la contention** : les professionnels soignants rencontrés lors des visites sur site soulignent généralement le bénéfice de cette dernière, mais indiquent que la recommandation est difficilement tenable. De ce fait, une pratique fréquente consiste pour les médecins à réaliser des prescriptions à durée indéterminée, présignées... À ce titre, plusieurs EHPAD suggèrent d'étendre certaines compétences des IDE par délégation du médecin (vaccination contre la grippe et autres actes qu'ils effectuent en libéral, réévaluation avec l'équipe soignante des contentions...).
- **Sur la norme relative à la composition de l'équipe du PASA** : plusieurs établissements ont évoqué une composition non strictement conforme pour diverses raisons, dont des difficultés des recrutements des profils ASG, psychomotricien, ergothérapeute.
- **Sur les normes relatives aux ressources humaines et au droit du travail** : il est à considérer en particulier le décret relatif à la profession d'infirmier concernant la réalisation des toilettes, puisqu'il figure parmi les normes dont le niveau d'application est le moins élevé, ce qu'ont confirmé les visites sur site.

*NB : sur les obligations questionnées dans le cadre de la Loi Léonetti et les obligations relatives au médecin coordonnateur, voir les développements ci-dessous.*

### **Les normes et obligations dont le niveau d'application déclaré est plus faible (source : questionnaire en ligne, visites sur site)**

On observe, **dans le cadre du questionnaire en ligne**, qu'en moyenne seules **10,38 % des normes questionnées<sup>15</sup> sont déclarées totalement inappliquées.**

Plusieurs normes recueillent un niveau d'application relativement élevé. Les thèmes concernés sont, dans l'ordre décroissant :

- Les obligations questionnées entourant **les dispositifs spécifiques (accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR) ;**
- Les obligations questionnées en matière **d'organisation des soins ;**
- Les obligations questionnées relatives aux **droits des usagers ;**
- Les obligations questionnées en matière **d'évaluation des pratiques et de bientraitance ;**
- Les obligations questionnées en matière **d'hygiène, la sécurité et les normes architecturales ;**
- Les obligations questionnées en matière de **ressources humaines, le droit du travail** (voir liste ci-dessus) ;

<sup>15</sup> Figurant en annexe du présent rapport.

- Les obligations questionnées relatives à **la procédure budgétaire**.

Plus spécifiquement, parmi les normes accusant un taux d'inapplication élevé, sont particulièrement représentées :

- Les **obligations relatives au médecin coordonnateur** (*voir développements ci-dessous*) ;
- Les **obligations entourant l'accueil de jour et l'accueil temporaire** (*idem*).

Par ailleurs, on dénombre parmi ces normes, plusieurs **obligations relatives aux droits des usagers** :

- **La signature du DIPC en cas de refus du contrat de séjour** : l'explication majoritairement donnée dans le cadre du questionnaire comme des visites sur site est que peu d'usagers refusent la signature du contrat, voire dans certains cas que les entrées ne sont pas acceptées sans signature de celui-ci ;
- **La tenue d'un registre des entrées et sortie, coté et paraphé par le maire, et la tenue d'un registre des objets déposés**, largement cités dans le cadre du questionnaire comme des visites sur site comme pouvant être supprimés du fait de l'utilisation de logiciels métiers. Ces outils sont régulièrement qualifiés d'obsolètes ;
- **L'obligation pour les EHPAD publics de plus de quatre-vingts places de désigner un ou plusieurs mandataires judiciaires à la protection des majeurs** est déclarée peu appliquée, et les visites ont apporté certaines précisions. La question de la pertinence de cette obligation porte en effet sur le fait que les résidents ont déjà souvent des tuteurs désignés et qu'en leur absence, le juge nomme de préférence quelqu'un de la famille. Dans quelques cas, il a de plus été indiqué que le juge n'avait pas systématiquement connaissance de l'existence d'un mandataire au sein de l'établissement, ce qui le conduisait à désigner d'autres organismes. Par ailleurs, certains répondants ont mis en avant que cette fonction n'était pas constitutive du cœur de métier de l'établissement et qu'elle pouvait mettre l'EHPAD en position ambiguë (« juge et partie »). Enfin, cette obligation est jugée comme ayant un coût élevé puisqu'elle implique de salarier un ou des agents qui peuvent ne pas être occupés à hauteur de leur temps de présence.

**Deux normes ayant trait à l'organisation des soins** sont également présentes (la signature des contrats avec les professionnels libéraux et la commission de coordination gériatrique), de même que **deux normes d'hygiène et de sécurité** : le plan grand froid et le DARDE (*voir développements spécifiques infra*).

### Analyse de certaines thématiques spécifiques (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

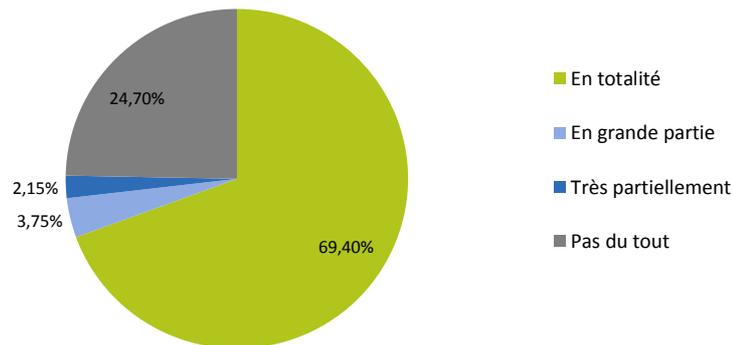
Les éléments développés ci-dessus appellent des **analyses complémentaires, centrées sur certaines thématiques qui présentent des niveaux d'inapplication ou d'application partielle forts** :

- La lutte contre le tabagisme ;
- Les normes relatives à la continuité énergétique ;
- Les missions du médecin coordonnateur ;
- Certaines obligations questionnées en matière d'organisation des soins ;
- L'accueil de jour ;
- L'accueil temporaire ;

- Certaines dispositions de la loi Léonetti (personne de confiance, directives anticipées).

- **La lutte contre le tabagisme**

Niveau d'application moyen des obligations relatives à la lutte contre le tabagisme



Source : questionnaire en ligne

La thématique « lutte contre le tabagisme » ne contenait que deux obligations interrogées dans le cadre du questionnaire en ligne, formulées de la façon suivante :

- 72. L'obligation d'afficher l'interdiction de fumer dans l'établissement est-elle respectée ?
- 73. L'EHPAD applique-t-il les dispositions permettant aux résidents de fumer dans leur chambre en mentionnant dans le règlement de fonctionnement les recommandations à mettre en œuvre ?

Elle est fortement impactée négativement par les résultats à la deuxième question posée : près de la moitié des EHPAD répondants (44,7 %) indiquent ne pas appliquer cette norme. Toutefois, on constate qu'une part presque équivalente de répondants au questionnaire indique, à l'inverse, la mettre en œuvre (46,1 %).

Au total, si l'affichage de l'interdiction ne pose pas de difficulté, **la norme relative à la possibilité de fumer dans les chambres fait débat** : près de la moitié des EHPAD répondants déclarent la mettre en œuvre totalement, tandis que l'autre moitié déclare une inapplication totale, qui correspond généralement à une interdiction complète de fumer en chambre.

Sur cette norme, **le rapport coût-bénéfice défavorable est le premier argument employé pour justifier l'inapplication**, juste avant l'exonération que les établissements justifient par :

- La décision d'interdire de fumer dans les chambres, parfois du fait de la présence de gaz médicaux/principe de précaution parfois imposé par la commission de sécurité ;
- L'implantation au sein d'un établissement de santé/classement type U ;
- L'absence de résident fumeur ;
- La forte proportion de résidents avec troubles cognitifs ;

- L'existence d'un fumoir.

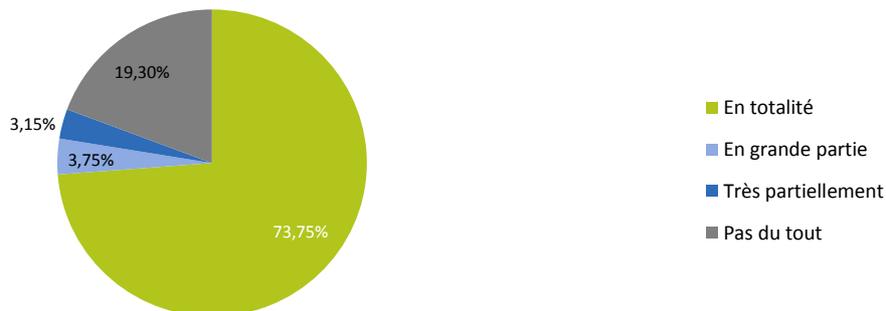
**Les visites sur site ont confirmé les résultats du questionnaire en ligne.** En matière de lutte contre le tabagisme dans les institutions, la solution la plus couramment déployée dans les établissements visités est l'interdiction de fumer dans la chambre, même en l'absence de contre-indication médicale. Malgré le paradoxe qui peut exister entre la liberté individuelle et cette interdiction, une grande majorité des résidents et familles rencontrées n'ont pas exprimé d'indignation particulière sur ce point. Plusieurs ont même mentionné être rassurés par ce principe.

De même, plusieurs salariés ont plutôt insisté sur l'importance de l'interdiction, pour des raisons de sécurité et/ou d'hygiène (les avis n'étant pas unanimes, ce principe de l'interdiction a pu être débattu, mais il a généralement été tranché en faveur de l'interdiction).

La question de la responsabilité du directeur en cas d'incendie est également évoquée sur ce sujet, de même qu'une certaine imprécision des textes sur le sujet.

- **Les normes relatives à la continuité énergétique**

Niveau d'application moyen des obligations relatives à la continuité énergétique



Source : questionnaire en ligne

Seules deux obligations ont été questionnées dans cette thématique, de la façon suivante :

- 75. L'EHPAD a-t-il mis en place des moyens d'alimentation autonomes en énergie ou d'autres mesures proportionnées permettant la continuité énergétique ?
- 76. L'EHPAD a-t-il réalisé un document d'analyse du risque de défaillance électrique (DARDE) ?

La moyenne est dès lors tirée vers le bas par le faible taux d'application de l'obligation relative à la réalisation du DARDE (inappliquée dans 31,4 % des cas, les premières raisons mises en avant étant la méconnaissance et la cause ressources humaines).

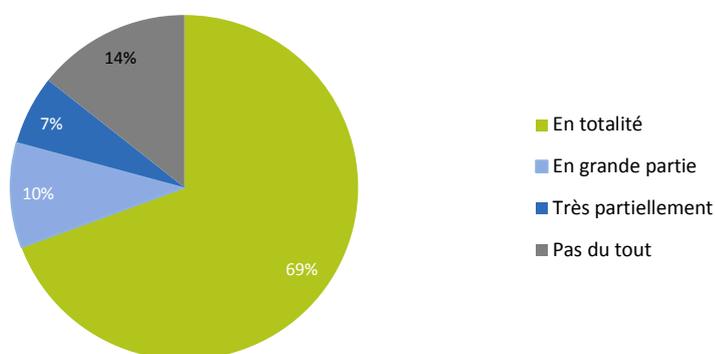
Une part non négligeable d'établissements se déclare exonérée du fait de la présence d'un groupe électrogène et/ou de l'implantation dans un centre hospitalier doté de fonctions supports (électriciens...). Parallèlement, 90 % des EHPAD ayant répondu au questionnaire disent avoir mis en place les moyens d'être

autonomes en énergie. Quand ce n'est pas le cas, la cause financière est la première raison invoquée (51,3 % des réponses), avant un rapport coût/bénéfice jugé défavorable (28,2 %).

**Les visites sur site ont confirmé ce constat** : les obligations relatives au risque climatique et sanitaire apparaissent globalement bien respectées, en dehors de celle concernant la réalisation du DARDE qui l'est moins. De façon globale, la continuité énergétique et plus spécifiquement l'installation d'un groupe électrogène font débat : certains les jugent utiles, d'autres non (dépendant de l'implantation de l'EHPAD), pour un coût systématiquement jugé très important.

#### ▪ **Les obligations relatives au médecin coordonnateur**

Niveau d'application moyen des obligations relatives au médecin coordonnateur



Source : questionnaire en ligne

**Les obligations relatives au médecin coordonnateur présentent des résultats complexes.** On observe notamment des **niveaux d'application très variables en fonction des obligations** qui composent cette thématique.

Deux obligations sont ainsi particulièrement bien appliquées (au-delà de la moyenne) :

- L'évaluation de la compatibilité de l'état de santé de la personne avec les capacités de soins de l'EHPAD (appliquée en totalité à 92 %) ;
- La correspondance du niveau de qualification du médecin coordonnateur avec les attendus réglementaires (appliquée en totalité à 91 %).

D'autres le sont beaucoup moins :

- L'obligation relative à la commission de coordination gériatrique est déclarée totalement inappliquée dans 36,10 % des cas ;
- L'obligation relative à l'élaboration d'une liste des spécialités médicamenteuses à utiliser préférentiellement est déclarée totalement inappliquée dans 26,50 % des cas.

En outre, la réalisation du projet général de soins et du rapport annuel d'activité médicale accuse des niveaux d'inapplication élevés (respectivement 17,8 % et 15,4 %).

