



EHESP

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

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **mars 2013**

**Les inspections préventives : un outil à
disposition de l'ARS PACA pour lutter
contre la maltraitance dans les
établissements médico-sociaux**

Sarah BONNAURE

Remerciements

Je tenais à remercier M. Desmet, mon maitre de stage et secrétaire général de l'ARS PACA pour m'avoir accueillie au sein de l'agence et m'avoir aidée dans mes démarches de recherche d'informations auprès des partenaires, internes et externes.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accorder de leur temps pour répondre à mes questions et enrichir ma réflexion.

Je suis très reconnaissante envers le Dr Munoz, chef du service inspection contrôle pour son aide, son soutien et pour avoir accepté de superviser mon travail. Je remercie les membres du service qui m'ont soutenue et intégrée tout de suite dans l'équipe. Je garde de mon passage au sein de l'ARS un excellent souvenir.

Sommaire

Introduction	1
Partie 1 LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE : UN ENJEU NATIONAL DECLINE AU NIVEAU REGIONAL	7
I La politique de lutte contre la maltraitance : un enjeu prioritaire de santé publique .	7
1.1.1 De la notion complexe de la maltraitance à l'émergence de la bientraitance dans les ESMS.....	7
1.1.2 La consécration du droit des usagers au travers de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	12
1.1.3 L'inspection, un outil de la lutte contre la maltraitance consacré par le plan de 2007 relatif au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance	14
II Le contexte régional de lutte contre la maltraitance en PACA.....	17
1.II.1 Panorama général de l'offre médico-sociale et de la lutte contre la maltraitance en PACA	17
1.II.2 L'organisation de la fonction d'inspection-contrôle retenue en PACA	21
Partie 2 LES INSPECTIONS PREVENTIVES : UN OUTIL PERTINENT DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE REVELATEUR DE DYSFONCTIONNEMENTS 27	
I Un outil adapté à la lutte contre la maltraitance en quête de perfectibilité	27
2.1.1 Les inspections préventives : un outil adapté à la lutte contre la maltraitance	28
2.1.2 Les inspections préventives : un outil à améliorer	30
II Un outil pertinent dans la prévention des risques de maltraitance : le révélateur de dysfonctionnements.....	34
2.II.1 L'analyse des risques de maltraitance d'après les rapports d'inspections préventives.....	34
2.II.2 Les inspections préventives: un révélateur de difficultés internes à l'ARS PACA	38
Partie 3 : LES INSPECTIONS PREVENTIVES : L'EXEMPLE D'UN OUTIL STRATEGIQUE AUX MAINS DE LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE	43
I Un outil qui influe sur la politique régionale d'inspection	43

II	Un outil qui peut influencer sur les divers aspects de la politique régionale de lutte contre la maltraitance	48
III	Une préfiguration de nouvelles modalités d'inspection ?	52
	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALMA	Allô Maltraitance
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CVS	Conseil de Vie Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGARS	Directeur Général de l'ARS
DT	Délégations Territoriales
EHPAD	Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
IASS	Inspecteur de l'action Sanitaire et Sociale
IC	Inspection-Contrôle
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MAFI	Mission Permanente d'Animation de la Fonction d'Inspection
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MRIICE	Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection et de Contrôle
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PH	Personnes Handicapées
PHISP	Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
POSA	Patients, Offre de Soins et Autonomie
PN4	Priorité Nationale 4
PRIC	Programme Régional d'Inspection-Contrôle
PRISME	Prévention des Risques Inspections Signalement Maltraitance en Etablissement social ou médico-social
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé

URIOPSS Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires
et Sociaux

Introduction

La maltraitance des personnes vulnérables est un phénomène exceptionnel quoique difficile à évaluer, étant donné notamment les problèmes de définition qui se posent à son endroit. Il n'en demeure pas moins que la question est considérée avec le plus grand intérêt par les pouvoirs publics, depuis quelques années. Un Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance¹ décline en dix mesures concrètes les moyens d'une part de prévenir, détecter, et réprimer les actes de maltraitance et d'autre part d'encourager les pratiques concourant au bien-être des résidents en établissement. De même, créée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a pour principale mission de soutenir les établissements sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation externe et interne.

La maltraitance qu'elle soit active ou dite passive réclame une mobilisation des acteurs et un panel d'instruments permettant de prévenir et lutter contre sa survenance. A ce titre, cette problématique nécessite une attention particulière des services de l'Etat. En effet, le Plan de développement de la bientraitance préconise entre autres de renforcer le nombre de contrôles (les multiplier par deux, mesure n°8) et d'en assurer le suivi. De même, par instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance², il est affirmé le rôle du chef de l'Etat en qualité de garant de la sécurité des personnes fragilisées dans la prise en compte de cette problématique au travers notamment du contrôle des structures, dont il est le responsable en dernier ressort. A ce titre, les missions d'inspection doivent s'intégrer comme un des outils mis à la disposition des Agences Régionales de Santé (ARS) au profit de sa politique de renforcement de la bientraitance dans les établissements médico-sociaux relevant de sa compétence exclusive ou partagée.

Si l'inspection est un outil au bénéfice de la politique des ARS, il n'est pas le seul puisqu'il vient en complément de la mise en place progressive d'une politique d'évaluation au sein des établissements médico-sociaux. L'outil évaluation se décline en deux types d'actions,

¹ BAS P, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de lutte contre la maltraitance*, rapport du Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

² MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. Instruction ministérielle relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance [en ligne] n° DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007.

que sont l'auto-évaluation et l'évaluation externe. L'évaluation interne des établissements au travers de questionnaires adressés par l'ANESM permet notamment aux Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), depuis le lancement du plan « *Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement* » d'adopter progressivement une démarche d'auto-évaluation. Dans ce cadre, l'ANESM a diffusé une analyse de l'enquête de 2010 à partir d'un questionnaire³ auquel les établissements ont volontairement répondu⁴. Cette pratique s'accompagne de la mise en place progressive d'une obligation d'évaluation externe. Les résultats de l'ensemble des évaluations doivent être transmis aux ARS. Il faut noter que l'évaluation interne est un processus continu que les établissements retracent dans leur rapport d'activités, alors que l'évaluation externe doit être organisée par des organismes habilités par l'ANESM qui informent les services de l'Etat en cas de dysfonctionnements significatifs. En résumé, l'agence inscrit les établissements dans une démarche de qualité en les associant à l'usage de bonnes pratiques et en leur permettant d'évaluer leur action dans ce domaine.

Concernant l'inspection, un objectif quantitatif a été assigné aux ARS. Qualitativement, l'enjeu principal de ce programme était de favoriser, dans le cadre d'une politique de prévention, le repérage des principaux risques de maltraitance en redéfinissant les priorités et les axes de contrôle des services de l'Etat. Afin de pouvoir répondre à la demande de doublement des inspections, les services se sont recentrés le contrôle sur quelques points permettant de vérifier que la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes ne soient pas compromis par les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Ces inspections plus courtes moins précises dites de « niveau 1 » peuvent être complétées par des inspections plus approfondies de « niveau 2 » pour les établissements présentant des risques avérés. Les premières interviennent en prévention des risques, les établissements contrôlés ne devant pas faire l'objet de signalements ou plaintes. En 2012, la volonté de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a été de multiplier par deux le nombre de ces inspections « préventives », sans altérer les capacités régionales d'inspection de niveau 2 suite à des plaintes ou des signalements. C'est pourquoi la solution retenue a été de faire réaliser ces inspections « flash » par un seul inspecteur.

Quel enjeu les inspections préventives de l'équipe siège représentent-elles dans la lutte contre la maltraitance et plus largement comment l'inspection peut-elle guider la politique régionale de lutte contre la maltraitance ?

³ANESM, 2010, *Bientraitance. Analyse nationale 2010. Déploiement des pratiques professionnelles en établissements pour personnes âgées dépendantes.*

⁴ Sur 6840 établissements contactés par les ARS, 4836 ont répondu de manière à pouvoir exploiter les données.

De cette problématique, des hypothèses de travail sont ressorties :

- Quels sont les avantages et les inconvénients d'un contrôle préventif pour lutter contre la maltraitance dans les structures ?
- Une grille d'évaluation des risques déterminée à partir de vingt quatre inspections préventives effectuées par le service inspection contrôle de la région PACA peut-elle permettre de prévenir les actes de maltraitance ?
- Quelle est la plus-value de l'inspection par rapport aux outils mis à disposition des établissements par l'ANESM (auto-évaluation, guide de bonnes pratiques, recommandations) ?
- Depuis les grandes réformes de l'Etat comme la Révision Générale des Politiques Publiques et la baisse des effectifs, comment conjuguer multiplication par deux du nombre de contrôles et réduction des effectifs ? Quelles conséquences cela implique-t-il en termes d'organisation ?
- Les inspections préventives et flashes qui permettent de dégager des constats redondants sont-elles un moyen efficace aux mains de la politique régionale ? Comment peuvent-elles l'infléchir ?

Ce domaine d'études est au cœur du métier d'inspecteur. En effet, la question de recentrer et de rendre son sens à la mission d'inspection est soulevée depuis déjà quelques années. Cependant, avec la possibilité pour le Directeur Général de l'ARS (DGARS) de désigner des personnes habilitées à effectuer des inspections-contrôles (dans les conditions prévues à l'article L1435-7 et R1435-10 et suivant du Code de santé publique (CSP)), cette interrogation est d'autant plus prégnante. La mission d'inspection, au-delà des aspects techniques qu'elle revêt, des bases juridiques solides qu'elle suppose, bref au-delà de la méthodologie qu'elle suit, doit retrouver tout son sens tant dans le contexte de politique régionale dans lequel elle s'inscrit, que vis-à-vis des établissements qu'on encourage à se contrôler eux-mêmes. C'est tout l'enjeu que les ARS veulent donner à la mission inspection qui pose question. L'inspection peut être un outil servant à distinguer les priorités à donner au sein de la politique régionale de santé.

Ce travail a été permis grâce au recueil de données suivantes :

- Le travail essentiel a consisté en l'étude des 24 rapports d'inspections préventives effectués par l'équipe Inspection Contrôle (IC) du siège ARS PACA courant 2011.
- Celui-ci a été étoffé d'une recherche d'articles de doctrines et de commentaires tant sur l'enjeu que représente l'inspection aujourd'hui, que sur celui de la maltraitance.

- Un questionnaire a été transmis aux Délégations Territoriales (DT) pour recueillir leurs avis sur l'outil de l'inspection préventive et sur les organisations qui en découlaient⁵.
- Des représentants des directions métiers de la région, au niveau du siège, et des membres du service inspection (comprenant un Pharmacien Inspecteur de Santé Publique (PHISP) pour le circuit du médicament) ont été interrogés⁶ à partir d'une grille d'entretiens adaptée selon l'interlocuteur⁷.
- Une réunion de cadrage sur la répartition des tâches entre siège et sur l'évaluation m'a permis de comprendre des enjeux organisationnels⁸.
- Des entretiens⁹ ont été menés avec un certain nombre d'acteurs extérieurs à l'ARS dont il me semblait important de connaître le point-de-vue. J'ai ainsi pu interroger le responsable du service personnes âgées du conseil général des Bouches-du-Rhône ou encore le directeur de l'Union Régionale des Œuvres et organismes Privées Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) PACAC. De même, un entretien avec deux membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) m'a donné une vision globale sur l'inspection et les nouveaux contours qui se dessinaient pour ce sujet. En totalité j'ai procédé à 7 entretiens d'une durée allant de 1h à 1h30.
- Pour réaliser mes propositions de ciblage des risques de maltraitance, j'ai procédé à une analyse des risques¹⁰ en me basant sur la méthodologie de cartographie des risques à destination des établissements.
- Mes propositions de ciblage d'EHPAD ont été réalisées à partir d'un recueil des données effectuées auprès du service offre de soins. J'ai classé les établissements selon une méthode adoptée par l'ARS Franche-Comté mais adaptée à la région PACA.

