

---

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

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **mars 2008**

---

***La convention tripartite :  
un levier dans la promotion de la bientraitance  
des personnes âgées accueillies  
dans les EHPAD du Nord.***

---

**Marie LANTUEJOU**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble de l'équipe du service de soins aux personnes âgées de la DDASS du Nord et plus particulièrement, mon maître de stage, pour leur disponibilité, leur pédagogie et leur accueil.

Un grand merci également à toutes les personnes que j'ai contacté et qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps pour répondre à mes questions.

Enfin, un remerciement particulier à toutes les personnes qui m'ont aidée à la réalisation de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 La politique de lutte contre la maltraitance en EHPAD : une prise de conscience encourageante et un dispositif qui se met en place.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Une politique de lutte contre la maltraitance basée sur le renforcement des droits des usagers .....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Maltraitance / Bientraitance : deux notions étymologiquement opposées mais deux logiques complémentaires .....	6
1.1.2 Le renforcement des droits des usagers : un garde-fou indispensable dans la politique de lutte contre la maltraitance .....	11
1.1.3 Parallèlement, un arsenal juridique est mis en œuvre pour développer une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.....	14
<b>1.2 La réforme de la tarification des EHPAD : une voie tracée vers la qualité... </b>	<b>16</b>
1.2.1 Une réforme attendue mais complexe à mettre en place.....	17
1.2.2 La convention tripartite : un outil juridique permettant la mise en œuvre de la réforme .....	19
<b>2 La convention tripartite : l'inscription des EHPAD dans la démarche d'amélioration continue de la qualité .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Le Nord : un département au contexte opportun.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Des indicateurs sanitaires et sociaux alarmants qui sont autant de facteurs de risque de maltraitance.....	23
2.1.2 Les chiffres disponibles pour le département du Nord.....	24
2.1.3 Le Nord : un département très impliqué dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification.....	25
<b>2.2 La procédure de conventionnement : un atout pour la promotion de la bienveillance en Ehpads.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Une implication forte de l'ensemble des acteurs concernés.....	27
2.2.2 Une démarche d'amélioration continue de la qualité pour promouvoir la bienveillance .....	30
<b>2.3 Des difficultés à appréhender pour mieux les surmonter .....</b>	<b>33</b>
2.3.1 Un besoin de méthode et d'outils pour repérer les besoins de l'établissement et répondre au mieux à ceux de ses résidents .....	33

2.3.2	Des contraintes qui pourraient, à terme, entraver le développement d'une culture de bientraitance en établissement.....	36
<b>3</b>	<b>Développer une culture de bientraitance par la qualité : une démarche que l'inspecteur doit impulser et accompagner .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1</b>	<b>Compléter le recueil de données sur la maltraitance avec le système d'information PRISME .....</b>	<b>40</b>
3.1.1	Un outil à la mise en place difficile.....	41
3.1.2	...qu'il faut réhabiliter au sein des services déconcentrés .....	42
<b>3.2</b>	<b>Renforcer et systématiser l'accompagnement des établissements par l'inspecteur dans la négociation du conventionnement .....</b>	<b>44</b>
3.2.1	La création d'un modèle de convention tripartite de 2 <sup>ème</sup> génération .....	44
3.2.2	Un accompagnement dans le suivi de la réflexion de l'établissement jusqu'à la rédaction de la convention.....	47
3.2.3	Mettre l'accent sur le suivi de la convention tripartite pendant ses cinq années de vie.....	48
<b>3.3</b>	<b>L'importance d'un positionnement adapté de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale.....</b>	<b>49</b>
3.3.1	Une formation continue obligatoire : les recadrages nécessaires pour un métier à multiples facettes.....	50
3.3.2	S'interroger sur nos pratiques professionnelles en élaborant un guide méthodologique des principales facettes du métier d'ias.....	51
<b>3.4</b>	<b>La mise en place de journées interprofessionnelles.....</b>	<b>51</b>
3.4.1	Le but de ces journées interprofessionnelles .....	52
3.4.2	Des thématiques pertinentes travaillées en inter-filiarité .....	53
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFPAP : Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes âgées  
AGGIR : grille nationale Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources  
ALMA : Association "Allô Maltraitance"  
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale  
ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements  
APA : Allocation Pour l'Autonomie  
AS : Aide-Soignant  
ASH : Agent des Services Hôteliers  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CNESMS : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DNO : Directive Nationale d'Orientations  
DOMINIC : DOtation MINImale de Convergence  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DREES : Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques  
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique  
GIR : Groupes Iso-Ressources  
GMP : Gir Moyen Pondéré  
HAS : Haute Autorité de la Santé  
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale  
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
MACE : Mission d'Appui au Contrôle et à l'Evaluation  
MAFI : Mission d'Appui aux Fonctions d'Inspection  
MARTHE : Mission d'Aide de la Réforme de Tarification d'Hébergement en Etablissement  
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

MRIICE : Mission Régionale et Interdépartementale de l'Inspection, du Contrôle et de l'Evaluation

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRIICE : Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection, Contrôle et Evaluation

PRISME : Prévention des Risques, Inspections et Signalements des Maltraitements dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

SSPA : Service de Soins pour Personnes Agées (DDASS)

USLD : Unité de Soins Longue Durée

## INTRODUCTION

*"La seule bonne volonté ne suffit pas quand il s'agit de traiter convenablement nos aînés".*

Alain Peudenier

Le vieillissement progressif de la population française et l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résulte constituent un phénomène lourd que toutes les projections démographiques tendent à confirmer. Les instruments réglementaires et statistiques définissent comme étant des "personnes âgées", les personnes de 60 ans et plus. Elles représentaient en 2000, 22% de la population française (soit 12,5 millions), et seront d'après les prévisions démographiques 17 millions en 2020 (soit + 40% en 20 ans), et près de 21,5 millions en 2040, ce qui représentera le tiers de la population totale<sup>1</sup>. L'espérance de vie française est stable en 2005 avec 76,7 ans pour les hommes et 83,7 ans pour les femmes<sup>2</sup>. L'âge moyen auquel la prévalence de la dépendance commence à augmenter rapidement est estimé aux alentours de 80 ans : de 4 millions en 2020, les personnes âgées dépendantes seront 7 millions en 2040 (soit plus de trois fois plus qu'en 2000). La société française, comme la plupart des sociétés occidentales, va être durablement affectée par cette situation qui directement ou indirectement, concernera tôt ou tard toutes les familles. Il s'agit là d'un défi à la fois médical, social, politique et financier encore semble-t-il, sous-estimé.

Toutefois, depuis la seconde moitié des années 1990, les pouvoirs publics ont commencé à prendre la mesure de ce défi notamment démographique en engageant trois réformes importantes. La première vise à répondre aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes et de leurs familles par l'instauration d'une aide financière à caractère universel : l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA)<sup>3</sup>. La deuxième<sup>4</sup> a pour objet de médicaliser et de moderniser le parc des établissements d'hébergement et ainsi

---

<sup>1</sup> *Les personnes âgées à dépendantes* - Rapport de la Cour des Comptes – Novembre 2005

<sup>2</sup> Données INSEE, 2006

<sup>3</sup> Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA.

<sup>4</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 - Loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

supprimer lesdits "hospices" de l'offre existante. La troisième, plus récente, accroît les sources de financement affectées à la prise en charge de la dépendance et du handicap en instituant une journée de solidarité et crée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dont le champ d'action s'étend à l'ensemble des personnes touchées par la perte de leur autonomie.

Parallèlement à ces différentes réformes, l'Etat a mis en place un dispositif de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Initialement pensé pour l'enfance, ce dispositif est désormais étendu à l'ensemble des adultes vulnérables accueillis en institutions à savoir les personnes handicapées et les personnes âgées. La maltraitance de ce public a longtemps été un phénomène sous-estimé et tabou. En fait, il s'agit d'une réalité complexe : qu'il soit familial ou institutionnel, ce phénomène de maltraitance reste souvent difficile à appréhender, tant par son ampleur que par la nature des violences qui le caractérise. Le réseau Allô Maltraitance (ALMA), créé en 1994, est une des sources d'informations qui permet de mieux évaluer son importance. En 2003, 30% des appels reçus par les centres d'écoute concernaient une maltraitance en établissement (dont la majorité, 70%, était des femmes, et 67% étant âgées de plus de 80 ans). Le type de maltraitance était majoritairement de la négligence, suivie par ordre décroissant de cas de maltraitance financière, psychologique et physique. Les auteurs présumés étaient à 65% des personnels de l'institution dont une majorité de soignants (41%) – Statistiques réseau ALMA France.

J'ai choisi, dans le cadre de ce mémoire, de centrer ma réflexion sur le public des personnes âgées dépendantes accueillies en établissement dans le département du Nord. Pour autant, la maltraitance à domicile des personnes âgées est également un phénomène connu et qui malheureusement se développe aussi (cf. les chiffres ALMA) mais le temps qui m'était imparti n'aurait pas suffi à traiter l'ensemble de cette problématique.

Dans un contexte d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement, les pouvoirs publics souhaitent dynamiser le secteur médico-social et replacer l'usager au centre du dispositif. La réforme de la tarification avait un double objectif : financer la médicalisation des structures souhaitant accueillir des personnes âgées dépendantes en toute transparence financière et budgétaire pour les établissements sociaux et médico-sociaux, et, un second volet resté un peu dans l'ombre lors des conventions tripartites initiales : conduire l'établissement vers une réflexion systématique et organisée de l'amélioration continue de la qualité dans la prise en charge de l'usager. Cette réforme met en place la convention tripartite, un outil juridique formalisant, sur une période de 5 ans, les engagements déclinés par l'établissement, le

Conseil Général et l'Etat. Parallèlement, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale met en place des outils qui réaffirment les droits de l'usager, aux premiers rangs desquels : « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ». Cette loi du 2 janvier 2002 s'est donnée comme objectif de mettre l'usager au cœur du dispositif, d'assurer la prise en charge la plus adaptée possible aux besoins du résident, de permettre l'expression de celui-ci dans la définition de ses besoins, de conduire à la prise en compte de son appréciation du service rendu, de promouvoir la participation des professionnels et de prévenir ainsi tout risque de maltraitance. Elle prévoit un arsenal législatif exhaustif et intéressant en créant différents outils et instaure une procédure obligatoire et périodique d'évaluation interne et externe de l'activité et de la qualité des prestations délivrées en établissement<sup>5</sup>. Ainsi la promotion des droits des usagers, la prévention de la maltraitance en établissement et l'obligation d'évaluation périodique concourent à la mise en œuvre d'une culture de bientraitance en établissement.

Au cours de mon stage d'exercice professionnel réalisé au sein du Service de Soins pour Personnes Agées (SSPA) de la DDASS du Nord, j'ai eu l'opportunité de participer à des visites d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le cadre de la signature de conventions tripartites ou de leur renouvellement puisqu'il fait partie des premiers départements à avoir lancé les signatures et mis en place cette réforme, les premières conventions tripartites ayant été signées en 2002. En effet, l'année 2007 est une année charnière puisque les établissements qui souhaitent entrer dans la réforme de la tarification (et par là même, se médicaliser pour accueillir des personnes âgées dépendantes) doivent avoir signé leur convention tripartite avant le 31 décembre 2007 (échéance de nombreuses fois repoussée depuis la mise en place de la réforme).

Lors de ces visites et avec toujours cette idée de vouloir travailler sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, j'ai pris conscience, qu'au delà de l'inspection qui permet à un instant T de faire le point sur le fonctionnement et l'organisation d'un établissement, la convention tripartite est un outil juridique précieux pour formaliser une réflexion partagée. Tout le travail réalisé en amont est primordial, lourd de sens pour l'ensemble des parties. Cette convention est le fruit d'une concertation interne à l'établissement, enrichie d'une phase de négociation avec les deux autorités de tarification (la DDASS et le Conseil Général). Précédée d'une visite sur place des cofinanceurs elle permet une connaissance de la structure par l'inspecteur référent, la valorisation du travail

---

<sup>5</sup> Art. L311-3 à L311-9 et L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

fait par l'établissement lors de l'évaluation, un échange de professionnel à professionnel pourvus de logiques différentes mais tous deux ayant pour objectif unique : une prise en charge de qualité de la personne âgée, la recherche du bien-être du résident. Les engagements définis par la structure sur 5 ans, à savoir les valeurs qu'elle défend, la négociation d'objectifs à atteindre et l'amélioration continue de la qualité permettent de mettre en œuvre à la fois une politique prévention et de lutte contre la maltraitance et de promouvoir une culture de bientraitance au sein de l'institution.

Après un temps d'observation sur le terrain via les différentes visites réalisées dans les Ehpad, je me suis posée plusieurs questions : dans les établissements ayant renouvelé leur convention tripartite, en quoi la convention tripartite est-elle un levier dans la promotion de la bientraitance des personnes âgées en Ehpad ? Au-delà de l'outil de la convention tripartite, j'ai également souhaité m'interroger sur nos pratiques professionnelles. Le ministère a réaffirmé au début des années 2000 l'importance pour notre corps de ce qui fait le cœur de notre métier : la mission d'inspection et de contrôle dans les établissements accueillant du public dit vulnérable. Mais outre cette mission, quel est le rôle de l'IASS dans ce processus de contractualisation ? L'inspecteur connaît, de par sa position stratégique, les enjeux politiques du département, les stratégies de développement de l'offre, l'ensemble du dispositif juridique mis en place par la direction générale de l'action sociale (DGAS) pour promouvoir la bientraitance et réagir face aux actes de maltraitance.

Pour mener à bien cette réflexion, j'ai utilisé différentes méthodes afin de trouver des éléments pour fonder, développer et enrichir ma problématique. J'ai, dans un premier temps, effectué une recherche documentaire pour affiner mes connaissances dans ce domaine (*littérature* sur les concepts de la maltraitance, de la bientraitance, *données démographiques et de prise en charge de cette population, mémoires et rapports, ouvrages* sur la méthodologie, les outils de la loi 2002-2, la démarche qualité et d'évaluation, *revues professionnelles* pour connaître la vision des différents corps de métier qui prennent soin des personnes âgées, *différents outils élaborés par notre ministère...*).

Une fois sur le terrain, j'ai eu l'opportunité de participer à des réunions pour observer le positionnement de l'inspecteur dans des contextes variés, avec notre partenaire privilégié en matière médico-sociale le Conseil Général mais aussi avec les établissements eux-mêmes dans le cadre des visites, des réunions de négociation pour la signature ou le renouvellement de leur convention tripartite. J'ai participé, pour élargir le cadre de mes recherches, à deux groupes de travail (l'un sur la procédure de gestion des plaintes, l'autre sur la mise en place d'un référentiel de prise en charge d'une unité Alzheimer). J'ai

souhaité rencontrer des professionnels pour entendre leur avis sur ces notions de bientraitance, maltraitance, la mise en œuvre de la réforme de la tarification. C'est ainsi que j'ai rencontré, dans le cadre d'entretiens semi-directifs, les directeurs de six Ehpad ayant renouvelé leur convention en 2007, une qualitiennne recrutée par un Ehpad, deux présidents de Conseil de Vie Sociale (CVS), le responsable de l'association "Allô Maltraitance" (AlmaNord), la chargée de mission Ehpad de la DDASS 62, deux personnes du pôle "Pratiques Professionnelles" de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), l'attachée d'administration centrale du bureau des Personnes Agées de la DGAS, référente sur la thématique des conventions tripartites. Il ne m'a pas été possible de rencontrer en entretien un représentant du Conseil Général pour cause d'agenda. Mais des échanges ont eu lieu, de façon informelle lors de réunions départementales, par mails interposés sur des questions précises en lien avec mon sujet. Par ailleurs, afin d'avoir une vision d'un autre modèle social européen, en complète refonte à l'heure actuelle, j'ai choisi d'effectuer un stage d'un mois en Italie pour étudier la politique de prise en charge des personnes âgées dans ce pays.

Par ailleurs, pour pouvoir mesurer l'apport de la convention tripartite seconde génération j'ai, à l'aide d'une grille d'analyse, examiné la convention tripartite initiale de six établissements (selon la taille de l'établissement, le statut, la localisation géographique) ayant renouvelé cette année leur convention. Ces éléments m'ont servi de base de travail pour l'élaboration du cadre type de la convention tripartite deuxième génération. Ce document devrait être présenté après la rédaction de ce mémoire (en février 2008) aux établissements concernés à court ou plus long terme lors d'un comité départemental de la réforme de tarification.

La volonté de ce travail est d'analyser comment, au sein des différents dispositifs législatifs mis en œuvre pour replacer l'utilisateur au cœur du système et garantir ses droits, la convention tripartite peut-elle être un levier dans la promotion de la bientraitance (I). Nous tenterons de démontrer, à travers une étude réalisée dans le Département du Nord, que le conventionnement peut être le vecteur d'une véritable culture de la bientraitance (II), démarche dans laquelle l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale a un rôle prépondérant à jouer (III).

# **1 La politique de lutte contre la maltraitance en EHPAD : une prise de conscience encourageante et un dispositif qui se met en place**

Sujet longtemps tabou dans notre société, le phénomène de maltraitance prend de l'ampleur depuis une dizaine d'années grâce à la médiatisation de certaines affaires. A domicile ou en institution, la maltraitance est définie comme "*tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et / ou nuit à sa sécurité financière*". Pour tenter de corriger ce constat, une prise de conscience émergente se développe pour définir ce concept mais également pour lutter contre la maltraitance, en prévenir les risques et de plus en plus, anticiper en promouvant au sein des établissements d'accueil une culture de la bientraitance.

Grâce à cette prise de conscience qui a permis de poser des mots sur ces concepts, les pouvoirs publics et les équipes professionnelles mettent en place des dispositifs pour tenter de prévenir ces événements.

## **1.1 Une politique de lutte contre la maltraitance basée sur le renforcement des droits des usagers**

Le mot "maltraitance" auquel fut donnée une définition consensuelle, fut employé au milieu des années 80. Depuis quelques années, le terme de bientraitance est apparu. Par ce terme, chargé positivement, a-t-on voulu motiver les équipes sur le terrain, rassurer les familles, les résidents eux-mêmes ? Quoi qu'il en soit, même si ces deux notions sont étymologiquement opposées, elles proposent deux dispositifs différents : l'un axé sur la répression en réponse à la survenue d'actes maltraitants, l'autre dans un dispositif plus préventif pour développer une culture de bien-être, de bientraitance afin de limiter les risques de maltraitance.

### **1.1.1 Maltraitance / Bientraitance : deux notions étymologiquement opposées mais deux logiques complémentaires**

#### **1.1.1.1 Une définition récente et large pour briser le tabou**

Il est, dans un premier temps important de définir quelques mots ou expressions pour permettre au lecteur de baliser le périmètre de ce travail.

La définition de la maltraitance est née en 1987 quand le Conseil de l'Europe a défini la maltraitance comme une violence se caractérisant "*par tout acte ou omission commis par*

*une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière".*

Le Conseil a complété, en 1992, cette définition par une typologie précise des actes de maltraitance, qui se décline ainsi :

Les **violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...

Les **violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...

Les **violences matérielles et financières** : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...

Les **violences médicamenteuses** : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

Les **négligences actives** : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire,

Les **négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage,

Les **privations ou violation de droits** : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

La maltraitance a fréquemment des conséquences durables sur la santé physiologique et psychique des victimes. La maltraitance peut s'exercer aussi bien au domicile de la personne âgée qu'en institution et émaner des professionnels comme de l'entourage. J'ai choisi, tout au long de ce travail de concentrer ma réflexion sur les personnes âgées accueillies en EHPAD. La maltraitance en établissement apparaît souvent comme le symptôme de lacunes institutionnelles graves. En effet, une institution qui n'a pas de démarche active de "bienveillance" court le risque de voir survenir en son sein des maltraitances de différentes sortes. Comme l'indique Eliane CORBET, docteur en psychopédagogie, *"il existe [...] une violence faite à un usager dès lors qu'une institution ne remplit pas ou plus sa mission à son égard, dès que la qualité de son accueil n'est plus garantie, dès que les intérêts de l'institution priment sur ceux de l'usager accueilli."*<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Source AFPAP

La Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) du ministère retient une définition large qui toutefois exclut d'emblée l'admission en institution comme maltraitante en soi. *"La maltraitance est qualifiée d'institutionnelle si l'institution laisse perdurer ou se reproduire sans réagir ou si elle adopte une réaction inappropriée qui place de fait ou délibérément l'intérêt de l'institution et de ses membres au-dessus de celui de la victime. La notion de maltraitance institutionnelle s'ajoute alors à celle de maltraitance individuelle (actes commis par les usagers entre eux ou par des professionnels ou par des intervenants à l'égard des usagers). Elle ne dilue pas les responsabilités individuelles mais souligne les responsabilités propres de l'institution dont la raison d'être est la protection des personnes accueillies"*<sup>7</sup>.