D'autres obligations ont un niveau d'application « totale » limitée (située autour de 60 %). C'est le cas de l'obligation relative à la participation à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés ou à d'autres formes de coordination, et de celle relative à la coordination avec les professionnels de santé libéraux.

La principale cause invoquée pour justifier les cas d'inapplication est la cause ressources humaines (38,24 % en moyenne sur ce thème).

Bien que les résultats du questionnaire en ligne ne le mettent pas en évidence de façon significative, il ressort en effet des visites sur site l'évocation régulière d'une **corrélation entre le temps de présence du médecin et la réalisation des missions**, qui dans beaucoup de cas conduit ces derniers à effectuer des choix, abandonnant certaines missions au profit d'autres, « jugées plus prioritaires et de la prise en charge quotidienne des résidents » (un médecin coordonnateur interrogé en EHPAD).

Par ailleurs et de façon peu équivoque (questionnaire, visites, entretiens), plusieurs obligations sont largement évoquées en tant que « normes pouvant être supprimées sans risque pour la qualité de prise en charge et/ou la sécurité des usagers » :

- **La commission de coordination gériatrique.** L'objectif a pu être jugé « ambitieux, mais complexe » ;
- Dans une moindre mesure **la coordination avec les professionnels libéraux et l'implication dans les réseaux**, qui sont jugées utiles, mais nécessitant un investissement en temps important ;
- **Le rapport d'activité médical**, qui est régulièrement considéré comme une charge administrative lourde pour le bénéfice retiré par les résidents et l'établissement. Il est considéré comme utile qu'à la condition d'être analysé et exploité, ce qui n'est pas toujours le cas. Plusieurs médecins coordonnateurs ont en outre exprimé le souhait de pouvoir bénéficier d'une trame « normalisée » ;
- **La liste des spécialités médicamenteuses à utiliser préférentiellement** : si le bénéfice est compris, elle est régulièrement jugée complexe à mettre en œuvre, s'opposant à la liberté de prescrire. De plus, quand elle existe, la liste n'est pas toujours suivie. Il est ponctuellement suggéré l'élaboration de recommandations au niveau national ou régional.

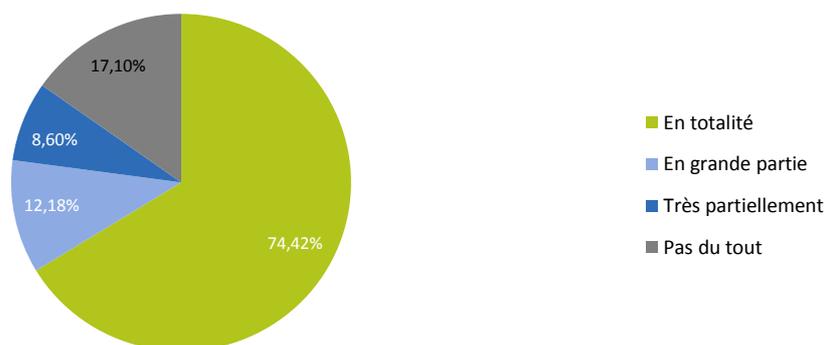
Enfin, **la place et les missions du médecin coordonnateur ont souvent été souvent questionnées** dans le cadre des visites sur site et des entretiens réalisés. Le travail avec les médecins traitants est jugé complexe (désertification médicale sur certains territoires, passages difficiles en cas d'urgence, prescriptions inadéquates et en méconnaissance d'autres traitements et des problématiques gériatriques...). Le médecin coordonnateur peut donc être sollicité pour réaliser des prescriptions en dehors des situations d'urgence. De ce fait, un grand nombre d'établissements et de professionnels rencontrés (médecins coordonnateurs, directeurs, soignants) ont mentionné souhaiter que le médecin coordonnateur puisse prescrire au-delà des situations d'urgence même si d'autres, plus minoritaires dans le cadre de la présente étude, rappellent et soutiennent le principe du libre-choix du médecin traitant.

Par ailleurs, les exigences entourant la qualification du médecin coordonnateur sont ponctuellement jugées en opposition avec les difficultés de recrutement rencontrées par les EHPAD, notamment isolés (zones rurales).



- **Les autres obligations relatives à l'organisation des soins**

Niveau d'application moyen des obligations relatives aux soins



Source : questionnaire en ligne

Quatre obligations ont été interrogées dans cette thématique, de la façon suivante :

- 55. Le dossier de soins est-il mis en place et tenu à jour ?
- 56. Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est-il mis en place, accessible 24 h sur 24 à tout médecin intervenant en urgence ?
- 57. Les contentions sont-elles systématiquement prescrites et régulièrement évaluées ?
- 58. La signature de contrats avec les professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD est-elle réalisée ?

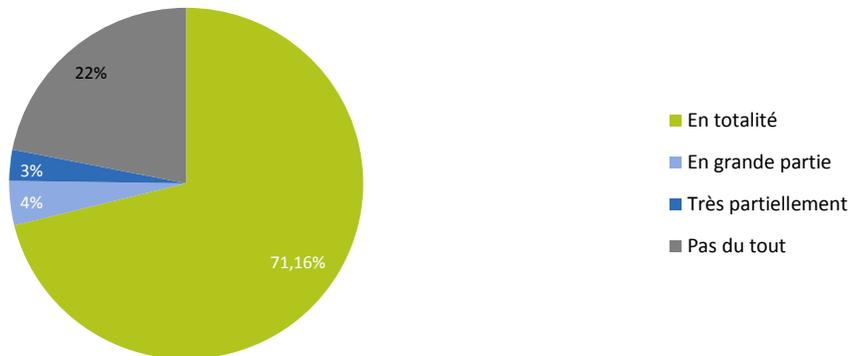
**Plusieurs obligations de soins sont déclarées très bien réalisées**, notamment la tenue et la mise à jour du dossier de soins (90,1 % d'application totale), même s'il a ponctuellement été signalé des difficultés en l'absence de modèle type. On relève le fort taux d'application du DLU (86,7 %).

Concernant la norme sur les contentions, 18,6 % des établissements déclarent ne l'appliquer qu'en grande partie (*voir développements supra*).

La **principale obligation affectant négativement la moyenne sur cette thématique concerne la signature des contrats avec les professionnels libéraux** (médecins et masseurs kinésithérapeutes), dont il a été mentionné plus avant qu'elle figurait parmi les normes les moins appliquées, ce que les visites sur site ont contribué à confirmer. Les premières causes invoquées sont de loin (67 %) la cause externe (refus des professionnels libéraux) et l'exonération (EHPAD rattachés à un centre hospitalier – absence de professionnels libéraux).

▪ **Dispositifs spécifiques : l'accueil de jour**

Niveau d'application moyen des obligations relatives à l'accueil de jour



Cette thématique, abordée uniquement avec les établissements concernés par l'accueil de jour, comprenait cinq questions formulées comme suit :

- 100. Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de tarification de l'accueil de jour sont-elles inscrites dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement ?
- 101. Un tableau de bord spécifique à l'accueil temporaire est-il réalisé au sein du rapport d'activité ?
- 102. Les usagers de l'accueil de jour signent-ils un contrat de séjour spécifique ?
- 103. Une solution de transport adaptée aux besoins des bénéficiaires de l'accueil de jour est-elle mise en place ?
- 103b. L'établissement rembourse-t-il aux personnes accueillies ou à leurs familles les frais de transport qu'elles supportent, dans la limite du forfait de transport journalier prévu par l'article V de l'article D. 312-9 du CASF ?

Si l'accueil de jour n'enregistre pas globalement des niveaux d'application très élevés au regard des niveaux moyens constatés par ailleurs (majorité de normes dont l'application totale est proche de 75 %), la moyenne est significativement tirée vers le bas par la norme **relative au remboursement des frais de transport**, inappliquée dans près de 50 % des cas, pour des raisons principalement financières (47,1 %).

Il est à noter que 18,6 % des répondants déclarent en outre l'inexistence d'une solution de transport adaptée aux besoins des bénéficiaires. Les causes de cette inapplication sont également principalement financières (à 58,1 %, devant la cause ressources humaines).

▪ **Dispositif spécifique : l'accueil temporaire**

**Niveau d'application moyen des obligations relatives à l'accueil temporaire**



Source : questionnaire en ligne

Cette thématique, abordée uniquement avec les établissements concernés par l'accueil temporaire, comprenait trois questions formulées comme suit :

- 96 : Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire sont-elles décrites dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement ?
- 97 : Un tableau de bord spécifique à l'accueil temporaire est-il réalisé au sein du rapport d'activité ?
- 98 : Les usagers de l'accueil temporaire signent-ils un contrat de séjour spécifique ?

**L'accueil temporaire accuse des niveaux d'inapplication assez élevés.** En particulier, 21,1 % des établissements concernés déclarent ne pas réaliser ou réaliser très partiellement un contrat de séjour spécifique. 22,4 % des établissements ne réalisent pas, ou très partiellement, un tableau de bord spécifique à l'accueil temporaire. Enfin, 19,6 % des établissements ne décrivent pas, ou très partiellement, les modalités d'organisation, de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire dans le projet d'établissement.

De façon globale **concernant l'ensemble des dispositifs spécifiques (accueil de jour, accueil temporaire, UHR, PASA), les visites sur site et certains entretiens** menés dans le cadre de l'étude (avec les ARS, conseils départementaux, fédérations) **ont confirmé les enseignements du questionnaire en ligne.** Il en ressort en synthèse que les dispositifs spécifiques UHR/PASA sont jugés intéressants, mais que les établissements concernés déplorent les conditions strictes des cahiers des charges, nécessaires pour l'obtention des moyens permettant de les faire fonctionner. Les moyens sont régulièrement jugés faibles au regard de la charge de travail que ces dispositifs nécessitent pour fonctionner pleinement (« financement PASA/UHR ne permettant pas de recruter selon les besoins réels des établissements, mais uniquement pour le personnel de soins » [une fédération]).

Les contraintes architecturales sont par ailleurs régulièrement jugées lourdes pour les dispositifs de type PASA et UHR (« les cahiers des charges sont très contraignants. C'est l'exemple type de structures qui ne sont pas des blocs opératoires où on a été trop loin dans la description au m<sup>2</sup> près, au nombre de w.c. près, etc. » [une ARS]).

Plusieurs des EHPAD concernés indiquent également que la multiplication des tableaux de bord et outils spécifiques à ces dispositifs s'avère sans bénéfice direct pour les usagers. Plusieurs EHPAD suggèrent la mise à disposition de trames de tableaux de bord homogènes et l'arrêt de la distinction au sein des documents réglementaires entre accueil temporaire et hébergement permanent (du fait d'un fonctionnement presque identique).

D'autres éléments sont cités pour illustrer les difficultés autour des dispositifs spécifiques :

- L'absence de trame officielle pour le contrat de séjour de l'accueil temporaire ;
- Une gestion administrative de l'accueil temporaire plus lourde que celle de l'accueil permanent pour des séjours parfois très courts, qui constitue un frein au développement de ce type de dispositifs.

▪ **Les obligations relatives à l'accompagnement de fin de vie**

Cette thématique comprenait quatre questions formulées comme suit :

- 37. L'établissement applique-t-il les dispositions suivantes de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti ?
  - Information et/ou recueil des directives anticipées.
  - Information sur la possibilité de désigner la personne de confiance.
- 38. La direction déclare-t-elle à l'officier d'état civil les décès survenus dans son établissement dans les vingt-quatre heures ?
- 39. L'établissement tient-il un registre des décès ?
- 40. Lorsque le transfert du corps en chambre mortuaire nécessite de sortir de l'enceinte de l'établissement, l'accord de la direction est-il sollicité pour le transport sans mise en bière ?

Le recueil des directives anticipées est déclaré appliqué dans 49 % des cas, la norme sur la personne de confiance est appliquée à 76 %. La méconnaissance et la cause ressources humaines sont les plus citées en cas d'inapplication.

**Les visites sur site ont conduit à confirmer que les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance semblaient constituer une difficulté pour une part non négligeable des établissements.**

D'une part, la plupart des professionnels rencontrés n'estiment pas en connaître l'ensemble des tenants et aboutissants. Il paraît exister un flou autour de la notion de « personne de confiance », cette dernière pouvant être confondue avec le « référent familial », qui est l'interlocuteur privilégié de l'établissement à contacter en cas de problème. D'autre part, plusieurs questions éthiques se posent : quand et comment évoquer ces sujets, notamment avec des personnes souffrant d'importants troubles cognitifs ? Plusieurs interlocuteurs ont ainsi mis en avant une difficulté à aborder le sujet des directives anticipées avec les résidents et/ou les familles.

## 2.2. ANALYSE DU RAPPORT ENTRE LE COÛT ET LE BÉNÉFICE DES NORMES ET OBLIGATIONS QUESTIONNÉES

### 2.2.1. Perception globale des normes et obligations questionnées (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

Un consensus se dégage autour de l'amélioration des pratiques dans le secteur (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

L'étude (entretiens, questionnaire en ligne, visites sur site) met en lumière un **consensus autour de l'apport qualitatif du cadre – notamment réglementaire** – constitué autour des EHPAD ces dernières années.