A l'occasion de ce travail, j'ai rencontré un certain nombre de limites. Le questionnaire que j'ai élaboré en accord avec le responsable du service inspection-contrôle ne s'est pas révélé un outil très efficace pour recueillir l'avis de délégations territoriales. En effet, par manque de temps et malgré plusieurs relances, la moitié d'entre elles n'y a pas répondu¹¹. De même, je souhaitais recueillir auprès du chargé de mission sur l'évaluation des établissements de l'ARS PACA, les évaluations qu'elles soient externes ou internes des établissements ayant fait l'objet d'une inspection préventive en 2011. Or, si les évaluations externes n'avaient toujours pas été entreprises, les évaluations internes et les questionnaires d'auto-évaluation eux n'avaient pas tous été envoyés au même service (soit en siège, soit en DT), depuis le même support (papier ou

⁵ Annexe 3

⁶ Annexe 2

⁷ Annexe 1

⁸ Annexe 4

⁹ Annexe 2

¹⁰ Annexe 5

¹¹ Trois délégations territoriales ont répondu au questionnaire.

en version dématérialisée). En définitive, je n'ai pu obtenir aucune des évaluations desdits établissements, et j'ai regretté de ne pouvoir confronter les méthodologies de ces deux outils pour en apprécier les similitudes, les différences, bref les philosophies dont ils sont empreints. Il aurait été intéressant de percevoir concrètement leur complémentarité et les limites de chacun.

Dans une première partie, je présenterai le dispositif national de lutte contre la maltraitance, ses origines textuelles, ses liens avec l'inspection et sa déclinaison régionale dans les orientations données par l'ARS PACA. Ma deuxième partie se concentrera sur l'analyse de l'outil que représentent les inspections préventives et les conséquences qu'elles emportent. Enfin, je procéderai à un certain nombre de préconisations afin de valoriser son utilité dans le cadre de la politique régionale d'inspection et celle de lutte contre la maltraitance.

Partie 1 LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE : UN ENJEU NATIONAL DECLINE AU NIVEAU REGIONAL

Lutter contre la maltraitance et faire émerger une culture de la bientraitance dans les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) sont les deux volets d'une même ambition politique. A cette fin, plusieurs étapes se sont succédées : de la définition des concepts jusqu'à la mise au point des outils qui améliorent certes la connaissance du phénomène et l'atténuent mais ne permettent pas de l'éradiquer totalement.

I La politique de lutte contre la maltraitance : un enjeu prioritaire de santé publique

La difficile appréhension du phénomène n'a pas empêché les pouvoirs publics de s'en emparer. Preuve en est, sur ces dix dernières années, plusieurs textes majeurs ont consacré la nécessité de mettre au profit des établissements les moyens de garantir la qualité de la prise en charge et aux mains de l'Etat les outils pour vérifier leur existence.

1.1.1 De la notion complexe de la maltraitance à l'émergence de la bientraitance dans les ESMS

Avant d'engager une politique de lutte contre la maltraitance, les pouvoirs publics ont dû se mettre d'accord sur une définition commune et partagée de concepts qui n'ont pourtant jamais fait l'objet d'un cadre juridique clair.

A) La maltraitance : une notion aux contours flous

L'évaluation du nombre d'actes de maltraitance subis par les personnes dites vulnérables n'est pas aisée. En dehors même de la difficile appréhension syntaxique du phénomène en lui-même, aucun système national permettant de recenser son existence n'existe. En effet, il n'existe pas de coordination entre les différents réseaux d'appel (ALMA, numéro 3977¹²). Les chiffres qui ont été avancés en 2009, par la Direction Générale de la Cohésion Sociale étaient de 420 cas de maltraitance dans les établissements, dont 40% concernaient les personnes âgées¹³. En 2005, l'ANESM recensait 311 signalements sur 19 920 établissements, dont la majorité provenait d'établissements pour personnes âgées

¹² Créé en 1994, le réseau ALMA, centre d'écoute pour les victimes de maltraitance a vocation en 2008 à avoir une envergure nationale. Sous la même forme, la création d'un numéro national le 3977 lance officiellement l'engagement des dirigeants dans la lutte contre la maltraitance.

¹³ BAS P, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de lutte contre la maltraitance*, rapport du Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

(39%) et handicapées (37%) et avait pour origine, des violences sexuelles (33%) ou physiques (26%)¹⁴.

La maltraitance est une notion difficile à appréhender tant elle recouvre des situations différentes (de la violence physique à une forme de violence passive), des raisons diverses (le fait d'une personne ou celui d'un défaut général d'organisation) et plusieurs manières de l'endiguer (démarche d'accompagnement ou procédure administrative et contentieuse). En lien avec des éléments de subjectivité individuelle et de contexte sociétal¹⁵, aucune définition juridique n'a pu être posée. Sans correspondre exactement, des terminologies lui sont associées, c'est le cas de violence, abus ou négligence, notions qui font, elles, l'objet d'une qualification juridique.

Se rapprochant de la signification de la maltraitance, le Conseil de l'Europe sous l'égide du professeur Huguenot en a élaboré une définition en 1989, à partir de la notion de violence. Il s'agirait d'un acte ou d'une omission qui soit porterait atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'un individu, soit compromettrait le développement de sa personnalité soit encore nuirait à sa sécurité financière.

Afin de circonscrire la notion, le Conseil de l'Europe en a établi une typologie, qui permet certes une identification plus aisée des situations mais renforce l'idée d'absence de définition exhaustive. Elle recoupe divers aspects que sont les violences physiques¹⁶, les violences psychiques ou morales¹⁷, les violences matérielles et financières, les violences médicales ou médicamenteuses¹⁸ et enfin les privations ou violations de droits. Ces types de violence s'inscrivent eux-mêmes et selon le Conseil de l'Europe dans de grandes sous-parties correspondant aux négligences dites actives qui par leur commission même provoquent des dommages et celles dites passives qui sont un défaut du comportement approprié (négligences, inattentions).¹⁹

Les sources de la maltraitance revêtent diverses formes. Le phénomène peut résulter d'actes commis ou par les résidents eux-mêmes ou par des professionnels ou des intervenants à l'égard des résidents. L'acte peut aussi être imputable à l'établissement dans le sens où la structure laisse persister une situation dans laquelle l'intérêt de la

¹⁴ Ibid.

¹⁵ BAS-THERON F., BRANCHU C., 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*, Rapport IGAS n°2005-179.

¹⁶ La notion de violence physique englobe les coups, brûlures, soins brusques et euthanasie.

¹⁷ La notion de violence morale correspond au langage irrespectueux, aux comportements infantilisans.

¹⁸ Les violences médicamenteuses s'entendent comme un abus de traitement sédatif, un manque de soins de base, ou une absence de prise en compte de la douleur.

¹⁹ COMITE NATIONAL DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ET ADULTES HANDICAPES, 2008, *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthodes, repères, outils*.

structure prime sur celui de l'usager. Il s'agit alors de maltraitance institutionnelle, la responsabilité de l'institution est engagée²⁰. Cette dichotomie entre les deux principales sources nette en apparence, est à nuancer. En effet, des comportements maltraitants individuels, dus par exemple à une surcharge de travail ou à un épuisement professionnel sont alimentés par des défauts d'organisation d'une structure, au manque de qualification des agents à l'absence de perspective de formation professionnelle. De surcroît, la notion de maltraitance est inextricablement liée à la vulnérabilité des personnes qui en sont les victimes. Cet état peut être le fait d'un handicap, d'une dépendance affectant les actes de la vie quotidienne ou altérant les capacités de prises de décision individuelles²¹.

La Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS), en se fondant sur les travaux du Conseil de l'Europe a retenu une conception large de la maltraitance dans les établissements pour personnes âgées et handicapées. N'en sont pas exclus les actes isolés commis en établissement. Malgré la difficulté d'appréhender tout-à-fait cette notion, la nécessité de promouvoir la bientraitance au sein des établissements s'est fait jour. Toutefois, la même difficulté d'appréhension de la notion de bientraitance existe.

B) L'émergence d'une culture de la bientraitance : un outil entre les mains des ESMS pour l'amélioration de la prise en charge

Concept né au milieu des années 1990 dans le secteur de la petite enfance suite au rapport « *L'enfant en pouponnière et ses parents* »²², le terme « bientraitance » est repris pour l'ensemble du secteur médico-social qui doit faire face à la problématique de la maltraitance notamment au niveau institutionnel²³. Tout aussi difficile à définir, il ne peut être réduit à une signification contraire à la notion de maltraitance « *il ne suffit pas de ne pas frapper une enfant, il faut désormais l'aimer, le vêtir comme il faut, l'aider à réussir comme il faut le coucher tôt, communiquer avec lui de manière éducative, bien le nourrir..* »²⁴. Selon l'ANESM, il s'agit d'une démarche volontaire qui situe les agissements des professionnels dans une perspective d'amélioration continue des pratiques, tout en

²⁰ MOULIAS R., 2010, « Prise de conscience de la maltraitance et naissance d'ALMA », *Gérontologie sans frontières*, n°155, pp3-4.

²¹ Ibid.

²² COMITE DE PILOTAGE DE « L'OPERATION POUPONNIERE », 1997, *L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la documentation française.

²³ FORAP-HAS, 2012, *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, Le déploiement de la bientraitance*.

²⁴ BLAEVOET JP., CROGNIER P., 2009, *Prévenir la maltraitance en institution : Guide de bonne pratiques*, Paris, Dunod.

conservant une vigilance²⁵. Si comme le souligne l'Agence, il existe un lien entre maltraitance et bientraitance, il n'en demeure pas moins que la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à prévenir celle-ci²⁶. En outre, les personnes que j'ai eu l'occasion d'interroger pour ce travail m'ont fait part de leur même sentiment. Selon eux, la bientraitance ne désigne pas tant des faits qui pourraient être considérés comme tels, qu'un processus dans lequel s'engage un établissement. Pourvu qu'elle s'engage dans une démarche d'amélioration et donc au préalable de remise en question de son organisation, la structure initie un processus de bientraitance. Dans ce but, elle se servira de divers leviers : améliorer ses procédures, mettre en cohérence les modèles de référence, réduire les dysfonctionnements, impliquer les personnes (usagers ou personnels)²⁷. Surtout que la bientraitance n'est en rien jamais acquise, elle s'apparente donc plus à un processus pour améliorer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes. Etant donné que toute organisation est perfectible, elle restera une tendance continue²⁸.

Cette démarche volontariste d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents a une origine certaine dans la philosophie sécuritaire qui imprègne le secteur sanitaire depuis plus longtemps. Bien que le plan douleur 2006-2010 lorsqu'il traite de la thématique « personnes âgées et vulnérables » se réfère directement à la notion de bientraitance au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge a d'abord été initiée dans le domaine sanitaire. En effet, ces établissements sont soumis à une obligation d'évaluation externe qui a conduit à leur accréditation d'abord par l'Agence Nationale en Santé et en Evaluation (ANAES) et conduit désormais leur accréditation par la Haute Autorité en Santé Publique (HAS). Concernant le secteur sanitaire, la HAS faisant suite au rapport sur la maltraitance ordinaire a décidé d'accréditer les établissements notamment sur le thème de la promotion de la bientraitance depuis la V2010²⁹. Parallèlement le secteur social et médico-social s'en est emparé. C'est le fait de la loi du 25 janvier 1997 promulguant une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge au travers de l'outil qu'est la convention tripartite. Enfin les deux lois de 2002, l'une traitant du domaine médico-social, l'autre du secteur sanitaire sont largement teintées des principes

²⁵ ANESM, 2012, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles « l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes »*.