Même si le législateur a su mettre en place des dispositifs et des garde-fous pour prévenir les actes de maltraitance en établissement, il est à noter qu'en France beaucoup d'associations dites "loi 1901" interviennent au profit des personnes âgées, des familles et des aidants en matière d'information, de prévention et de lutte contre les maltraitances faites aux personnes âgées. Le médico-social est un domaine où le secteur associatif est très développé, venant ainsi pallier les manques du dispositif institutionnel. Des actions sont mises en place telles que le soutien aux familles et aux aidants, les aides quotidiennes... Les associations sont une grande force de propositions et répondent toujours présents lorsqu'il s'agit de défendre les intérêts et droits des usagers qu'elles représentent dans les différents groupes de travail organisés pour réfléchir à la planification médico-sociale... Différentes associations sont présentes dans le Nord, comme l'Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Agées (AFPAP) ou le Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL). Certaines ont trouvé une place quasi-institutionnelle et font partie intégrante du dispositif national comme l'association Allô Maltraitance des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (ALMA).

La maltraitance des adultes vulnérables a longtemps été un phénomène sous-estimé et tabou. Qu'elle soit institutionnelle ou familiale, elle reste souvent difficile à appréhender, tant par son ampleur que par la nature des violences qui la caractérisent.

---

<sup>7</sup> Rapport IGAS n°2005-179 de mars 2006, Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

### **1.1.1.2 ...pour un phénomène que les pouvoirs publics ne savent pas encore estimer avec exactitude**

Un constat en France : trop d'adultes vulnérables sont victimes de maltraitance même si une estimation de l'ampleur est encore aujourd'hui difficile car peu de chiffres sont disponibles. Il est donc aujourd'hui malaisé de quantifier réellement le problème. Pourtant notre ministère a mis en place un système d'information appelé PRISME (Prévention des Risques, Inspections et Signalements des Maltraitances dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux) mais qui après cinq années d'existence n'est pas utilisé. Les seuls chiffres fiables et réguliers proviennent du réseau Alma, fédération nationale qui dispose d'antennes sur presque tous les départements français.

L'activité de l'Alma permet de faire ressortir les éléments suivants. En 2006, 300 appels ont été traités<sup>8</sup>, soit une moyenne de 2/3 appels par permanence (sur une demi-journée). Les principaux cas de maltraitance sont essentiellement d'ordre psychologique (33,5%), financier (30,5%), physique (22,5%). La maltraitance concerne pour 70% des appels de personnes âgées à domicile, pour 20% des personnes âgées en établissement, et pour 10% des personnes résidant chez un membre de leur famille. Les appels émanent majoritairement du Département du Nord (seuls 21,5% proviennent du Pas-de-Calais).

### **1.1.1.3 Un public cible : les personnes vulnérables**

Il est vrai que priorité a été donnée en premier lieu, lors de la découverte de ce phénomène par les pouvoirs publics, à l'enfance en danger. Les mauvais traitements ou maltraitances envers les personnes âgées ont été décrits pour la première fois dans des revues britanniques en 1975 sous l'expression "granny battering" : la violence contre les grands-mères.

En effet, la vieillesse est associée à une période de fragilité physique, psychologique et sociale. C'est un temps où, en raison du changement de statut social, de modifications du corps, de l'évolution des capacités physiques et intellectuelles et de la diminution du réseau social, la personne se trouve confrontée à la nécessité de se forger une nouvelle image de soi, exercice parfois difficile dans une société où la vieillesse a peu de place.

Ces actes de maltraitance sont la plupart du temps ignorés car les victimes, personnes âgées ou personnes handicapées, n'osent pas se plaindre par peur de représailles ou d'abandon. Par ailleurs, s'ajoutent ceux en incapacité de le faire.

La vulnérabilité peut être physique (pathologie, handicap) mais aussi psychique (pathologie, problèmes relationnels), sociale ou familiale (isolement, précarité).

---

<sup>8</sup> Chiffres AlmaNord

#### 1.1.1.4 La bientraitance : une évolution vers la prévention

Le terme de bientraitance a été évoqué à l'occasion d'un discours en novembre 2003 de C. JACOB, ministre délégué à la famille. Il a donné du concept de bientraitance la définition suivante : *"Art et manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien-être à travers des actions concrètes"*.

L'adoption de la notion de promotion de la bientraitance en lieu et place de la prévention de la maltraitance, contribue à éviter une focalisation sur les seuls mauvais traitements, en ouvrant sur les conditions d'une prise en charge réussie et appréciée. Ceci étant dit, il ne peut être fait une opposition fondamentale entre ces deux notions de bientraitance et de maltraitance car tout ce qui n'est pas bientraitant n'est pas forcément maltraitant. Nous verrons plus tard que la culture de la bientraitance est construite autour de l'élaboration de procédures, de bonnes pratiques qui doivent guider les personnels professionnels dans la prise en charge des personnes âgées. Ces bonnes pratiques édictées doivent devenir un réflexe chez l'ensemble des personnes intervenant auprès de la personne âgée<sup>9</sup>.

Néanmoins, la prévention de la maltraitance par le développement d'une politique de bientraitance ne permet pas de supprimer totalement le risque d'actes de maltraitance. Chaque établissement et tout professionnel doit rester vigilant et attentif aux besoins de ses résidents. Chacun est un cas particulier qui nécessite une analyse personnalisée de ses besoins et de ses attentes.

*"Etre bientraitant, c'est reconnaître les personnes dans leur plénitude, c'est être convaincu que l'usager dans toute sa vulnérabilité reste et demeure une personne"*.<sup>10</sup>

Certains professionnels ont développé une technique de prise en charge dénommée "Humanitude"<sup>11</sup> basée sur les concepts de Bientraitance, de Règles de l'Art dans le soin. Elle regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour *"rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanisme, améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile, accompagner ainsi les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin"*.

La question de la maltraitance des personnes âgées est apparue sur la scène publique française à la fin des années 80, particulièrement grâce à l'association ALMA et de son Président, monsieur le Professeur HUGONOT. En 2001, un groupe de travail présidé par le Professeur DEBOUT rédige un rapport "Prévenir la maltraitance envers les personnes

---

<sup>9</sup> Extrait de l'intervention de Mme VAUTRIN, secrétaire d'Etat aux personnes âgées à l'occasion de la journée nationale "Prévention..."

<sup>10</sup> Professeur Michel DEBOUT, chef de service de médecine légale du CHU de Saint-Etienne, rapporteur du groupe de travail "Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées", 2001

<sup>11</sup> Y. Gineste et R. Marescotti

âgées" et présente des propositions sur cette question. Monsieur FALCO, ministre délégué aux personnes âgées fera alors de la lutte contre la maltraitance envers les aînés une de ses priorités. L'action de P. BAS et V. LETARD s'inscrivent dans la continuité de cette politique.

### **1.1.2 Le renforcement des droits des usagers : un garde-fou indispensable dans la politique de lutte contre la maltraitance**

Depuis quelques années, les pouvoirs publics et le législateur, relayés par le secteur associatif très présent, ont déjà pris de nombreuses initiatives pour protéger les personnes vulnérables. Parmi cet arsenal, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vient modifier une loi de trente ans son aînée<sup>12</sup> pour redonner toute sa place à l'usager pris en charge par un dispositif.

#### **1.1.2.1 En 2002, le cadre législatif évolue**

Historiquement, la loi du 30 juin 1975 a marqué l'institutionnalisation du secteur social et médico-social en réglementant les admissions, les agréments et les conditions de fonctionnement. La loi du 2 janvier 2002, tant attendue par le secteur, a renversé les logiques en passant "d'une logique d'établissement" à une "logique de service". Ce n'est plus à la personne de s'adapter à l'établissement mais à celui-ci de personnaliser l'accueil et la prise en charge.

Selon la formule consacrée dans le rapport de P. BLANC, la loi a voulu "*recentrer l'usager au cœur du dispositif*". Pour cela, elle rappelle que l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi réaffirme l'existence de droits généraux pour les personnes accueillies incluant des droits préexistants à la loi 2002-2 (comme le respect de la dignité de la personne accueillie, respect de la vie privée, de son intimité, de sa sécurité) mais aussi des droits nouveaux (la participation directe de la personne accueillie à la conception et à la mise en œuvre du projet de vie). Elle garantit l'effectivité des droits et devoirs du résident par la mise en place de différents outils, tout en tenant compte de ses besoins et de ses attentes.

Parmi ces outils, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, l'installation d'un conseil de la vie sociale, une charte des droits et des libertés de la

---

<sup>12</sup> Loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales

personne accueillie<sup>13</sup>, le recours éventuel à une personne qualifiée, contribuent avec le projet d'établissement à la définition d'un fonctionnement de qualité pour la structure.

Pour exemple, le projet d'établissement est le document officiel qui définit le cadre des valeurs morales et humaines et qui constitue la démarche de la structure, les missions et les choix stratégiques qu'elle s'est fixée pour répondre aux besoins des résidents. Il est composé du projet de vie, du projet de soins et d'animation. Si son existence est désormais obligatoire dans chaque établissement, il doit également justifier d'un niveau minimum de réflexions et de concertation réalisées au sein de la structure à l'initiative du directeur mais aussi en interdisciplinarité. Ce projet, élaboré pour cinq ans, doit être accepté et appliqué par l'ensemble du personnel qui doit se l'approprier puisqu'il est révélateur de la culture développée dans l'établissement.

### **1.1.2.2 Une obligation nouvelle : une évaluation interne et externe de l'activité et de la qualité des prestations délivrées par l'établissement**

La loi 2002-2 pose le principe d'une évaluation continue de l'activité de la structure et de la qualité des prestations qu'elle délivre. Pour cela, l'établissement est invité à s'engager dans cette démarche au travers d'une évaluation interne qui doit avoir lieu tous les cinq ans et d'une évaluation externe à programmer tous les sept ans.

*"Plus qu'une démarche participative de type consultatif, l'évaluation interne est un engagement et une co-responsabilité dans une dynamique de progrès"*<sup>14</sup>. Elle constitue une démarche méthodologiquement exigeante : un processus qualitatif davantage centré sur la compréhension que sur les mesures quantitatives. Elle doit mobiliser l'ensemble des acteurs concernés : les équipes dirigeantes autour des administrateurs et directeurs mais également l'ensemble des personnels concernés par la qualité des prestations et des activités et, tout autant, les usagers et leurs familles<sup>15</sup>.

C'est un processus d'apprentissage qui, en impliquant les acteurs, permet de remettre à plat des pratiques, d'engager un débat sur le travail réalisé, de créer les conditions pour faire évoluer les compétences collectives, créer un processus permettant de nourrir les réflexions relatives à la prise en charge des personnes, de professionnaliser l'intervention<sup>16</sup>. L'évaluation intervient dans quatre domaines : l'établissement dans son

---

<sup>13</sup> Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie - Art. L311-4 du CASF

<sup>14</sup> Michel LEGROS, Président du Conseil scientifique de l'ANESM

<sup>15</sup> Note technique d'orientation du CNESMS du 10 novembre 2005

<sup>16</sup> Guide de l'évaluation interne du CNESMS – septembre 2006

environnement et son organisation, le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre, le droit et la participation des usagers et la personnalisation des prestations.

Pour illustration, dans le secteur des personnes âgées, un référentiel nommé ANGELIQUE<sup>17</sup> et conçu par la DGAS permet cette auto-évaluation. Plébiscité et largement utilisé par les directeurs d'établissement que j'ai rencontrés lors de mes entretiens, il est employé soit en l'état, soit en support de base pour la confection d'un outil plus personnalisé (cf. infra).

Par ailleurs, la dynamique d'ensemble de l'établissement est concernée et la manière dont les équipes vont être animées et managées va prendre une très grande importance dans la réussite de ce processus. L'évaluation redouble cette exigence, la traçabilité étant la condition incontournable d'une pratique du compte rendu interne et externe. L'écriture et la formalisation ne sont pas des pratiques très développées dans le secteur social et médico-social. La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques apparaît comme une tentative normale de vouloir rendre compte à la collectivité des missions assignées et des moyens mis à disposition. C'est aussi, à partir des observations et des pratiques, être capable de faire remonter les besoins. L'évaluation n'a alors plus grand-chose d'une mise en conformité : au contraire, elle se définit comme une aide à l'action et à la décision.

L'obligation de **l'évaluation externe** doit être dorénavant réalisée dans les deux ans qui suivent l'auto-évaluation et ce, par un organisme extérieur agréé à cet effet par la nouvelle agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), dite "agence de la bientraitance". Elle a pour mission de développer une culture de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>18</sup>. Elle est chargée d'habiliter les organismes indépendants qui procéderont à l'évaluation externe et de valider, actualiser ou élaborer les procédures et recommandations de bonnes pratiques professionnelles du secteur. Son programme de travail pour 2008 reprend notamment une thématique sur la définition et déclinaison de concept de bientraitance, le rôle de l'encadrement et la mission du responsable d'établissement concernant la prévention et le traitement de la maltraitance, ... Il est intéressant de noter que l'agence reprend bien les deux notions maltraitance / bientraitance à son actif, en distinguant ces deux notions.

En terme de méthodologie, cette seconde évaluation sera basée sur le contenu de l'évaluation interne réalisée par l'établissement c'est-à-dire sur son sérieux et sur la

---

<sup>17</sup> Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements

<sup>18</sup> Article L. 312-1 du CASF

pertinence des conclusions formulées et enfin, constatera les améliorations préconisées et effectivement réalisées au sein de la structure.

Le rapport réalisé par l'organisme évaluateur prendra en compte les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet ainsi que la qualité de prise en charge, l'expression et la participation des usagers, la politique de prévention et de gestion des risques de maltraitance institutionnelle ou individuelle, l'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socio-culturel et économique. Il présentera le résultat de l'analyse faite, une synthèse, des observations et le cas échéant des préconisations.

Cette évaluation, dont le rapport sera transmis aux autorités de tarification, sera l'élément clef basant la décision des autorités de tutelle du renouvellement ou non de l'autorisation délivrée à l'établissement concerné.

### **1.1.3 Parallèlement, un arsenal juridique est mis en œuvre pour développer une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance**

Les pouvoirs publics entreprennent depuis quelques années des politiques de sensibilisation et de lutte contre la maltraitance. Cette politique, composée de dispositifs, instances et outils, est prioritaire au niveau national, et trouve sa déclinaison au niveau local. (cf. Annexe III)

Outre le **Plan national "Bien vieillir" 2007-2009** préconisant les attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, le **Plan Solidarité Grand Age 2007-2012** (PSGA) fixe des grandes orientations pour faire face au défi du vieillissement de notre population. Ce plan est la clef de voûte stratégique de la politique menée en faveur des personnes âgées puisqu'il impacte directement les décisions de planification gérontologique locale en orientant les choix stratégiques réalisés dans les schémas départementaux, le PRIAC<sup>19</sup>, les orientations budgétaires et financières pour l'allocation de la dotation soins des Ehpad. La qualité de prise en charge en établissement n'est pas oubliée car un renforcement des ratios d'encadrement dans les établissements médico-sociaux a été annoncé (tendre vers un ratio de personnel/résident de 1 pour 1 dans le cas de personnes âgées très dépendantes). Le récent **Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance**<sup>20</sup>, présenté par P. BAS, rappelle et

---

<sup>19</sup> PRIAC 2007-2011 : ont été déléguées par la CNSA pour 2007 pour le Nord, 300 places en EHPAD (dont 20 en réserve nationale pour la création d'une petite unité de vie), 59 places en accueil de jour, 15 places en hébergement temporaire et 418 places de SSIAD.

<sup>20</sup> Instruction ministérielle n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

synthétise en 10 mesures ce que prévoit la réglementation en matière de lutte contre la maltraitance, renforce certains dispositifs déjà existants<sup>21</sup> en incitant, bien sûr les services de l'Etat mais également l'ensemble des acteurs de terrain, à s'engager au-delà du répressif, dans des actions de prévention pour impulser la promotion de la bienveillance. Le doublement du quota annuel minimum des inspections préventives "Maltraitance"<sup>22</sup> est fixé pour permettre une visite des établissements au moins tous les 10 ans. Le **programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation (PRIICE)** du Nord<sup>23</sup> et sa thématique *Prévention et Maltraitance*, prévoit 20 inspections annuelles sur 2007-2011 en établissements sociaux et médico-sociaux (et dont 11 étaient en cours). Programme très rarement respecté, il est qualifié de *"trop ambitieux au regard des moyens dont disposent les services, et au regard des "urgences" car 1/3 des inspections en 2006 ont été réalisées suite à des plaintes"*.

Des instances pour coordonner la mise en œuvre et le suivi des politiques et la réalisation d'outils ont été mis en place. Le **Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées**<sup>24</sup> élargi aux adultes handicapés par décret en 2007<sup>25</sup>. Au niveau local, le **Comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables**<sup>26</sup> a pour missions d'effectuer un diagnostic partagé de la situation, élaborer un programme de sensibilisation, de prévention qui constituera un volet spécifique commun aux schémas départementaux personnes âgées personnes handicapées.

Le conseil général du Nord a mis en place l'**observatoire départemental des maltraitances** qui rassemble les acteurs locaux autour de la réflexion sur la maltraitance. Le Département prend acte qu'il faut renforcer l'implication des acteurs concernés par la prévention de la maltraitance. Il met en avant, dans le **schéma gérontologique** départemental, *"son rôle important et partenarial"*<sup>27</sup>, essentiel dans la mise en œuvre

---

<sup>21</sup> Le programme national de prévention et de lutte contre la maltraitance renforçant la mission d'inspection au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

<sup>22</sup> Deux types de contrôles : inspection niveau 1, préventive centrée sur les principaux facteurs de risques de maltraitance, inspection niveau 2, approfondie pour les établissements à risques.

<sup>23</sup> circulaire n°DAGPB/2006-165 du 11 avril 2006 relative à la directive nationale d'orientation pour 2006

<sup>24</sup> Arrêté du 14 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 16 novembre 2002 relatif à la création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées

<sup>25</sup> Décret n°2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées

<sup>26</sup> Circulaire DGAS/SD2 n°2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées

<sup>27</sup> Site : [www.cg59.fr](http://www.cg59.fr).

*d'une politique de prévention efficace et durable qui permette d'enrayer les causes et les effets des maltraitances... et permettre aux aidants naturels d'avoir des moments de répit via l'accueil de jour*<sup>28</sup>. Le schéma 2007-2011 réaffirme simplement l'importance de renforcer l'implication des acteurs concernés par la prévention de la maltraitance, néanmoins, ce schéma n'a fait l'objet d'aucun volet opérationnel ni d'aucune programmation. Des fiches actions ont été séparément rédigées a posteriori par l'Etat et le Département mais ne seront pas intégrées au document final, ni mises en commun.

Parallèlement, la mise en place de référentiels, de protocoles se généralise. Il est bon de rappeler qu'une circulaire du 30 avril 2002<sup>29</sup> incite les établissements à élaborer des protocoles internes retraçant la conduite à tenir en cas d'actes de maltraitance. La réflexion en interdisciplinarité sur des pratiques professionnelles permet de réaliser des outils et aides méthodologiques de lutte contre la maltraitance pour les professionnels. Des guides méthodologiques ont aussi été élaborés par le ministère en lien avec les services déconcentrés dont la DDASS du Nord, véritable force de propositions sur cette thématique.

Si la loi du 2 janvier 2002 balise grâce à ses nombreux garde-fous le développement d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, une seconde loi de 1997 avec la sortie de ses décrets avait déjà posé les bases solides de la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

## **1.2 La réforme de la tarification des EHPAD : une voie tracée vers la qualité**

Grâce à l'augmentation de l'espérance de vie et aux progrès de la science, les personnes âgées entrent en institution plus tardivement mais aussi, et de ce fait, plus dépendantes. Autrefois, les personnes âgées étaient plus valides quand elles entraient en maison de retraite. La prise en charge financière ne distinguait alors que l'hébergement et les

---

<sup>28</sup> Extrait du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007-2011 du Département du Nord, volet gérontologique.