**De façon partagée**, les parties prenantes font état d'un saut qualitatif opéré au sein des établissements à la faveur des évolutions du secteur. Outre les directions et l'encadrement sur site, plusieurs acteurs se sont en particulier exprimés sur ce thème :

- Les autorités administratives (ARS, conseils départementaux) interrogées ;
- Les fédérations et associations représentatives du secteur rencontrées ;
- Les salariés, notamment soignants.

Sur cette base, on peut émettre l'hypothèse que la rapidité des évolutions sur un temps relativement court dans le secteur a contribué à renforcer le sentiment d'un grand cumul d'obligations, dont il est possible d'imaginer qu'il s'atténuera à mesure qu'elles seront intégrées en routine. À titre d'exemple, plusieurs directeurs ont indiqué que la mise en œuvre des outils de la loi 2002-2 a été complexe au départ, mais que les outils sont parfaitement intégrés aujourd'hui et qu'ils ne constituent plus une difficulté (en dehors du projet personnalisé – voir développements supra).

**Une pression normative est davantage ressentie par les directeurs et les cadres (source : visites sur site)**

Même si le rapport entretenu à la norme est personnel, les visites sur site ont conduit à repérer que **la « pression normative » était globalement davantage ressentie par la direction, l'encadrement et dans une certaine mesure les agents administratifs, mais de façon moins prégnante par les autres professionnels.**

Ainsi, à la question posée lors des visites sur site « Ressentez-vous une pression normative dans votre activité ? », peu de professionnels soignants ont répondu par l'affirmative. Il semblerait que les obligations soient bien intégrées à la pratique quotidienne chez cette catégorie de professionnels. En particulier, s'ils évoquent fréquemment le temps que leur prend la traçabilité, ils en soutiennent le bien-fondé pour les résidents (suivi) comme pour eux-mêmes (sécurisation de leur activité). Les revendications – quand elles existent – portent davantage sur les moyens disponibles pour accompagner les résidents que sur la réduction des normes.

Le constat est proche chez les agents chargés de la sécurité et de la maintenance : la pression normative est ressentie, mais intégrée. Dans certains cas, il est même constaté que les obligations contribuent par certains aspects à « justifier la fonction » et à ce titre, il n'a pas été repéré de demande ferme d'allègement. Est en revanche mis en avant le manque de moyens et/ou de temps et/ou de technicité pour mettre en œuvre les obligations.

Le constat est également partagé par les médecins coordonnateurs. Au total, certains professionnels ont pu exprimer explicitement qu'il leur semblait que la direction « les protégeait des normes, faisant en sorte que les salariés les subissent moins » (un médecin coordonnateur, EHPAD).

Sur ce point, les réponses des directeurs et des cadres mettent davantage en avant « une pression » qui est toutefois à expliciter (*voir développements infra*).

**Concernant les résidents et les familles**, la synthèse est plus difficile à opérer, mais deux approches principales sont distinguées chez les personnes rencontrées :

- Une posture, qui se retrouve principalement chez les résidents, consistant à se dire « on fait avec » (un résident, EHPAD) : l'entrée en institution nécessite une intégration des contraintes que cela implique (au niveau des repas par exemple). Au-delà, certains aspects sont particulièrement recherchés : sécurité, hygiène...

Toutefois, cette approche a principalement été exprimée par des personnes dont le niveau d'autonomie était suffisant pour conserver une liberté d'action leur permettant de ne pas subir de façon excessive certaines contraintes liées à la collectivité.

- Une posture plus « consumériste », qui se retrouve davantage chez les familles, consistant à exprimer vis-à-vis de l'établissement certaines exigences de qualité. Dans cette approche, la norme et les obligations s'avèrent plutôt rassurantes (« gage de qualité »).

### **Le formalisme pèse lourdement (source : questionnaire en ligne, visites sur site)**

Le questionnaire comme les visites sur site ont mis en avant de façon prégnante le  **poids du « formalisme »**. Exprimé de façons différentes il est à retenir de cette idée que les obligations multiples de traçabilité, d'information, de production de données et/ou de *reporting*, sont jugées pesantes à plusieurs titres :

- Les données sont demandées « selon des modalités différentes, sur des supports différents, par de multiples interlocuteurs » (un directeur, EHPAD) ;
- Des documents aux finalités proches sont estimés se superposer (exemples : plan bleu, plan grand froid, plan de continuité des activités...);
- Certaines obligations de réactualisation ne sont pas systématiquement jugées pertinentes (exemple : actualisation annuelle du DUERP...).

Il est du reste fréquemment exprimé que certains documents « ne sont pas lus » (un médecin coordonnateur, EHPAD) et/ou que les données qui y figurent ne sont « pas exploitées » (exemple fréquemment mis en avant : le rapport annuel d'activité médicale).

Un établissement résume la situation ainsi : « la mise en œuvre de toutes les normes énumérées est nécessaire à la qualité d'accompagnement et à la sécurité des personnes âgées accueillies. La difficulté réside dans le suivi et l'actualisation de certains documents à échéance fixe » (un directeur, EHPAD).

Par ailleurs, il est fréquemment précisé que ces obligations de formalisme sont d'autant plus pesantes qu'elles n'ont pas de répercussion directe sur la qualité d'accompagnement des personnes.

Il semblerait toutefois que ce constat soit principalement partagé par les directions, le personnel administratif et d'encadrement, ainsi que par les médecins coordonnateurs, mais dans une moindre mesure par les professionnels soignants (dont il été évoqué plus avant qu'ils avaient globalement bien intégré les obligations de traçabilité leur incombant), de même que les agents chargés de la sécurité et de la maintenance (*voir développements supra*).

La difficulté ressentie par les directeurs porte davantage sur le cumul des normes que sur une ou des normes en particulier (source : questionnaire en ligne, visites sur site)

Il est à retenir qu'en dehors de quelques normes plus spécifiquement débattues (*voir développements infra*), nombre de directeurs indiquent que **la difficulté réside davantage dans le cumul des normes**, plutôt que dans une ou des normes en particulier. Ainsi, nombre d'entre eux s'accordent à dire que « toutes les normes sont utiles. La norme n'est pas édictée de façon abstraite, elle vise à produire une amélioration », mais « c'est le cumul qui pose problème, dans un contexte où la gestion quotidienne de situations individuelles des résidents prend beaucoup de temps » (un directeur, EHPAD).

Dans le cadre du questionnaire en ligne, le poids des normes dans leur ensemble est évoqué en quatorzième position sur 142 sujets évoqués à la question « Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ? ».

### 2.2.2. Synthèse des entretiens menés avec les acteurs « non-EHPAD » identifiés dans le champ des normes

Tout au long de la mission, plusieurs entretiens ont été menés avec un certain nombre d'acteurs « non-EHPAD » impliqués dans le champ des normes, parmi lesquels plusieurs directions ministérielles productrices de normes dans les champs investigués, plusieurs ARS et conseils départementaux.

De façon globale, **plusieurs enseignements sont à retenir de ces échanges** : d'abord, les entretiens menés avec les ARS et les conseils départementaux ont contribué à confirmer les enseignements de l'étude, qu'ils portent sur le niveau d'application des normes et des obligations questionnées comme sur les difficultés de mise en œuvre rencontrées par les établissements, en très grande partie connues des interlocuteurs interrogés, du fait d'échanges réguliers avec les EHPAD. Un certain nombre de pistes de réflexion en matière de simplification ont ainsi été partagées.

Ensuite, les entretiens menés avec les directions d'administration centrale productrices de normes confirment plusieurs points :

- L'intérêt, partagé par ces acteurs, de produire des normes en prenant appui sur l'expertise de professionnels de terrain, ce qui s'opère déjà et est à confirmer. De même, l'utilité des études d'impact est rappelée ;
- La connaissance de difficultés d'accès et/ou de mise en œuvre des normes, qui indique le besoin d'accompagnement, via notamment la production de documents synthétiques, à l'instar du recueil commenté des normes et recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile produit conjointement par la DGCS et l'ANESM <sup>16</sup>;
- La sensibilité des acteurs sur les sujets de simplification qui doit s'opérer sans concession possible sur les aspects de sécurité, pris au sens large du terme (sécurité juridique, sécurité en matière d'hygiène, de risque incendie...)

---

<sup>16</sup> Recueil commenté des normes et recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile, DGCS, ANESM, mai 2015.

### 2.2.3. Analyse du rapport coût-bénéfice des normes

**Les normes jugées les plus bénéfiques pour les usagers (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)**

En complément des enseignements du questionnaire en ligne, les visites sur site et les entretiens avec les acteurs « non-EHPAD » (ARS, conseils départementaux, fédérations) ont permis d'interroger **les normes jugées les plus bénéfiques pour les usagers**. Ressortent en particulier :

- Les outils de la loi 2002 ;
- La norme relative à l'accessibilité (et plus globalement les normes architecturales) ;
- Les normes relatives à la sécurité et à la gestion des risques en général.

**Les normes jugées les plus « coûteuses » (source : visites sur site, entretiens)**

Les visites sur site et les entretiens avec les acteurs du champ des normes (ARS, conseils départementaux, fédérations) ont permis d'interroger les **normes les plus coûteuses** :

- **En termes de coût financier**, s'illustrent :
  - o la norme accessibilité, du fait des implications architecturales ;
  - o les obligations de sécurité, notamment incendie (formation du personnel en particulier).

Sont également citées la continuité énergétique et la norme HACCP (formation du personnel) et plus globalement les normes d'hygiène-gestion des risques (incluant également DASRI, norme RABC en lingerie).

Il est à préciser que ces obligations figurent parmi celles dont le coût est le plus « visible » pour les établissements puisqu'elles impliquent le recours à des prestataires extérieurs spécialisés. Il est donc peu surprenant qu'elles soient citées.

- **En termes de coût organisationnel, et en particulier de « coût en temps humain »**, sont évoqués :
  - o les démarches qualité (évaluation interne, préparation de l'évaluation externe) ;
  - o les projets personnalisés (temps de préparation, de réunion de restitution... accrus par les obligations réglementaires de réévaluation) ;
  - o certaines obligations en matière de « ressources humaines et droit du travail » incluant la gestion des risques professionnels et plus globalement le formalisme et certaines obligations administratives<sup>17</sup>.

La norme « contrat de séjour » a également plus ponctuellement été citée (temps de préparation en amont de l'entrée).

---

<sup>17</sup> N. B. Le présent document fait référence à plusieurs reprises aux « obligations administratives ». Il réutilise ici la terminologie développée par le gouvernement et l'OCDE dans plusieurs programmes gouvernementaux (programme Mesure et réduction des charges administratives – MCRA – par exemple) et rapports (OCDE – Mieux légiférer en Europe, France ; CIMAP, compte-rendu du 18 décembre 2012). Les obligations administratives se réfèrent à toutes les démarches, formalités et à tous les documents nécessaires à l'utilisateur d'une administration pour son dialogue avec l'administration (inscriptions, déclarations, information...) ou le respect d'une obligation légale.

**En synthèse : un consensus se dégage autour de quelques sujets minoritaires, mais plusieurs autres font l'objet d'une perception plus nuancée (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)**

Si l'on met en regard les éléments issus du questionnaire en ligne (voir graphique page 36 présentant la synthèse des réponses à la question ouverte « Où se situent, d'après vous, les normes dont le rapport entre la charge – qu'elle soit financière ou organisationnelle – et les bénéfices pour les usagers est le plus défavorable ? ») et les éléments d'ordre plus qualitatif recueillis dans le cadre des visites sur site et des entretiens avec les acteurs « non-EHPAD » (ARS, conseils départementaux, fédérations), on observe plusieurs points de convergence :

- **Les outils de la loi 2002** font partie des normes dont le rapport est jugé le plus favorable. Notons à cet égard que si la charge organisationnelle entourant le projet personnalisé est jugée lourde, la démarche en elle-même est plébiscitée. Le conseil de la vie sociale (CVS) est pour sa part discuté, son intérêt dans la forme prévue par les textes étant jugé variable selon l'établissement bien que l'intérêt de l'implication des usagers soit largement reconnu.
- **Les obligations questionnées en matière de ressources humaines et de droit du travail** (voir la liste pages 17 et 18) sont citées comme souffrant d'un rapport coût-bénéfice particulièrement défavorable ;
- **Il en va de même concernant la procédure budgétaire** ainsi que **le formalisme et certaines obligations administratives**

**On observe en outre plusieurs sujets dont la perception du rapport coût-bénéfice est plus nuancée.** Ils concernent :

**L'accessibilité** (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

**L'accessibilité figure, de façon relative, parmi les normes dont le rapport entre coût et bénéfice est jugé « le plus défavorable »** sur la base du questionnaire en ligne.

Pour autant, les visites sur site n'ont pas clairement mis en évidence de possibilité d'allègement ferme sur ce sujet. Le point de vue du personnel comme des usagers est unanime : la norme relative à l'accessibilité est jugée « nécessaire » et « bénéfique ».