²⁶ Ibid.

²⁷ ROUX M.-A., 2004, « L'évaluation de la qualité dans le champ social et médico-social : regard analytique sur le contexte conceptuel et représentationnel », *Handicap : revue des sciences humaines et sociales*, n°101-102, pp115-129

²⁸ Ibid., p127 « L'une (l'évaluation) s'appuie sur le systémisme, qui marque l'impossibilité de jamais obtenir l'idéal, mais qui, dans sa démarche, permet un processus de progression et de « tendre vers ». L'autre (le contrôle) se focalise sur le cybernétique, et vise la conformité ».

²⁹ COMPAGNON C. et GHADI V., 2010, *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé*, Rapport de la HAS.

de bientraitance³⁰.

L'ANESM³¹ a identifié les acteurs de la bientraitance et les objectifs qui lui sont attachés. Le patient et son entourage familial la favorisent par le biais de leur implication dans la prise en charge et de leur participation effective à la vie de la structure comme cela se traduit au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS)³². Les professionnels grâce à leur posture, leurs compétences participent activement à établir un climat favorisant ou non l'émergence de la bientraitance. Enfin, la structure est l'acteur devant impulser une tonalité de bientraitance dans les procédures, que celles-ci soient de pilotage ou de support. En adoptant une politique de la gestion des risques en vue de prévenir la survenue d'actes de maltraitance ou une stratégie de management, l'institution est l'acteur stratégique de la bientraitance par excellence. Pour autant, tout comme la maltraitance, la bientraitance est la résultante des interactions entre les trois acteurs.

Promouvoir la bientraitance c'est renforcer un modèle de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies en établissement centré sur leurs attentes, leurs besoins et leurs préférences. La promotion de la bientraitance doit viser à améliorer l'état de santé des personnes. Cette culture de la bientraitance qui doit imprégner l'action des structures de prise en charge se manifeste d'abord par un projet de soins et un projet de vie qui sont adaptés à chaque individu³³. La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont deux aspects d'une même politique qui doivent s'enrichir mutuellement. Certains actes relevant d'une qualification pénale peuvent faire l'objet d'une réponse ponctuelle tandis que d'autres dysfonctionnements se voient résolus ou amoindris au travers d'une politique de la bientraitance. Dans la construction d'une politique nationale pour lutter contre la maltraitance, la loi de 2002 tient une place particulière.

³⁰ MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE. Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002, 124 et Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge.

³¹ ANESM, 2012, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles « l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.*

³² Décret n°2004-287 du 24 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et autres formes de participation à l'article L311-6 du CASF « *Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités et l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et mes mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge* »

³³ BAS P, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de lutte contre la maltraitance*, rapport du Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 30 pages.

1.1.2 La consécration du droit des usagers au travers de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi du 2 janvier 2002³⁴ est une loi fondamentale visant à promouvoir le respect des droits et des libertés individuelles. L'identification par les pouvoirs publics de l'enjeu national que représentait cette question ne date pas de 2002, mais elle a permis de poser textuellement cet objet comme politique de santé publique à part entière.

La loi de 2002 est majeure dans l'édification d'une politique de santé publique de lutte contre la maltraitance. En affirmant que l'utilisateur est au centre de son action, elle renverse la philosophie initiale du travail en médico-social : la primauté de la construction d'un projet de la structure³⁵. Entre autres nouveautés amenées par cette loi, il y a le changement du mode de pilotage. En effet, la planification est devenue plus axée sur la nature, le niveau et l'évolution des besoins. Les autorisations d'une durée de quinze ans ont dû alors correspondre aux schémas. Une possibilité de transfert de ces autorisations et du financement à une autre personne morale est permise. Le renouvellement de cette autorisation est subordonné à une évaluation positive du fonctionnement de la structure. De même, la loi de 2002 fait évoluer le mode de tarification : les enveloppes sont opposables, les règles de tarification et d'approbation budgétaire se diversifient³⁶

Afin de garantir un certain nombre de droits, le texte de loi a mis en place des moyens tant à la charge de l'établissement que des services de l'Etat afin de prévenir la maltraitance en établissement. Divers outils ont été mis à la charge des structures afin que le résident ainsi que sa famille participent à l'effectivité de leurs droits, à savoir le respect de leur intégrité, de leur vie privée, de leur intimité, le droit à une prise en charge individualisée, un accès à l'information, une connaissance des voies de recours. Ces moyens sont le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le CVS, instance de participation par excellence.

Un point important initié par la loi de 2002 pour le secteur médico-social est **l'évaluation**. En vertu de l'article L312-8 du CASF et du décret du 15 mai 2007, les établissements et services sociaux et médico-sociaux se voient soumis à un certain nombre d'obligation en vue d'améliorer la démarche qualitative des prestations³⁷. L'évaluation interne ne consiste

³⁴ MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE. Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002, 124.

³⁵ GARENNE R., 2003, « Analyse des dispositions nouvelles de la loi de rénovation de l'Action sociale », *Les cahiers de l'actif*, n°330/331.

³⁶ Ibid.

³⁷ L'article L312-8 du CASF dispose que «*Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du*

pas seulement à se réapproprier l'auto-évaluation que les établissements pratiquent dans le cadre de leur convention tripartite. L'évaluation interne que les établissements se doivent d'effectuer est censée aller plus loin qu'une simple amélioration des procédures³⁸. Elle viserait à analyser les liens entre ces procédures qui permettent de produire des effets, qui ont un impact sur les attentes des usagers³⁹. De manière plus concrète, les établissements sociaux et médico-sociaux doivent procéder tous les cinq ans à une auto-évaluation de leur fonctionnement. Les résultats qui en ressortent sont transmis à l'Agence Nationale de même qu'aux services de l'Etat et aux conseils généraux. Toujours en vertu de l'article L 312-8 du CASF dans les deux ans suivants cette première étape, un organisme extérieur vient effectuer l'évaluation dite externe de cette structure.

Selon les termes de l'article D312-205 du CASF, ces structures et services sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date d'autorisation et celle de son renouvellement. La première de ces évaluations doit avoir lieu sept ans après la date d'autorisation et la seconde deux ans avant son renouvellement. Les résultats sont transmis à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Les conséquences peuvent en théorie être préjudiciables à ces structures car l'autorisation n'est renouvelée qu'en vertu des résultats de l'évaluation externe⁴⁰. Sur une période d'autorisation de quinze ans, cela équivaut pour les entités qui y sont soumises à effectuer trois évaluations internes (une tous les cinq ans) et deux évaluations externes. Un cas particulier existe pour les ESMS autorisés entre la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et la loi du 21 juillet 2009 dite HPST⁴¹. Ils sont soumis à seulement une évaluation interne réalisée au plus tard trois ans avant le renouvellement de l'autorisation et une évaluation externe réalisée au plus tard deux ans avant cette date.

ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».

³⁸ ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, p6.

³⁹ BOUKELAL A., 2008, « A propos de la recommandation de l'ANESM sur la mise en œuvre de l'évaluation interne : entre continuité et rupture », *Les cahiers de l'Actif*, n°382 à 385, pp261-267

⁴⁰ L'article L 313-1 du CASF dispose que « Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8. »

⁴¹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009, 12184.

1.1.3 L'inspection, un outil de la lutte contre la maltraitance consacré par le plan de 2007 relatif au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance

Autre étape fondamentale à l'édification de cette politique publique, le plan de 2007 vient ériger l'inspection en tant qu'outil à part entière au service de cet enjeu de santé publique.

A) Présentation du plan relatif au développement de la bientraitance de renforcement de lutte contre la maltraitance

«La maltraitance doit être combattue...C'est une mission prioritaire et humanitaire, qui doit être renforcée afin qu'il n'y ait plus en France de cas de maltraitance »⁴². C'est de cette manière qu'est introduit le plan de lutte contre la maltraitance de 2007 venu décliner la mise en œuvre de dix actions concrètes. Pour moitié d'entre elles, elles ont pour but de développer une culture de la bientraitance et pour l'autre moitié, elles doivent venir renforcer la lutte contre la maltraitance. Elles ont un périmètre large, elles se veulent englober l'ensemble des structures de prise en charge des personnes vulnérables. C'est dans cette volonté que le comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, issu d'un arrêté de 2002 voit son champ d'action élargi puisque désormais il intègre la politique en faveur des personnes handicapées. A ce propos, un objectif de mise en commun des méthodes lui est assigné.

Parmi les actions que ce plan préconise, il y a la définition des missions de l'ANESM qui doit promouvoir auprès des établissements la démarche qualité grâce à des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et doit accréditer les organismes devant pratiquer ces évaluations. D'autres actions telles que la sensibilisation et la formation des professionnels sur cette question ou l'amélioration du cadre de vie doivent favoriser la pratique de la bientraitance en établissement. Or, ces démarches font partie d'une stratégie qui ne peut à elle seule endiguer la maltraitance. Il existe aux mains des pouvoirs publics de véritables moyens plus ou moins coercitifs de lutter contre la maltraitance. Dans cette perspective, l'objectif a été donné de mettre en place un dispositif d'écoute sur la totalité du territoire et à destination de l'ensemble des personnes dites vulnérables. De même, auprès de chaque service d'Etat un référent maltraitance a été désigné afin de réunir l'information sur les plaintes reçues et leurs suites données. Ce correspondant doit enregistrer les plaintes sur un système national d'information sur la maltraitance en établissement (PRISME : Prévention des Risques Inspections Signalement Maltraitance en Etablissement social ou médico-social). Lui incombe une

⁴² BAS P, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de lutte contre la maltraitance*, rapport du Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, p3.

mission générale de coordination de l'ensemble des acteurs (préfets, présidents des conseils généraux, services d'inspection, directeurs d'établissements) sur cette problématique.

B) L'inspection : un outil fondamental aux mains de l'ARS pour lutter contre la maltraitance

Le plan de 2007 est parti du constat que le nombre d'inspections préventives au niveau national était insuffisant. Ce type d'inspections s'entend comme ne procédant d'aucun signalement ou d'aucune plainte. Il en est venu à assigner aux services d'inspection contrôle plusieurs objectifs : augmenter leur nombre, l'organisation et leur ciblage. Elles viennent s'ajouter aux inspections déclenchées après plainte ou signalement. En 2007, le plan prévoyait que le nombre d'inspections préventives devant doubler, elles devaient passer de 750 à 1500 par an. Dans la même volonté de faire de l'inspection, un outil de lutte contre la maltraitance, le plan inscrit comme objectif l'amélioration du suivi des sanctions suite à une inspection. La fermeture immédiate ou provisoire est une possibilité envisagée par le plan. Ces facilités ont été permises par l'ordonnance du 1^{er} février 2005, venue élargir les compétences du préfet en tant que représentant de l'Etat.