<sup>29</sup> Circulaire DGAS du 2002-265 du 30 avril 2002

soins<sup>30</sup>. Beaucoup plus nombreuses et en meilleure santé, elles bénéficient actuellement d'aides favorisant le maintien à domicile<sup>31</sup>.

La réforme de la tarification et du financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), initiée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997<sup>32</sup>, est introduite dans la réglementation française depuis avril 1999<sup>33</sup>. Elle prend en compte la charge spécifique liée à la dépendance et supprime les notions de forfait de section de cure médicale et de soins courants. Elle nécessite la signature d'une convention tripartite en raison de sources de financement différentes en considérant l'état des personnes et la qualité des prestations. Elle vise aussi à remédier à l'extrême disparité des situations financières des établissements face à des niveaux de dépendance équivalents.

### **1.2.1 Une réforme attendue mais complexe à mettre en place**

Avant cette réforme, le financement des EHPAD reposait sur un système binaire : les charges liées à l'hébergement étaient à la charge du Département et de l'usager, les charges de soins étaient financées par l'assurance maladie. Deux défauts ont été mis en avant à l'époque : l'absence de prise en compte explicite de la dépendance qui entraîne des surcoûts spécifiques et variables selon la personne âgée et le mode de financement de la part soins allouée. Délivrée par forfait et dont le niveau plafond n'était pas toujours adapté aux réels besoins de l'établissement, des charges de personnel soignant pouvaient se retrouver ainsi imputées sur la section hébergement. Les objectifs de cette réforme sont alors de trois ordres : adapter les ressources aux besoins de médicalisation des établissements, prendre en compte le niveau de dépendance des personnes âgées accueillies et ne pas entraîner de glissement de charges indues vers l'usager.

#### **1.2.1.1 Deux volets complémentaires d'une réforme qui se veut être plus juste et transparente**

Les établissements qui sont entrés dans la réforme ont été invités à établir la réalité de leurs coûts de revient, en distinguant hébergement, l'aide à la dépendance et les soins médicaux. Des instructions précises d'affectation des charges à ces trois postes ont été données par les textes réglementaires d'avril 1999, modifiés en mai 2001. Les

---

<sup>30</sup> Selon la nature juridique de la place occupée, l'attribution d'un forfait dit "de soins courants", insuffisant pour permettre la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie, ou d'un forfait dit "de section de cure médicale" réservé aux personnes présentant une pathologie chronique responsable d'une charge en soins accrue, ou encore d'une prise en charge au titre des unités de soins de longue durée (USLD).

<sup>31</sup> Axe du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012

<sup>32</sup> JO du 25 janvier 1997, 1280 (article 23-I introduisant un nouvel article 5-1 dans la loi du 30 juin 1975)

<sup>33</sup> Décrets n°99-316 et 317 du 26 avril 1999

financements publics ont été ensuite ajustés. L'assurance maladie finance en effet les soins en se fondant sur les coûts des prestations offertes et non, comme auparavant, sur des forfaits arbitraires. En outre, en fonction d'indices objectifs reflétant l'état de la population accueillie, les moyens des établissements les moins bien dotés ont été renforcés, pour rapprocher progressivement l'échelle des moyens alloués des besoins réels, allégués par les caractéristiques des résidents. La transparence et l'équité se sont également traduites par le mécanisme des contributions demandées aux résidents. Ceux-ci dorénavant supportent un tarif "hébergement" fixe (possibilité d'aide sociale), correspondant aux services hôtellerie et animation, et un tarif "dépendance", financée selon son niveau, lui-même défini au moyen de la grille d'évaluation nationale AGGIR<sup>34</sup>, pour partie par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>35</sup> versée par le conseil général, et attribuée aux personnes âgées ayant un niveau de dépendance compris entre les GIR<sup>36</sup> 1 et 4. Un ticket modérateur restant à la charge de la personne âgée dépendante.

La réforme de la tarification apporte donc une plus grande uniformité et une plus grande lisibilité des coûts de la prise en charge et doit, de ce fait, permettre de moduler sur des bases plus saines, les ressources allouées aux établissements.

#### **1.2.1.2 Un cahier des charges bien fourni : le gage de la qualité**

La réforme fait de la qualité, un enjeu stratégique en obligeant les établissements à prendre en considération la mise en œuvre d'une démarche qualité continue dans la définition de leur stratégie. Le volet qualité prend appui sur un cahier des charges *"composé de simples recommandations mais qui se sont rapidement imposées comme étant des références exigées par les autorités de tarification"*<sup>37</sup>. Toutes ne peuvent être réclamées à court terme mais ces recommandations sont un bon socle pour garantir une bonne qualité de prise en charge en établissement.

Ce conventionnement est effectué en référence à un cahier des charges<sup>38</sup> comportant un ensemble de recommandations relatives à la qualité. Ces recommandations concernent des objectifs qualitatifs vers lesquels tendre dans les domaines organisationnel, social, et médical pour mieux répondre aux besoins d'une population fragile et vulnérable. Elles doivent être prises en compte dans le projet d'établissement. Le cahier des charges

---

<sup>34</sup> Annexe I

<sup>35</sup> Loi du 31 mars 2003 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

<sup>36</sup> GIR : Groupe Iso Ressources

<sup>37</sup> entretien à la DGAS

comporte également des obligations en matière d'évaluation périodique de fonctionnement, d'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité portant sur l'ensemble de l'institution et de ses prestations, et légitime la définition de bonnes pratiques déjà présentes dans bon nombre d'établissements.

Par exemple, le cahier des charges rend obligatoire la présence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie au sein de l'établissement mais ce n'est en 2005, qu'un décret décline de façon précise son rôle et l'ensemble de ses missions<sup>39</sup>. Deux ans plus tard, un décret vient fixer pour les établissements dont le Gir Moyen Pondéré (GMP)<sup>40</sup> est égal ou supérieur à 800 points (résidents très dépendants) un temps plancher en équivalent temps plein pour sa présence dans la structure : elle ne peut être inférieure à 0,20 équivalent temps plein (ETP) pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 25 et 44 places, à 0,30 ETP pour 45 à 59 places, à 0,40 ETP pour 60 à 99 places et à 0,50 ETP pour 100 places et plus<sup>41</sup>.

Cette réforme introduit donc, d'une part, la notion de la qualité évaluée dans le champ médico-social et de formalisation de la démarche, d'autre part, la volonté de clarifier le coût réel des prestations et de lier l'évolution des financements à l'introduction d'objectifs qualitatifs contractualisés et mesurables.

Avec l'épisode caniculaire de l'été 2003, le texte initial de 1999 a été modifié par un arrêté du 13 août 2004 pour essentiellement mettre en place un espace climatisé au sein de l'établissement.

Après ce texte pourvu de recommandations techniques importantes et à la fois contraignantes pour les établissements, la réforme est dotée d'un second outil : la convention tripartite.

### **1.2.2 La convention tripartite : un outil juridique permettant la mise en œuvre de la réforme**

Mais si l'obligation faite aux établissements d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité constitue une avancée certaine, elle induit aussi un changement culturel profond pour l'ensemble des acteurs concernés : administrateurs, gestionnaires,

---

<sup>38</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret 2001-388 du 4 mai 2001, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

<sup>39</sup> Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD.

<sup>40</sup> Explication et définition GMP annexe I

<sup>41</sup> Décret 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes - Article L.313-12 du CASF

soignants, financeurs, que la seule "injonction" réglementaire ne saurait résoudre et qu'il convient par conséquent d'accompagner.

La mise en œuvre du conventionnement tripartite quinquennal est imposée, pour les établissements qui font ce choix, pour le 31 décembre 2007 (cette date butoir ayant fait l'objet de quatre reports). Elle concerne quelques 10 000 établissements (notamment les foyers-logements qui peuvent choisir ou non d'entrer dans la réforme selon qu'ils souhaitent accueillir ou non des personnes âgées dépendantes) et leurs organismes financeurs.

### **1.2.2.1 Un outil formalisé...**

La convention est un outil juridique qui doit notamment *"définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Il doit également préciser les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation"*<sup>42</sup>.

Cette convention doit respecter un cahier des charges qui répond à quatre objectifs (*les caractéristiques générales auxquelles doivent répondre les conventions et définir les recommandations relatives aux principaux critères que devraient présenter les établissements. les principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents, les recommandations concernant les objectifs d'évolution de l'établissement au cours des cinq années en précisant la programmation nécessaire des moyens et des financements permettant de les atteindre, une liste d'indicateurs pour évaluer les modalités d'exécution du dispositif conventionnel*). Tout ceci est traduit dans le document contractuel et dans les différentes annexes.

La convention tripartite est un engagement pluriannuel sur cinq ans qui permet la programmation financière des dépenses en soins, hébergement et dépendance en mettant l'accent sur la recherche perpétuelle du bien être du résident. *"Il convient de rappeler que la convention tripartite n'est pas un label de qualité qui atteste une prise en charge satisfaisante pour les résidents. Elle est la reconnaissance du fait que l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est entré dans une démarche continue d'amélioration continue de la qualité des soins et des aides dispensés*

---

<sup>42</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite, annexe 1

aux résidents".<sup>43</sup> La convention formalise les engagements pris par la structure dans le cadre de la démarche qualité. Cette démarche est guidée par le cahier des charges défini au niveau national qui aborde tous les aspects de la vie de l'établissement.

### **1.2.2.2... doublé d'un processus de réflexion interne pour impulser/initier l'esprit "qualité" et garantir son efficience**

Le préalable obligatoire à la signature d'une convention tripartite avec les autorités de tarification, est la réalisation par l'établissement d'une auto-évaluation menée par son directeur en lien avec son personnel. Cette évaluation donne lieu à un rapport d'évaluation qui est transmis avec le projet de convention à la DDASS et au conseil général pour étude avant la visite de pré-conventionnement. Cette dernière, menée en collaboration étroite avec l'établissement, doit aboutir à un diagnostic partagé par les signataires de la convention. Cette étape est primordiale pour l'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité par l'ensemble des acteurs concernés et des changements qui seraient nécessaires.

L'outil ANGELIQUE, avec ses 147 points de contrôle permet à l'établissement de cibler ses points forts et points faibles en couvrant tout le champ d'une prise en charge de qualité de l'usager en institution. Structuré en quatre parties, Angélique aborde dans un premier temps les attentes et la satisfaction des résidents et des familles sur les thématiques accueil, admission, droits et liberté, restauration et vie sociale. Dans un second temps, il énumère les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins via le maintien de l'autonomie, l'organisation des soins, les aides et soins spécifiques, l'hôtellerie et le personnel, d'accompagnement et de soins. Une troisième partie est consacrée à l'établissement et son environnement avec l'ouverture sur l'extérieur, la sécurité et la maintenance, le projet institutionnel et son environnement. La dernière partie concerne la conduite de la démarche qualité au sein de la structure : sa méthode, l'auto-évaluation, la formation du personnel, la communication et la gestion de la qualité.

Ce document, formalisé par le ministère, est un outil mis à disposition des établissements mais n'a pas de valeur légale et les établissements sont libres de l'utiliser ou non. La plupart des établissements dans le Nord s'en sont servis puisqu'il a le mérite d'être "prêt à l'emploi". Les directeurs semblent en être satisfaits à la fois pour la complétude des critères d'évaluation, de leur pertinence mais aussi pour leur formulation claire. Toutefois,

---

<sup>43</sup> Extrait de l'instruction n°DGAS/SD2/DHOS/DSS/MARTHE/2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

certains ont souhaité le mixer pour l'enrichir de critères réfléchis en interne ou au sein d'un réseau auquel ils appartiennent.

Une bonne prise en compte de ces enjeux nécessite ainsi d'associer dans une même démarche les différents professionnels et acteurs locaux engagés dans la réforme. Une structure qui peut permettre de faciliter la mise en œuvre de cette réforme est la Commission départementale de suivi de la réforme<sup>44</sup>. Les enjeux institutionnels et politiques, les cultures professionnelles, les expériences et sensibilités d'acteurs en charge de la visite peuvent être différents, avec alors un risque possible de divergences alors que l'objectif commun est d'aider les établissements à améliorer le service rendu aux usagers. La coopération et la mutualisation des compétences entre les diverses institutions en charge des établissements et de la mise en œuvre du conventionnement apparaissent donc nécessaires. La commission départementale de suivi de la réforme de la tarification peut y contribuer par la définition périodique d'objectifs communs à mettre en œuvre par un comité technique.

La politique de lutte contre la maltraitance, nous l'avons vu dans cette première partie, s'est dotée ces dernières années d'un arsenal législatif important. Comment tous ces outils sont utilisés dans le département du Nord, et notamment la convention tripartite. Instauré par la réforme de la tarification, ce dispositif juridique permet-il la promotion de la bientraitance en EHPAD ?

---

<sup>44</sup> Circulaire DHOS/MARTHE/DGAS/DSS n°2001-58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

## **2 La convention tripartite : l'inscription des EHPAD dans la démarche d'amélioration continue de la qualité**

### **2.1 Le Nord : un département au contexte opportun**

Le Nord compte 2 566 927 habitants<sup>45</sup>, ce qui représente 4 % de la population française. C'est un département avec des caractéristiques sanitaires et sociales sensibles, puisqu'il cumule les plus mauvais indicateurs de santé et sociaux existants en France métropolitaine (excepté le nombre de personnes contaminées par le VIH dont la palme revient à la région Ile-de-France). Cette situation entraîne pauvreté, fragilisation de l'état de santé, problèmes sociaux qui sont autant de facteurs de risque de maltraitements et de violences. Parallèlement, concernant la politique gérontologique, le Nord compte parmi les plus dynamiques et des plus investis dans la mise en place de la réforme de la tarification et la signature des conventions tripartites.

#### **2.1.1 Des indicateurs sanitaires et sociaux alarmants qui sont autant de facteurs de risque de maltraitance**

Malgré un atout incontestable d'être statistiquement la région la plus jeune de France puisque qu'elle comprend 18% de personnes âgées de 60 ans et plus (contre 21% à l'échelle nationale), le Nord-Pas-de-Calais et plus particulièrement le département du Nord est atypique.

Il est caractérisé par des indicateurs sanitaires et sociaux catastrophiques. En effet, l'espérance de vie des habitants de la région est plus faible que le niveau français, leur état de santé est également en moyenne plus dégradé que ce qui est observé à l'échelle nationale. Les causes sont multiples : des conditions de travail plus difficiles, des conduites addictives plus répandues, une pratique sportive moins importante, s'accompagnent plus souvent de l'apparition de pathologies lourdes (cancer, diabète) qui sont notamment des causes de dépendance.

En outre, le département du Nord connaît également de mauvais indicateurs sociaux qui ont un impact sur le bien-être physique et moral de ces populations. Ces indicateurs sont des facteurs de risque importants car ils peuvent engendrer des actes de maltraitance répétés. A titre d'illustration, le Nord connaît un fort taux de Rmistes soit 50,2‰ concernant les 20-59 ans (le taux national est de 33,1 ‰) ainsi qu'un nombre d'allocataires de l'Allocation pour Parent Isolé (API) bien au-dessus de la moyenne

---

<sup>45</sup> INSEE – 2002

nationale (soit 21,3 ‰ contre 12,2 ‰ en France). Au 31 décembre 2006, 12% de la population nordiste était au chômage (contre 8% en moyenne nationale).

## **2.1.2 Les chiffres disponibles pour le département du Nord**

Peu de chiffres sont disponibles pour pouvoir estimer avec exactitude le poids du phénomène de maltraitance envers les personnes âgées. Le ministère souhaite, pour y remédier, renforcer le réseau d'écoute ALMA en finançant son déploiement sur les départements jusqu'alors non encore couverts.

### **2.1.2.1 Un partenaire clef : l'association ALMA**

Comme nous l'avons vu précédemment, les seules données statistiques rendues publiques concernant le phénomène de la maltraitance dans le Nord sont les chiffres de l'association ALMA. Elle possède une antenne sur Lille baptisée "AlmaNord" qui intervient sur l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais, ouverte en 2000. Elle est financée à hauteur de 2 700 euros par la DDASS, 5 000 euros provenant du conseil général et 5 600 par la ville qui met également à disposition gracieusement un local de permanence. Cette antenne, dotée de 12 bénévoles retraités, fonctionne avec une permanence de deux demi-journées par semaine<sup>46</sup>, propose un service d'écoute (écoutants bénévoles) et assure le relais avec les services sociaux. Les professionnels concernés sont essentiellement les services sociaux, notamment ceux de la CRAM, mais d'autres sont également sollicités : médecins traitants, DDASS, gendarmerie, psychiatres, notaires... *Les causes de maltraitance liées à la prise en charge d'une personne âgée en établissement sont généralement dues au manque de formation et de qualification du personnel, au phénomène de fatigue psychique et d'essoufflement (burn-out), à l'insuffisance de médicalisation des structures (accroissement de la dépendance des résidents) et à l'absence de projet de vie défini par l'établissement.*<sup>47</sup>

### **2.1.2.2 L'offre d'accueil de personnes âgées en établissement dans le Nord**

Le schéma gérontologique départemental en vigueur, réalisé pour la période 2007-2011, fait ce constat récent. Environ 460 000 personnes sont âgées de 60 ans et plus dans le Nord. Les projections démographiques à l'horizon 2015 évoquent une proportion de personnes âgées de 60 ans et plus supérieure à 21% (18% aujourd'hui) pour une population totale plutôt stable. Soit une progression de 24% de cette population et près de 550 000 personnes en 2015. Ces mêmes projections prévoient que le nombre des 75 ans

---

<sup>46</sup> AlmaNord – Lille – 03.20.57.17.27 – Horaires de permanence : lundi 9h30-11h30 et jeudi 14h30-16h30

<sup>47</sup> Extrait de la brochure Alma

et plus devrait augmenter de plus de 40% au cours de la même période pour passer de 138 000 à 195 000 personnes environ.

Parallèlement, au 1<sup>er</sup> janvier 2006, les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) comptaient 33 900 places installées dans le Nord-Pas-de-Calais, le taux d'équipement s'élevant à 121 places installées pour 1000 personnes de plus de 75 ans, soit une légère baisse de 33 places en 8 ans<sup>48</sup>. Selon l'enquête DRASS précédemment citée<sup>49</sup>, *"le nombre de places d'accueil offert aux personnes âgées dans le département sont satisfaisantes mais il faut diversifier les modes d'accueil (de jour, temporaire) et organiser pour développer les prises en charge spécifiques (maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes, ...)"*.

Pour ce qui est de la capacité d'accueil des personnes âgées dépendantes, au 1<sup>er</sup> janvier 2005, 13 605 lits ou places EHPAD<sup>50</sup> étaient installés dans le Nord soit un taux d'équipement en lits médicalisés de 88,01‰ de 75 ans et plus, faisant défaut par rapport aux besoins croissants.

Enfin, concernant la prestation APA, 208,71‰ habitants de 75 ans et plus ont été bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2004. La part de l'APA dans les dépenses destinées aux personnes âgées ne cesse de croître, représentant en 2002, 37% des dépenses sociales départementales en faveur des personnes âgées, et en 2005, 66% de ce type d'aide. Le Conseil général a estimé en 2006 un budget de 190 millions d'euros. C'est l'APA à domicile (dont le montant maximum dans le Nord est de 1 066,94 euros) qui représente la majeure partie des dépenses liées à l'APA. Le montant de l'APA établissement est fonction de l'état de dépendance de la personne âgée accueillie et des tarifs fixés par l'établissement.

### **2.1.3 Le Nord : un département très impliqué dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification**

Il était opportun de réaliser mon étude dans ce département pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le Nord est le département le plus avancé dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification avec un taux de conventionnement 96% au 1<sup>er</sup> septembre 2007 (soit 193 conventions signées et près de 49 millions d'euros engagés par l'Assurance Maladie). Le

---

<sup>48</sup> Lettre DRASS-DDASS Nord-Pas-de-Calais n°16, septembre 2006

<sup>49</sup> id.