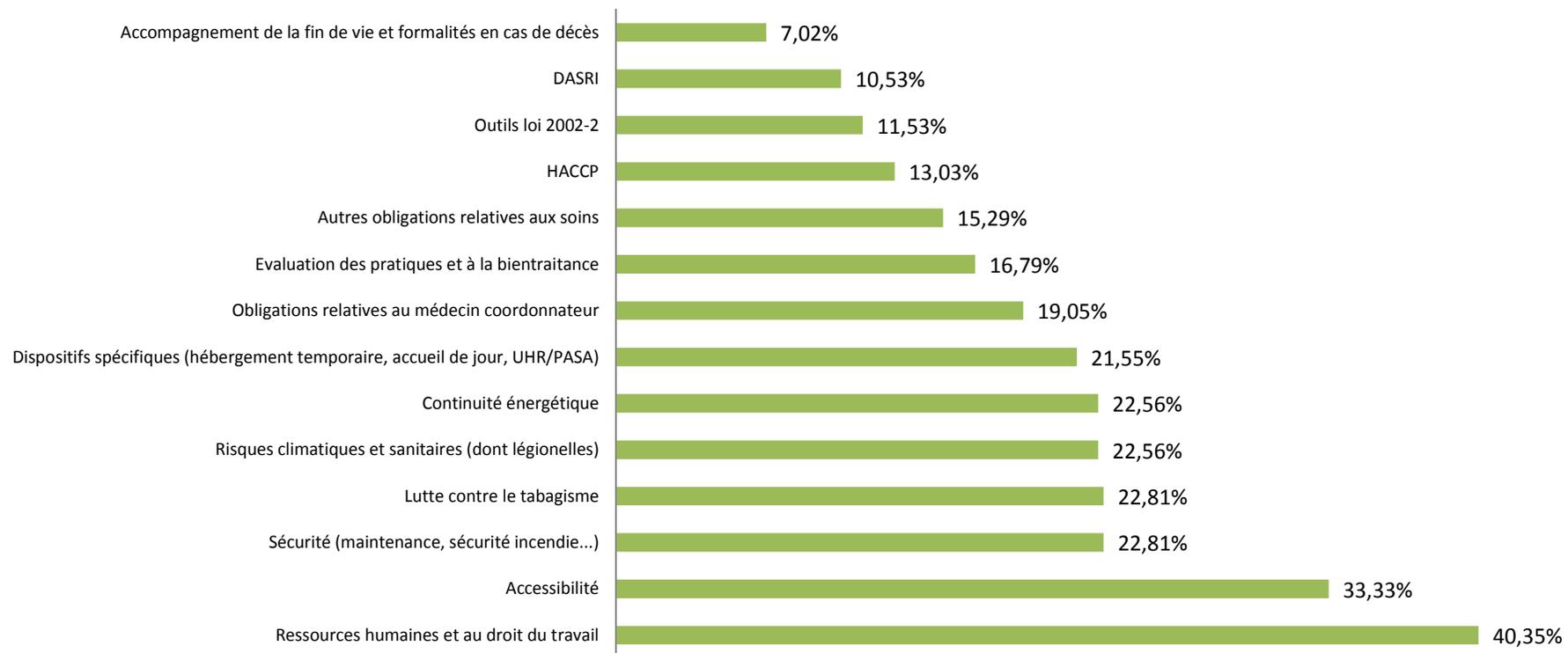
En revanche, c'est notamment sur cette norme qu'interviennent le plus souvent les critiques concernant une application trop uniformisée d'une part et/ou des demandes trop précises et/ou contradictoires d'autre part.

Quelques précisions par ailleurs :

- La perception varie logiquement selon l'ancienneté du bâtiment ;
- Il est évoqué sur ce thème une difficulté de connaître toutes les obligations, notamment du fait de leur évolution jugée rapide faisant que même des établissements récents se trouvent contraints de faire des travaux ;
- On observe une priorisation moindre de certains aspects de la norme (adaptation aux handicaps sensoriels) du fait du coût et du nombre de personnes concernées ;
- Il est régulièrement mis en évidence une distorsion entre les injonctions de travaux et le gel des tarifs hébergement dans certains départements.

Où se situent, d'après vous, les normes dont le rapport entre la charge (qu'elle soit financière ou organisationnelle) et les bénéfices pour les usagers est le plus défavorable ?

■ Part de la mention dans les commentaires qualitatifs exprimés



Source : questionnaire en ligne  
(nombre de réponses : 399 – taux de réponse : 79,6 %)

## Les normes de sécurité – hors HACCP et sécurité incendie (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

Alors qu'elles figurent parmi les normes les plus appliquées, **les exigences en matière de sécurité figurent, de façon relative, parmi les normes dont le rapport entre coût et bénéfice est jugé le plus défavorable** sur la base du questionnaire en ligne.

Pour autant, les visites sur site n'ont pas clairement mis en évidence de possibilité d'allègement « ferme » sur ces sujets. Le point de vue du personnel comme des usagers est unanime : la sécurité est jugée « incontournable, primordiale » pour les professionnels. En outre, à la question « Que recherchez-vous principalement en entrant dans un établissement ? », un grand nombre de familles et d'usagers citent en premier lieu la sécurité.

En revanche, c'est également fréquemment sur ces normes qu'interviennent les critiques concernant une application trop uniformisée d'une part, pouvant s'avérer très coûteuse pour les établissements de taille plus modeste, et/ou des interprétations différenciées de la part des contrôleurs d'autre part.

Quelques précisions ont en outre été apportées par les établissements :

- Il existe des coûts qu'il faut anticiper et lisser (par exemple : changement des détecteurs incendie tous les cinq ans) et qui selon certains directeurs devraient figurer clairement dans le prix de journée ;
- Plusieurs établissements indiquent avoir l'impression d'un manque de maîtrise sur certains de ces coûts du fait d'injonctions extérieures, non négociables et non anticipées.
- Plusieurs établissements ont évoqué des contrôles redondants (exemple des ascenseurs, contrôlés au titre d'ERP et des contrôles employeurs) et/ou jugés trop fréquents (par exemple : contrôle extincteurs tous les ans alors que leur durée de vie va au-delà). La difficulté à connaître la norme les rend dépendants de fournisseurs dont ils estiment ne pas être certains de la véracité des informations qu'ils délivrent.

Cependant, les établissements n'évoquent globalement pas de grandes possibilités de réduction sur ce thème technique jugé « primordial ». C'est ainsi qu'à la question « Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ? », la réponse « non » arrive en deuxième position (le premier sujet concerne l'HACCP, développé *ci-dessous*). Les quelques pistes d'évolution évoquées concernent plutôt :

- La réduction des obligations de formalisme (DARDE, DARI...);
- L'espacement des contrôles sur les EHPAD récents ou aux normes ;
- L'encouragement des actions de mutualisation (appels d'offres communs...);
- L'accès possible à des solutions d'appui technique.

## La norme HACCP (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

**La norme HACCP** ne figure pas parmi les normes les plus « critiquées » sur la base du questionnaire en ligne (dans le cadre précis de la question « Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ? »), mais elle a **suscité beaucoup de débats lors des visites sur site** et a été fréquemment évoquée par les acteurs du champ des normes (ARS, conseils départementaux, fédérations) avec un souhait d'allègement et d'adaptation aux spécificités des EHPAD comme lieu de vie.

Plus précisément, une majorité des établissements visités et des acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens convient qu'il existe un socle de base tout à fait pertinent, allant dans le sens non discutable de la sécurité alimentaire et sanitaire des résidents. Toutefois, la norme a régulièrement été jugée excessive en EHPAD. Ainsi, sur ce thème en particulier, on observe régulièrement une prise de risque assumée par les directions pour apporter la flexibilité souhaitée par les équipes/usagers. Ainsi, les ateliers thérapeutiques sont souvent tolérés.

Plusieurs chefs de cuisine rencontrés, pour la majorité salariés de sociétés spécialisées, ont indiqué ressentir une pression issue des contrôles très fréquents réalisés en cuisine, allant parfois au-delà de la norme du fait de directions et/ou de prestataires tenants du « risque zéro ». La tentation peut alors être de passer à l'industriel pour déporter le risque sur d'autres et/ou de réaliser des traçabilités abusives (« On coche avant pour être sûr de ne pas oublier » – un chef de cuisine, EHPAD).

Certaines normes sont jugées redondantes ou excessives (par exemple : prises de température multiples, nettoyage à l'eau de javel des légumes avant cuisson, affichage des allergènes alors qu'en EHPAD les allergies sont connues, conservation des bidons d'huile pendant cinq ans, conservation de plats témoins pour toutes les textures...).

Au total, le temps passé à la traçabilité est estimé à 20 % (ou une heure par jour), au détriment de la qualité s'il n'y a pas de temps dédié – ce qui dépend des contrats.

La notion du coût est également évoquée, en particulier concernant la formation annuelle des professionnels. Enfin, il est évoqué des niveaux de tolérance différents selon les services vétérinaires.

En outre, les différents entretiens menés, notamment avec la Direction générale de la santé, sous-direction de la prévention des risques liés à l'alimentation, conduisent à repérer sur le sujet de l'HACCP une difficulté des agents à connaître de façon claire les obligations précises s'appliquant aux EHPAD, ce qui peut amener à des interprétations différentes des obligations, parfois au-delà de la norme.

### **La sécurité incendie (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)**

Alors qu'elles figurent parmi les normes les plus appliquées, **les exigences en matière de sécurité incendie** figurent, de façon relative, parmi les normes dont le rapport entre coût et bénéfice est jugé le moins favorable sur la base du [questionnaire en ligne](#).

Pour autant, [les visites sur site](#) n'ont pas mis en évidence de possibilité d'allègement « ferme » sur ces sujets. Le point de vue du personnel comme des usagers est unanime : la sécurité incendie est jugée « incontournable, primordiale » pour les professionnels.

En revanche, il est également fréquemment qu'interviennent sur ces normes des critiques concernant une application trop uniformisée d'une part, qui peut s'avérer très coûteuse pour les établissements de taille plus modeste, et/ou des interprétations différenciées de la part des contrôleurs d'autre part :

- Il a ainsi été très régulièrement indiqué que « les commissions de sécurité ont des pratiques différentes d'un département à un autre, il n'existe pas d'harmonie nationale sur certains sujets qui sont parfois coûteux à mettre en œuvre » (un directeur, EHPAD), « leurs demandes sont immédiates alors que parfois des travaux sont prévus et pourraient justifier un report pour économiser du temps et de l'argent » (un conseil départemental) ;
- La formation des professionnels à la sécurité incendie est parfois jugée insuffisante, alors même qu'elle se fait dans certains cas au détriment d'autres formations relatives à l'accompagnement

des personnes. Par ailleurs, il existe une vraie difficulté à réaliser des exercices d'évacuation incendie avec des résidents.

Par ailleurs, sur l'ensemble des normes de sécurité (incendie, hygiène, HACCP), les établissements ont mis en évidence une difficulté à concilier les exigences de sécurité avec celles issues de la loi 2002-2. La plupart d'entre eux ont estimé subir un certain nombre d'injonctions paradoxales et ont exprimé une difficulté à concilier les exigences de sécurité et le principe d'un lieu de vie. On peut citer par exemple la tension entre des règles d'hygiène très strictes et le souhait des établissements de favoriser le maintien de l'autonomie en permettant aux résidents de participer à des ateliers cuisine ou encore de cultiver, récolter et consommer leurs propres fruits et légumes.

### **Les démarches évaluatives et les contrôles (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)**

**S'agissant des démarches évaluatives** (évaluation interne, externe), la très grande majorité des établissements visités indique que ces démarches ont permis aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques tout en ayant un cadre de référence vers lequel tendre. Impliquer les salariés est jugé important et contributif d'une meilleure qualité. La présence d'un référent qualité (mutualisé) et/ou d'un siège est jugée aidante. Les salariés eux-mêmes ont pu apprécier la démarche « à condition d'être mobilisés sur leurs pratiques cœur de métier » (un aide-soignant, EHPAD).

Il existe des observations récurrentes autour du coût représenté par ces démarches du fait du coût financier couplé au coût organisationnel qu'impliquent le temps et l'investissement nécessaires de la part de tous, tant pour la réalisation de l'évaluation interne que pour la préparation de l'évaluation externe

Par ailleurs, certains directeurs mentionnent une difficulté de prise de recul par les équipes, qui les a conduits à faire une grande partie des travaux seuls et/ou avec l'encadrement. Cela a également pu être le cas en raison des contraintes calendaires (évaluation interne réalisée rapidement, juste avant l'évaluation externe).

Quand l'exercice d'évaluation externe est évoqué au sein du questionnaire en ligne, il peut être mentionné une « démarche peu apprenante si l'évaluation interne a été bien faite », une « problématique de formation des évaluateurs » ou plus ponctuellement des « observations ne permettant pas facilement de déboucher sur un plan d'action ».

Concernant les contrôles, il a pu être mentionné qu'ils reposaient sur des indicateurs trop « administratifs », portant « davantage sur l'existence des documents que sur les pratiques » (plusieurs directeurs, EHPAD).

### **Les normes entourant les dispositifs spécifiques (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)**

Les visites sur site ont confirmé les enseignements du questionnaire en ligne concernant ces dispositifs. Il en ressort en synthèse que les dispositifs spécifiques (UHR/PASA) sont jugés intéressants, mais les établissements concernés évoquent des conditions strictes des cahiers des charges, nécessaires pour l'obtention de moyens supplémentaires afin de les faire fonctionner. Lorsqu'ils sont subventionnés, les moyens sont régulièrement jugés faibles au regard de la charge de travail qu'ils nécessitent pour fonctionner pleinement. Les contraintes architecturales sont par ailleurs régulièrement jugées lourdes pour les dispositifs de type PASA et UHR.