Etymologiquement issu du latin « inspectare », qui signifie littéralement « regarder dedans », **inspecter** consiste en un contrôle particulier réalisé sur site à la suite de signes ou d'indicateurs révélateurs de dysfonctionnements. Afin de corriger ces dysfonctionnements présumés, les agents qui sont chargés de l'exercer procèdent à des recherches approfondies sur site et utilisant pour cela des prérogatives d'autorité de l'Etat (entretiens de personnes, examens de dossiers et de documents, vérifications de toute nature)⁴³. **Le contrôle** est une notion voisine de l'inspection mais ne recoupe pas totalement les mêmes aspects. En effet, il s'agit de confronter un service ou un établissement à des normes constitutives d'un référentiel en matière de fonctionnement et d'organisation. Le contrôle consiste ainsi à apprécier si une structure applique les normes législatives et réglementaires, ou simplement édictées par une autorité supérieure. Il s'appuie sur deux modes d'investigation, un sur place, l'autre sur pièces. Il permet la formulation d'une appréciation qui peut être complétée de recommandations et d'injonctions. Aux contrôles de régularité qui consistent à vérifier cette stricte application des normes, s'ajoutent les contrôles d'efficacité dont le but est d'apprécier que les services en question répondent aux objectifs qui leur sont assignés de la manière la plus

⁴³ ROLLET C., LANNELONGUE C., 1999, *Note d'orientation DAGFB/IGAS n°99-173 du 18 mars 1999 sur la stratégie et la méthodologie de renforcement des fonctions d'inspection déconcentrées dans le domaine sanitaire et social.*

efficente possible. Ce type de contrôle se base notamment sur des normes plus implicites que sont les références et les bonnes pratiques⁴⁴. Selon les articles R. 1421-13 à R. 1421-18 du Code de la santé publique, six corps d'inspection exercent cette mission régalienne : les corps d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), Médecin Inspecteur de Santé Publique, Pharmacien Inspecteur de Santé Publique (PHISP), Ingénieur de Génie Sanitaire, Ingénieur d'Etudes Sanitaires et Technicien Sanitaire.

L'inspection est un outil au service de la lutte contre la maltraitance. Le nombre important de niveaux de contrôle et d'outils méthodologiques dont elle dispose. La typologie qui va être présentée est seulement théorique, en pratique les inspections effectuées mêlent ces différents procédés et n'utilisent pas nécessairement à bon escient les dénominations consacrées.

Une circulaire de 2008⁴⁵ institue le contrôle dit restreint. Avec son caractère préliminaire, il a pour visée le repérage. De manière pratique, il s'effectue dans une journée et concerne uniquement les EHPAD. L'instruction ministérielle de 2007⁴⁶ consacre le contrôle dit de niveau 1. Les modalités pratiques qui permettent de l'exercer sont contenues dans le cahier des charges intitulé « Deuxième programme pluriannuel Maltraitance 2007-2011 ». Le but poursuivi de ce type d'inspections est le repérage des risques principaux de maltraitance. Pour ce faire, un guide de contrôle au format standardisé se recentre sur les points majeurs d'achoppement que sont les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement en vue de vérifier que sont assurés la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des résidents⁴⁷. Etant donné ses avantages que nous développerons par la suite, il est la forme de contrôle la plus utilisée. Un Troisième programme pluriannuel de Maltraitance se verra mis en œuvre pour la période 2013-2017. L'année 2012 constitue une année charnière entre l'achèvement du programme quinquennal 2007-2011 et les prochaines orientations.

Enfin, en vertu du cahier des charges institué par la DGAS du 29 mars 2002, le contrôle de niveau 2 concernant les établissements accueillant des personnes handicapées poursuit l'objectif de détecter les situations de maltraitance et de repérer les principaux

⁴⁴ C'est le cas des recommandations édictées par des autorités qui ne possèdent pas le pouvoir législatif ou réglementaire, de type ANESM

⁴⁵ MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE. Circulaire DGAS [en ligne]. Bulletin officiel, n° DGAS 2008-316 du 15 octobre 2008.

⁴⁶ MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. Instruction ministérielle relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance[en ligne] n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007.

⁴⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel n°113 du 16 mai 2007, 9373.

dysfonctionnements qui sévissent dans un établissement. En dépit de son caractère préventif, cet outil se situe dans une logique de relation avec les structures et à ce titre, constituent des inspections annoncées. Ce niveau de contrôle est peu utilisé en tant que tel mais s'intègre soit dans la catégorie des inspections de niveau 1 (grille standardisée établie localement par les services d'inspection-contrôle eux-mêmes) soit comme niveau de contrôle dit approfondi en cas de faits de maltraitance avérés. Il sort de la typologie des inspections dites préventives. Pour le premier, devraient être choisies les structures répondant à l'une des situations suivantes : un absence de contrôle depuis plus de cinq ans, une absence de remontées de fiches d'évènements indésirables, des écarts à l'occasion des négociations de conventions tripartites. En priorité, selon la circulaire du 15 octobre 2008, les établissements n'ayant pas transmis ou ayant mal renseigné le questionnaire d'auto-évaluation sur la bientraitance en EHPAD auraient dû faire l'objet de l'enquête-flash. Au sujet du niveau 1, les critères de son déclenchement ne coïncident pas avec les précédents. Selon le programme pluriannuel, les cibles à atteindre ne correspondent plus à un type d'établissement mais ces cibles sont le résultat du croisement entre des éléments relatifs à la population accueillie et aux situations des structures. Il a été demandé aux services de l'Etat de privilégier le public présentant un handicap, les personnes en situation d'exclusion, et enfin les personnes âgées.

II Le contexte régional de lutte contre la maltraitance en PACA

Avec presque 5 millions d'habitants⁴⁸, une population en constante et rapide augmentation et des disparités géographiques et économiques très fortes, la région PACA doit résoudre de nombreuses problématiques. Cette situation se répercute au niveau de la politique que doit entreprendre l'ARS pour faire face à de fortes inégalités sociales de santé.

1.II.1 Panorama général de l'offre médico-sociale et de la lutte contre la maltraitance en PACA

Avant de recenser les grandes orientations définies dans le Projet Régional de Santé PACA, je dresserai succinctement un portrait de l'offre médico-sociale.

⁴⁸ Données FINESS de 2006, disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/sud_essentiel/sie128/sie128.htm

- A) Le diagnostic en PACA : une offre de médico-sociale inégale dans un contexte de vulnérabilité accrue

A titre introductif, il convient de rappeler que la prise en charge en secteur médico-social est spécifique. L'ensemble des dispositifs doivent permettre le maintien de l'individu dans un milieu de vie sociale normale, à défaut de quoi, les dispositifs de prise en charge doivent y concourir⁴⁹.

- a) *Une prise en charge actuellement adaptée pour une population en PACA vieillissante*

Malgré des disparités entre les départements, la population régionale de PACA est plus âgée que la moyenne nationale⁵⁰. En 2008, elle concernait 1 230 200 personnes, dont plus de la moitié était représentée par les femmes de plus de soixante ans (57 %). De même, la proportion des femmes de plus de 75 ans représentaient en 2008 un pourcentage de 9.9 % de la population globale contre le pourcentage de 8.5 au niveau national. La population des 85 ans et plus a augmenté de plus de 45 % entre 2005 et 2010. En termes de perspective, la population de la région PACA va inéluctablement vieillir, recoupant la même tendance qu'au niveau national. Pour autant, cette tendance sera moins rapide que dans certaines autres régions. Selon les prévisions de l'INSEE il y aura 57% de personnes âgées de 60 ans et plus et 118 % de plus de 80 ans par rapport aux chiffres de 2007. Les études INSEE reprises dans le PRS PACA projettent en 2016 que la population des 75 ans et plus augmentera de 8% entre 2011 et 2016, ce qui donnera un total de 548 158 pour cette tranche d'âge. Des problématiques telles que l'offre de prise en charge notamment des malades d'Alzheimer et apparentés sont associées au phénomène du vieillissement. Le niveau de dépendance de plus en plus important des personnes à l'entrée de l'institution et la question de la charge de soins qui y est associée est un enjeu régional. En effet, en 2007, en PACA les personnes âgées 60 ans et plus déclarent 7 maladies en moyenne si elles résident en structure et seulement 5, si elles sont à domicile.

Concernant l'équipement, le document de cadrage de l'action des ARS, le PSRS (Plan Stratégique Régional de Santé) de la région PACA en 2010 se fondait sur les taux d'occupation pour conclure que les capacités d'hébergement des personnes âgées semblaient suffire. Le nombre de structure d'hébergement des personnes âgées entendu largement, soit en maisons de retraites, EHPAD, foyers-logements, USLD a été en 2011

⁴⁹ GARENNE R., 2003, « Analyse des dispositions nouvelles de la loi de rénovation de l'Action sociale », *Les cahiers de l'actif*, n°330/331, pp27-45.

⁵⁰ AGENCE REGIONALE DE SANTE-OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE, 2010, *Etat de santé et inégalités territoriales en région PACA. Document préparatoire du PRS pour l'ARS PACA*, 123 pages.

de 820. En d'autres termes, l'équipement des personnes âgées repose sur 56 151 lits, soit 111 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce niveau se révèle inférieur aux chiffres nationaux. A l'horizon 2020 en vertu des prévisions de l'INSEE qui affirment une augmentation des personnes âgées de 75 ans et plus, les auteurs du document se questionnent sur l'opportunité d'ouvrir de nouvelles places.

b) *Une insuffisance de l'offre de prise en charge dans le secteur handicap*

En vertu de la définition du handicap entendue au sens de la loi du 11 février 2005⁵¹, le PRS de l'ARS PACA circonscrit les politiques du handicap aux personnes souffrant d'un ou plusieurs handicaps qu'ils soient liés à des incapacités motrices, neuropsychiques ou sensorielles. Dans la région, en 2008, plus de 260 000 personnes entre 18 et 60 ans étaient atteintes par au moins une déficience, sachant que les troubles auditifs ou visuels représentent 56 % de la totalité des déficiences. Les personnes atteintes d'un handicap atteignent une espérance de vie équivalente aux individus non handicapés, tandis que le nombre de personnes handicapées et vieillissantes progresse, interrogeant la coordination des politiques sur l'enjeu de ce « double handicap ». Cette augmentation du vieillissement des personnes handicapées, vivant en institution et à domicile a des conséquences non négligeables en termes de nécessités de médicalisation. Le même PSRS de PACA dresse un état des lieux de l'offre médico-sociale, secteur handicap, en région. Le document conclut à son insuffisance par rapport à la moyenne nationale. Cette tendance historique pour les établissements prenant en charge les enfants s'est stabilisée à leur endroit étant donné la compensation opérée par la croissance démographique depuis 2000. Or, en vertu des préconisations de la loi de 2005, les SESSAD ont vu leur nombre augmenter généralement mais aussi en région PACA. Pourtant, début 2011, dans le seul département des Bouches-du-Rhône, 955 enfants étaient en attente d'un placement dont 500 attendant des places en SESSAD.