<sup>50</sup> Lits de section de cure médicale en maison de retraite et logement-foyer, lits en EHPAD, lits en USLD. Distinction qui n'est plus valable en 2008 puisque les logements-foyers ont dû se positionner sur la médicalisation ou non de leur structure, la procédure est en cours pour les USLD, les sections de cure médicale disparaissent car contingentées dans les EHPAD

taux national était de 72% au 31 mai 2007. Dans le Nord, il reste 1 291 places à conventionner avant la fin 2007 pour 17 établissements (dont 9 foyers-logements).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Conventions signées	8	50	35	28	35	14	18	5	193

La montée en charge du conventionnement a commencé dès 2002 avec un pic de signatures chaque fin d'année (cf. fiche de Saisehpad – annexe V).

L'équipe de la DDASS est composée de trois cadres A (dont un contractuel "APA") qui ont en charge chacun environ 80 établissements et services. Pour pouvoir absorber cette montée en charge de travail, la DDASS a su, dès la mise en place de la réforme, s'organiser avec les agents du conseil général (attachés et médecins), la CRAM (cadres et médecins) pour planifier les visites des établissements et lancer la procédure de conventionnement. Des instances techniques (cf. infra) ont été installées afin d'optimiser cette organisation.

D'autre part, l'année 2007 est une année charnière pour la réforme : c'est l'année butoir pour les établissements qui souhaitent faire le choix d'entrer dans la réforme, et c'est également l'année des premiers renouvellements de convention. Au cours du premier semestre 2007, 9 établissements se sont portés candidats pour une convention tripartite seconde génération.

Il est donc apparu intéressant de pouvoir étudier ce processus de renouvellement, en termes de méthodologie : comment il s'est organisé entre les parties, avec quels outils a eu lieu la négociation, etc.... Par ailleurs, le renouvellement étant conditionné à une évaluation des objectifs fixés lors de la convention initiale, il m'a paru important d'analyser quels ont été les apports de cette seconde convention par rapport à l'initiale et quel impact ont les conventions tripartites deuxième génération sur la promotion de la bientraitance en établissement.

En terme de postulat, j'ai bien conscience que les premiers établissements qui ont renouvelé leur convention ne sont pas les "plus mauvais élèves". En effet, ils se sont engagés dès le début de la réforme parce qu'ils y avaient un intérêt financier certain et parce qu'ils avaient déjà réfléchi aux bénéfices de la démarche qualité. D'ailleurs, pour illustrer ces propos, j'ai pu constater, lors de mon étude, que tous les établissements ont mis en place les outils de la loi 2002 lors de la convention tripartite initiale et qu'ils ont tous, à leurs actifs, développé des protocoles de bonnes pratiques, des outils professionnels, issus d'un travail de réflexion interne basé sur les pratiques professionnelles.

J'ai souhaité baser mon étude sur six des huit établissements qui ont renouvelé leur convention tripartite au 1<sup>er</sup> semestre 2007. Pour conserver un panel représentatif de l'hétérogénéité des structures présentes dans le Nord, j'ai choisi des établissements représentant tous les statuts juridiques existants (public autonome, public hospitalier, privé associatif, privé lucratif), avec des capacités variables allant de 60 à 202 lits, sur des zones géographiques différentes pour sonder environnement urbain et rural. C'est ainsi qu'ont fait partie de l'étude les six Ehpad suivants : (Cf. liste détaillée en annexe VI) :

- Les Jardins de Brunehaut de Rieux-en-Cambrésis,
- Notre Dame d'Espérance de Lille,
- Les Bouleaux de Lourches,
- Amitiés d'Automne de Herlies,
- Maison de retraite du Centre Hospitalier de Comines,
- G. Delfosse de Lille.

## **2.2 La procédure de conventionnement : un atout pour la promotion de la bientraitance en Ehpad**

La convention tripartite est un outil fédérateur car elle nécessite une forte implication des acteurs et instaure dans les Ehpad une nouvelle culture : l'amélioration continue de la qualité.

### **2.2.1 Une implication forte de l'ensemble des acteurs concernés**

La procédure de conventionnement impose à l'établissement et ses financeurs de discuter ensemble et en consensus, du diagnostic du fonctionnement de l'établissement ainsi que des priorités d'amélioration.

#### **2.2.1.1 L'établissement : auteur et premier acteur de la convention**

L'établissement, lorsqu'il fait le choix d'entrer dans la réforme, marque son engagement et sa volonté de prendre en charge des personnes âgées dépendantes et de leur assurer, par le biais de la démarche d'amélioration continue de la qualité, un bon niveau de prestations. Il en informe ses autorités de tarification et déclenche, par la même, la procédure de conventionnement et ses différentes étapes.

L'établissement est représenté par le directeur qui est responsable de sa bonne gestion, de la sécurité des résidents qu'il accueille et de la bonne qualité de prise en charge. Il doit bien connaître les potentialités de sa structure, savoir s'entourer de l'ensemble de son personnel pour inscrire l'établissement dans la procédure de conventionnement. Un directeur a dit *"En tant que manager responsable, il faut savoir rester réaliste et ne pas engager son personnel sur un chemin générateur de frustration"*. L'inspecteur connaît

bien les directeurs des établissements dont il a la charge administrative car différents temps forts existent tout au long de l'année (procédure budgétaire, conventionnement, éventuellement projet CROSMS). Il saura donc l'encourager si nécessaire à utiliser un management participatif pour construire ses outils de fonctionnement que sont le projet d'établissement, le règlement intérieur, le contrat de séjour...

Le **personnel** de la structure, doit être sollicité et être partie prenante dans le fonctionnement de l'établissement et dans la procédure de conventionnement. Le médecin coordonateur est un acteur primordial de l'organisation des soins, dans l'élaboration du projet de soins, de la formation interne à l'établissement. Les postes infirmiers (IDE ou cadre) permettent la coordination de l'équipe composée d'AS, ASH et AMP. Les postes paramédicaux spécialisés (ergothérapeute, masseur-kiné, psychomotricien, psychologue) sont revendiqués car ils sont importants dans la politique de prévention, de prise en charge des résidents et sont complémentaires aux soins. L'animateur est important pour donner vie à la structure : j'ai pu observé que peu de projet d'animation existe en tant que tel, certains directeurs veulent recruter un animateur spécialisé en gérontologie mais ont des difficultés car peu sont formés dans ce domaine. Enfin, les **usagers** et leur famille doivent être associés pour exprimer leur satisfaction et leurs besoins.

Pour garantir une pérennité de la structure, il est important d'encourager les établissements à évoluer dans leur environnement, au sein d'un réseau gérontologique construit, en lien avec les CLIC du secteur. Pour illustration, un directeur d'Ehpad situé en zone rurale, s'est organisé pour fonctionner en réseau lui permettant de recruter son personnel, des bénévoles, et assurer une coordination gérontologique. Concrètement, *"une réunion trimestrielle organisée avec le CLIC, les directeurs d'Ehpad et les services d'aide à la personne partagent une réflexion sur l'animation du réseau, la démarche qualité, l'aide aux structures en difficulté du secteur"*. L'établissement devient acteur de son projet de développement.

### **2.2.1.2 Les autorités de tarification : la DDASS et le Conseil Général**

Le service technique pour personnes âgées de la DDASS, le SSPA, et ceux du conseil général interviennent de concert la plupart du temps. La CRAM est également très présente pour le conventionnement.

L'engagement des autorités de tarification sur la procédure de conventionnement est important. En *terme de temps* tout d'abord, puisque la procédure commence avec l'étude du dossier remis par l'établissement, comprenant quatre dossiers. L'un sur l'auto-évaluation de l'établissement relatif à son organisation et son fonctionnement et qui met en exergue les points forts et les points faibles de l'établissement, un second, qui comporte l'ensemble des outils de la loi 2002 élaborés. Un troisième relatant des

informations utiles sur l'organisations des soins, sur le respect de l'hygiène et la sécurité, et enfin, des éléments qualitatifs sur le personnel de l'établissement. Une recherche de l'existence de plaintes déclarées et les éventuelles suites données est effectuée avant le déplacement pour la visite d'évaluation programmée sur une journée complète (pour permettre la visite des locaux, la discussion avec les personnels, résidents...).

En *terme de cohérence* face aux établissements, les deux autorités de tarification du Nord se sont organisées pour optimiser la procédure.

C'est tout d'abord assurer la logistique du conventionnement qui prévoit les visites sur place en présence des deux tarificateurs et/ou de la CRAM (dont un médecin pour réaliser la visite concernant la partie soins). Ce secrétariat est réalisé par le service SSPA.

C'est planifier la montée en charge du conventionnement avec la mise en place de deux instances très appréciées par tous les partenaires :

- le comité départemental de suivi de la réforme de tarification : cette instance, prévue par les textes est composée à l'initiative du préfet, co-présidée par celui-ci et le président du conseil général. Elle comprend des représentants des services de l'Etat, du conseil général, de l'assurance maladie et des fédérations d'établissements. Installée en 2002 dans le Nord, c'est un lieu privilégié d'échanges et de concertation entre les autorités de tarification et les établissements concernant l'avancement de la réforme, les données financières permettant d'apprécier les conditions d'application des règles de tarification et de convergence tarifaire.
- le comité technique opérationnel (CTO) est une instance locale qui réunit les services techniques de la DDASS, du conseil général et de la CRAM. Deux réunions sont organisées par an. Les établissements présentent leur dossier de conventionnement, d'avenant ou de renouvellement, chacun pouvant argumenter sur leur projet (les points faibles et les objectifs fixés) et sur la demande en moyens supplémentaires. La DDASS et le conseil général s'expriment ensuite ensemble pour annoncer les mesures nouvelles attribuées. Même si toute la négociation budgétaire a eu lieu en amont avec l'établissement, cette réunion permet de réunir autour de la même table, les trois parties de la convention. Les directeurs apprécient cette instance, même si toutefois, ils restent méfiants à l'égard de son objectif : "*c'est une bonne instance, qui permet de se dire les choses... Même si souvent, on peut connaître des désillusions, des revirements dans les moyens négociés en amont*".

C'est structurer le discours face aux établissements. Même si les deux autorités répondent à des enjeux politiques et financiers différents, elles se doivent d'avoir un discours commun face aux structures. C'est pourquoi la DDASS, pour s'aligner sur les restrictions financières actuelles du conseil général, s'est fixée des axes prioritaires de financement des conventions tripartites. Il est donc entendu de financer, sur la base d'une demande justifiée, en premier lieu l'ETP du médecin coordonateur, de prendre en compte ensuite les évolutions et revalorisation des conventions collectives des personnels de soins en établissement, de favoriser la sécurité en Ehpad la nuit, week-ends et jours fériés, avec un renforcement des ETP IDE 7 j/7 et la nuit, de diversifier les professionnels paramédicaux et, en dernier lieu, d'autoriser, en mesures nouvelles, la création de postes d'AS ou d'AMP<sup>51</sup>.

La DGAS et la CNSA sont les instances qui, au niveau national, suivent l'avancée de la réforme. La mission Marthe (mission d'appui de la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement) a disparu en 2005 laissant la conduite du soutien des services déconcentrés à la CNSA qui désormais alloue les crédits pour financer cette réforme.

## **2.2.2 Une démarche d'amélioration continue de la qualité pour promouvoir la bientraitance**

La qualité ne renvoie pas nécessairement à l'obtention de moyens supplémentaires, moyens dont le bien-fondé ne peut pourtant être contesté dans un certain nombre de situations. Elle est aussi et souvent une démarche d'amélioration des organisations, centrée sur le destinataire de la prestation : le résident, obtenue par une meilleure intelligence collective. Car la qualité n'est pas une mode, mais un levier puissant de management qui a fait ses preuves dans les différents secteurs marchands, sanitaire et maintenant social et médico-social.

L'ensemble des établissements enquêtés sont satisfaits des moyens alloués, confirmant ainsi leur intérêt à entrer dans la réforme dès son début. Pour ces établissements : *"le personnel soins obtenu nous permet de travailler de manière satisfaisante"*.

Lors de mes entretiens, à la question *"quel a été l'apport principal de la réforme de tarification pour votre établissement ?"*, tous m'ont répondu unanimement, en premier lieu, qu'ils ont vécu l'arrivée de la réforme très positivement compte tenu des moyens supplémentaires obtenus en personnel. Tous m'ont évoqué, dans un second temps, l'engagement qualité : *"Faire un service de qualité, oui, mais il nous fallait des moyens"*

---

<sup>51</sup> Données DDASS

*adéquats, du matériel et des équipements pour le personnel, les résidents, la restauration et le confort".*

Certains ont même eu des difficultés à recruter, sur le terrain, pour l'un, 0,25 ETP médecin coordonnateur, et 0,5 ETP d'ergothérapeute et 0,5 ETP masseur-kinésithérapeute pour un second. Ces deux établissements, situés en zone rurale, ont depuis compris l'intérêt pour eux de vivre en réseau, au-delà de la coordination gérontologique. Etre lieu de stage pour les différentes filières professionnelles travaillant en Ehpad permet un recrutement facilité par la suite. Un Ehpad de zone rurale a travaillé en partenariat avec l'IRTS<sup>52</sup> du secteur, afin d'ouvrir une filière AMP et couvrir en besoins de personnel une partie du sud du département.

Pour impulser et appuyer la démarche qualité en interne, pour professionnaliser la démarche vis-à-vis de l'ensemble du personnel, toutes les structures se sont fait accompagner. Plus de la moitié d'entre elles ont pris en stage un ingénieur qualité sur 6 mois (Master Droit & Santé). Celui-ci a impulsé, avec de la méthode, une démarche participative au sein de l'établissement (réalisation de différents protocoles, des guides de bonnes pratiques, la réflexion sur les besoins en formation du personnel...).

La formation du personnel est un enjeu important pour professionnaliser les équipes et promouvoir la bientraitance. Un directeur dispose d'un personnel dont 70% des personnes ont pour niveau de formation, le niveau V. *"Ce constat renforce les besoins en formation pour éviter la "non-bientraitance" car un seul personnel ne fait pas bien son travail et il jette le discrédit sur tous. L'important est que sur un temps très court, tout le personnel suive la même formation pour éviter les mauvaises influences de groupe".*

La signature des conventions tripartites permet aux autorités de tarification de faire d'une pierre deux coups : valider la mise en place des outils imposés par la loi 2002 et surtout vérifier leur appropriation par le personnel. Lors de la visite des locaux par l'entretien avec les équipes, l'inspecteur doit s'assurer de cela. Autant d'outils qui garantissent la mise en place de garde-fous pour lutter contre la maltraitance.

Le nouveau modèle (présenté en dernière partie) intègre, dans la partie contrat, la nécessaire existence et mise à jour régulière de ces sept outils qui garantissent les droits de l'utilisateur.

La politique qualité est un support privilégié de la promotion de la bientraitance. Tendre vers la satisfaction des résidents, tendre vers le bien-être de la personne âgée dépendante (et de leur famille), les enjeux d'une telle démarche sont multiples. Elle

---

<sup>52</sup> Institut régional en travail social

favorise le respect des règles éthiques, notamment celles relatives aux droits et libertés des résidents ainsi que la satisfaction des besoins des personnes âgées dépendantes en termes de qualité de vie, d'aide et de soins, sans oublier les familles et les correspondants. Car l'usager et sa famille, ont une légitimité pour participer à la démarche qualité. Des lieux d'expression ont été créés pour leur permettre de faire part de leur satisfaction sur les prestations reçues.

Les directeurs ont bien intégré ce mode d'expression : cinq établissements sur six ont mis en place au cours du premier conventionnement, au-delà du Conseil de Vie Sociale, différentes commissions qui prennent en compte les envies des résidents (*la commission des menus pour discuter des repas, la commission animation avec le dépouillement des idées déposées dans l'urne de la salle à manger, une réunion d'ambiance générale mensuelle où l'on discute du cadeau d'anniversaire d'une résidente...*). Ces lieux d'expression créent du lien social entre les résidents et le personnel. J'ai rencontré dans le cadre de mon étude, deux présidents de CVS, dont l'un qui représentait les "familles" m'a expliqué *"l'importance du choix des résidents pour la représentation en conseil, pour la capacité d'être force de propositions. Même si elle n'est que consultative, cette instance donne de l'humanisme. La génération de mes parents n'est pas habituée à s'exprimer et prendre la parole pour revendiquer ou défendre ses droits."*

La démarche qualité permet une optimisation des organisations et des pratiques au sein de l'établissement. A titre d'illustration, la gestion des ressources humaines en Ehpad impacte le bon fonctionnement des services et donc le climat social. Un directeur m'a fait part de sa réflexion sur sa façon de gérer son nouveau personnel. *"Il faut repenser l'organisation du planning en restant vigilant et veiller à ne pas demander aux financeurs tout son nouveau personnel la même année. L'étalement des embauches est bénéfique pour la structure car la phase d'acculturation des valeurs de l'établissement est très importante pour l'intégration dans l'équipe et l'organisation du planning de formation. Il ne faut pas trop perturber l'équipe déjà en place, tout en sachant optimiser l'oxygène apporté par les nouveaux"*.

L'optimisation des pratiques passe aussi par la réflexion sur les bonnes pratiques professionnelles. J'ai pu constater que plusieurs établissements ont organisé des travaux de groupes sur des protocoles internes. Pour exemple, *"les recommandations pour l'accompagnement du résident au quotidien" édictant des règles de bon sens et de simple éducation mais qu'il est encore nécessaire de rappeler"*, selon un directeur. Dans cet Ehpad, la méthode de construction est intéressante car ce protocole a fait l'objet d'une séance de présentation et d'appropriation par la lecture, puis d'une séance/débat pour valider ces règles. Depuis, ce protocole interne sert de référence lors de l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée par le cadre de santé de la structure.

Cette démarche est l'occasion également de valoriser le travail effectué par les équipes et d'améliorer les compétences des professionnels. La démarche participative des équipes laisse une bonne marge de manœuvre aux personnels pour prendre l'animation d'un groupe de travail, s'investir dans l'élaboration du projet d'établissement, mettre en avant les spécificités de son métier et être force de proposition sur le fonctionnement de l'établissement...

Concernant le respect de la réglementation, j'ai noté de la part des directeurs, des efforts fournis pour être à jour concernant les évolutions réglementaires. Pour certains, les outils 2002 sont tout à fait intéressants et garantissent un niveau de qualité satisfaisant mais ils regrettent la multiplication des textes rendant difficiles une appropriation efficiente : *"il faut nous laisser le temps de les mettre en place et de les évaluer... C'est un travail énorme pour les équipes sur le terrain. Arrêtons d'écrire des textes et évaluons nos pratiques."*

La démarche qualité permet enfin de répondre aux exigences de l'évaluation (auto-évaluation, maîtrise des risques)

## **2.3 Des difficultés à appréhender pour mieux les surmonter**

Lors de mes entretiens avec les différents acteurs de cette politique, tous sont unanimes. Les directeurs d'Ehpad, les usagers, les agents DDASS ont caractérisé la procédure de conventionnement *"comme un travail de longue haleine"*. Cette réforme est complexe parce qu'évolutive au niveau financier et nécessite un soutien méthodologique et des outils adéquats.

### **2.3.1 Un besoin de méthode et d'outils pour repérer les besoins de l'établissement et répondre au mieux à ceux de ses résidents**

Avec la croissance de l'état de dépendance chez les personnes âgées vivant plus longtemps, la réforme de la tarification a permis de financer la médicalisation des établissements qui souhaitaient jusqu'en 2007, les prendre en charge. Pour la DGAS, *"le but de la réforme étant, avec des moyens supplémentaires, de donner la possibilité à ces établissements d'offrir à ses résidents, une meilleure qualité de prise en charge et de sortir de l'ère des hospices"*.

#### **2.3.1.1 Une méthodologie de conventionnement qui permet de structurer la démarche d'évaluation et la définition d'objectifs d'amélioration**

De mon étude, il ressort que l'ensemble des établissements sont demandeurs d'un accompagnement pendant la période de conventionnement, d'un soutien pédagogique (surtout dans le cadre de la convention tripartite initiale).

Au regard de mes différents entretiens, on peut estimer que les établissements se sont bien appropriés le référentiel Angélique pour effectuer leur auto-évaluation. La majorité

des directeurs ont trouvé *"la composition du questionnaire, la formulation des questions, le mode de cotation tout à fait compréhensible et adapté"* à leur structure. Toutefois, un directeur a choisi d'enrichir son référentiel avec un outil réalisé par un établissement breton, *"pour que les questions soient plus parlantes et plus concrètes pour les équipes de terrain (AS-AMP-ASH) car j'ai voulu que tout le monde participe. J'ai donc formé mon personnel à la démarche d'évaluation, réalisé 12 fiches et 6 groupes de personnels pluridisciplinaires. Les consignes ? Etre objectif, et que toute réponse soit appuyée d'un commentaire et d'une preuve. J'ai ensuite réalisé une synthèse points forts/points faibles suivie d'une mise en commun pour validation par thèmes qui serviront à composer le projet d'établissement."* L'articulation de l'évaluation avec la réflexion sur le projet d'établissement est une situation optimale pour tenir compte de l'ensemble des dysfonctionnements relevés pendant l'évaluation.