Plusieurs des EHPAD concernés indiquent également que la multiplication des tableaux de bord et outils spécifiques à élaborer dans le cadre de ces dispositifs s'avère sans bénéfice pour les usagers. Plusieurs EHPAD suggèrent la mise à disposition de trames de tableaux de bord homogènes et la suppression de la distinction au sein des documents réglementaires entre accueil temporaire et hébergement permanent (du fait d'un fonctionnement et d'un tarif à la journée presque identiques).

### La procédure budgétaire (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

Un grand nombre d'établissements visités ont évoqué plusieurs limites à la procédure actuelle, en cohérence avec les résultats du questionnaire, et exprimé le souhait :

- D'une harmonisation des documents financiers et des calendriers entre les différents interlocuteurs ;
- D'une révision du calendrier, voire d'une révision complète de la procédure, jugée lourde, restrictive et complexe<sup>18</sup> ;
- D'une révision des sections tarifaires. En particulier sont évoquées les complications liées au financement 30/70 des aides-soignants et les difficultés de recrutement du personnel soignant engendrées : « Si la dotation soin me permet de financer deux aides-soignants de plus, c'est impossible, car je ne trouverai pas le même niveau sur la dépendance » (un directeur, EHPAD).

Au-delà du champ défini par les questions de l'étude, de nombreuses remarques concernant les relations avec les financeurs ont pu être formulées : le souhait d'un accompagnement proche des structures (fonctions support, appui sur les sujets techniques, mise à disposition de documents types... – voir développements ci-dessous).

### Les obligations relatives au médecin coordonnateur (source : questionnaire en ligne, visites sur site, entretiens)

Il a été observé plus avant que la norme relative au médecin coordonnateur était spécifique à plusieurs égards.

De façon peu équivoque (questionnaire, visites), plusieurs obligations sont largement évoquées en tant que « normes pouvant être supprimées sans risque pour la qualité de prise en charge et/ou la sécurité des usagers » :

- Les **conventions avec les professionnels libéraux** (déjà peu mises en œuvre). Pour rappel, cette norme est la **première en terme de récurrence**, tous thèmes confondus, à la question « dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ? »
- La **commission de coordination gériatrique** et dans une moindre mesure la coordination avec les professionnels libéraux et l'implication dans les réseaux, qui sont jugées importantes, mais nécessitant un investissement en temps important ;
- Le **rapport d'activité médical** (évoqué dans le cadre des visites sur site, mais de façon moins prégnante dans le questionnaire en ligne) : charge administrative jugée lourde pour le bénéfice retiré par les résidents et l'établissement, s'il n'est pas exploité ;

---

<sup>18</sup> Il est à noter à cet égard que le ministère a mis en place un groupe de travail portant sur la réforme de la tarification des EHPAD, dont les travaux sont en cours.

- La **liste des spécialités médicamenteuses** à utiliser préférentiellement, dont le bénéfice est compris, mais complexe à mettre en œuvre, s’opposant à la liberté de prescrire (évoquée dans le cadre des visites sur site, mais de façon moins prégnante dans le questionnaire en ligne). De plus, quand elle existe, la liste n’est pas toujours suivie. Il est ponctuellement suggéré l’élaboration de recommandations au niveau national ou régional.

Par ailleurs : la **place et les missions du médecin coordonnateur ont souvent été questionnées** dans le cadre des visites sur site. Le travail avec les médecins traitants est jugé complexe pour plusieurs raisons (désertification médicale sur certains territoires, passages rares et difficiles en cas d’urgence, prescriptions inadéquates et en méconnaissance d’autres traitements et des problématiques gériatriques). Le médecin coordonnateur peut donc être amené à réaliser des prescriptions en dehors des situations d’urgence. De ce fait, un nombre significatif d’établissements et de professionnels (médecins coordonnateurs, directeurs, soignants) ont mentionné souhaiter que le médecin coordonnateur puisse prescrire même si d’autres rappellent et soutiennent le principe du libre-choix du médecin traitant.

Par ailleurs, les exigences entourant la qualification du médecin coordonnateur sont ponctuellement jugées en opposition avec les difficultés de recrutement rencontrées par les EHPAD, notamment isolés.

### 3. PISTES DE RÉFLEXION ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ANALYSE

Cette partie présente les pistes de réflexion et les recommandations identifiées, susceptibles de concourir directement ou indirectement à la simplification, selon le plan suivant :

- Les propositions pour améliorer l'appui aux directeurs dans la mise en œuvre des normes (partie 3.1) ;
- Les propositions d'allègement normatif (partie 3.2).

*Précaution méthodologique* : les graphiques exposés ci-dessous présentent une synthèse des propositions exprimées dans le cadre de certaines questions ouvertes au questionnaire en ligne, dont la trame figure en annexe du présent rapport. Ils ont une vocation illustrative.

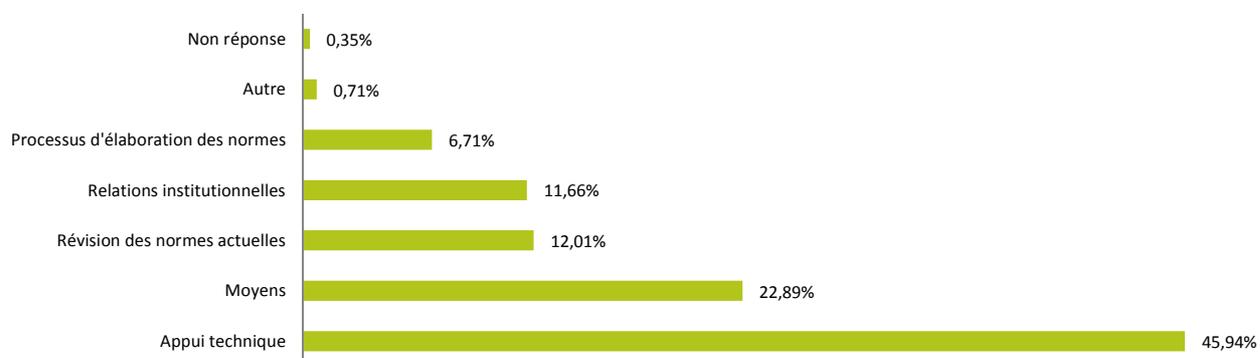
#### 3.1. PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER L'APPUI AUX DIRECTEURS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES NORMES (source : questionnaire en ligne, visites sur site)

Le questionnaire en ligne comprenait une question ouverte formulée comme suit :

- 125. Quelles seraient vos propositions pour améliorer l'appui aux directeurs dans la mise en œuvre des normes s'appliquant aux EHPAD ?

L'analyse des réponses conduit à observer les thématiques suivantes :

Part des sujets évoqués à la question "Quelles seraient vos propositions pour améliorer l'appui aux directeurs dans la mise en oeuvre des normes s'appliquant aux EHPAD ?"



Source : questionnaire en ligne  
Nombre de réponses : 228 – taux de réponse : 45,5 % – nombre de propositions : 283

La **demande d'appui technique**, sous diverses formes, est la première formulée, avant celle concernant une augmentation des moyens et la révision des normes actuelles (*voir détail page suivante*).

Les visites sur site ont permis de préciser et compléter ces demandes :

- Un nombre important d'établissements a sollicité une ou des solutions d'accès officiel à l'information (portail, plateforme, fascicules...) donnant accès aux obligations s'appliquant aux EHPAD ;

- Des demandes d'appui technique sont fréquemment évoquées, sous des formes diverses (ressources mutualisées, réseau, hotline, interlocuteur identifié au sein des ARS...);
- Le souhait d'un système d'information partagé entre les différents interlocuteurs est également fréquemment évoqué ;
- Un grand nombre d'établissements et de professionnels sollicite la mise à disposition de modèles, d'exemples, de trames types pour les documents réglementaires en vue d'une pleine appropriation des sujets et problématiques concernées. Les demandes ont principalement porté sur :
  - o Le contrat de séjour ;
  - o Le plan bleu et les autres plans du même type ;
  - o Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ;
  - o Le rapport d'activité.

Mais elles pourraient aller au-delà.

- Sont également évoqués des référentiels (y compris pour l'évaluation interne et externe), recommandations de bonnes pratiques professionnelles, guides... sur le même principe (modèles « souples », précisant le cadre minimum et adaptables, aidant à la mise en œuvre des normes).

Plus globalement, la demande d'appui en particulier sur les sujets dits « techniques » ne relevant pas du CASF (normes techniques, architecturales, eau, air, amiante, qualité...) est récurrente, éventuellement dans le cadre de dispositifs collaboratifs. Une réflexion semble pouvoir être menée pour étoffer encore l'outillage à disposition des établissements (par exemple : fiches techniques sur la maîtrise des consommations énergétiques, sur le carnet sanitaire, sur la GPEC, modèles de plan bleu, de DUERP, modèles de référentiel qualité...).

Une part d'établissements évoque également la **révision des normes actuelles** : parmi celles-ci ressort à nouveau de façon prégnante la procédure budgétaire.

#### Détail de la mention "Révision des normes actuelles"



Source : questionnaire en ligne

Nombre de réponses : 228 – Taux de réponse : 45,5 % – nombre de propositions : 30

D'autres sujets ont pu par ailleurs être évoqués dans le cadre des visites sur site :

#### Solutions d'appui aux directeurs évoquées dans le cadre des visites sur site :

Prendre davantage appui sur le terrain pour élaborer les normes/en vérifier la faisabilité

Créer des référentiels pour l'évaluation interne/l'évaluation externe

Constituer un système d'information unique (ARS, CG...)

Mieux articuler la coordination gérontologique (CLIC, MAIA, PAERPA, réseaux gérontologiques...)

Mesurer l'impact des normes/donner une feuille de route sur leur mise en œuvre (priorités...)

Mettre en meilleure adéquation les moyens avec les obligations

Favoriser les mutualisations entre EHPAD/mutualiser les fonctions supports

Faire évoluer les contrôles pour une meilleure prise en compte de la qualité de prise en charge

Améliorer la formation des professionnels

Améliorer le dialogue avec les autorités administratives

Proposer des trames types pour les documents réglementaires et des exemples d'application

Source : visites sur site

### 3.2. PROPOSITIONS D'ALLÈGEMENT NORMATIF

Dans l'hypothèse, proposée à hauteur de 23 % par les établissements pour appuyer les directeurs dans la mise en œuvre des normes, où l'affectation de moyens supplémentaires ne serait pas retenue, cette partie présente des voies d'allègement normatif.

#### 3.2.1. Proposition d'allègement normatif évoquée par les établissements (source : questionnaire en ligne, visites sur site)

Le questionnaire en ligne comprenait une question ouverte formulée de la façon suivante :

- 124. Quelles propositions d'allègement normatif peuvent être effectuées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ?

La synthèse graphique des résultats à cette question figure sur la page suivante. L'analyse des réponses conduit à observer (en dehors des commentaires transversaux détaillés ci-dessous) que sont citées au delà de la moyenne :

- La **procédure budgétaire** ;
- Les obligations en **sécurité-maintenance** ;
- Les obligations en matière de **droit des usagers et d'évaluation** ;
- Les **obligations en matière d'organisation des soins**.

La norme accessibilité et d'autres normes de sécurité (risques sanitaires, risques climatiques) arrivent ensuite. À un niveau plus fin, les **propositions les plus fréquemment citées** sont les suivantes :

Thème	Propositions	Fréquence d'évocation
Sécurité/maintenance	Supprimer ou assouplir une partie des obligations de sécurité, contrôles réglementaires et obligations ERP	12
Tabac	Supprimer l'autorisation de fumer dans les chambres	10
Accessibilité	Assouplir les normes accessibilité	9
Procédure budgétaire	Réviser la procédure budgétaire	8
Risques climatiques	Revoir les différents plans, par exemple fusionner plan bleu/plan grand froid/plan de secours	7

HACCP	Simplifier l'HACCP	7
Dispositifs spécifiques	Assouplir les règles pour l'accueil temporaire, UHR, PASA	6
Obligations de soins	Supprimer ou alléger les conventions avec les médecins libéraux	6
Médecin coordonnateur	Revoir les missions du médecin coordonnateur	5
Continuité énergétique	Supprimer ou assouplir l'obligation de continuité électrique	4
Médecin coordonnateur	Supprimer la commission de coordination gériatrique	4
Droits des usagers	Réduire le nombre de documents à destination des usagers et familles	4
Outils loi 2002-2	Revoir la procédure projet personnalisé	4
Sécurité/maintenance	Simplifier la lutte contre la légionelle	4
Accompagnement fin de vie	Revoir ou supprimer les formalités en cas de décès	4

Source : questionnaire en ligne  
 Nombre de réponses : 192 – taux de réponse : 38,8 % – nombre de propositions : 274

Les visites sur site ont largement confirmé ces enseignements, l'ensemble de ces thématiques ayant été évoqué à l'exception de la « suppression de l'autorisation de fumer dans les chambres ». Toutefois, la majorité des établissements visités interdisait déjà aux résidents le tabac dans les chambres. Au-delà, quelques autres sujets ont été cités :

- L'allègement de la norme « projet personnalisé », également évoqué dans le cadre du questionnaire en ligne. En effet, si la personnalisation de la prise en charge est plébiscitée, le formalisme entourant le projet personnalisé (révision et signature annuelle) pèse au plan administratif. Certains établissements mentionnent l'inadéquation de la démarche dans certains cas (en fin de vie par exemple), voire plus globalement en EHPAD. D'autres évoquent la stricte impossibilité de respecter la norme dans les établissements de grande taille (impossibilité de réaliser un projet pour tous les résidents accueillis).
- La révision des sections tarifaires (notamment la répartition 70/30 pour les aides-soignants et AMP) ;
- La suppression de certains affichages obligatoires (affichage de l'origine des viandes bovines).