B) Une priorité de l'action régionale : la déclinaison de la politique nationale de lutte contre la maltraitance

Le SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale) contenu dans le PRS de PACA décline les grands enjeux qu'il souhaite voir mis en œuvre sous la forme d'objectifs généraux pour le secteur médico-social. Entre autres grandes lignes, l'amélioration de la connaissance des besoins de santé et d'accompagnement des personnes fragiles est un

⁵¹ Il s'agit de « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de l'altération substantielle durable ou physique ou définitive d'une ou plusieurs des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap. »

préalable nécessaire à toute politique. La définition des besoins de ces personnes vivant à domicile est notamment mal connue. De même, le SROMS se fait l'écho du PRS en affirmant sa volonté de réduction des inégalités territoriales en santé. Aussi, la mise en place d'un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes est un enjeu fondamental. Cela passe notamment par une optimisation du fonctionnement de la filière gériatrique et un renforcement accordé à la rédaction et d'un projet de vie axé sur les besoins individuels de chacun, et d'un plan personnalisé de santé. En termes d'amélioration de la qualité de l'offre de santé, la bienveillance en établissement ou à domicile doit être poursuivie par les acteurs médico-sociaux. De plus, pour améliorer aussi l'accompagnement des personnes en fin de vie, les soignants devront être accompagnés et soutenus. La priorité que concerne la prise en charge de la maladie Alzheimer se verra décliner en actions sur la base du plan Alzheimer 2008-2012. A destination des médecins généralistes de ville, des formations au sujet des personnes en situation de handicap seront dispensées.

Pour autant, à l'heure actuelle le sujet de la création d'équipement pour le secteur personnes âgées n'est pas à l'ordre du jour, l'action régionale en santé souhaitant se focaliser sur la manière d'améliorer la qualité des services rendus. Le PSRS rappelle pourtant que cette offre médico-sociale en direction des personnes âgées doit être entendue du point de vue de la filière gériatrique et par conséquent se doit de tenir compte de l'offre ambulatoire (notamment en infirmiers libéraux) et hospitalière (notamment en soins de suite et de réadaptation).

Le SROMS prévoit en tant que priorité de son action, un engagement fort en faveur de l'efficacité et de la promotion de la qualité. A ce titre, l'amélioration de la connaissance de l'évaluation, outil adopté tant par les établissements sanitaires que médico-sociaux devrait s'axer sur la complémentarité entre les différents services et institutions du milieu sanitaire jusqu'au milieu de vie ordinaire afin d'éviter les ruptures de prise en charge entre les divers âges de la vie. De même, en vertu de la loi de 2005 le schéma préconise un soutien à domicile pour les personnes souffrant d'un handicap et un accès le plus complet possible auprès des dispositifs de droit commun. Cet accompagnement de la perte d'autonomie des personnes vieillissantes passe par cette même notion de soutien à domicile et d'incitation à la participation à la vie sociale. Concernant le fonctionnement des institutions, il est enjoint aux établissements de renforcer leur fonctionnement et leurs relations avec le secteur sanitaire en vue de répondre à la problématique du nombre de plus en plus important de résidents souffrant de polyopathologies chroniques et de maladies d'Alzheimer ou apparentée. En termes plus précis, le secteur médico-social se doit d'adopter une culture de la bienveillance.

En matière d'actions concrètes, des incitations financières libellées par convention sont accordées aux établissements qui s'initient dans des démarches pour améliorer leur fonctionnement interne. Cela passe par la modernisation des structures, de leur système d'information, de l'adaptation de leur taille pour répondre aux nécessités réglementaires et légales de sécurité. Plus précisément en matière de renforcement de la bientraitance, le SROMS rappelle que les recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la généralisation des évaluations, la gestion des risques de maltraitance et l'accent mis sur la formation des professionnels concourent à cet état de fait. Les objectifs menés par le schéma sont un accompagnement à la mise en place des CVS, l'amélioration des procédures de signalement des dysfonctionnements, l'inscription de ces objectifs au sein des outils contractuels. La lutte contre la maltraitance fait l'objet aussi d'un enjeu important inscrit au SROMS. En tant qu'objectif phare, il est prôné la mise en œuvre d'une procédure commune avec le conseil général de suivi et de traitement coordonné des plaintes et des signalements de maltraitance. Cette pratique s'organise autour de la commission des plaintes.

En dehors de cette stratégie générale adoptée par l'ARS PACA pour lutter contre la maltraitance, l'organisation même des services est un moyen à long terme de penser la définition et la mise en œuvre d'une politique.

1.II.2 L'organisation de la fonction d'inspection-contrôle retenue en PACA

L'objectif quantitatif national était d'inspecter 4000 établissements en 5 ans soit 800 établissements par an. Pour la région PACA, un objectif de 54 inspections par an (soit 270 sur 5 ans) était assigné aux 6 départements de la région en fonction du nombre de structures existantes. Les services de l'Etat en région PACA, comme dans toutes les autres régions doivent depuis 2007 traiter l'ensemble des signalements de maltraitance. En vertu de l'extraction des données FINESS de 2006, le ministère a mis à charge de l'ARS PACA Avec un nombre important d'établissements en PACA (plus de mille⁵²), la proportion d'inspections reste faible. Selon le programme d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux, entre 2007 et 2011 sur 1306 établissements en PACA, le nombre à inspecter revenait à 54 par an, soit 270 sur cinq ans; la part d'établissements en Bouches-du-Rhône étant relativement conséquente, 418 sur les 1306, soit une programmation quinquennale d'inspections de 85. En vertu de ce même programme, 50% des contrôles devait porter sur les structures personnes handicapées et 45% sur les structures personnes âgées. Dans le cadre du Programme Régional d'Inspection Contrôle

⁵² 1306 est le nombre d'établissements en PACA recensés par FINESS en 2006 sur la base duquel le programme d'actions a été établi par le Ministère.

(PRIC) 2011, il a été décidé que ce service réaliserait, notamment, cinq inspections « préventives » d'établissements médico-sociaux par département dans la perspective de lutte contre la maltraitance.

A) Une séparation des fonctions d'inspection contrôle en dépit d'un travail commun

Historiquement et depuis la création des Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection et de Contrôle (MRIICE), la fonction d'inspection-contrôle est rattachée à celle de l'évaluation. Dans certaines ARS, cette structuration a été conservée, c'est le cas de l'ARS Bretagne. PACA a fait le choix d'une organisation scindée entre les deux fonctions différentes pourtant liées que sont l'évaluation et l'inspection. Cette scission est autant spatiale qu'organisationnelle. En effet, le service inspection contrôle est adossé au secrétariat général pour des raisons qui tiennent à la spécificité de son action et à une volonté d'affichage en interne, c'est-à-dire une mission indépendante qui sert d'appui à l'ensemble des directions métiers et des délégations territoriales. Cet affichage est aussi externe : auprès des partenaires sa relation directe avec les instances dirigeantes fait montre de son importance stratégique en termes d'action régionale. Quant au service évaluation, et notamment le chargé de mission qui s'occupe de l'évaluation médico-sociale, ils sont sous l'égide de la direction métier qu'est Patients Offre de Soins et de l'Autonomie.

La raison principale qui a présidé à cette organisation tient à la différence de philosophies et de buts poursuivis entre les deux fonctions. De tous les interlocuteurs qu'il m'a été donné de rencontrer⁵³, tous ont été unanimes sur les différences d'enjeu qui existent entre ces deux missions. A l'occasion de la préfiguration de l'organisation de l'ARS PACA, cette structuration a été choisie particulièrement par rapport au domaine sanitaire.

Pourtant rien n'oblige à ce que les deux fonctions soient rattachées au même service⁵⁴, pourvu que les agents communiquent entre eux. En ARS PACA, le service évaluation met à disposition le tableau de bord sanitaire partagé sur l'ensemble des établissements de la région à la disposition du service inspection-contrôle. De même, les experts sur des champs tels que les infections nosocomiales sont situés au département offre de soins et plus précisément auprès du service qualité et sécurité des prises en charge. D'après ma propre expérience, ils sont sans conteste sollicités par l'inspection pour participer de manière active à des missions, ou seulement de manière indirecte, à titre de sources

⁵³ Entretiens avec la responsable du service qualité et sécurité des prises en charge, l'ancienne responsable du service régulation budgétaire PA au département offre médico-sociale et le chargé de mission sur l'évaluation dans les ESMS à l'ARS PACA.

⁵⁴ Entretien avec les membres de l'IGAS

d'informations. Malgré ces échanges réels et fructueux, en matière de prévention de maltraitance les actions entre les deux fonctions évaluation et inspection ne semblent pas se coordonner, ce que je développerai de manière plus précise, ultérieurement.

B) Une fonction régionalisée et d'expertise instituée au siège de l'ARS PACA

L'ARS PACA d'après la volonté de son Directeur Général M. Deroubaix a eu l'ambition de mettre en place un service entièrement dédié à la mission d'inspection et de contrôle une sorte d'IGAS territorialisée. En pratique, un service régional d'inspection-contrôle a été institué. Il devrait sans doute préfigurer une cellule territoriale, correspondant à d'autres limites géographiques que celles de la seule région PACA, qui sont déjà extrêmement importantes.

Ce type de structuration est largement prôné par les membres de l'IGAS⁵⁵ pour les régions de grande taille comme PACA, Ile-de-France, ou encore Rhône-Alpes, ou de tradition coopérative comme la Bretagne. Ce niveau régional doit s'entendre comme une structure forte qui fasse stratégie, sans pour autant être déconnectée de l'opérationnel. Les intérêts d'une telle organisation sont multiples. En plus de favoriser une expertise des agents qui se spécialisent dans cette fonction, cette organisation permet un point d'entrée unique de l'information et une définition coordonnée du PRIC, outil par excellence de la stratégie régionale en matière d'inspection-contrôle. Or, s'il n'est pas institué de structure dédiée par rapport au niveau décisionnel, il n'y aura pas de bonne définition de stratégie. Il existe un avantage indéniable pour l'IGAS c'est de se retrouver avec un nombre d'interlocuteurs restreint lui permettant de circonscrire l'information⁵⁶.

En outre, participe de ce choix organisationnel la volonté pour les agences de se mettre en conformité avec la Norme ISO/CEI17020⁵⁷, relative aux critères généraux pour le fonctionnement de différents types d'organismes procédant à l'inspection. Elle a été reprise par l'IGAS pour dégager les principes d'intégrité, d'indépendance et de déontologie à destination des services déconcentrés de l'Etat procédant à de l'inspection. En d'autres termes, la norme prône pour les organismes d'inspection du type de ceux constitués en ARS⁵⁸ que les responsabilités de ce personnel inspectant soient distinctes de celles du personnel employé pour d'autres fonctions, cela devant se manifester du

⁵⁵ Entretien avec les membres de l'IGAS

⁵⁶ Entretien avec les membres de l'IGAS

⁵⁷ FRANCE CERTIFICATION. *Certification ISO-17020*, [visité le 27.12.2012], disponible sur le site : <http://www.france-certification.com/les-certifications/iso-17020>

⁵⁸ La norme liste des catégories d'entités. Celles ayant cours dans les ARS sont de la catégorie B, soit des organismes d'inspection qui constituent une partie d'une entité et créés afin de fournir des services d'inspection à leur organisation-mère.

point-de-vue organisationnel⁵⁹. Les agents habilités légalement à inspecter pouvaient se voir en porte-à-faux vis-à-vis de ces mêmes établissements. Cette double-casquette des agents pouvait se justifier par la vision globale de proximité d'un portefeuille de structures qu'elle permettait⁶⁰. Cette mise en adéquation avec la norme que rien pour le moment n'oblige réglementairement, pourrait se voir devenir opposable. En effet, elle pourrait être placée au rang des normes communautaires.

Or, cette scission entre la fonction de tarification et de programmation que l'inspecteur assume et celle d'inspection implique en un sens un éclatement de l'information et de la mémoire sur un territoire et ses acteurs. Pourtant, la question n'est pas généralement réglée. En effet, elle ne se pose pas pour des organisations du type du conseil général des Bouches-du-Rhône qui restent attachées à la vision traditionnelle de territoire plus que de mission⁶¹.