J'ai pu remarquer, lors des visites d'évaluation réalisées, une grande volonté d'échanges et de croisements des regards professionnels ainsi qu'une grande fierté de présenter aussi bien leur travail accompli que les difficultés rencontrées. A la réflexion, tous pensent que les moments d'échanges établissement/tutelles ne sont pas suffisamment nombreux ni assez longs. Pourtant, depuis 2002 et la convention tripartite, un principe qui favorise ces échanges a été instauré : les visites conjointes sur le terrain des deux autorités de tarification.

Les enjeux de cette visite sont multiples. Elle permet de connaître la singularité des établissements au-delà de la seule analyse de dossiers et d'évaluer la pertinence des objectifs futurs, qui ne peut être réduit à des aspects financiers et des prescriptions de démarches qualité déconnectées de la réalité. Elle renforce la capacité à travailler ensemble, avec les établissements mais également avec les autres partenaires du conventionnement, sur la base de valeurs et de méthodes communes. Cette visite offre l'intérêt d'un regard externe permettant de compléter l'auto-évaluation menée au sein de l'établissement. Enfin, elle donne la possibilité de vérifier la prise en compte des exigences telles que la sécurité des soins et des personnes, l'instauration des outils de la loi 2002-2, la dynamique d'amélioration continue de la qualité, sans pour autant se substituer à la mission d'inspection et de contrôle.

Sur la base d'un diagnostic partagé, la visite aboutit à la formulation de recommandations favorisant la négociation des objectifs qualité de la convention en préparation.

L'inspecteur est le garant du bon déroulement du processus de conventionnement. Il a un rôle prépondérant à jouer dans cette démarche puisqu'il est responsable du contenu de la convention tripartite. En ayant la charge de plus de 80 établissements et services à la DDASS du Nord, l'inspecteur possède les éléments de comparaison (ratio d'encadrement, ratio soins, taux d'équipement, indicateurs...) pour développer, selon les orientations du

schéma et du PRIAC, l'offre de prise en charge pour personnes âgées dépendantes sur les différents territoires du département.

Pour autoriser un renouvellement de convention, accompagné de mesures nouvelles, la DDASS du Nord pose désormais une condition sine qua none. Elle exige systématiquement l'élaboration ou une mise à jour des outils de la loi 2002, premier garde-fous contre la maltraitance. Dans le cas contraire, et plusieurs établissements sont concernés pour 2008, elle prolonge d'une année la convention initiale et ce, à moyens constants (mesure coercitive). Selon la circulaire du 17 octobre 2006, si les objectifs initiaux n'étaient pas atteints, il conviendrait de conclure, pour une durée d'une année maximum, un avenant à moyens constants.

Au cours de mon analyse des différentes conventions tripartites initiales, de leurs bilans ainsi que des propositions d'objectifs du renouvellement, j'ai pu constater qu'aucun établissement ne reprenait de façon systématique et très lisible l'ensemble des dysfonctionnements pointés lors du bilan. Suite à ce constat, l'inspecteur doit être plus vigilant en rappelant l'intérêt de l'évaluation et l'enjeu des objectifs fixés.

### **2.3.1.2 La nécessité d'élaborer de nouveaux outils pour accompagner la démarche de conventionnement**

Le service Personnes Agées de la DDASS du Nord (SSPA) a participé, à plusieurs reprises en collaboration avec la DGAS, ou a réalisé en interne différents outils qui lui ont permis d'instaurer des consignes et de structurer cette méthodologie. L'inspecteur peut intervenir à différents niveaux pour participer à la réflexion et la mise en œuvre d'outils pragmatiques permettant de faciliter ses missions mais aussi d'aider les établissements.

Avant la signature des premières conventions tripartites, Le service SSPA a piloté des groupes de travail, en lien avec le MISP "réfèrent gérontologie", pour l'élaboration d'une grille d'évaluation de la convention tripartite initiale, intitulée "guide d'évaluation externe à l'usage des négociateurs dans le cadre du conventionnement des Ehpad". Ce guide diffusé en mars 2001, a été réalisé avec la participation du Conseil Général et de la CRAM.

Elle a également travaillé sur une grille d'indicateurs de qualité, dans le cadre du renouvellement de la convention, pour mesurer l'amélioration continue de la qualité (prise en charge de la personne âgée, gestion des ressources humaines et moyens, relations avec l'environnement).

Autre exemple de la force de proposition de la DDASS, pendant l'année 2007, le MISP réfèrent et le SSPA ont travaillé avec des professionnels de terrain, à l'élaboration d'un référentiel des pratiques d'accompagnement et de soins pour les personnes atteintes de

la démence Alzheimer ou des troubles apparentés en EHPAD. Cet outil permet d'aider les professionnels de terrain à initier une réflexion sur les pratiques professionnelles, et de les évaluer pour les faire évoluer.

Avec l'arrivée des premières conventions tripartites seconde génération, la DGAS a fourni aux services déconcentrés, en octobre 2006, deux documents utiles. Elle a transmis, tout d'abord, une grille d'évaluation que l'établissement peut utiliser pour faire son propre bilan du premier conventionnement, ainsi qu'un "protocole" à destination des DDASS servant de support lors de la visite d'évaluation.

Chaque "fiche action", annexée à la convention, permet la définition d'objectifs précis qui clarifient la feuille de route de l'établissement pour les cinq prochaines années. Les indicateurs permettent d'évaluer plus facilement le travail accompli, au moment de la réalisation du bilan en interne.

Parallèlement, sur le thème de la maltraitance : le Nord est également force de proposition lors de travaux organisés par le ministère. Pour illustration, La DDASS a fortement inspiré l'élaboration d'une grille de "Repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux", outil utilisé dans le cadre du programme d'inspection 2007-2012.

L'ANESM va, dans les prochains mois, se rapprocher des services déconcentrés, des établissements pour compléter les outils existants pour lutter contre la maltraitance en institution. Recenser les bonnes pratiques déjà formalisées et produire avec les professionnels de terrain (directeurs, inspecteurs, médecins...) ces guides professionnels basés sur l'éthique, la déontologie et les gestuelles qui font références.

La mise en place par le ministère d'une batterie d'indicateurs médico-sociaux économiques<sup>53</sup> que l'établissement doit faire remonter chaque année avec ses propositions budgétaires, doit permettre à l'inspecteur de réaliser un meilleur suivi des conventions tripartites par une analyse de ces données (coût à la place, GMP, DMS, ...). Cette liste d'indicateurs serait à compléter suite aux évolutions législatives récentes (Pathos...).

### **2.3.2 Des contraintes qui pourraient, à terme, entraver le développement d'une culture de bientraitance en établissement**

Face à l'augmentation de la dépendance des résidents, les exigences induites par la démarche qualité, les établissements rencontrent des difficultés.

---

<sup>53</sup> Annexe du décret du 26 avril 1999 concernant les modalités de tarification et de financement des Ehpad

### 2.3.2.1 Des contraintes d'ordre financier

Depuis le début de la réforme, force est de constater que les moyens alloués par l'assurance maladie et les financements du conseil général du Nord ne sont pas en phase. On peut observer une inversion des rôles entre la négociation des deux conventions tripartites. A l'époque de la convention tripartite initiale, les services déconcentrés avaient consignes, sauf dérogations, d'allouer au maximum la DOMINIC +35%. Pour la DGAS, la montée en charge du dispositif demandait de la rigueur et une grande prudence. Alors que le conseil général du Nord, sur la période 2001-2002, ne donnait aucun veto sur le personnel imputé aux sections "hébergement" et "dépendance". Aujourd'hui, ce schéma s'est inversé et depuis les premiers renouvellements de convention tripartite en 2007, le conseil général ne fait que suivre l'Etat sur ses mesures nouvelles (à savoir les postes AS-AMP financés à 70% sur du soin et 30% sur de la dépendance). Cette situation génère pour les établissements des frustrations quant aux projets qu'ils auraient souhaités développer. Un directeur ayant calculé la dotation soins possible offerte, avait monté un projet de convention tripartite 2 avec 20 postes supplémentaires en AS *"mais tout poste non créé conjointement DDASS-CG n'est pas ouvert, et l'Etat ne donne pas, même s'il peut donner les 70%"*. Cette situation peut engendrer un glissement de fonctions qui est pourtant proscrit (un psychomotricien, financé sur du soin, réalise des animations qui vont au-delà de ses compétences).

Cette contrainte budgétaire va à l'encontre du développement de la culture de la bientraitance en établissement et pose la question du financement de certains postes comme celui de psychologue. Financé sur la section "dépendance", il a un rôle clef auprès du personnel, pour organiser des groupes de paroles afin d'évacuer les difficultés rencontrées dans le travail quotidien, auprès des résidents, qui peuvent avoir besoin de soutien psychologique et, auprès des familles, pour entretenir les liens familiaux, fournir une aide psychologique en fin de vie du résident, en cas de maladie d'Alzheimer.

Les directeurs ont donc développé diverses stratégies en ressources humaines pour *"s'adapter aux possibilités financières des autorités de tarification. Je suis prêt à augmenter le personnel qualifié en AMP et AS, quitte à revenir un peu en arrière sur les ASH. Cette opération me permet de professionnaliser mon personnel et de répondre à la réglementation en vigueur. Je vais demander un renfort en professionnels paramédicaux spécialisés sur les postes d'ergothérapeute, de masseur-kiné et de psychomotricien puisque j'ai des besoins et que les crédits CNSA sont possibles"*.

En outre, la multitude de dispositifs de financement complexifie le travail des établissements car ils sont gérés de manière différente et financent différents types d'action. Le Plan d'Aide à la Modernisation (PAM) est mis en place depuis 2005 pour

restructurer et moderniser les établissements vétustes. Il est composé de crédits CNSA non pérennes. Pour obtenir ces subventions, l'établissement doit monter un dossier dans un délai imparti.

La loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007 prévoit que les intérêts des emprunts contractés en vue d'investissements immobiliers dans les Ehpad conventionnés, peuvent être pris en charge par l'assurance maladie dans la limite des dotations départementales limitatives de crédits

Une nouvelle mesure pérenne concerne l'ensemble des Ehpad, qui renouvellent leur convention tripartite et/ou dont le GMP est égal ou supérieur à 800. La coupe PATHOS<sup>54</sup> réalisée par l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie, permet de prendre en compte en plus de la dépendance, la charge en soins nécessaires dues aux pathologies que peuvent cumuler les personnes âgées, engendrant des soins médicaux et techniques importants (SMTI).

### **2.3.2.2 Les contraintes internes à l'établissement**

La mise en place des outils de la loi 2002-2 et de la démarche qualité demande beaucoup d'énergie aux différents personnels des Ehpad. La démarche participative nécessaire à cette efficience est chronophage. C'est au directeur que revient la responsabilité d'impulser cette démarche, "*de la nourrir pour la faire grandir*". Mais certains personnels peuvent avoir peur du changement, manquer de motivation s'ils ne voient pas l'intérêt de se remettre en cause, ou s'ils travaillent dans des services cloisonnés. Le directeur doit alors être le vecteur de cette politique de renouveau en pratiquant le management participatif.

Son coût n'est pas négligeable. Même si l'établissement n'a pas opté pour l'embauche d'un chargé de mission "qualité", le temps passé en réunions se paie en heures supplémentaires, qui s'impute au budget de l'établissement et qu'il est difficilement quantifiable sur l'ensemble de la démarche.

La démarche amélioration continue de la qualité est un processus dynamique s'inscrivant dans la durée. Le paradoxe est là : les postes "qualité" sont financés sur la section "hébergement" que le conseil général du Nord ne peut financer actuellement pour raisons budgétaires. Dès lors, une solution a été trouvée dans la mutualisation d'un poste sur plusieurs structures (embauche par l'association gestionnaire) quand le statut juridique et la taille de l'Ehpad le permet. Les petites structures publiques ne peuvent se permettre ce luxe. Un établissement travaille en réseau avec les CLIC pour développer cette culture à moindre coût.

---

<sup>54</sup> Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006

L'ANESM réfléchit actuellement, concernant la visite d'évaluation externe septennale, à une participation financière de l'Etat et du conseil général pour les 2/3, laissant 1/3 de ces dépenses à la charge de l'établissement.

De plus, sans formation spécifique, la démarche qualité peut devenir une procédure complexe et nécessite de la méthode. Deux directeurs que j'ai rencontré, sont en cours de formation (soit 11 semaines sur 2 ans) pour être intégrés au statut DESS. Ils attendent beaucoup de celle-ci : "*appartenir à une culture commune*", "*obtenir des informations sur le statut, le module de finances, la politique ressources humaines, la gestion de la paie, la connaissance juridique du domaine médico-social*". Par contre, ayant exercé dans le domaine sanitaire, ils ont conservé la culture de la démarche qualité.

Pour finir, la démarche qualité est chronophage pour quiconque s'y plonge mais c'est un investissement bénéfique pour la suite, que l'inspecteur se doit d'encourager, d'autant plus efficace si chaque professionnel adhère à la démarche.

Suite à cette analyse réalisée dans le Nord, il est intéressant de revenir sur certains éléments évoqués en seconde partie, pour proposer des axes permettant d'améliorer le dispositif de conventionnement et, par la même, le développement de la culture de la bientraitance en établissement.

### **3 Développer une culture de bientraitance par la qualité : une démarche que l'inspecteur doit impulser et accompagner**

Même si des obligations réglementaires permettent, qu'au sein des Ehpad, une réflexion participative autour de la qualité de la prise en charge des résidents soit désormais amorcée, il faut maintenant conforter cette dynamique pour inciter les responsables de structures à mobiliser leurs personnels, les résidents et les familles pour promouvoir une culture de bientraitance. L'inspecteur a un rôle prépondérant à jouer dans l'accompagnement de ces établissements en amont et en aval de la négociation des conventions. Il doit également veiller à son positionnement qui, s'il est stratégique, comprend différentes facettes qu'il faut savoir utiliser à bon escient.

Ces préconisations, dans le cadre professionnel que je viens d'évoquer, peuvent permettre d'affiner les connaissances, pour faire de la convention tripartite un outil privilégié de la démarche d'amélioration continue de la qualité, et promouvoir ainsi la culture de la bientraitance.

#### **3.1 Compléter le recueil de données sur la maltraitance avec le système d'information PRISME**

Le système d'information PRISME<sup>55</sup> (Prévention des Risques, Inspections et Signalements des Maltraitements dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux) conçu par la DGAS et mis en place depuis début 2005 est loin de faire l'unanimité auprès des services déconcentrés. Créé pour disposer d'une base nationale de données relatives aux situations de maltraitance en institutions et aux contrôles des établissements sociaux et médico-sociaux, en plus du champ du programme d'inspections "préventives", il complète les données statistiques disponibles et précieuses du réseau national ALMA. L'ambition à terme est de constituer un outil fiable d'observation, de connaissance et de mesure des phénomènes de maltraitance et de violence dans les établissements. Pour cela, il est impératif de réhabiliter son intérêt auprès des services déconcentrés.

Cet outil a été créé pour collecter les données (quantitatives et qualitatives) au niveau des DDASS à l'attention de l'administration centrale. Par ailleurs, il était prévu que les DRASS et les MRIICE puissent y avoir accès pour pouvoir établir des bilans régionaux. Il comporte deux volets : *SIGNAL* pour les signalements de maltraitance (mis en place au

---

<sup>55</sup> Arrêté du 10 mai 2004 portant création du système d'information "prévention des risques, inspections, signalements des maltraitements en établissement (PRISME)"

premier semestre 2004), *VIGIE* pour le recensement des inspections/contrôles et les suites données, entré en application en juin 2006.

### **3.1.1 Un outil à la mise en place difficile...**

Cet outil fait l'objet d'une des dispositions déclinées dans l'instruction ministérielle de P. BAS qui demande le renseignement régulier de PRISME pour "*améliorer la connaissance de la maltraitance en institution*". Lors de son déploiement début 2005, ce système a connu des difficultés dès sa mise en place.

#### **3.1.1.1 De nombreux dysfonctionnements techniques n'ont pas facilité son utilisation**

La DDASS du Nord a fait le choix de ne pas travailler avec ce système d'information car ce logiciel est jugé "*peu convivial dans son utilisation*". Le gestionnaire désigné pour saisir les données dans le système n'a, à l'époque, reçu aucune formation pour lui permettre de se familiariser rapidement avec l'outil, la DGAS a réalisé un guide d'utilisation mais il n'a été distribué que très tardivement. La DDASS s'est donc fabriquée ses propres outils pour recenser et enregistrer à la fois les plaintes, les inspections réalisées (programme transmis à la MRIICE). En outre, le logiciel a connu des déboires techniques lors de son déploiement dans les services déconcentrés : bugs lors de la connexion du gestionnaire, erreurs techniques en cours de saisie bloquant tout le système, impossibilité aux DRASS et MRIICE se s'y connecter jusqu'en mai 2005... Il en a résulté un désintéressement des gestionnaires pour ce système d'information, le développement et l'utilisation de programmes informatiques "maison".

#### **3.1.1.2 Un système d'information peu exhaustif et peu fiable de surcroît**

En l'absence de règles claires et homogènes appliquées par les services déconcentrés, certaines situations qualifiées de maltraitantes peuvent être interprétées différemment selon les départements (cas soupçonnés ou avérés de maltraitance). Les difficultés d'évaluation et de sélection des cas à entrer sur PRISME sont un réel problème pour la personne gestionnaire du logiciel en terme de qualification du signalement<sup>56</sup>. Le système d'information est à l'heure actuelle délaissé et, par conséquent, peu exhaustif et peu fiable pour une exploitation au niveau national.

---

<sup>56</sup> Rapport IGAS, *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, mars 2006

C'est pourquoi, sans cadre rigoureux et commun fourni à l'origine par l'administration centrale, les services ont développé des modes d'utilisation différents, y compris à l'intérieur d'un même périmètre d'une MRIICE.

### **3.1.2 ...qu'il faut réhabiliter au sein des services déconcentrés**

Après un petit toilettage technique permettant de rendre l'application plus ergonomique et conviviale pour les gestionnaires qui ont en charge la saisie des données, il est impératif de "redorer le blason" de ce système d'information pour que chaque DDASS se l'approprie et le renseigne, afin que chaque DRASS et MRIICE puisse l'utiliser en consultant et en analysant les données.

PRISME est à la fois un outil d'information statistique mais également un outil de pilotage. En effet, les données saisies par les DDASS permettront à la fois aux DRASS et MRIICE d'exploiter et analyser les données départementales pour prendre en compte ces résultats dans l'élaboration du programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation (PRIICE), et de comparer les chiffres départementaux.

Ces remontées au niveau de l'administration centrale serviront de base pour le calcul des indicateurs de performance (inspections maltraitance) du programme "Actions en faveur des familles vulnérables" de la mission "Solidarité et intégration" dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances<sup>57</sup> (LOLF). Toutefois, deux points me semblent nécessaires à sa réhabilitation.

#### **3.1.2.1 Une clarification nécessaire de l'objectif de cet outil**

PRISME est-il un instrument pour informer en temps réel l'administration centrale de toutes les situations dont les services déconcentrés ont connaissance (au risque d'inscrire des éléments incomplets voire incertains), ou s'agit-il d'un outil statistique qui doit enregistrer des éléments d'information plus sûrs, plus complets, validés mais plus longs à obtenir ?

Jusqu'alors, la DGAS n'avait pas été très claire sur la finalité de l'outil mais le renseignement systématique et régulier des volets Signal et Vigie demandé par P. BAS rappelle l'importance pour l'administration centrale de disposer de données exhaustives et fiables. Les modalités de saisie des données du volet Signal sont précisées<sup>58</sup> et cible la remontées des informations uniquement concernant les établissements sociaux et médico-sociaux régis par le CASF. L'instruction ministérielle rappelle également la définition et les différentes formes de maltraitance, le volet Signal n'étant pas réservé aux

---

<sup>57</sup> Loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001

<sup>58</sup> Instruction ministérielle du 22 mars 2007 et son annexe 2 "modalités de saisie dans le volet Signal de l'application Prisme"

cas les plus graves de maltraitance. La saisie est réalisée lorsque le traitement du signalement est opéré et que ses conséquences sont connues (motifs de la plainte avérés ou non, compromettant ou non la santé ou la sécurité des personnes).