D'autres notions doivent également être mentionnées :

- La **notion de « pause réglementaire »** : certains établissements ont exprimé le souhait de ne pas voir se créer d'obligation nouvelle ou qu'une pause dans le calendrier d'application réglementaire soit tout au moins observée pour laisser aux EHPAD le temps de la mise en œuvre et de l'adaptation aux obligations. Ce sujet a par exemple été cité au sujet des exigences en matière d'accessibilité, jugées trop rapides ;
- Le **souhait d'une adaptation des normes aux spécificités « micro » : spécificités du secteur, des territoires et des établissements**. Pour de nombreux établissements, la norme devrait prendre en compte les spécificités des EHPAD (taille, existence de fonctions support, implantation géographique...). Ainsi, de nombreux établissements ont regretté que les mêmes exigences s'imposent de manière uniforme à tous les établissements.
- Le **souhait d'une adaptation aux spécificités du secteur médico-social** : pour certains établissements, la réglementation générale devrait pouvoir être mise en regard avec les principes

structurels du secteur médico-social, au sein duquel pourrait être réinterrogée, par exemple, la notion de risque. Ceci peut être mis en lien avec l'évocation d'un besoin d'assouplissement de certaines normes de sécurité et/ou d'accessibilité.

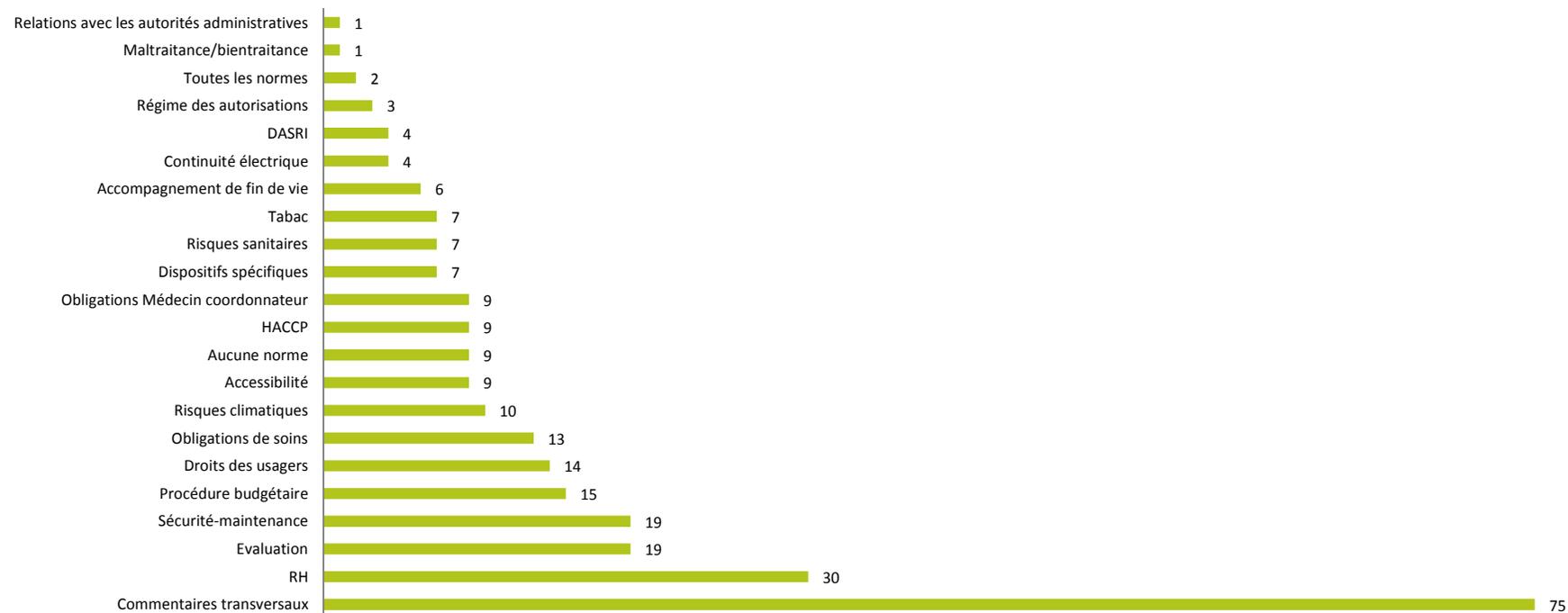
- Le **sujet de l'adaptation des moyens aux exigences**, qui n'est pas toujours explicitement évoqué, mais se trouve en toile de fond dans de nombreux commentaires du questionnaire (« tension entre des normes contraignantes et des moyens limités » – un directeur, EHPAD).

Différentes notions plus minoritaires apparaissent également :

- La **mutualisation de supports et l'articulation plus cohérente des démarches**. On peut citer par exemple la demande récurrente de documents uniques et partagés entre les différents interlocuteurs (rapport d'activité par exemple). Il a également été évoqué une articulation plus cohérente de démarches aux finalités proches (projet d'établissement, évaluation interne...)
- Une **priorisation des normes et des objectifs** à atteindre dans le cadre de la gestion de l'établissement, de l'accompagnement... Plusieurs établissements ont ainsi exprimé un besoin de disposer d'informations qualitatives sur le bénéfice et l'importance des normes au regard des objectifs de l'accompagnement afin de pouvoir réaliser des arbitrages pertinents et de savoir sur quelles obligations mobiliser le plus de moyens.
- Un **fonctionnement par objectifs** (établissement de feuilles de route).

À noter qu'une part importante d'établissements indique qu'aucune proposition ne peut être effectuée. La suppression de la norme sur le tabac est également évoquée. Sur ce plan également, les visites sur site ont confirmé la majorité des propositions.

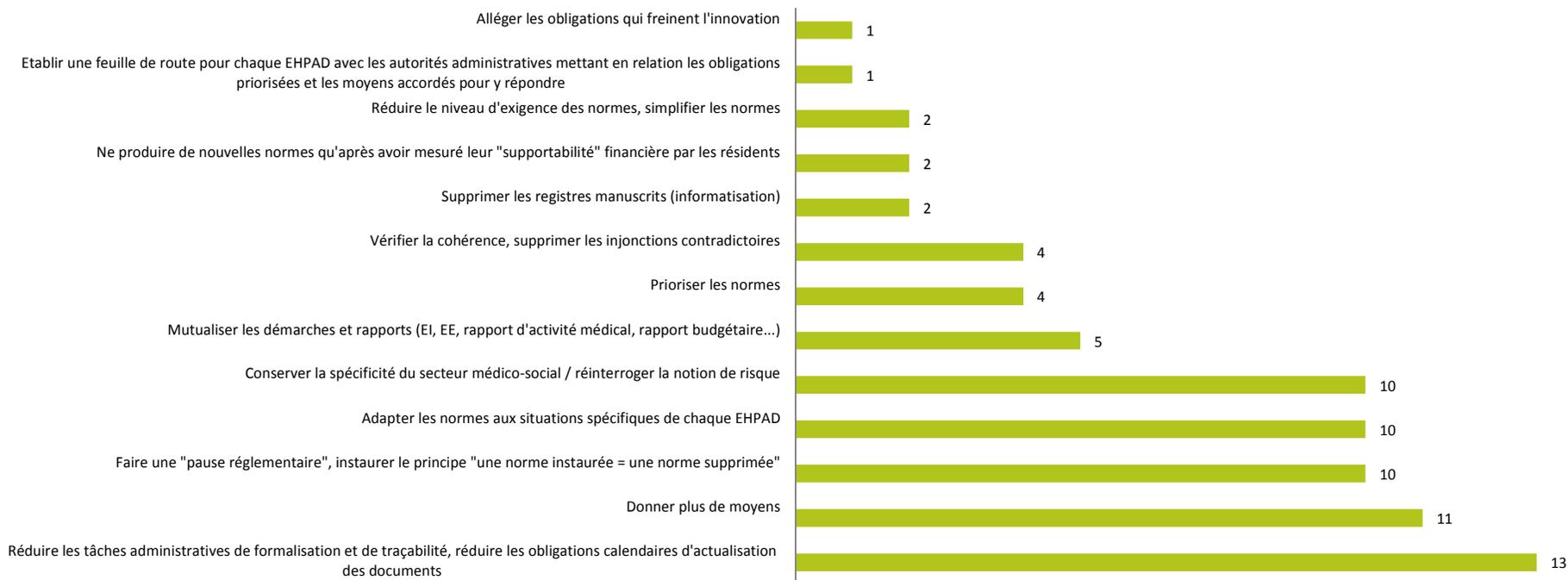
## Fréquence d'évocation des thématiques à la question "Quelles propositions d'allègement normatif peuvent être effectuées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ?"



Source : questionnaire en ligne  
 Nombre de réponses : 192 – taux de réponse : 38,3 % – nombre de propositions (273)

Le détail de cette mention « commentaires transversaux » est le suivant :

### Détail de la mention "commentaires transversaux"



Source : questionnaire en ligne – 75 propositions – taux de réponse : 38,3 %

On observe qu'apparaît de façon significative le **sujet de la réduction des tâches administratives, de formalisme et de traçabilité**. Beaucoup d'établissements soulignent le bien-fondé de la très grande majorité des normes, mais indiquent la lourdeur que constitue leur cumul, en particulier au niveau de la charge administrative, et regrettent la redondance de plusieurs démarches et documents.

### 3.2.2. Synthèse : pistes de réflexion en matière de simplification

Sur la base des constats de l'étude menée, **plusieurs pistes concourant directement ou indirectement à la simplification** peuvent être envisagées.

Elles sont de plusieurs ordres, étant à préciser que ne pourront être abordées de la même manière les obligations relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF) d'une part, et les autres obligations d'autre part.

#### Allègement du stock de normes

Peu de normes paraissent pouvoir purement et simplement être supprimées. Néanmoins, quelques-unes d'entre elles, relevant du CASF, font l'objet d'un consensus assez large concernant leur obsolescence. Notamment, les différents registres (registre des entrées et sorties coté et paraphé par le maire, registre des décès) ont régulièrement été mentionnés comme étant non pertinents au regard de logiciels de gestion existants et des incitations à l'informatisation.

Par ailleurs, plusieurs obligations pourraient d'être questionnées dans leur format actuel, au regard de leur niveau d'application et de leur fréquente évocation par les établissements comme normes pouvant être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers :

- L'obligation de réaliser un DIPC en l'absence de signature du contrat de séjour ;
- La norme relative au tabac ;
- La signature des contrats avec les intervenants libéraux ;
- La commission de coordination gériatrique annuelle.

#### Rationalisation des obligations « administratives »

L'un des principaux enseignements de l'étude concerne le poids du formalisme et de certaines obligations dites « administratives » qui alourdissent la charge de travail des établissements. Plusieurs pistes peuvent dès lors être explorées :

- La rationalisation des documents sur le fond (s'assurer que les informations utiles ne soient sollicitées qu'une fois – par exemple des données simples d'activité) et sur la forme (élaboration de supports uniques et partagés – par exemple, trame budgétaire unique). En particulier, s'assurer de la cohérence et de la pertinence du calendrier des différentes demandes et démarches (budgétaires, évaluatives, projet d'établissement, conventions tripartites...);
- L'analyse de certaines fréquences de révision des documents, notamment quand la situation des établissements n'a pas évolué (par exemple : sur le DUERP, le plan bleu et les autres plans sanitaires...).

#### Analyse spécifique de certaines normes faisant débat

**Certaines obligations relevant du CASF** ont été régulièrement évoquées par les établissements comme devant faire l'objet d'une révision totale ou partielle. Elles pourraient dès lors faire l'objet d'une analyse spécifique :

- La tarification et la procédure budgétaire (sur lesquelles des travaux sont d'ores et déjà en cours) ;

- Certains aspects ponctuels de la loi 2002-2, en particulier les aspects de formalisme : le DIPC (déjà évoqué plus avant), les projets personnalisés (délai de révision, signature...);
- Certains aspects des normes entourant les dispositifs spécifiques : cahier des charges PASA en particulier sur les normes architecturales, certaines obligations administratives entourant les dispositifs spécifiques (tableaux de bord spécifiques au sein des rapports d'activité...);
- Certains aspects de la norme « médecin coordonnateur » (pour partie évoquée plus avant) et des obligations de soins (prescription et évaluation des contentions...);
- Certaines obligations en matière de sécurité et d'hygiène : élaboration des outils DARI, DARDE, plans de continuité des activités...