Depuis la création de l'ARS en région PACA, soit le 1er avril 2010, un service inspection-contrôle a été institué et placé auprès du secrétariat général. Il a pour mission de programmer et coordonner l'ensemble de la politique d'inspection au niveau régional. A ce titre, il se tient à la disposition des délégations territoriales et des directions « métier ». Il a à sa tête le docteur Munoz, médecin inspecteur de formation et comprend deux cellules qui travaillent en étroite collaboration. La cellule inspection est composée de sept inspecteurs entièrement dédiés à cette fonction : trois IASS et quatre inspecteurs de l'assurance maladie qui travaillaient auparavant auprès de la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie de la région PACA. Spécialisés dans le contrôle financier, ils ont passé les 120 heures de formation et une évaluation leur permettant d'assurer des fonctions d'inspecteurs désignés. La cellule des réclamations et de la gestion des plaintes sous la responsabilité d'une cadre A assimilée comprend en outre une secrétaire administrative. Deux nouveaux agents sont venus en fin d'année 2012 renforcer le service : une secrétaire administrative et une infirmière de santé publique. Celle-ci, après avoir rempli les conditions réglementaires aura la capacité juridique de procéder à des inspections.

En termes d'organisation, les inspections préventives en 2011 ont été réalisées majoritairement par le service IC mais aussi par les agents des délégations. Comme pour les autres niveaux d'inspection, le suivi leur incombe car elles sont chargées du suivi de leurs établissements. Ce suivi ne fait l'objet d'aucun retour auprès du service inspection.

⁵⁹FOURCADE M., KHENNOUF M., SCHAEZEL F., 2012, *L'évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*, Rapport de l'IGAS n° RM 2012-026P, 84 pages.

⁶⁰ Réponses au questionnaire transmis aux délégations territoriales.

⁶¹ Entretien avec le responsable du secteur personnes âgées du conseil général des Bouches-du-Rhône.

Quant au ciblage des inspections préventives en 2010 et 2011, le docteur Demey référent sur la Priorité Nationale 4 et responsable des coupes PATHOS sur la région PACA a participé à celui des EHPAD. Il a proposé de manière prioritaire les établissements qu'il savait dotés normalement en termes financiers pour ne pas que ceux-ci arguent d'une raison financière à leurs défauts de fonctionnement ou d'organisation. Pour 2011, il a été prévu que les délégations territoriales devaient fournir une liste de cinq établissements, dont trois EHPAD et deux établissements personnes handicapées parmi les structures n'ayant fait l'objet d'aucun contrôle ou visite depuis 2002. En dehors de ce critère de ciblage, il leur était laissé le choix de procéder à la sélection, selon leurs propres modalités de priorisation. A titre d'exemple, la délégation territoriale des Bouches-du-Rhône a ciblé les établissements en fonction d'alertes et de clignotants, cette approche impliquant une bonne connaissance du portefeuille d'établissements. Ces alertes pouvaient aussi provenir de partenaires (CG, MDPH). En participant au ciblage de cette priorité nationale, les DT ont permis d'apporter leur vision territoriale et leur connaissance des établissements.

Après cette présentation du cadre général de la lutte contre la maltraitance et des outils qui y concourent, il convient d'analyser de manière plus détaillée les inspections préventives pratiquées par l'ARS PACA et leurs apports.

Partie 2 LES INSPECTIONS PREVENTIVES : UN OUTIL PERTINENT DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE REVELATEUR DE DYSFONCTIONNEMENTS

Du fait de leur objet même et des modalités d'organisation, les inspections préventives permettent d'effectuer un grand nombre de contrôles, l'ARS PACA se mettant en conformité avec les attendus nationaux en ce domaine. Après un traitement de l'information, elles ont permis de révéler les manquements à la loi récurrents des établissements inspectés. Ces manquements ont été répertoriés et analysés dans le cadre d'une cartographie des risques. Plus surprenant, elles ont mis en évidence des incohérences dans l'organisation et le fonctionnement de l'ARS.

I Un outil adapté à la lutte contre la maltraitance en quête de perfectibilité

Les inspections préventives telles qu'elles sont pratiquées en ARS PACA présentent des avantages qui font d'elles, un outil adapté à la lutte contre la maltraitance. Elles ne sont pas exemptes d'inconvénients qui ouvrent des pistes d'amélioration. Auparavant, il convient d'en définir les modalités de réalisation.

Les contrôles de niveau 1 qui constituent l'outil majoritairement utilisé par les ARS, comme de la région PACA empruntent au contrôle restreint ses modalités de réalisation⁶². Les inspections préventives réalisées par le service inspection-contrôle et notamment celles sur lesquelles j'ai travaillé, ne dérogent pas à cette règle. Les inspections se déroulent a priori sur une journée, sauf si la nécessité d'entreprendre de plus amples recherches l'exige. Les inspecteurs se servent d'une grille d'aide au contrôle, adaptée au type de population accueillie afin de récupérer un certain nombre d'informations, de pièces et d'analyser le fonctionnement de la structure. Seront ainsi constatés le jour de l'inspection les seuls faits observés et les seules déclarations entendues. Les entretiens qui sont réalisables dans une journée sont peu nombreux, ce que j'ai pu constater de ma propre expérience, lorsque j'ai participé à ce type de contrôle lors de mon stage. En outre les personnes entretenues doivent correspondre à celles en mesure de renseigner les points essentiels. Il s'agit de l'équipe de direction, du ou des cadre(s) de santé et selon sont temps de présence du médecin coordonnateur. Cela est d'autant plus vrai, que les inspections se font en inopiné, ce qui est la pratiqué en ARS PACA. Cette inspection

⁶² MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA SANTE. Circulaire relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS, n° DGCS/2010/254 du 23 juillet 2010.

donne lieu à la rédaction d'un rapport écrit sous la forme proposée du guide d'aide au contrôle. Quatre grands items : population accueillie, conditions de direction, locaux et installations, accompagnement au quotidien et soins médicaux reprennent les champs importants de contrôle sur le fonctionnement, l'installation et l'organisation. Il s'agit d'une logique binaire : conformité ou non conformité. A chaque point de contrôle, l'inspecteur coche la case OUI/NON. Une partie « commentaires » permet d'expliquer, d'apporter des précisions sur le choix de l'une ou l'autre case. A la fin de chaque grand item, une synthèse est rédigée rappelant les manquements et les observations intéressantes à rappeler. Ce type de contrôle permettra seulement de conclure à l'existence ou l'absence d'une suspicion de facteurs de risques de maltraitance. La majorité des inspections au titre de la lutte contre la maltraitance ont été réalisées par l'équipe siège même si en pratique certaines délégations se sont acquittées de cette mission.

2.1.1 Les inspections préventives : un outil adapté à la lutte contre la maltraitance

L'intérêt des inspections dites préventives, telles qu'elles sont pratiquées par l'ARS PACA tient tant aux avantages liés à l'outil inspection en général qu'à ceux qui lui sont spécifiques.

L'inspection est un portait arrêté à un instant donné d'un établissement ou d'un service sur la conformité à la norme contraignante et aux normes admises (les bonnes pratiques professionnelles). L'inspection en elle-même n'est qu'un outil mais elle est aussi l'instrument au service d'une politique. Dans son ensemble, l'inspection et le contrôle sont un moyen pour les Agences Régionales de Santé d'ancrer leurs stratégies et leurs priorités sur un territoire. Elles affirment leur présence et leur rôle d'autorité de tutelle. Il en est de même pour les inspections préventives et ce, d'autant plus que ce type de contrôle permet d'avoir une connaissance du plus grand nombre d'établissements.

Les avantages spécifiques aux inspections préventives concernent **la méthodologie même de l'outil**. A la frontière du contrôle et de l'inspection, l'outil procède d'une grille standardisée avec un questionnement uniforme pour l'ensemble des établissements. Cette méthode le distingue largement de l'instrument évaluation qui a la caractéristique de s'adapter à chaque structure prise de manière individualisée : les contenus des évaluations externes et internes obéissent à des formes très variées. La logique n'en est pas la même : la qualité n'existe pas en soi mais se juge d'après le contexte dans lequel elle s'inscrit. A l'aune des valeurs que porte un établissement et identifiées à partir d'outils

comme le projet d'établissement, le service sera évalué. La démarche doit être entreprise dans un contexte donné : à chaque établissement ses valeurs et ses points d'évaluation⁶³. A l'inverse et selon la logique de la forme standardisée, chaque élément d'un établissement peut être comparé aux vingt-trois autres. Cette technique permet un traitement de l'information et d'objectiver les raisons à l'origine des dysfonctionnements, ce qui a fait l'objet de mon travail d'analyse des risques⁶⁴. En outre, la grille permet de recouvrir un champ très large de points de contrôle et de n'en omettre aucun. Concernant le ciblage, la mesure numéro 8 du plan de lutte contre la maltraitance intitulé « Doubler les inspections sur le terrain » affirmait que tous les établissements ne pourraient pas faire l'objet d'une inspection. A ce titre, devaient être priorisées les structures pour lesquelles les risques de maltraitance se révèlent les plus importants. Tel que le préconisait le cahier des charges de la DGAS du 29 mars 2002, l'absence de remontées d'informations a présidé à la première sélection des structures à contrôler. Procédant d'une volonté de prévenir les risques de maltraitance et permettant d'avoir une connaissance des établissements sur son territoire, les délégations ont estimé ce choix judicieux⁶⁵. L'utilisation de la logique binaire qui est autant un avantage qu'un inconvénient (je le développerai dans un second temps) est atténuée par la rédaction de commentaires permettant d'explicitier les choix en OUI/NON, les préciser. Enfin, ce type de contrôle emprunte le formalisme des inspections d'autres niveaux et instaure la procédure contradictoire et le respect des délais, gages de sécurité juridique.

Quant à l'**organisation** pratiquée, ce type d'outil permet un gain de temps et un gain de mobilisation du nombre d'agents. Cette mise en œuvre ne doit cependant pas s'affranchir d'un temps important et suffisant de préparation, nécessaire préalable aux inspections de ce type. Plus qu'aucun autre mode de contrôle, une information préalable et transversale est primordiale pour que l'inspection puisse remplir son objectif⁶⁶. Faire effectuer ces inspections par les agents du service inspection permet de dégager du temps de travail pour les agents des délégations territoriales. Ceux-ci peuvent se concentrer sur, d'une part, les suites à donner aux inspections préventives, et d'autre part, sur les inspections de niveau 2. En outre, ce travail effectué par les agents du siège permet que ceux-ci acquièrent une expertise et coordonnent leurs appréciations. De même, le partage des tâches entre siège et DT s'opère de manière adéquate. Un travail de remontées d'informations se fait non seulement à destination de l'équipe siège afin qu'elle prépare le contrôle préventif mais aussi auprès de chaque délégation afin qu'elle connaisse les

⁶³ ROUX M.-A., 2004, « L'évaluation de la qualité dans le champ social et médico-social : regard analytique sur le contexte conceptuel et représentationnel », *Handicap : revue des sciences humaines et sociales*, n°101-102.