Parallèlement, l'installation d'une mission d'alerte et d'information<sup>59</sup> au sein du Bureau de protection des personnes pour accélérer la réponse "aux situations à caractère exceptionnel ou dramatique (non limitées aux faits de maltraitance)" permettra au ministère de gérer en temps réel les potentielles crises<sup>60</sup>.

### **3.1.2.2 Mettre en place une formation et communiquer sur le potentiel de PRISME**

Afin de relancer la saisie des données dans le système d'information par les services déconcentrés, la mise en place d'une session de formation ou d'une journée de présentation du logiciel doit être envisagée. L'ensemble des gestionnaires désignés dans les DDASS et les responsables des MRIICE (voire le responsable du service Statistiques pour appui technique) pourraient être conviés pour s'approprier l'outil, comprendre les objectifs de sa mise en œuvre, les données disponibles et exploitables. Cette journée organisée en administration centrale ou en session inter-régions permettrait aux personnes concernées de poser les questions restées en suspend depuis l'entrée en vigueur des deux volets de l'application et de créer le réseau professionnel "PRISME".

Par ailleurs, une campagne d'information sur le navigateur Intranet du ministère contribuerait à sensibiliser l'ensemble des agents des services déconcentrés, notamment ceux qui sont en contact avec les établissements sociaux et médico-sociaux, et réaffirmer l'importance de ce système d'information pour la conduite de la politique en faveur des personnes âgées.

### **3.1.2.3 Faire évoluer l'application en travaillant sur ses points faibles**

L'application ne donnant pas, au niveau technique, satisfaction ni aux services déconcentrés, ni à l'administration centrale, il serait intéressant d'envisager de travailler sur l'évolution de l'application.

L'objectif d'une nouvelle version serait de prendre en compte et corriger les erreurs de bugs, de connexion, de lenteur qui ont rendu cette application inutilisable. Les personnes les mieux placées pour faire remonter les informations correspondantes sont les quelques gestionnaires, qui malgré ces embûches, ont saisi sur PRISME les données de leur département. Il serait tout à fait opportun de les convier à ce groupe de travail pour rédiger le cahier des charges des modifications à opérer. Une fois celles-ci réalisées par

---

<sup>59</sup> instruction ministérielle du 22 mars 2007

<sup>60</sup> instruction ministérielle du 22 mars 2007 - annexe 1 protocole mission d'alerte

la société qui l'a conçu, PRISME pourra faire l'objet de tests auprès des mêmes utilisateurs pour s'assurer du bon fonctionnement de l'application avant un nouveau déploiement dans les services déconcentrés. Le coût de cette opération n'est pas négligeable puisque ces modifications n'entrent plus dans la période de "garantie" de la société privée. Mais il faut en passer par là si l'on veut que PRISME soit un système d'information fiable et exhaustif.

### **3.2 Renforcer et systématiser l'accompagnement des établissements par l'inspecteur dans la négociation du conventionnement**

Dans le cadre de la procédure de négociation des conventions tripartites, il ressort de mes différents entretiens que les directeurs attendent de l'inspecteur un accompagnement en amont et pendant la négociation pour un appui à la fois technique et stratégique.

Même si pour certains établissements qui renouvellent cette année leur convention tripartite initiale et qui ont, de ce fait, une première expérience de négociation, j'ai proposé de réaliser un modèle type de convention tripartite 2<sup>de</sup> génération sur la base du modèle de la convention initiale élaboré par le ministère lors de la mise en œuvre de la réforme.

Nous verrons dans un second temps, que cette formalisation du contrat pluriannuel doit être complétée d'un accompagnement technique pour que la négociation soit "juste" et que la réalisation des engagements sur les cinq années soit réelle. Un suivi de la mise en place de la convention tripartite avec un bilan d'étape à mi-parcours pour réajuster le contrat si nécessaire est également une autre piste de réflexion.

#### **3.2.1 La création d'un modèle de convention tripartite de 2<sup>ème</sup> génération<sup>61</sup>**

La DGAS, comme elle l'avait fait pour le lancement de la réforme, aurait dû produire un modèle de convention deuxième génération avant les premiers renouvellements de celle-ci. Une enquête CREDOC avait été diligentée en 2007 pour alimenter le nouveau cadre de la convention tripartite. Le Nord connaissant ses premiers renouvellements au cours du premier semestre 2007, et en anticipant la montée en charge future des conventions, le modèle de la convention tripartite initiale était un peu obsolète et n'avait plus suffisamment la réflexion du conventionnement sur le volet qualité.

##### **3.2.1.1 La présentation du modèle type "convention tripartite deuxième génération"**

Au delà de l'accompagnement de l'inspecteur en amont et lors de la rédaction de ce contrat, le nouveau cadre formalisé permet aux directeurs d'établissement de retracer, au fil de la convention type, la démarche de réflexion qu'ils ont souhaité adopter pour

---

<sup>61</sup> Annexe II (modèle type convention tripartite deuxième génération)

concevoir et rédiger ce document. Il s'agit de s'interroger sur : quelles actions concrètes l'établissement peut-il mettre en place pour répondre aux améliorations à apporter au vu du bilan réalisé de la convention tripartite initiale ? Des objectifs qui sont bien balisés dans le cahier des charges EHPAD (amélioration de la qualité de vie, les liens familles/établissement, des soins).

- Un élément clef de la convention 2<sup>de</sup> génération : la fiche objectif/action

A l'instar de la convention tripartite initiale, l'établissement doit décliner une fiche pour chacune des actions qu'il souhaite entreprendre, en ciblant le ou les points à améliorer en référence à l'évaluation précédente et indiquer les nouveaux objectifs à atteindre. Cette première partie de la fiche doit être suffisamment développée pour permettre un éclairage complet sur le pourquoi de l'action, ses objectifs et comment la décliner dans l'établissement. Le rôle ici de l'inspecteur est primordial car il est garant de la qualité du contenu de la convention.

La fiche action met en avant de façon synthétique le déroulé de la réflexion pour la mise en œuvre des objectifs du projet de convention par rapport à la convention tripartite initiale qui prévoyait un simple système de coches et donc peu incitatif dans la forme pour les établissements à détailler les objectifs.

Même si la convention tripartite 2 conserve la programmation financière des moyens alloués pour réaliser les objectifs fixés, ils sont indiqués en deuxième partie à l'aide d'un tableau récapitulatif avec une estimation des délais de réalisation et un coût financier global de l'action. Des indicateurs d'évaluation nécessaires lors du prochain conventionnement devront être précisés (un maximum de deux trois par action paraît suffisant pour permettre son évaluation).

- Une logique marquée "Qualité" du nouveau modèle type (cf. annexe II)

Le point de départ est l'analyse de l'existant et la synthèse des points forts et des points faibles tels qu'ils ont été définis lors de l'auto-évaluation Angélique, du bilan d'atteinte des objectifs de la convention initiale et de la visite d'évaluation dans l'établissement. Cet existant est reporté en toutes lettres dans la convention tripartite, sera donc reconnu par l'ensemble des parties, figeant ainsi la situation de l'établissement au moment de la signature de la convention tripartite 2. Ensuite, les objectifs qualitatifs seront valorisés et déclinés en fiches actions (cf. ci-dessus). Il n'y a pas de nombre limite de fiches même si l'inspecteur sait en apprécier l'opportunité. Il est important de rappeler que tous les objectifs ne mobilisent pas forcément de moyens financiers ou humains supplémentaires. A titre d'illustration, l'organisation d'une réunion de synthèse hebdomadaire est possible sans équivalent temps plein (ETP) supplémentaire, en revoyant le planning du personnel.

- Les rajouts réglementaires nécessaires

L'inscription des données issues de la coupe PATHOS<sup>62</sup>, avec date de réalisation et de validation, le Pathos moyen pondéré (PMP), permettant de revaloriser la dotation soins de l'établissement

Le rajout d'un bilan en annexe de la convention tripartite pour faire le point sur l'élaboration et/ou la mise à jour des outils de la loi 2002-2 qui garantissent le droit des usagers (cf. annexe 3 ter). Cela permet de cibler les objectifs du projet de convention d'ancrer l'obligation de création ou de mise à jour de tel ou tel outil.

### **3.2.1.2 Une volonté de mettre en avant le déroulé de la réflexion pour que l'amélioration continue de la qualité de prise en charge du résident soit l'unique objectif de cet engagement quinquennal**

Pour afficher clairement aux établissements cette priorité, la DDASS du Nord distingue la visite d'évaluation de la phase de négociation budgétaire et ce malgré la présence des trois signataires lors de la visite. Ce choix a été fait pour permettre à l'ensemble des participants de dérouler la visite en centrant leur attention et leurs questions sur le protocole d'évaluation élaborée par la DGAS<sup>63</sup>. Ainsi, les aspects ne viennent pas polluer la démarche d'évaluation qui nécessite à la fois une visite de l'établissement, la consultation de documents sur place et des entretiens informels avec le personnel et les résidents.

Pour avoir réalisé plusieurs visites de ce genre pendant mon stage, la clarification d'emblée par l'inspecteur de la finalité de la visite permet de couper court à toute relance sur le terrain budgétaire (dont le directeur ne se prive pas).

Pour faire valider ce projet type de convention tripartite 2, il sera prochainement présenté (fin janvier 2008) au conseil général du Nord pour acceptation du modèle réalisé. Il est vrai que le premier modèle élaboré par le ministère en 1999 s'était imposé de lui-même à l'époque (le temps était compté face à la montée en charge demandée des signatures de conventions). Aujourd'hui, le modèle type national n°2 est en attente, le Nord a décidé de créer son propre modèle sur la base de la convention tripartite initiale et de quelques conventions personnalisées par certains établissements.

---

<sup>62</sup> Circulaire n° DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

<sup>63</sup> Annexe 2.2 de la circulaire du 26 octobre 2006

Après accord du Conseil Général, le document sera rapidement présenté aux établissements par le biais du comité départemental de suivi de la réforme.

La présentation du document, assorti d'exemples de fiches-actions pour illustrer le projet, aura lieu devant les fédérations et associations gestionnaires représentant les Ehpad. Cette réunion sera également riche des éventuelles remarques sur ce modèle, des réponses que les autorités de tutelle pourront apporter aux interrogations. Cette réunion sera programmée courant février 2008.

Une fois ce document avalisé par le Comité de suivi, il devra être présenté et les modifications apportées explicitées pour que les établissements se l'approprient, comprennent le sens des changements opérés quant à la valorisation, sur ce document, de la démonstration de la démarche qualité proposé par le remaniement de la fiche-action.

### **3.2.2 Un accompagnement dans le suivi de la réflexion de l'établissement jusqu'à la rédaction de la convention**

Une fois le document type validé par les autorités de tarification, il doit être présenté aux établissements pour qu'ils se l'approprient et s'en servent à bon escient.

#### **3.2.2.1 Information et diffusion**

La convention tripartite type n°2 sera alors généralisée et utilisée à chaque renouvellement de convention tripartite dans le département. Pour cela, le document type sera transmis à l'ensemble des directeurs des établissements du Nord. Les établissements auront ainsi le temps de s'en imprégner, de soulever des questions éventuelles. Le jour de la visite d'évaluation de la convention tripartite initiale sur le terrain, l'inspecteur DDASS et l'attaché du Conseil Général pourront prendre un moment pour répondre aux questions, et notamment insister sur la formalisation écrite de la réflexion faite autour de la démarche qualité.

#### **3.2.2.2 Méthodologie et accompagnement dans la formalisation**

Lors de la transmission du cadre type de la convention tripartite 2<sup>ème</sup> génération aux établissements, il est important de réaliser une note explicative pour préciser certains éléments techniques (existence et but de cette nouvelle formalisation, mode opératoire de la fiche action, ...) et faire le point des éléments qui ont changé, en insistant particulièrement sur le nouvel esprit de la convention 2, et de l'exigence des autorités de tarification. Par ailleurs, des explications de la part de l'inspecteur DDASS et de l'attaché du conseil général peuvent tout à fait être apportées lors de la visite d'évaluation de la convention tripartite initiale.

Prévoir une réunion d'information conviant l'ensemble des directeurs d'Ehpad pour leur présenter le modèle de la convention tripartite 2 ne serait pas forcément très efficace vu le délai de route entre certains établissements et Lille, d'autant qu'il est prévu une note explicative de présentation.

L'inspecteur doit pouvoir d'accompagner les établissements dont il a la charge pour les guider dans leur réflexion en amont sur le processus de démarche qualité mais aussi dans la formalisation écrite de convention tripartite. En effet, il doit se rendre disponible pour réaliser ce travail en concertation avec l'établissement malgré une charge de travail toujours croissante (inspections, montée en charge des conventions, contrôle budgétaire, procédure CROSMS, calage des calendriers pour les visites, difficultés à trouver des médecins pour la visite d'évaluation...).

Les établissements sont très demandeurs de cet accompagnement dans ce domaine mouvant où la réglementation évolue régulièrement. Le facteur temps est une des limites du respect du calendrier de la réforme. En effet, la DDASS a reporté la signature de certaines conventions à début 2008 dont elle ne pouvait assurer la procédure au second semestre 2007.

### **3.2.3 Mettre l'accent sur le suivi de la convention tripartite pendant ses cinq années de vie**

Jusqu'à présent, la montée en charge du dispositif de la réforme et la charge de travail des inspecteurs qui sont responsables de 80 établissements et services chacun a fait que le suivi de la convention tripartite en cours n'a pas fait l'objet d'attention particulière sauf demande expresse des directeurs de prendre quelques avenants essentiellement pour extension du nombre de places, création d'une unité de vie Alzheimer (UVA).

Toutefois, un suivi plus régulier (à mi-parcours de la programmation a minima) des conventions en ce qui concerne les objectifs fixés et les résultats observables permettrait de réajuster si nécessaire, de voir si la progression de réalisation des objectifs est normale ou si une relance est nécessaire.

A titre d'exemple, le suivi devient régulier concernant la prise en compte des variations annuelles<sup>64</sup> du Gir Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement. Car il a désormais un impact sur la détermination de la dotation de soins. Tous les établissements sont susceptibles de bénéficier de cette réévaluation dès lors que leur nouveau GMP validé a progressé d'au moins 20 points par rapport au dernier GMP validé. Cette mesure est rétroactive à la date de validation du GMP pour les budgets 2006 (c'est-à-dire qu'il faudra proratiser la dotation complémentaire sur la durée séparant la date de validation de la fin

---

<sup>64</sup> Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 déjà citée

de l'année), et au premier 1<sup>er</sup> janvier de chaque année ensuite. Ainsi, la dotation évoluera d'un montant correspondant au nombre de points supplémentaires multiplié par 8 euros pour les établissements en tarif partiel de soins et par 9 euros pour les autres.

Concernant l'évolution de la consommation de crédits CNSA alloués par les DDASS, le ministère dispose d'un système d'information de suivi des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (SAISEHPAD)<sup>65</sup>. Ces données sont saisies en DDASS, par le référent EHPAD du service et permet ainsi de faire remonter à l'administration centrale les crédits CNSA engagés par le département pour la médicalisation des établissements. Même si ce logiciel connaît quelques bugs informatiques (problèmes de connexion, défaut d'enregistrement des données saisies), la DGAS utilise ces données pour observer l'avancée de la consommation des crédits assurance maladie et suivre l'enveloppe budgétaire.

Des avenants à la convention tripartite sont prévus juridiquement pour parer à toute évolution dans le fonctionnement de l'établissement et effectuer les ajustements nécessaires. Ils laissent à ce dispositif une certaine souplesse et une marge de manœuvre dans la réalisation des projets.

En effet, dans mon étude, la moitié des établissements ont fait un avenant au cours de la première convention. L'un a passé un avenant 3 ans après la signature de la convention tripartite pour cause d'évolution importante de son GMP (qui lui donnait droit à des moyens supplémentaires), 2 pour une création d'une unité de vie Alzheimer (projet nécessitant une autorisation encadrée par la procédure CROSMS<sup>66</sup> pour diversifier l'accueil).

### **3.3 L'importance d'un positionnement adapté de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale**

Le rôle stratégique de l'inspecteur dans la mise en œuvre de cette politique publique nécessite un positionnement professionnel clair et adapté au regard de ses collègues DDASS des autres corps (MISP, PHISP...) mais aussi au regard des partenaires extérieurs.

---

<sup>65</sup> Circulaire DHOS/F2/DSS/1 A n° 2003-353 du 15 juillet 2003 relative au nouveau système d'information de suivi des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (SAISEHPAD)

<sup>66</sup> Comité régional de l'offre sociale et médico-sociale

### **3.3.1 Une formation continue obligatoire : les recadrages nécessaires pour un métier à multiples facettes**

Le métier d'inspecteur est complexe et intéressant à la fois car il revêt différentes facettes. Que ce soit la conduite de politiques publiques, la gestion de ressources humaines, du contrôle de gestion, etc., il est important de rassembler rapidement, à l'arrivée sur un nouveau poste, l'ensemble des connaissances et utiliser le positionnement adéquat vis à vis des partenaires et comprendre la stratégie des acteurs. La formation continue peut être un excellent moyen de répondre à l'acquisition de ces compétences. Pourquoi ne pas la systématiser sur deux trois jours lorsqu'un changement de poste intervient ?

Les compétences nécessaires pour gérer un poste sont de plusieurs ordres. Le savoir comprend l'ensemble des connaissances techniques et juridiques qui sont utiles à la compréhension des enjeux locaux et nationaux des politiques et indispensables pour prendre des décisions stratégiques (réglementation, techniques budgétaires et comptables, analyse financière, démarche qualité...). Le savoir-faire, lui, touche à la pratique, aux techniques (organisation, analyse, animation d'un réseau, d'une négociation de convention...). Celles-ci s'affinent avec le temps et l'expérience. Enfin, le savoir être concerne les attitudes, en lien avec une déontologie pour utiliser le positionnement adapté selon les moments professionnels (être clair et transparent, respecter l'intimité des usagers pendant une visite de l'établissement, assurer une équité de traitement, la confidentialité...).

Il serait bon d'instituer pour l'iaas une obligation de formation continue à chaque changement de poste (et non uniquement à la sortie de l'EHESP dans le cadre de la "formation d'adaptation à l'emploi"). Nous exigeons, à travers la législation, des directeurs d'établissement d'acquérir le CAFDES ou le DESS pour les établissements accueillant des publics vulnérables, chez le personnel d'établissement où la formation continue professionnelle est fortement conseillée dans le cadre d'une politique de bientraitance, la formation continue est obligatoire pour les médecins...

Ainsi, un "entretien de compétences" pourrait être organisé avec son nouveau supérieur hiérarchique, pour faire le point avec lui des compétences acquises antérieurement, et celles qui, nécessaires au poste, sont à acquérir. Une fois la validation du plan de formation effectué (sur quelques jours pour ne pas pénaliser le service), le calendrier peut être négocié pour une session à l'EHESP ou organisée de manière plus locale par la cellule régionale de formation continue (CERFOC). Ce temps d'apprentissage est un investissement mais il a un double impact bénéfique : l'acquisition de connaissances en lien avec le nouveau poste et la construction d'un réseau professionnel avec les autres participants de la session.

### **3.3.2 S'interroger sur nos pratiques professionnelles en élaborant un guide méthodologique des principales facettes du métier d'iass**

Nous connaissons déjà, pour ce qui concerne les inspecteurs, le "guide des bonnes pratiques d'inspection", le "guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux", le "guide de gestion des plaintes", véritables outils professionnels qui ont été réalisés pour construire des repères et normaliser un cadre d'actions à ces exercices difficiles.

Dans la thématique qui nous occupe, des guides méthodologiques existent, ça et là, pour expliquer la réforme de la tarification. Je pense notamment à celui réalisé par un collectif mené par la CRAM Aquitaine : "Guide sur la réforme des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes". Il comprend 14 fiches techniques pour expliquer la réforme. Ce guide est connu des jeunes inspecteurs arrivant dans les services déconcentrés pour son côté pratique et synthétique.