**D'autres normes sont plus complexes** : leur coût apparaît très important, mais le bénéfice retiré également ; en tout état de cause, leur suppression n'est jamais explicitement sollicitée. Il s'agit principalement de normes entourant l'accessibilité et la sécurité, qui pourraient faire l'objet d'une étude particulière au regard de la spécificité des EHPAD. La norme HACCP, largement débattue, pourrait faire l'objet d'une recommandation de bonne pratique professionnelle pour faciliter sa mise en œuvre.

S'agissant des obligations relatives aux ressources humaines, la présente étude rend compte de l'importance qu'y attachent les directeurs au point d'en soulever parfois la difficulté d'application, à la mesure de la taille de leurs structures et des enjeux de continuité d'activité et de qualité qui sont les leurs.

#### Autres pistes de réflexion d'ordre général

Au-delà, certaines pistes fréquemment évoquées peuvent être considérées :

- Adapter certaines exigences aux spécificités micro (critère de taille, critère géographique...);
- Stabiliser les normes dans le temps ;
- Soutenir les mutualisations et groupements (systèmes d'information, achats, fonction sécurité...);
- Réinterroger les moyens au regard des obligations.

## 4. CONCLUSION

La présente enquête conduit à plusieurs constats positifs. Le premier est celui d'un bon niveau d'application générale des normes et obligations en EHPAD, mis en lumière par le questionnaire en ligne comme par les visites sur site, et confirmé par la majorité des acteurs impliqués dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes rencontrés.

Le deuxième est celui d'un consensus autour de l'apport qualitatif du cadre – notamment réglementaire – constitué autour des EHPAD ces dernières années. Ainsi, et de façon largement partagée, les différentes parties prenantes interrogées dans le cadre de l'enquête font état d'un véritable saut qualitatif opéré au sein des établissements à la faveur des évolutions du secteur.

Pour autant, l'enquête a confirmé l'existence de difficultés de mise en œuvre de plusieurs ordres dont les principales sont :

- La méconnaissance des obligations ou leur complexité d'application ;
- Le déficit de formation ou d'information ;
- Des moyens humains ou techniques jugés insuffisants.

À cet égard, on retiendra que les constats relatifs à ces difficultés de mise en œuvre, quand elles existent, sont très largement partagés, malgré des réalités très diverses selon les établissements (type, taille, implantation...).

On observera également que, malgré ce qui aurait pu être imaginé au départ, les normes dont le rapport entre le coût et le bénéfice est jugé « excessivement défavorable », et plus spécifiquement celles apparaissant comme pouvant être supprimées, sont assez peu nombreuses. En effet, ce n'est pas nécessairement le nombre de normes jugées non adaptées qui pèse, mais plutôt l'ampleur que peuvent prendre certaines de ces normes dans la pratique quotidienne.

Dès lors, outre la question des moyens pour appliquer les normes, les pistes de simplification sont plus complexes et suggèrent d'activer d'autres leviers parmi lesquels figurent notamment :

- le développement de l'appui technique et de l'outillage à destination des établissements ;
- la rationalisation de certaines obligations d'ordre « administratif » ;
- le questionnement spécifique de plusieurs obligations spécifiques particulièrement complexes, dont certaines ne relèvent pas spécifiquement du CASF ;
- plusieurs autres pistes d'ordre plus général, plus classiquement évoquées dans ce type de démarche : l'adaptation de certaines exigences normatives aux spécificités locales ; l'instauration d'une pause réglementaire ; le soutien aux mutualisations de compétences et groupements d'établissements.

## 5. ANNEXE – TRAME DE QUESTIONNAIRE EN LIGNE ADRESSÉ AUX EHPAD

### Enquête sur les normes en EHPAD – Trame de questionnaire en ligne

#### PRÉAMBULE

En 2008, le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a constitué en son sein la commission « Normes et Moyens », à laquelle plusieurs fédérations d'établissements et services participent. Cette commission a pour objet d'étudier l'impact financier et organisationnel sur les EHPAD des normes qui s'y appliquent. Ainsi, elle étudie les éléments de comparaison entre le coût des normes et l'intérêt qu'elles représentent pour les personnes accueillies et vise à proposer, le cas échéant, des recommandations relatives à l'allègement de ces normes.

Pour mener à bien ces travaux, la CNSA a eu recours au cabinet EQR Conseil, retenu à l'issue d'une procédure adaptée des marchés publics, en octobre 2014. Ces travaux prennent un intérêt tout particulier dans la perspective de simplification voulue par le Gouvernement dans l'ensemble des politiques publiques.

**La commission a donc travaillé sur ce questionnaire en ligne, destiné aux directeurs d'EHPAD, qui doit permettre, en un temps de réponse limité, de recueillir leur point de vue sur l'application des normes et les raisons d'une non-application (ou d'une application partielle) le cas échéant.**

Ce questionnaire comporte 125 questions auxquelles il est aisé de répondre. **Il dure entre trente et quarante-cinq minutes et doit être renseigné en une seule fois.**

**Votre réponse à ce questionnaire sera strictement anonyme** et ne fera l'objet d'aucune transmission par le cabinet EQR ni à la CNSA, ni aux fédérations, ni aux autorités de tarification.

Pour toute interrogation ou contrainte technique, nous vous invitons à contacter par mail le support mis à votre disposition à l'adresse suivante : [normesehpad@eqrconseil.com](mailto:normesehpad@eqrconseil.com)

Nous vous remercions par avance de votre participation,

L'équipe EQR Conseil et la CNSA, en collaboration avec l'AD-PA, la FHF, la FEHAP, la FNADEPA, la FNAQPA, Génération mutualiste, le SYNERPA et l'UNIOPSS

L'équipe EQR Conseil et la CNSA



## COTATION ET CAUSES PRINCIPALES DE NON-APPLICATION DES NORMES

Pour chaque norme identifiée, il vous sera demandé de renseigner son niveau d'application dans votre établissement :

- **Cotation A : cette norme est appliquée en totalité**  
*Le critère est satisfait dans tous les éléments d'appréciation et/ou de façon constante*
- 
- **Cotation B : cette norme est appliquée en grande partie**  
*Le critère est satisfait dans la majorité des éléments d'appréciation et/ou de façon habituelle*
- 
- **Cotation C : cette norme est très partiellement appliquée**  
*Le critère est peu ou partiellement satisfait et/ou de façon ponctuelle*
- 
- **Cotation D : cette norme n'est pas appliquée**  
*Le critère est trop peu ou non satisfait et/ou de façon trop rare*

Dans le cas d'une cotation en B, C ou D, la direction sera invitée à préciser la cause principale expliquant la non-application de la norme ou son application partielle.

Les causes de non-application des normes sont les suivantes *(2 choix possibles, à ordonner)* :

**Méconnaissance et/ou complexité de la norme** : l'établissement n'a pas connaissance de la norme, ou bien une connaissance partielle et insuffisante de ses modalités de mise en œuvre qui le conduit à ne pas l'appliquer

**Rapport coût/bénéfice de la norme défavorable** : l'établissement a estimé que le rapport coût/bénéfice de la mise en œuvre de la norme était défavorable, ce qui l'a conduit à ne pas l'appliquer

**Cause matérielle** : l'établissement estime ne pas être en mesure d'appliquer la norme pour des raisons matérielles (problème de locaux, de bâti, équipement vétuste...)

**Cause financière** : l'établissement estime ne pas être en mesure d'appliquer la norme pour des raisons financières (dont poste(s) non budgété(s))

**Cause RH** : l'établissement estime ne pas être en mesure d'appliquer la norme pour des raisons de moyens humains (inclut le(s) poste(s) budgété(s), mais vacant(s), problématique d'organisation, problématique de recrutement...)

**Cause externe** : la norme ne peut être appliquée pour des raisons externes à l'établissement (absence d'autorisation, problématique partenariale...)

**Non applicable ou exonéré** : l'établissement n'est pas concerné par la norme ou exonéré de son application (précisez)

## DONNÉES DE CARACTÉRISATION GÉNÉRALE DE L'EHPAD

---

- **1 - Date de construction du bâti le plus ancien :**
  - Avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997
  - Après le 1<sup>er</sup> janvier 1997
  
- **2 - Date d'autorisation et d'ouverture**
  - Avant le 3 janvier 2002
  - Entre le 3 janvier 2002 et le 31 janvier 2003
  - Entre le 21 juillet 2009 et le 31 janvier 2010
  - Autre (*préciser MM/AAAA*)
  
- **3 - Rattachement à un groupe ou à un siège social doté de fonctions supports**
  - Oui
  - Non
  
- **3a - Si oui, type(s) de fonction(s) support :**
  - Qualité
  - Sécurité
  - Veille réglementaire
  - Ressources humaines
  - Contrôle de gestion
  - Fonction achats
  - Système d'information
  - Site internet
  - Autre(s) (*précisez*)
  
- **4- Date de signature de la dernière convention tripartite**  
*(saisir directement JJ/MM/AAAA)*
  
- **5 - Existence d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)**
  - Oui
  - Non
  
- **5a- Si oui, date de signature du dernier CPOM**
  
- **6 - Nombre de places autorisées**  
Total  
Habilités à l'aide sociale  
*(saisir directement)*
  
- **7 - Existence des dispositifs suivants**
  - Accueil temporaire
  - Accueil de Jour
  - PASA
  - UHR
  - Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
  
- **8 - Dernier GMP validé** (*saisir directement*)
  
- **9 - Dernier PMP validé** (*saisir directement*)

- **10 - Option tarifaire :**
  - Tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur
  - Tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur
  - Tarif global sans pharmacie à usage intérieur
  - Tarif global avec pharmacie à usage intérieur
  
- **10 a - Si l'EHPAD ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), participe-t-il à un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou social et médico-social (GCSMS) disposant d'une PUI ?**
  - Oui
  - Non
  
- **11 - Nombre d'ETP budgétés**  
*(saisir directement)*
  
- **12 - Restauration :**
  - Internalisée
  - partiellement externalisée
  - totalement externalisée
  
- **12 a – Restauration :**
  - Liaison froide
  - Liaison chaude
  
- **13 - Blanchisserie :**
  - Internalisée
  - Partiellement externalisée
  - Totalement externalisée
  
- **14 - Établissement implanté dans une zone concernée par la présence de radon :**
  - Oui
  - Non
  
- **15 - Classement ERP (établissement recevant du public) :**
  - Type J
  - Type U

*(Voir procès-verbal de la dernière commission de sécurité)*
  
- **16 - Catégorie d'établissement recevant du public :**
  - Première catégorie
  - Deuxième catégorie
  - Troisième catégorie
  - Quatrième catégorie
  - Cinquième catégorie

*(Voir procès-verbal de la dernière commission de sécurité)*

### Les outils de la loi 2002-2

#### Existence des outils

- 17. L'établissement a élaboré un livret d'accueil
- 18. L'EHPAD a élaboré un contrat de séjour ou, à défaut, un document unique de prise en charge (DIPC)
- 19. L'établissement a mis en place un conseil de la vie sociale (CVS)
- 20. L'établissement a élaboré un règlement de fonctionnement
- 21. L'établissement a réalisé un projet d'établissement

#### Effectivité des outils

- 22. L'établissement a mis en place le dossier d'admission unique (modèle national)
- 23. Le livret d'accueil et ses annexes (règlement de fonctionnement et charte des droits et libertés de la personne accueillie) sont remis aux usagers
- 24. Le règlement de fonctionnement est réactualisé tous les cinq ans
- 25. Pour les séjours d'une durée égale ou supérieure à deux mois, le contrat de séjour est remis dans les quinze jours et signé dans le mois par le résident ou son représentant légal
- 26. En cas de refus de signature du contrat de séjour, un document individuel de prise en charge (DIPC) est réalisé
- 27. La prise en charge est personnalisée par la signature d'un avenant au contrat de séjour précisant les objectifs et prestations adaptés à la personne, élaboré dans les six mois suivant l'admission et révisé annuellement (projet personnalisé)
- 28. La liste des prestations offertes et leur prix sont annexés au contrat de séjour et mis à jour au moins annuellement
- 29. Le projet d'établissement est actualisé tous les cinq ans
- 30. Les objets déposés par les personnes accueillies sont inscrits dans un registre des objets déposés
- 31. Les entrées et sorties sont inscrites dans un registre coté et paraphé par le maire
- 32. Les obligations entourant la protection juridique des majeurs (dont mandat de protection future) sont évoquées avec les résidents et les familles
- 33. L'établissement a mis en place un protocole de signalement des événements indésirables en lien avec l'ARS et le conseil départemental
- 34. Si l'EHPAD est public et dispose de plus de quatre-vingts lits, il a désigné un ou plusieurs agents comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs pour exercer les mesures ordonnées par l'autorité judiciaire (ou à défaut, l'exercice de ces mesures a été confié à un service mandataire judiciaire à la protection juridique des majeurs)

### Affichages obligatoires

- 35. Les différents affichages relatifs aux droits des usagers sont réalisés :

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

OUI/NON

Règlement de fonctionnement	OUI/NON
Liste des personnes qualifiées pour faire valoir les droits des résidents, arrêtée par l'ARS et le président du conseil départemental	OUI/NON

- 36. Les tarifs d'hébergement à jour sont affichés

### Accompagnement à la fin de vie et formalités en cas de décès

- 37. L'établissement applique les dispositions suivantes de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti

Information et/ou recueil des directives anticipées *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Information sur la possibilité de désigner la personne de confiance *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

- 38. La direction déclare à l'officier d'état civil les décès survenus dans son établissement dans les 24 heures
- 39. L'établissement tient un registre des décès
- 40. Lorsque le transfert du corps en chambre mortuaire nécessite de sortir de l'enceinte de l'établissement, l'accord de la direction est sollicité pour le transport sans mise en bière
- *Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ?*

- (Texte libre)

## THÈME 2 : ÉVALUATION DES PRATIQUES ET BIENTRAITANCE

- 41. L'EHPAD assure la protection des salariés ou agents ayant témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie
- 42. L'évaluation interne a été réalisée et ses résultats ont été communiqués aux autorités ayant délivré l'autorisation
- Le rapport d'activité annuel fait mention de l'état de progression de la démarche d'évaluation interne
- *Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité de prise en charge et/ou la sécurité des usagers ?*

(Texte libre)

## THÈME 3 : ORGANISATION DES SOINS

### Obligation relative au médecin coordonnateur

- 44. L'EHPAD dispose-t-il d'un médecin coordonnateur ? OUI/NON

- 45. Quel est le temps d'exercice théorique du médecin coordonnateur (prévue au budget en ETP) ?
- 46. Quel est son temps d'exercice réel (en ETP) ?
- 47. Les qualifications du médecin coordonnateur correspondent aux attendus réglementaires (diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie ou capacité en gérontologie ou diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, attestation de formation continue)
- 48. Le médecin coordonnateur a réalisé un projet général de soins intégré au projet d'établissement
- 49. Le médecin coordonnateur évalue la compatibilité de l'état de santé de la personne avec les capacités de soins de l'EHPAD dans le cadre de la procédure d'admission
- 50. Le médecin coordonnateur assure la coordination avec les professionnels de santé libéraux
- 51. Le médecin coordonnateur participe à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés ou d'autres formes de coordination
- 52. Le médecin coordonnateur a mis en place une commission de coordination gériatrique annuelle
- 53. Le médecin coordonnateur réalise un rapport d'activité médical annuel
- 54. Le médecin coordonnateur a élaboré la liste des spécialités médicamenteuses à utiliser préférentiellement
- 55. Le dossier de soins est mis en place et tenu à jour
- 56. Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est mis en place, accessible 24 heures sur 24 à tout médecin intervenant en urgence
- 57. Les contentions sont systématiquement prescrites et régulièrement évaluées
- 58. La signature de contrats avec les professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD est réalisée

Avec les médecins traitants *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Avec les masseurs kinésithérapeutes libéraux *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

- ***Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité de prise en charge et/ou la sécurité des usagers ?***

*(Texte libre)*

### Normes relatives à l'accessibilité

- 59. L'EHPAD a réalisé un diagnostic accessibilité

- 60. L'EHPAD est accessible aux personnes en situation de handicap

Au niveau de l'entrée *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Au niveau des chambres *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Au niveau des sanitaires *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Au niveau des douches *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Au niveau des salles de restauration *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Au niveau des accès aux étages *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

Au niveau des circulations *En totalité/en grande partie/très partiellement/non*

### Sécurité incendie

- 61. L'établissement réalise les opérations de maintenance préventive obligatoires
- 62. L'établissement fait procéder aux vérifications techniques périodiques par des bureaux de contrôle pour maintenir ses installations en conformité
- 63. L'établissement tient à jour un registre de sécurité
- 64. *EHPAD Type J* : la norme relative à la formation du personnel à la sécurité incendie est appliquée (formation de tout le personnel aux consignes incendie, à l'évacuation ou au transfert horizontal pour le personnel affecté à la surveillance, affichage des consignes en cas d'incendie)
- 65. *EHPAD Type U* : la norme relative à la formation du personnel à la sécurité incendie est appliquée (formation de tout le personnel aux consignes incendie, à l'évacuation ou au transfert horizontal, réalisation d'exercices périodiques d'évacuation, insertion au registre de sécurité du schéma d'organisation de la sécurité incendie, affichage des consignes en cas d'incendie)

### Risques climatiques et sanitaires

- 66. L'établissement a élaboré un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique
- 67. L'établissement a réalisé un plan grand froid
- 68. L'établissement dispose d'une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air
- 69. Les maladies à déclaration obligatoire et autres événements de santé infectieux sont déclarés à l'ARS
- 
- 70. L'établissement a réalisé un document d'analyse du risque infectieux (DARI)

- 71. L'établissement a signé une convention avec un établissement de santé proche pour prévoir les modalités de coopération, notamment en cas d'urgence et pour accompagner les hospitalisations quand elles s'avèrent indispensables

-

### Lutte contre le tabagisme

- 72. L'obligation d'afficher l'interdiction de fumer dans l'établissement est respectée
- 73. L'EHPAD applique les dispositions permettant aux résidents de fumer dans leur chambre en mentionnant dans le règlement de fonctionnement les recommandations à mettre en œuvre

-

### Continuité énergétique

- 74. L'EHPAD héberge-t-il à titre permanent des personnes présentant des pathologies nécessitant l'usage de dispositifs médicaux fonctionnant à l'électricité et indispensable à leur sécurité ?
- 75. L'EHPAD a mis en place des moyens d'alimentation autonomes en énergie ou d'autres mesures proportionnées permettant la continuité énergétique
- 76. L'EHPAD a réalisé un document d'analyse du risque de défaillance électrique (DARDE)

-

### Légionelle

- 77. L'EHPAD tient un carnet sanitaire de surveillance des installations d'eau chaude sanitaire à risque
- 78. L'EHPAD réalise les maintenances et contrôles internes afférents au risque légionelles (traitement tartre et corrosion, désinfections, surveillance de la température de l'eau, surveillance des concentrations en légionelles, mesure des volumes d'eau consommés)
- 79. L'EHPAD réalise les prélèvements d'eau et fait réaliser les analyses de légionelles par un laboratoire accrédité

-

### Déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)

- 80. Les DASRI sont emballés dans des dispositifs adaptés (types et tailles adaptés au type et au volume de DASRI)
- 81. Les règles d'entreposage final des DASRI sont respectées : stockage dans un local identifié, ventilé et éclairé, équipé d'un point d'eau et d'une évacuation siphonide à l'égout, protégé des intempéries, du vol, des dégradations et des rongeurs ou dans un espace extérieur équipé d'un toit, grillagé et sécurisé (ne concerne pas les locaux d'entreposage intermédiaires situés à l'intérieur des unités de soins)
- 82. Les DASRI sont enlevés par une société disposant des autorisations nécessaires
- 83. Les bordereaux, bons de prise en charge et états récapitulatifs relatifs à l'enlèvement des DASRI sont conservés pendant trois ans
- 84. L'enlèvement des DASRI intervient dans le respect des fréquences réglementaires

-

### Restauration et norme HACCP

- 85 : L'EHPAD a déclaré de l'activité de restauration collective à caractère social au préfet du département
- 86 : L'EHPAD dispose d'un plan de maîtrise sanitaire décrivant les mesures prises pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire de ses productions vis-à-vis des dangers biologiques, physiques et chimiques.
- 87 : Les locaux sont adaptés au respect de la norme HACCP (pièce de stockage et de travail des denrées alimentaires adaptées, marche en avant ou existence de procédures spécifiques palliant une conception inadaptée des locaux...)
- 88 : Les locaux sont adaptés dans le respect de la norme HACCP (existence et mise en œuvre d'un plan de nettoyage et de désinfection de l'ensemble des locaux)
- 89 : Des analyses microbiologiques de denrées sont réalisées par un laboratoire agréé
- 90. Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé la norme HACCP
- 91. Les plats témoins sont conservés
- 92. Les prises de températures obligatoires sont réalisées
- 93. L'EHPAD informe les consommateurs sur l'origine des viandes bovines

### Obligations spécifiques radon et amiante (si concerné)

- 94 : L'EHPAD assure la tenue d'un dossier technique amiante
- 95 : La norme relative aux radons est appliquée (réalisation de mesures tous les 10 ans, tenue d'un registre radon)
- 
- *Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité de prise en charge et/ou la sécurité des usagers ?*
- (Texte libre)

## THÈME 5 : FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES (si concerné)

---

### Accueil temporaire (si concerné)

- 96 : Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire sont décrites dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement
- 97 : Un tableau de bord spécifique à l'accueil temporaire est réalisé au sein du rapport d'activité
- 98 : Les usagers de l'accueil temporaire signent un contrat de séjour spécifique
- 

### Accueil de jour (si concerné)

- 100. Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de tarification de l'accueil de jour sont inscrites dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement
- 101. Un tableau de bord spécifique à l'accueil temporaire est réalisé au sein du rapport d'activité
- 102. Les usagers de l'accueil de jour signent un contrat de séjour spécifique

- 103. Une solution de transport adaptée aux besoins des bénéficiaires de l'accueil de jour est mise en place
- 103b. L'établissement rembourse aux personnes accueillies ou à leurs familles les frais de transport qu'elles supportent, dans la limite du forfait de transport journalier prévu par l'article V de l'article D. 312-9 du CASF

#### PASA (si concerné)

- 104. La labellisation du PASA est effective
- 105. L'équipe affectée au PASA présente la composition prévue (ASG qualifié, ergothérapeute et/ou psychomotricien, psychologue)
- 106. Un projet de soins et de vie adapté au PASA a été réalisé
- 107. L'environnement architectural du PASA est adapté et sécurisé, en conformité avec le cahier des charges
- 108. Un tableau de bord spécifique au PASA est réalisé au sein du rapport d'activité

#### UHR (si concerné)

- 109. La labellisation de l'UHR est effective
- 110. L'équipe affectée à l'UHR présente la composition prévue (médecin, infirmier, ASG qualifié, ergothérapeute et/ou psychomotricien, psychologue, personnel soignant de nuit)
- 111. Un projet de soin et de vie adapté à l'UHR a été réalisé
- 112. L'environnement architectural de l'UHR est adapté et sécurisé, en conformité avec le cahier des charges
- 113. Un tableau de bord spécifique à l'UHR est réalisé au sein du rapport annuel d'activité
- *Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ?*

- *(Texte libre)*

### THÈME 6 : LES RESSOURCES HUMAINES, LE DROIT DU TRAVAIL, LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE

- 114. Les vérifications préalables à l'embauche (vérification des diplômes pour les professions réglementées et de l'absence d'incapacité professionnelle) sont réalisées
- 115. Les amplitudes horaires et les temps de repos sont respectés
- 116. Le personnel exposé à un risque de contamination est-il vacciné (hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite, BCG...) ?
- 117. Dans les EHPAD privés, la personne morale ou physique gestionnaire a réalisé un document unique de délégation (DUD) précisant les compétences et missions confiées par délégation au directeur

- 118. Les différents affichages à destination du personnel sont réalisés (plannings, règlement intérieur, consignes incendie, affichages relatifs aux instances représentatives du personnel, interdiction de fumer...)
- 119. Les entretiens professionnels (ou d'évaluation) sont réalisés tous les deux ans au moins
- 120. Les médicaments sont préparés par un préparateur en pharmacie ou un infirmier diplômé d'État
- 121. Les termes du décret de compétences de la profession d'infirmier, prévoyant que les toilettes soient réalisées par les infirmiers en collaboration avec les aides-soignants et les AMP uniquement, sont respectés
- 122. La procédure budgétaire, prévoyant l'envoi des budgets prévisionnels au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 et l'envoi des comptes administratifs au plus tard le 30 avril de l'année n+1, est respectée
- **Dans ce thème, pensez-vous qu'une ou des normes puissent être supprimées sans risque pour la qualité d'accompagnement et/ou la sécurité des usagers ?**  
(Texte libre)

## QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES

- 123. Où se situent d'après vous, les normes dont le rapport entre la charge (qu'elle soit financière ou organisationnelle) et les bénéfices pour les usagers est le plus défavorable ?

Outils de la loi 2002-2
Accompagnement à la fin de vie et formalités en cas de décès
Normes relatives à l'évaluation des pratiques et à la bientraitance (évaluation interne/externe...)
Obligations relatives au médecin coordonnateur
Autres obligations relatives aux soins (dossier de soins, DLU, prescription des contentions, contractualisation avec les professionnels libéraux)
Normes d'accessibilité
Normes de sécurité (maintenance, sécurité incendie...)
Normes relatives aux risques climatiques et sanitaires (dont légionelles)
Normes relatives à la lutte contre le tabagisme
Normes relatives à la continuité énergétique
Normes relatives aux déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)
Normes HACCP
Exigences relatives aux dispositifs spécifiques (hébergement temporaire, accueil de jour, UHR/PASA)
Normes relatives aux ressources humaines et au droit du travail

- 124. Quelles propositions d'allègement normatif peuvent être effectuées sans « risque » pour la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers ?

(Texte libre)

- 125. Quelles seraient vos propositions pour améliorer l'appui aux directeurs dans la mise en œuvre des normes s'appliquant aux EHPAD ?

(Texte libre)



**SAS EQR Conseil**

68 rue de la Chaussée d'Antin - 75009 PARIS

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

Tél. : 01 40 13 03 43

Fax : 01 40 13 03 33

Courriel : [eqr@eqrconseil.com](mailto:eqr@eqrconseil.com)