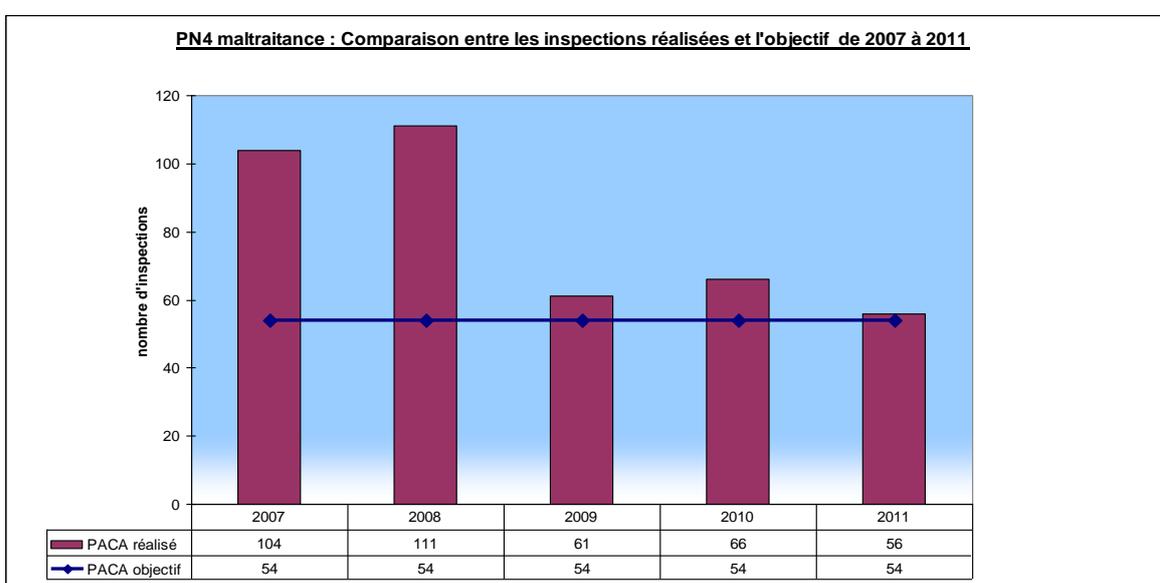
⁶⁴ Annexe 5.

⁶⁵ Réponses au questionnaire transmis aux délégations territoriales.

⁶⁶ Entretien avec les membres de l'IGAS.

constatations observées. D'ailleurs, une mise en copie systématique des rapports est effectuée⁶⁷. Cette organisation est d'autant plus adaptée si des relations difficiles existent entre un agent de la délégation et une structure dont il a la charge. Le siège vient en appui de la démarche de la DT, faisant cohésion et bloc devant les établissements en question⁶⁸.

Enfin, le travail mené par le service inspection-contrôle et par les délégations dans le cadre de la prévention du risque maltraitance a permis de remplir l'objectif assigné de contrôler 54 établissements sur la région PACA, cette tendance étant constante depuis le début du programme 2007 (voir le graphique ci-dessous).



Source : service inspection contrôle de l'ARS PACA

Malgré la spécificité de cet outil qui permet d'effectuer de nombreux contrôles avec les contraintes en personnel qui existent, des pistes pour le rendre plus efficace encore peuvent être avancées.

2.1.2 Les inspections préventives : un outil à améliorer

En dépit de ses nombreuses qualités, l'outil dans son objet même et dans l'organisation qui le sous-tend peut être adapté.

A) La nécessité d'adapter l'outil

Cette forme standardisée est autant la force de l'inspection préventive que sa faiblesse. En effet, les délégations territoriales qui ont répondu au questionnaire ont le même

⁶⁷ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁶⁸ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

sentiment concernant la grille: elle ne saurait révéler ni dresser un portrait de l'établissement ou du service inspecté. Elle n'assurerait pas d'identifier l'ensemble des dysfonctionnements existants⁶⁹. En un sens, la grille doit rester un outil de référence pour l'inspecteur qui doit savoir s'en détacher. Si la grille en elle-même induit des questions de type fermé (oui/non), l'inspecteur qui recherche telle ou telle information ne doit pas se borner à lire les questions telles qu'elles sont inscrites dans l'outil mais doit adapter son questionnement afin que son interlocuteur développe des observations et des réponses. C'est le travail de l'inspecteur de savoir récupérer les données et les traiter dans tel ou tel item⁷⁰.

Sur le fond, cet outil ne permettrait pas de récolter des données qualitatives mais se contenterait de réaliser des bilans en quantifiant le nombre de réponses positives et négatives. A l'inverse, le conseil général des Bouches-du-Rhône a mis au point une grille à l'occasion des inspections qu'effectuent les médecins sur une demi-journée pour vérifier la qualité des établissements que le département tarifie. Cet outil, bien que lui aussi standardisé, permet de donner une appréciation qualitative de la situation. Ainsi, les grilles utilisées sont très détaillées et permettent d'évaluer la qualité puisque l'inspecteur doit formuler une appréciation sur celle-ci⁷¹. A titre d'exemple, alors que la grille côté ARS renseigne sur le champ « la literie est-elle correctement entretenue », la grille du conseil général permet un niveau de détail très important : le médecin doit renseigner sur « les chambres sont propres, agréables, bien équipées ». Sans doute, convient-il de rappeler que les visées de ces inspections ne sont pas les mêmes. Tandis que le but de l'inspection préventive telle qu'elle est pratiquée en ARS permet de repérer les risques de maltraitance en vérifiant que les établissements s'acquittent de leurs obligations réglementaires, le médecin du conseil général des Bouches-du Rhône doit vérifier que ceux-ci mettent en œuvre le niveau de qualité qu'ils se sont engagés à tenir. La frontière avec l'évaluation est ici poreuse. Sans nécessité de les amalgamer, cette comparaison des pratiques et des outils utilisés par l'ARS PACA et le conseil général est intéressante. Si les garanties de qualité devaient être précisément vérifiées par le service inspection-contrôle, la méthode pratiquée par les agents du département des Bouches-du-Rhône pourrait être source d'inspiration.

De surcroît, étant donné le laps de temps restreint imparti à l'inspecteur, l'usager ne peut être entendu, ce qui est préjudiciable pour avoir une vision globale de l'établissement. Or, comment vérifier que la parole de l'usager est bien prise en compte si ce n'est en

⁶⁹ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁷⁰ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁷¹ Entretien avec le responsable du secteur personnes âgées au conseil général des Bouches-du-Rhône.

l'interrogeant directement sur le sujet ? Si la loi de 2002 met un point d'orgue à laisser s'exprimer les usagers, c'est que c'est un indicatif primordial de la démarche de qualité d'une structure⁷². Pourtant, il faut avoir à l'esprit les difficultés qu'un agent peut rencontrer à interroger les résidents d'un EHPAD ou d'une structure PH.

L'autre défaut relevé par une délégation territoriale est le manque de distinguo qui existe entre la grille servant au secteur personnes âgées⁷³ et celle utilisée par le service pour contrôler les établissements pour personnes handicapées. Celle-ci ne serait pas adaptée à ce type d'établissement et ne refléterait pas les différences entre structure pour adultes et pour enfants, et selon le type de déficience. Y manqueraient notamment des items sur les activités éducatives proposées, la gestion des temps de trajet ou encore la surveillance particulière de certains traitements⁷⁴. Il convient toutefois de rappeler que la grille devait au départ servir pour contrôler les EHPAD. Vu l'intérêt qu'elle présente, elle a été adaptée par la suite au secteur handicap.

Enfin, en ne recensant que les dysfonctionnements, il manque aux rapports d'inspection la vision globale et les conclusions nécessaires sur l'existence ou non de risques de maltraitance, raison de la venue de l'inspecteur⁷⁵.

En 2010 et 2011, il était dévolu aux délégations territoriales la tâche de participer avec la direction métier patients, offre de soins, autonomie au ciblage des structures. De la même manière, les critères utilisés pour ce ciblage n'ont pas toujours paru pertinents. En effet, les établissements choisis pour être contrôlés n'auraient pas été désignés comme présentant des risques de maltraitance par les agents des délégations⁷⁶.

Les sanctions et les suites. L'objet des inspections préventives tient à formuler toute proposition afin d'améliorer la qualité et l'accueil des prises en charge des résidents. A cette fin, sont adressées des injonctions ou remarques pour corriger les écarts des pratiques dont le non-respect doit aboutir en dernier recours, au prononcé de la fermeture de l'établissement⁷⁷. Ceci est la théorie prévue par l'article L331-5 du CASF. En pratique, et selon les observations d'une DT, il paraît difficile de se fonder sur la grille d'inspection

⁷²FORAP-HAS, 2012, *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, Le déploiement de la bientraitance.*

⁷³ La grille « personnes âgées » dont se sert le service inspection de l'ARS PACA est celle produite par la DGAS pour les contrôles restreints pratiqués en EHPAD, améliorée par les agents du service.

⁷⁴ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁷⁵ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁷⁶ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁷⁷ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Programme d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux. Prévenir la maltraitance : identifier les risques 2007-2011- cahier des charges.*

préventive pour aboutir à une telle conclusion. D'où l'opportunité qui est laissée si cela s'avère nécessaire de procéder à une inspection plus approfondie. Les auteurs du cahier des charges de la prévention de la maltraitance entendaient d'ailleurs cette suite comme possible. Pour les établissements manifestant des risques avérés devant entraîner un manque ou une absence sur la garantie de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des résidents, un passage en inspection de niveau 2 est préconisé⁷⁸. Or, dans les rapports d'inspections que j'ai étudiés, le rappel à la règle a été la seule conséquence qui ait été prévue.

Les établissements eux-mêmes ne doivent pas se sentir quittes vis-à-vis des autorités de tarification sur les exigences d'évaluation et plus généralement les objectifs de qualité dont ils doivent s'acquitter⁷⁹. Il appartient aux inspecteurs qui les pratiquent de bien faire comprendre l'enjeu que ce type d'inspections représente et ce qu'elles ne pallient pas.

Le parallèle qui peut être fait avec l'évaluation permet de conclure qu'en théorie les sanctions attachées à des défaillances quant à la qualité du service rendu sont d'une autre nature, mais sans doute finalement plus incitatives pour les établissements. En effet, les structures peuvent se voir infliger des sanctions de nature financière, comme cela peut être le cas dans le secteur sanitaire lorsque les structures n'observent pas leurs obligations dans le contrat de bon usage du médicament⁸⁰. Pour autant, il faut nuancer ce propos dans la mesure où l'évaluation dans le secteur médico-social n'est pas au même point de maturité que la certification dans le secteur sanitaire. A l'heure actuelle et étant donné les difficultés organisationnelles que le traitement des évaluations à venir pose dans les agences, l'ARS PACA n'en étant pas exempte, il est difficile d'avoir une vision assez large sur cet outil qu'est l'évaluation et ce qu'il devrait à terme impliquer dans les négociations contractuelles entre structures et ARS.

B) Une organisation des inspections préventives à parfaire

Il est reproché à l'organisation qu'elle privilégie pour la réalisation des inspections préventives les agents du siège sans que ceux-ci n'aient la connaissance du terrain et de l'établissement en question. Cette critique doit s'entendre de manière plus large et correspond au questionnement des agents des délégations territoriales sur le rôle qu'ils ont à tenir, notamment en matière d'inspection. Comme je l'ai précisé précédemment, le respect de la norme ISO17020 et la mise en place d'un service régionalisé d'inspection impliquent nécessairement un partage de la mission inspection au détriment des

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Réponses au questionnaire transmis aux délégations

⁸⁰ Entretien avec la responsable du service qualité et sécurité des prises en charge à l'ARS PACA.

délégations. Pour des agents au niveau territorial qui se sont impliqués dans l'inspection cet état de faits ne peut être acquis sans une certaine réticence.