Il est important de relayer ce genre d'informations essentielles par le biais du réseau Intranet pour mettre en commun l'ensemble des outils déjà développés dans les services via le réseau des services documentation des DRASS par exemple.

Il serait intéressant de pouvoir couvrir l'ensemble des missions de l'iass par ce genre de documents en mutualisant l'ensemble des outils.

Comme nous l'avons vu précédemment, on ne s'improvise pas "bon inspecteur". Une bonne connaissance du terrain et des enjeux stratégiques locaux peut se forger par des échanges avec les acteurs de terrain, pendant les réunions ou les visites d'établissements. Mais il est indispensable de pouvoir avoir des outils qui nous sont propres, élaborés en interne pour mutualiser les connaissances des agents du ministère.

Enfin, pour élargir, diversifier et croiser différents regards professionnels, il serait intéressant d'organiser régulièrement des journées interprofessionnelles.

### **3.4 La mise en place de journées interprofessionnelles**

Il est évident que l'ensemble des tâches confiées à un inspecteur travaillant dans un service pour personnes âgées en DDASS ne lui laisse guère trop le temps de prendre du recul sur ses pratiques et, qui plus est, comprendre celles de ses partenaires. Lorsque j'ai réalisé mes entretiens, les "doléances" des directeurs se sont souvent tournées vers le manque de disponibilité de l'inspecteur (non par manque d'intérêt mais conscients du manque de temps) pour venir comprendre le fonctionnement d'un établissement, comment et pourquoi sont pensées les prestations, les soins... D'abord surprise par cette remarque puisque le secteur du médico-social use justement, grâce à la réforme de la tarification d'un calendrier imposé de visites sur place par les autorités de tarification,

certaines directeurs (pour qui la formation complémentaire CAFDES ou DESS assurée par l'EHESP est la bienvenue), m'ont dit qu'il serait intéressant de mettre en place des journées "*pour apprendre à se mieux connaître en inter-filière*".

Ce type de rassemblement existe déjà à l'heure actuelle pour le corps des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

### **3.4.1 Le but de ces journées interprofessionnelles**

Ces journées sont tout d'abord intéressantes de par la mixité des professions qui y seraient représentées c'est-à-dire tous les acteurs qui sont concernés par la politique gérontologique.

L'objectif premier est de comprendre le fonctionnement des différentes filières professionnelles, les différents métiers qui travaillent autour de la prise en charge et du bien-être des personnes âgées dépendantes. Ce brassage des métiers permettrait de décloisonner les acteurs, croiser les regards professionnels sur des thématiques communes et comprendre comment chaque filière de professionnels se positionne, réagit et apporte ses compétences pour répondre aux besoins des usagers. L'avantage de ces journées est que ces débats ont lieu lors d'un temps neutre spécialement dédié à ces échanges et ces réflexions. Le second objectif est la volonté d'enrichir ses propres pratiques en les ouvrant à d'autres méthodes, en échangeant sur les expériences vécues des participants pour mutualiser les connaissances et les techniques. Cette ouverture sur les pratiques professionnelles des différents acteurs doit nous permettre d'affiner notre propre positionnement et mieux comprendre les attentes, le rôle stratégique des différents acteurs. C'est aussi l'opportunité de rencontrer différents partenaires ou collègues de régions diverses et ainsi, d'agrandir son réseau professionnel. Enfin, ces journées peuvent comporter un temps dédié à l'information pour présenter de façon formelle par l'administration centrale, une nouvelle réglementation (par exemple la coupe Pathos), le rôle et le fonctionnement d'une nouvelle instance comme l'ANESM... Un moment d'échanges et de débat en fin de présentation est tout à fait recommandé pour répondre aux diverses questions des participants.

Ces journées interprofessionnelles pourraient être organisées à l'image des journées professionnelles d'iass, préparées par l'APIASS<sup>67</sup>. Cette association, créée en 1991, a pour objectif de valoriser l'identité et la culture professionnelles des inspecteurs, de participer à l'élaboration des politiques sanitaires et sociales et aux actions de recherche et notamment *développer les relations et les échanges avec les autres intervenants du*

---

<sup>67</sup> Association professionnelle des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. Site Internet : [apiass.fr](http://apiass.fr)

*champ sanitaire et social tant à l'étranger que dans le cadre national.* Ces journées lass sont déjà ouvertes à des professionnels de corps différents : médecin inspecteur, technicien d'étude sanitaire, ingénieur de génie sanitaire, conseiller technique en travail social, l'association des directeurs des affaires sanitaires et sociales (ADIRASS).

Ce type de rencontres est tout à fait envisageable sur le site de l'EHESP puisque l'école se veut être un lieu naturel de rassemblement, d'échanges, de réflexion, de progression individuelle et professionnelle.

### **3.4.2 Des thématiques pertinentes travaillées en inter-filiarité**

Les partenaires conviés à ces journées seraient les agents des services de l'Etat qui jouent un rôle dans cette politique (IASS, MISP, PHISP, ...), les directeurs d'établissements pour personnes âgées ainsi que les personnels (médecin coordonateur, infirmière...), l'administration centrale pour l'évocation des évolutions réglementaires en place ou futures ainsi que les agents des conseils généraux (via le CNFPT<sup>68</sup>) qui sont acteurs privilégiés dans la mise en place de la politique gérontologique dans le département.

Le programme de ces journées pourraient à la fois donc contenir :

- en début de session, sur une demi-journée et en séance plénière, des éléments d'information sur l'évolution de la réglementation concernant la réforme de la tarification, la démarche d'évaluation suivis d'un moment de questions/débat,
- sur les deux demi-journées suivantes, une organisation en ateliers serait envisagée pour réfléchir et échanger sur différentes questions d'une problématique concernant les acteurs et partenaires conviés : la maltraitance en institution et le signalement des plaintes, qu'est ce que la démarche qualité, la prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, les outils de la loi 2002....,
- ces ateliers feraient l'objet pendant la dernière demi-journée d'une restitution des travaux par un rapporteur désigné et d'une table ronde pour synthétiser l'ensemble des sujets abordés par les groupes de travail pour clôturer ces journées interprofessionnelles.

---

<sup>68</sup> Centre national de la fonction publique territoriale

## Conclusion

Le vieillissement démographique attendu ces prochaines années et les progrès médicaux qui permettent à nos aînés de "mieux vieillir", contribueront à accroître le nombre de personnes dépendantes. La maltraitance dont sont victimes les personnes vulnérables constitue dès aujourd'hui un enjeu de santé publique, un défi à relever pour nous, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, et plus largement, pour l'ensemble des professionnels du champ sanitaire, social et médico-social.

La maltraitance en établissement n'est pas une fatalité. Souvent plus d'origine institutionnelle qu'individuelle et intentionnelle, elle occupe de façon plus régulière les faits divers de nos médias. Pourtant des dispositifs sont pensés, des outils pertinents sont mis en place pour prévenir ces actes malveillants et pour sanctionner leurs auteurs.

Au delà de la responsabilité vis-à-vis de la loi civile et pénale, ce nouveau "regard" porté sur la maltraitance, implique une exigence d'action, laquelle se traduit par un devoir de professionnalisme et de compétences, pour les gestionnaires de structures comme pour les professionnels que nous sommes. Ce nouveau "regard" se manifeste par le soutien et la reconnaissance de la part des responsables et des décideurs, et notamment les pouvoirs publics.

La convention tripartite introduite par la réforme de la tarification des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD), permet le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées, et qui doit être portée par l'ensemble du personnel de la structure. Cette démarche participative permet l'expression et la valorisation du travail de chacun. Elle devient levier de diffusion d'une culture de bientraitance dans l'établissement.

Néanmoins, le contrôle et l'évaluation des institutions réalisés par les DDASS et DRASS doivent être considérés comme faisant partie intégrante de la démarche qualité au sein des établissements. Les inspecteurs ont une mission de conseil auprès de l'équipe dirigeante, et les inspections sont l'objet d'une remise en question de l'équipe, préalable à l'engagement dans une nouvelle dynamique, un nouveau projet.

Ainsi la démarche qualité constitue-t-elle un excellent support à la prévention des situations de maltraitance. De la même façon, la promotion d'une culture de la bientraitance impulse et contribue au développement de la dynamique qualité au sein de l'établissement.

Dans un contexte de rationalisation des dépenses, d'exigences nouvelles en terme de transparence et de responsabilité, la recherche de l'adaptation aux besoins, la cohérence et l'appropriation des diverses politiques publiques par les acteurs font désormais partie intégrante des missions dévolues aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

*"Demain, c'est être meilleur qu'aujourd'hui.  
Ainsi, peut-être qu'un jour, finira-t-on par être bon ?"*  
Un directeur d'Ehpad

---

# Bibliographie

---

## Textes : lois, règlements, circulaires

- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – réformant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance
- Circulaire DGAS n°2006-53 du 10/02/2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi du 2 janvier 2002
- Circulaire DHOS/DGAS/2006/212 du 15 mai 2006 sur la réforme des Unités de Soins Longue Durée
- Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 dite circulaire PATHOS

## Rapports et plans

- Plan Solidarité Grand Age – juin 2006
- Plan national Bien vieillir – 2007-2009
- *Les personnes âgées dépendantes* - Rapport Cour des Comptes - novembre 2005
- BAS THERON F. BRANCHU C. *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Rapport IGAS n° 2005 179 – mars 2006 – 64p
- DEBOUT M., *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, Edition ENSP 2004

## Ouvrages et guides

- COLLIGNON N. CORMIER M. DOUCET O. DUPORTET B. *Maltraitements envers les personnes âgées : définitions, détection, signalement, prévention* L'entreprise médicale, 2005, 155p
- ROUSSEL P. *La visite de conventionnement des ehpad, guide à l'usage des partenaires conventionnels*, Editions ENSP, 2004, 142p
- CONNANGLE S. VERCAUTEREN R. *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées*, ERES, 2007, 141p
- DEBOUT, *statistiques sur la maltraitance dans les structures sociales et médico-sociales* – DGAS, Bureau de la protection des personnes (2A) – novembre 2002, 46p
- GINESTE A. *Silence, on frappe...* Animagine. 2004. 262p
- PAPAY J. *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social*, Vuibert, 2007, 255p.
- FOURE P.Y. LEURIDAN S. *Guide pratique bientraitance/maltraitance à usage des établissements et institutions*, Fédération Hospitalière de France, 2007, 76p.
- VERCAUTEREN R., HERVY B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées – manuel des pratiques professionnelles*, Eres, 2002, p231.
- *Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, DGAS, 2002, 35p.
- *Guide des bonnes pratiques d'inspection*, IGAS, décembre 2001, 86p.
- *Guide sur la réforme des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, CRAM Aquitaine, 2002, 34p.
- *Guide pratique Bientraitance/Maltraitance à usage des établissements et institutions "Que faire face à la révélation d'une situation de maltraitance ?"*, FHF, mai 2007, 75p.
- *Guide de l'évaluation interne pour les établissements sociaux et médico-sociaux*, CNESMS, septembre 2006, 40p.
- *Note d'information relative aux actions favorisant l'évolution et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, DGAS, mars 2004, 30p.

## Revue professionnelle

- *L'hébergement en établissements des personnes âgées dans le Nord-Pas-de-Calais*, Etudes & Résultats n°16, DREES, septembre 2006
- *Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, DREES, Etudes & Résultats n°160, février 2002
- *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité, personnel*, DREES, Etudes & Résultats n°379, février 2005

- *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative*, DREES, Etudes & Résultats n°370, janvier 2005
- *Droit Déontologie 1 Soins – revue trimestrielle* Septembre 2004, vol. 4, Masson, p282-376
- STATISS Nord Pas-de-Calais, 2006
- STATISS des régions françaises, 2006
- *Evaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Gestions hospitalières, mars 2006, p207
- *L'évaluation interne en gérontologie – Les outils à disposition*, Les cahiers de l'actif n° double 350-353, juin/octobre 2005, p 231
- *Evaluation et qualité dans le secteur social et médico-social : quels enjeux pour les établissements ? Quel rôle pour les services déconcentrés ?*, IASS La revue, n°48, septembre 2005, p25
- *Maltraitance en établissements : identifier et signaler*, TSA Hebdo, n°1068, 19 mai 2006
- *Prévenir la maltraitance*, Direction(s), n°16, février 2005
- *Evaluation interne, le pari de la qualité*, Direction(s), n°9, juin 2004
- *Les V<sup>èmes</sup> journées professionnelles – les Actes*, IASS la revue, n°43, juin 2004, , 80p

#### **Sites internet**

- [Personnes-agees.gouv.fr](http://Personnes-agees.gouv.fr)
- [Social.gouv.fr](http://Social.gouv.fr)
- [Sante.gouv.fr](http://Sante.gouv.fr)
- [Anesm.sante.gouv.fr](http://Anesm.sante.gouv.fr)
- [Inpes.sante.fr](http://Inpes.sante.fr)
- [Legifrance.gouv.fr](http://Legifrance.gouv.fr)
- [Ladocumentationfrancaise.fr](http://Ladocumentationfrancaise.fr)
- [Cnsa.fr](http://Cnsa.fr)
- [Ameli.fr](http://Ameli.fr)
- [Agevillagepro.com](http://Agevillagepro.com)
- [alma-france.org](http://alma-france.org)
- [afpap.org](http://afpap.org)
- [afbah.org](http://afbah.org)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : présentation de la Grille AGGIR .....	II
Annexe 2 : modèle de la convention tripartite seconde génération type du Nord .....	V
Annexe 3 : liste des entretiens réalisés .....	XXX
Annexe 4 : présentation des établissements enquêtés .....	XXXII
Annexe 5 : guide d'entretien – directeur d'Ehpad .....	XXXIII

## Annexe 1 Présentation de la grille AGGIR

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un *outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique*, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de **10 variables dites "discriminantes"** qui se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources)

Cohérence	converser et/ou se comporter de façon sensée
Orientation	se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
Toilette	concerne l'hygiène corporelle
Habillage	S'habiller, se déshabiller, se présenter
Alimentation	manger les aliments préparés
Elimination	assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
Transferts	se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacement à l'intérieur	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...
Déplacement à l'extérieur	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
Communication à distance	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...

**Sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens ; préparer ses repas et les conditionner pour être servis ; effectuer l'ensemble des travaux ménagers ; prendre et/ou commander un moyen de transport ; acquisition directe ou par correspondance ; se conformer à l'ordonnance du médecin ; activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps.

Chaque variable possède **trois modalités** : **A** quand la personne âgée fait seul les actes quotidiens ; **B** : fait partiellement ; **C** : ne fait pas.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six GIR** que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le **GIR 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants,
- le **GIR 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer,
- le **GIR 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle,
- le **GIR 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas,
- le **GIR 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage,
- le **GIR 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Le Gir Moyen Pondéré (GMP) est un indicateur clé d'un Ehpad. Il mesure le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies et s'obtient en divisant le nombre total de points Gir de la structure par le nombre de résidents. Plus il est élevé, plus la dépendance est forte.

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP)

Il permet de prendre en compte la charge en soins réelles due aux pathologies que peuvent développer certains résidents et nécessitant des soins médicaux techniques importants (SMTI).

## **CONVENTION PLURIANNUELLE CADRE de RENOUELEMENT**

**Entre les trois parties ci-dessous désignées :**

- 1) Le Préfet du NORD et par Délégation le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- 2) Le Président du Conseil Général du Département du NORD ;
- 3) Le représentant de l'établissement.

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles,

Vu le Code de la Santé Publique,

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

Vu l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 04 mai 2001 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-3 16 du 26 avril 1999,

Vu le décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié par le décret n°2001-388 du 04 mai 2001,

Vu la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et ses décrets d'application,

Vu la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale,

Vu la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et présentant également l'outil PATHOS,

Vu l'arrêté d'autorisation \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_,

Vu la convention tripartite de première génération signée le \_\_\_\_\_.

Il est convenu des dispositions suivantes :

### **ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION**

Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés à l'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles et les établissements de santé visés au 2° de l'article L 6111-2 du code de la santé publique ne peuvent accueillir des personnes âgées dépendantes que s'ils ont passés une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

La présente convention qui respecte le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999 a notamment pour objet de :

1. Définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant sur le plan financier que sur le plan de la structuration des services et les objectifs qualité assignés aux prestations et aux soins dispensés aux résidents.
2. Préciser les objectifs d'amélioration de la qualité des services rendus et des modalités d'évaluation de celle-ci.

## **ARTICLE 2 : DISPOSITIONS GENERALES**

Les parties à la convention s'engagent à assurer une prise en charge de qualité aux personnes âgées accueillies dans l'établissement. Cet engagement fera l'objet d'une évaluation dans les conditions définies à l'article 3 afin d'apprécier en particulier :

- la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence d'un sentiment de sécurité, de bien être et à la qualité d'ensemble de la vie sociale ;
- les actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique ou psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

Dans ce but, les contractants s'engagent à prendre toutes dispositions pour mettre en œuvre pluriannuellement les mesures nécessaires à la réalisation de cet objectif de qualité, sans préjudice du respect des normes techniques qui seront ultérieurement précisées par décret. La mise en œuvre de ces mesures repose sur une évaluation préalable de la prise en charge des personnes âgées sur la base du guide d'auto-évaluation visé à l'article 6 de la présente convention.

Conformément à l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges de la convention tripartite, cet engagement contractuel fait l'objet de la mise en œuvre d'actions concrètes réparties en quatre volets :

1. qualité de services rendus aux résidents
2. qualité des relations avec les familles et les amis des résidents
3. qualité des personnels exerçant dans l'établissement
4. inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

### **ARTICLE 3 : MODALITES D'EXECUTION**

Les modalités d'amélioration de la qualité sont déclinées en terme d'objectifs et de moyens et figurent dans les annexes 6 de la présente convention. Les objectifs de la présente convention se concrétiseront par l'octroi d'une dotation annuelle arrêtée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et de l'enveloppe votée par le Conseil Général.

Cet engagement contractuel ne saurait absoudre le représentant de l'établissement de ses obligations légales en matière de sécurité ou en tant qu'employeur.

### **ARTICLE 4 : EVALUATION DU DISPOSITIF CONVENTIONNEL**

L'établissement procédera à l'évaluation de l'ensemble des fonctions de l'institution et du suivi des objectifs. Chaque année, un rapport synthétique d'évaluation sera transmis en même temps que le compte administratif ou le compte de résultat aux co-signataires ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie.

Cette évaluation, effectuée par l'établissement, associera l'ensemble des personnels de l'institution.

Les usagers et leur famille seront également consultés dans le cadre de la démarche ainsi instituée.

La démarche d'évaluation mise en œuvre pourra s'appuyer sur le " guide d'auto-évaluation périodique de la qualité en EHPAD " réalisé et diffusé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Le tableau de bord annuel retraçant les principaux paramètres médico-sociaux économiques de l'établissement (annexe VI du Décret 99-316 du 26 avril 1999) sera également utilisé.

L'établissement procédera au classement des résidents selon leur niveau de dépendance au moins une fois par an au mois de septembre. Il s'engage à le transmettre aux co-signataires et à la caisse régionale d'assurance maladie.

*Par ailleurs, outre l'évaluation interne tous les 5 ans, imposée par la loi du 2 janvier 2002, une obligation d'évaluation externe tous les 7 ans devra être réalisée par un organisme extérieur habilité par l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM).*

## **ARTICLE 5 : DISPOSITIONS FINANCIERES**

### **5.1 Fonctionnement financier, comptable et budgétaire**

L'établissement s'engage à respecter les règles fixées par :

- le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

- le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du Code de la Santé Publique.

En contrepartie, l'Etat définit le montant de la contribution financière de l'assurance maladie sous la forme des tarifs "soins" et le Conseil Général définit sa contribution financière sous la forme d'un tarif dépendance et, si l'établissement bénéficie d'une habilitation à l'aide sociale, d'un tarif d'hébergement.

### **5.2 Option tarifaire**

Conformément à l'article 9 du décret n°99-316, l'établissement choisit l'option tarifaire prévue à l'annexe n°4 de la présente convention, dont la composition est définie par arrêté du 26 avril 1999. L'établissement opte pour l'option \_\_\_\_\_.

Le choix de l'option pourra être revu après un délai d'un an suivant la signature de la présente convention.

Le suivi des dépenses de soins de ville engagées par les résidents, selon l'option tarifaire choisie, est effectué par l'établissement et par la caisse d'assurance maladie compétente. A la fin de chaque année d'exécution de la convention, l'établissement et la caisse compétente comparent et valident leurs montants de dépenses constatées.

Conformément à l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, « dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L.312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnés au 1<sup>er</sup> de l'article L.314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 du même code ».

## **ARTICLE 6 : DISPOSITIONS SPECIALES**

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter du \_\_\_\_\_.

Les annexes à la présente convention engagent de la même façon contractuellement les parties.

Durant cette période, des avenants à la présente convention pourront être conclus par les parties contractantes afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires au titre des éléments précités. Ces avenants complètent ou remplacent les dispositions conventionnelles originelles et engagent contractuellement les parties.

Avant le terme des 5 années, la convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée aux autres signataires de la convention, sous réserve d'un préavis de deux mois prenant effet à la date de l'envoi de la lettre recommandée.

Si aucune des parties ne souhaite résilier la convention avant son terme quinquennal, les contractants engageront des négociations visant à conclure une nouvelle convention six mois avant l'échéance prévue.

En cas de désaccord sur l'exécution de la convention et si la négociation entre les parties a échoué, il sera possible pour la partie qui s'estime lésée, de saisir la commission paritaire consultative. La commission constituée au niveau départemental comprendra :

- deux représentants des services de l'Etat,
- deux représentants du Conseil Général,
- deux représentants de l'Assurance Maladie,
- et six représentants d'unions ou de fédérations d'organisations gestionnaires d'établissements.

## **ARTICLE 7 : DOCUMENTS A FOURNIR A L'APPUI DE LA PRESENTE CONVENTION**

Les documents suivants ont été remis aux services du Conseil Général et de l'Etat par courrier en date du \_\_\_\_\_, en même temps que LA GRILLE D'EVALUATION DE LA CONVENTION TRIPARTITE N°1 :

- Descriptif et plan des locaux de l'établissement
  - Le projet de vie
  - Le projet de soins
  - Le livret d'accueil
  - Le règlement de fonctionnement
  - Le contrat de séjour
  - *Le rapport d'évaluation à partir de l'annexe 2.2 de la circulaire du 17 octobre 2006 (bilan des objectifs de la convention initiale : profil de l'établissement ; résultats de l'évaluation ; objectifs, moyens à 5 ans et évaluation)*
  - Le PV de la dernière visite de sécurité incendie et, le cas échéant, l'échéancier de réalisation des travaux demandés par la commission
  - Le PV de la dernière visite des services vétérinaires et, le cas échéant, l'échéancier de réalisation des travaux demandés par la commission.

Le projet institutionnel, le projet d'établissement comprenant le projet de vie et le projet de soin d'une part et le livret d'accueil d'autre part sont fournis le cas échéant.

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Pour le Préfet de Département,  
Monsieur Pierre PRUEL,  
Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales

Le Président du Conseil Général,

Le représentant de l'établissement,

Annexe 1  
Personne référente (pour les établissements régis par la loi N° 600-90 de juillet 1990)

Propriétaires des locaux :

Nature juridique de l'exploitation :

Représentant juridique de l'exploitation (titre et nom) :

Directeur :

Dans le cadre de la procédure budgétaire, et de l'approbation des comptes, l'établissement donne mandat pour négocier au nom du conseil d'administration, du directoire ou conseil de surveillance à la (ou aux) personne(s) suivante(s) :

Nom

Prénom

Exerçant en qualité de

Annexe 2  
Programme capacitaire

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

Accueil à temps complet	Capacité autorisée	Capacité installée	Places habilitées Aide Sociale	Nature de l'autorisation *	Date de la dernière autorisation
Maison de retraite					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hébergement</li> <li>• Soins courants</li> <li>• Section de cure médicale</li> </ul>					
Long séjour					
Accueil à temps partiel					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De jour</li> <li>• De nuit</li> </ul>					
Accueil temporaire*					

\*Définition : au moment de l'entrée dans l'établissement, la date de sortie est prévue

\* En fonction des autorités compétentes, du statut juridique de la structure et de la mission de l'établissement il s'agira de :

- Arrêté du Président du Conseil Général :
- Arrêté préfectoral :
- Arrêté conjoint Président du Conseil Général/Préfet CG/AP

Ces structures ont fait l'objet d'une visite de conformité (création extension) en date du

\_\_\_\_\_ pour la partie "hébergement" (cf. texte du \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ pour la partie "médicalisée", (cf. texte du \_\_\_\_\_ )

Annexe 3  
Profil de la population accueillie et maintien de l'autonomie

Evolution de l'activité (au 31 décembre de l'année)

	200	200
Journées théoriques <sup>69</sup>		
Journées prévisionnelles		
Journées réalisées (soins)		
Journées facturées (Hébergement)		
Présents au 31 décembre		
Nombre d'entrées dans l'année au 31 déc.		
Nombre de sorties dans l'année au 31 déc.		
Moyenne d'âge de la pop présente au 31 déc.		
Répartition par sexe au 31 décembre		
Hommes		
Femmes		
Nombre de décès dans l'année au 31 déc.		
GMP 31 décembre		

<sup>69</sup> Nombre de places autorisées et effectivement installées multiplié par le nombre de journées d'ouverture dans l'année.

I Niveau de dépendance des individus (Selon la grille nationale définie à l'article 6 du décret N°97 -427 du 28 avril 1997)

Girage	RESIDENTS	Valorisation en points	Total des points GIR	Nombre de journées
GIR 1				
GIR 2				
GIR 3				
GIR 4				
GIR 5				
GIR 6				
Total GMP				

Cette répartition a été réalisée en \_\_\_\_\_.

Elle a été validée en \_\_\_\_\_ par la commission départementale de coordination médicale le cas échéant.

Le GIR moyen pondéré de l'établissement est de \_\_\_\_\_.

II Evaluation de la grille PATHOS (Selon la grille nationale définie dans la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA2006-447 du 17 octobre 2006 – annexe 1)

La coupe Pathos a été réalisée en \_\_\_\_\_.

Elle a été validée par le service médical de l'assurance maladie le \_\_\_\_\_.

Le PMP de l'établissement est de \_\_\_\_\_.

Annexe 3 bis  
Données financières et de personnel  
Constat de l'existant

*Au moment de la signature de la convention tripartite, la situation de l'établissement en matière de personnel et de budget est la suivante :*

**Données budgétaires** (tarification ternaire)

	Hébergement	Dépendance	Soins
Dépenses brutes (hors déficit)			
Recettes en atténuation			
Tarification journalière moyenne ou Dotation		Gir 1 – 2 : Gir 3 – 4 : Gir 5 – 6 :	

**Données du personnel**

	Année <i>N-3</i>		Année <i>N-2</i>		Année <i>N-1</i>	
	Hébergement	Soins	Hébergement	Soins	Hébergement	Soins
Personnel						
Cuisine – services généraux - administration						

ASH*						
Aide Soignante / AMP						
Psychologue						
Infirmière						
Autres auxiliaires médicaux(Kiné/Ergo)						
Pharmacien Préparateur en pharmacie						
Médecin						
TOTAL						

\*Agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, de nettoyage et de service des repas

**DONNEES DU PERSONNEL** Budget d'ouverture

<b>Personnel</b>	<b>H</b>	<b>D</b>	<b>S</b>	<b>Valorisation salaires et charges sociales et fiscales</b>	<b>Imputation à la section hébergement</b>	<b>Imputation à la section dépendance</b>	<b>Imputation à la section soins</b>
Cuisine – services généraux - administration	*			*			
ASH *	*	*		*			
Aide Soignante - AMP							
Psychologue		*		*			
Infirmière							
Autres auxiliaires médicaux(Kiné/Ergo)							

Pharmacien Préparateur en pharmacie							
Médecin							
TOTAL							

**\*Agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, de nettoyage et de service des repas**

\* Ces modalités seront discutées lors de l'ouverture de l'établissement

Annexe 3 ter  
Mise en place des outils de la loi 2002  
Constat de l'existant

**LES OUTILS DE LA LOI 2002**

Ces outils ont déjà dû faire l'objet d'une réflexion et d'une mise en place dans l'établissement au cours des cinq années de la convention tripartite initiale. Toutefois, certains pourraient ne pas être à jour ou non encore mis en place.

Cette annexe permet de faire le point sur la mise en place des outils avant le renouvellement de la convention 2<sup>ème</sup> génération.

1 / Droits des usagers :

Livret d'accueil	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____
Contrat de séjour	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____
Règlement de fonctionnement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____
Conseil de Vie Sociale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / mise en place : _____
Charte des personnes accueillies en EHPAD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____

2 / Fonctionnement de l'établissement

Projet d'établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____
Projet de soins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____
Projet d'animation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date mise à jour / réalisation : _____

3 / Politique de lutte contre la maltraitance :

Recrutement du personnel assorti du diplôme requis et du bulletin n°2 du casier judiciaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Réalisation d'un plan de formation du personnel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Elaboration systématique de fiches de poste	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mise en place d'une démarche qualité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Annexe 4  
Option tarifaire et suivi des consommations médicales

1) Choix de l'option par l'établissement

Partielle

Globale

Rappel :

L'EHPAD ayant opté pour le tarif partiel finance la section tarifaire afférente aux soins la charge des infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et médecin coordonnateur. Cette section supporte en plus, en cas d'option du tarif global, les rémunérations versées aux médecins généralistes et auxiliaires médicaux libéraux et examens de biologie et de radiologie ; les médicaments et les dispositifs médicaux sont quant à eux directement pris en charge par l'établissement s'il dispose d'une pharmacie à usage intérieur.

Le choix de l'option pourra être revu après un délai d'un an suivant la signature de la présente convention. Le contenu des différents forfaits instaurés par le décret N°99-316 du 26 avril 1999 est fixé par voie réglementaire.

2) Liste semestrielle à transmettre à la caisse d'assurance maladie

Afin d'en assurer le suivi par les caisses d'assurance maladie, et conformément à l'article 11 du décret susvisé, l'établissement s'engage à fournir à la caisse pivot de Valenciennes, chargée du versement des douzièmes, ou sur demande de tout autre organisme d'assurance maladie, la liste semestrielle des pensionnaires présents le premier jour de la période concernée et les mouvements intervenus au cours des 6 derniers mois, sous la forme d'un tableau, de préférence sur support informatique, comprenant les éléments suivants :

- Le nom et le prénom de la personne âgée
- Le numéro de sécurité sociale (N° d'inscription au répertoire national d'identification suivi de la clé)
- Le code correspondant au régime de prise en charge (01 : régime général, 02 : MSA, 03 : professions indépendantes, etc...)
- Le numéro de la caisse d'affiliation (3 chiffres)
- Le numéro du centre de paiement (3 chiffres)

Annexe 5  
(en application de l'article 3 de la présente convention)

Cette convention s'appuie sur le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999. Son objectif est la mise en œuvre au sein des établissements d'une démarche continue d'amélioration en matière de qualité, centrée sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins.

Les fiches actions ci-après développées permettent donc de répondre à l'une des mesures suivantes :

1. améliorer la qualité de vie des résidents, dans le domaine :
  - a/ de l'hôtellerie,
  - b/ de l'animation,
  - c/ des soins,
2. améliorer la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents,
3. améliorer la qualité des personnels exerçant dans l'établissement / conditions de travail,
4. inscrire l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

Chacune des fiches détaillées ci-après précisera l'intitulé de la mesure (1a/ b/ c/, 2, 3, 4) ciblée par l'action mise en œuvre, l'intitulé du 'point à améliorer', les objectifs à atteindre, la ou les action(s) développée(s) pour atteindre cet objectif, les moyens mobilisés en exploitation et/ou investissement, les délais de réalisation, le coût financier et son échéancier, enfin, des indicateurs pour évaluer l'action mise en place.

INTITULE DE LA MESURE :  
*[ 1, 2, 3 ou 4 ]*

*Si 1*

HOTELLERIE / ANIMATION / SOINS

**FICHE D’ACTION N° 1**

INTITULE DU POINT A AMELIORER : .....

OBJECTIF A ATTEINDRE : .....

ACTIONS MISES EN OEUVRE : .....

MOYENS MOBILISES EN EXPLOITATION / INVESTISSEMENT : .....

DELAIS DE REALISATION : .....

COUT FINANCIER :

Echéancier de financement

	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4
Investissement					
Exploitation					
Total					

INDICATEURS D'EVALUATION DE L'ACTION : (1 A 3 MAXIMUM)

.....  
.....  
.....

## EFFECTIFS PREVISIONNEL SUR 5 ANS

Pendant la durée de la convention, et compte tenu des avenants en vigueur, le tableau des effectifs sera le suivant :

EFFECTIF en ETP	ANNEE N				ANNEE N+1				ANNEE N+2				ANNEE N+3				ANNEE N+4			
	H	D	S	Σ	H	D	S	Σ	H	D	S	Σ	H	D	S	Σ	H	D	S	Σ
Direction				*																
Administr.																				
Cuisine Serv.				*																
Généraux																				
Animation Ser.																				
Sociaux																				
Personnel																				
Blanchissage				*																
repas																				
Psychologue				*																
AS																				
AMP																				
IDE																				
Autres																				
auxiliaires																				
Pharmacien																				
Médecin																				
TOTAL																				

H : Section tarifaire "hébergement" D : Section tarifaire "dépendance" S : Section tarifaire "soins" Σ : Total des sections

\* Les modalités concernant le personnel « Direction/administration, cuisine/services généraux, ASH, psychologue » seront discutées lors de l'ouverture de l'établissement.

## Programme travaux sur 5 ans

### RECAPITULATIF DES MESURES D'EXPLOITATION

Intitulé de la mesure	Fiche n°	Répartition des charges	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4
		Hébergement					
		Dépendance					
		Soins					
		Sous Total					
		Hébergement					
		Dépendance					
		Soins					
		Sous-total					
<b>TOTAL</b>							
Récapitulatif par Section d'imputation							
HEBERGEMENT							
DEPENDANCE							
SOINS							
Total général							

## RECAPITULATIF DES MESURES D'INVESTISSEMENT

Intitulé de la mesure	Fiche n°	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4
TOTAL GENERAL						

### Annexe 3 Liste des entretiens réalisés

Nom	Institution	Lieu	Fonction	Téléphone	Date
Mme LEMOINE	DDASS 59 - SSPA	Lille	Contract A sur personnes âgées	03.20.18.33.66	Points réguliers
Mme QUEVERUE	DDASS 59 - SSPA	Lille	Inspecteur Principal	03.20.18.33.48	Point tous les 15 jours
Mme IGNACE	DDASS 62	Arras	Contract A sur PA	03.21.60.31.50	mar 18/08 14H
M. CHARLANNE Mme LORE-SOURMAIS Mme CASAGRANDE	ANESM	Saint-Denis	Directeur Responsable Comm° Resp Pôle Pratiques Professionnelles	01.42.43.90.04 01.42.43.89.26	(Mme CASAGRANDE et Mme HUMANN) lun 24/09 11h30-12h30
M. CANAPE Mlle CHADEL Frédérique CHARRETIER Amélie	DGAS	Paris	Adjoint au chef de bureau des PA	01.40.56.86.67 01.40.56.86.71 01.40.56.88.42	(Mme CHADEL) 21/09 14h30 (pièce 6052)
Mme MAGNE	CG 59	Lille	Responsable ESMS	03.28.07.76.80	--
M. Beupoil / Mlle Roelens	EHPAD Notre Dame d'Espérance	Lille	Directeur / qualitiennne	03.20.78.59.59	jeu 06/09 17h30
Mme Muoio	MR CH	Comines	Directrice	03.20.14.28.00	ven 07/09 11h00
Mme Wassermann	EHPAD Les Bouleaux	Lourches	Directrice	03.27.43.24.60	mer 05/09 9h30

Nom	Institution	Lieu	Fonction	Téléphone	Date
M. Ledoux	EHPAD Jardins de Brunehaut	Rieux en Cambrésis	Directeur	03.27.72.19.20	mer 05/09 15h00
M. Lebrun	EHPAD Amitiés d'Automne	Herlies	Directeur	03.20.29.13.56	mer 12/09 15h30
M. Sys	EHPAD Provinces du Nord	Marcq en Baroeul	Directeur	03.20.98.14.32	ven 14/08 14h00
M. Murignieux	ALMA Nord	Lille	Responsable Antenne	03.20.57.17.27	lun 17/09 11h00
Mme Gesquières	MR CH	Comines	Présidente du CVS	03.20.14.28.00	lun 17/09 13h30-45
M. Spriest	EHPAD Amitiés d'Automne	Herlies	Président du CVS	03.20.29.13.56	mer 12/09 15h00

**Annexe 5    présentation des établissements enquêtés**

Gestion	Site - Résidence	FINESS	Directeur	Hab Aide Soc	Capacité Totale	Dont AJ	Dont Hébergement temporaire	Dont UV Alzheimer	ADRESSE	CP	VILLE
Privé associatif	Les Jardins Brunehaut	590812095	M.LEDOUX	oui	<b>70</b>		6	24	7, rue Joseph Dollet	59277	RIEUX-EN- CAMBRESIS
Public autonome	Amitiés d'Automne	590783437	M. LEBRUN	oui	<b>60</b>		3	15	6, rue de l'Egalité	59134	HERLIES
Privé associatif	N-Dame de l'Espérance	590788683	M.BEAUPOIL	oui	<b>202</b>				291, Boulevard Victor Hugo	59019	LILLE CEDEX
Public autonome	G. Delfosse	590813523	Mme HANCQ	oui	<b>88</b>				22, rue de Cassel	59520	MARQUETTE- LEZ-LILLE
Public hospitalier	-	590804233	Mme MUIOI	oui	<b>170</b>				72, rue de Quesnoy	59560	COMINES
Privé U.E.S.	Les Bouleaux	590809331	Mme WASSERMANN	oui	<b>86</b>				160, rue Marcel Paul	59156	LOURCHES
Public autonome	Les Provinces du Nord	590783486	M.SYS	oui	<b>118</b>				44, rue du Lazzaro - BP 21	59700	MARCQ-EN- BAROEUL

## **Annexe 6 Guide d'entretien directeur d'Ehpad**

*Présentation de mon travail en tant que stagiaire, cadre du mémoire, devenir de l'entretien*

*Demande si enregistrement = OK*

### **I / Présentation du directeur / établissement**

- Pouvez-vous vous présenter rapidement (cursus, temps passé dans l'établissement...) ?

### **II / Les conventions tripartites**

- Selon vous, quel est l'apport principal de la réforme de la tarification ?

- Comment avez-vous vécu sa mise en place ? (synonyme de difficultés, complexité, de plus de moyens...)

- Comment aviez-vous fixé les objectifs de votre première convention ? (démarche, avec qui...)

- Etes-vous satisfait du **bilan** de votre CT initiale ?

- Avis sur le référentiel, grille d'évaluation

- Quel est l'axe principal qui anime la CT 2<sup>ème</sup> génération ? Quelle évolution pour les futures ?

- Pensez-vous être suffisamment formé à l'évaluation de la qualité ? Ou sentez-vous le besoin de vous faire épauler ?

- Avez-vous déjà réfléchi à votre évaluation externe ? Est-elle programmée ?

### **III / Les notions de maltraitance et de bientraitance**

- Comment luttez-vous contre la maltraitance dans votre établissement ? (protocole, formation...)

- Quels sont les freins que vous avez rencontrés pour la mettre en place ?

- Avez-vous déjà été en situation de devoir gérer un cas de maltraitance ?

Si oui, comment vous y êtes-vous pris ?

- Comment définissez-vous la bientraitance ? Pourquoi cette évolution maltraitance => bientraitance, selon vous ?

- Pensez-vous que les outils de la loi 2002 sont des gardes fous suffisants contre la maltraitance ? Que faudrait-il mettre en place de plus ?

- Avez-vous pu mettre en place dans vos deux états une politique de fonctionnement identique ? qu'est ce qui diffère ?

#### **IV / Rapports établissement - tutelles**

- Quels rôles jouent les autorités de tarification auprès de votre établissement ? Avez-vous des attentes ? Si oui, dans quel domaine ?

- Comment est organisée la communication entre vous et la tutelle ? (mode, événement...)  
En êtes-vous satisfait ?

- Que peut-on faire, selon vous, pour améliorer, développer, renforcer ces liens

- Avez-vous fait l'objet d'une inspection récemment ? dans quel cadre (plainte, PRIICE) ? Si oui, comment l'avez-vous vécu ?