En outre, l'intérêt de procéder à ce type d'inspections, à savoir permettre un gain de temps et de nombre d'ETP pour visualiser le plus grand nombre d'établissements présente des inconvénients, notamment s'abstenir d'un point-de-vue et de l'analyse différente d'un autre inspecteur⁸¹. De même, étant donné le délai imparti et le caractère inopiné de l'inspection et bien que dans les faits elle puisse être allongée, l'inspecteur n'aura pas le temps d'interroger les résidents premiers concernés et leurs familles⁸². L'organisation même de l'inspection ajouterait à la vision partielle qui peut ressortir de cet outil.

II Un outil pertinent dans la prévention des risques de maltraitance : le révélateur de dysfonctionnements

De l'analyse des inspections préventives effectuées en 2011 par le service IC, un certain nombre de constats doit être fait qui ont trait au fonctionnement des établissements et à celui de l'ARS.

2.II.1 L'analyse des risques de maltraitance d'après les rapports d'inspections préventives

Sur la base des vingt-quatre rapports d'inspections préventives rédigés par le service inspection-contrôle de l'ARS PACA au titre de PN4, j'ai effectué une typologie des risques rencontrés dans les établissements contrôlés en 2011. Pour ce faire, je me suis appuyée sur plusieurs modèles, un rédigé par la HAS intitulé « *Cartographie des situations à risque de maltraitance* »⁸³ et un, « *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthodes, repères, outils* » édité par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés⁸⁴. Ces deux guides étant à destination des établissements afin de leur donner une méthode pour mesurer le degré de bientraitance, j'ai dû adapter l'outil. La grille utilisée pour effectuer ces inspections a largement facilité le travail de recoupement et l'analyse des dysfonctionnements ayant cours au sein de ce panel d'établissements. Etant donné son volume et le nombre de pages qu'il requérait, ce

⁸¹ Réponses au questionnaire transmis aux délégations territoriales.

⁸² Entretien réalisé avec le responsable de la coupe PATHOS en PACA.

⁸³ FORAP-HAS, 2012, *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, Le déploiement de la bientraitance.*

⁸⁴ COMITE NATIONAL DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ET ADULTES HANDICAPES, 2008, *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthodes, repères, outils..*

travail de cartographie établi pour les établissements personnes handicapées et personnes âgées ne pouvait être intégré au sein du devoir. Il est placé en annexe⁸⁵ et sert de fondement à l'analyse des dysfonctionnements que je développerai. Au préalable, un rappel de définition des notions semble nécessaire.

En vertu de l'Institut français de l'audit et du contrôle interne⁸⁶, un processus interne correspond à une série d'actions qui sont nécessaires à la réalisation d'un objectif, soit une mission à accomplir. La réalisation de cet objectif est visible grâce à la mesure des indicateurs qui accompagnent sa définition. La contrariété entre la réalisation théorique de cette visée et sa mise en œuvre pratique tient au risque, qui s'apparente à une probabilité qu'un événement ayant un impact néfaste sur la réalisation de cet objectif, se produise. Les risques se mesurent en termes de conséquences (gravité de l'écart par rapport à l'objectif) et de probabilité. La survenance de ce risque est facilitée par une ou plusieurs conditions qui rendent plus probable un événement qui impacte de manière néfaste, la réalisation de l'objectif. La cartographie des risques est une démarche permettant de recenser et prioriser les risques. Le dispositif de maîtrise des risques est censé favoriser la réalisation de l'objectif et a contrario, empêcher la survenance du risque ou à défaut amoindrir ses conséquences.

A) La démarche d'élaboration de l'outil

Sur la base de la typologie de la grille d'aide au contrôle, j'ai répertorié trois grands thèmes de risques : les risques liés à la prise en charge, ceux liés aux conditions d'organisation et enfin les conditions d'installation. Ces grands thèmes ont été ensuite divisés en types de risques plus précis et à partir d'eux, des facteurs de risques ont été déterminés. J'ai ensuite listé chaque type de « dysfonctionnements » constatés lors des visites d'inspections : ceux-ci étant inscrits en tant que « causes », qui en cas de non-respect engendrent la survenance du risque. A titre d'exemple, dans la catégorie des « risques liés à la prise en charge » et dans la sous-catégorie « risques liés à l'accueil et à l'admission », « la procédure d'accueil » est un facteur de risques et la présence de « clauses abusives dans le contrat de séjour » est une cause de la survenance du risque. La criticité de chaque cause est le produit de sa fréquence (nombre de dysfonctionnements relevés) et de sa gravité (notation de 1 à 4). Pour celle-ci, je l'ai d'abord estimée avant de la transmettre pour correction au service inspection-contrôle.

⁸⁵ Annexe 5.

⁸⁶ INSTITUT FRANÇAIS DE L'AUDIT ET DU CONTROLE INTERNE [visité le 27.12.2012], disponible sur internet :

<http://www.google.fr/search?q=l%E2%80%99Institut+fran%C3%A7ais+de+l%E2%80%99audit+et+du+contr%C3%B4le+interne&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fr:official&client=firefox-a>

L'analyse des rapports d'inspection et la construction de l'outil d'analyse des risques de maltraitance en établissements ont permis de conclure à un certain nombre de points généraux qui concernent l'ensemble des structures. D'une part, les inspecteurs vérifient par le biais de ces contrôles que l'obligation d'évaluation a été ou non effectuée⁸⁷ alors que, comme je le développerai ultérieurement, le service évaluation du siège et les DT n'ont pas l'information sur le nombre de structures qui se sont acquittées de cette obligation. D'autre part, en termes de suite, aucune des inspections préventives n'a fait l'objet de la moindre inspection de niveau 2 ou de fermeture

B) L'analyse des risques de maltraitance des établissements PH

Les inspections préventives en 2011 ont porté sur huit établissements en secteur handicap. Ce nombre ne concorde pas avec le cahier des charges qui prévoyait un pourcentage de 50% établissements personnes handicapées sur la totalité mais cela se comprend au regard du nombre très important d'EHPAD qui existe en PACA. Les contrôles ont fait l'objet d'une très bonne répartition géographique sur tout le territoire. Aucune des structures n'a auparavant fait l'objet de plaintes, ce qui coïncide parfaitement avec la nature préventive de ce type d'inspections. Sur les huit inspections effectuées en 2011 au sein d'établissements pour personnes handicapées, deux avaient déjà fait l'objet d'une visite ou d'une inspection depuis moins de cinq ans. Par conséquent une proportion était connue des services de l'Etat.

Au sujet de **la fréquence** des causes/dysfonctionnements, neuf points concernent les conditions d'organisation, seulement trois ont trait à la prise en charge et deux aux conditions d'installation. Plus précisément, sur la totalité des risques liés au pilotage de l'établissement presque la moitié (4/10) présente des anomalies dans les établissements visités. De plus, les deux points traitant de la parole de l'utilisateur⁸⁸ ne sont pas respectés dans les structures en question. **L'analyse de la criticité** donne une autre vision de la situation. Parmi les trois aspects les plus critiques, l'obligation de conventionner avec l'inter-secteur en psychiatrie, avec un indice à 15 sur 32⁸⁹, n'est pas nécessairement respectée. De même, les règlements de fonctionnement ne stipulent pas toujours que les *« les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures*

⁸⁷ Trois établissements PH (sur huit) ont procédé à l'évaluation interne ou externe tandis que quatorze établissements PA (sur seize) y ont déjà procédé.

⁸⁸ Ces deux points sont le fonctionnement du CVS et le traitement par l'établissement des enquêtes de satisfaction.

⁸⁹ 15 correspond à un indice de gravité de 3 et une fréquence de 4, soit 50% des structures contrôlées.

administratives et judiciaires » : cet élément présente une criticité de 10 sur 32⁹⁰. Enfin, la signature par l'établissement d'un protocole de signalement avec les services de l'Etat présente lui aussi un indice de criticité important.

C) L'analyse des risques de maltraitance des établissements personnes âgées

Les inspections préventives en 2011 ont porté sur seize établissements en secteur personnes âgées. Les contrôles ont fait l'objet d'une bonne répartition géographique sur le territoire. Une seule des structures a auparavant fait l'objet de plaintes, ce qui coïncide avec la nature préventive de ce type d'inspections. Sur les seize inspections effectuées en 2011 au sein d'établissements pour personnes âgées, dix avaient déjà fait l'objet d'une visite ou d'une inspection depuis moins de cinq ans. Par conséquent une proportion de était connue des services de l'Etat.

Bien que le nombre d'établissements pour personnes âgées contrôlés soit trois fois plus important que celui des structures PH, le nombre d'anomalies est malgré tout nettement plus grand. A la différence des établissements PH, c'est dans les risques liés à la prise en charge que le nombre de dysfonctionnements est le plus important (26 sur 64). Treize causes concernent l'installation et dix-huit l'organisation.

Au sujet de la prise en charge, la « formalisation des soins et les missions du médecin coordonnateur » de même que « la prise en charge de la douleur et de la fin de vie » sont des facteurs de risques extrêmement importants puisque tous les points ont fait l'objet de non-respect dans au moins un établissement. Les items relatifs au circuit du médicament de la pharmacie (ses conditions d'approvisionnement, de stockage, la préparation des piluliers) doivent au vu de leur fréquence des anomalies, être un point majeur à étudier. Le même schéma se dessine en matière de criticité. Avec respectivement des indices à 12⁹¹ et 15⁹² sur 64, la présence effective d'un médecin coordonnateur qualifié et la rédaction d'un projet de soins par celui-ci sont des points de criticité. Il en est de même pour la pharmacie : le mode d'approvisionnement des médicaments n'est pas légal à

⁹⁰ 10 correspond à un indice de gravité de 2 et une fréquence de 4, soit 50% des structures contrôlées.

⁹¹ 12 correspond à un indice de gravité de 4 et une fréquence de 3, soit 18.75% des structures contrôlées.

⁹² 15 correspond à un indice de gravité de 3 et une fréquence de 5, soit 31.25% des structures contrôlées.

hauteur de 20⁹³. L'indice de criticité de l'absence de « thermomètre pour contrôler la température » est lui, de 21⁹⁴.

Concernant les conditions d'organisation, tout ce qui procède de la qualification du personnel et de la formalisation du cadre d'emploi est un point de vigilance tant en termes de fréquence que de criticité. Les attestations de qualification ont un indice de 15⁹⁵ et les extraits de casiers judiciaires de 30⁹⁶. Plusieurs points de gravité, comme la prise en compte de la parole de l'utilisateur et de criticité, comme l'absence de stipulation des conséquences de faits de violence dans le règlement de fonctionnement ou l'absence de signature de protocole avec les services de l'état concernent aussi bien le secteur du handicap que personnes âgées. Les indices de criticité sont respectivement de 20⁹⁷ et de 24⁹⁸.

Enfin, même s'ils sont moins nombreux, **les risques liés aux conditions d'installation** concernent tous les points de contrôle : sécurité des locaux et adaptation des locaux à la population accueillie. Avec un indice de criticité de 12⁹⁹, « la sécurisation des chambres et des cabinets de toilettes » est la cause la plus critique.

2.II.2 Les inspections préventives: un révélateur de difficultés internes à l'ARS PACA

Cet outil a révélé indirectement ou a conforté l'existence d'un certain nombre de freins internes à l'organisation de l'ARS, qui sont à analyser plus globalement que du seul point-de-vue de ces inspections préventives.

A) Le ciblage des inspections préventives a révélé des difficultés de communication au sein de l'ARS PACA

Comme je l'ai préalablement décrit, les choix organisationnels de séparer les services inspection et évaluation même s'ils se justifient, n'ont pas facilité la communication entre les agents. Manifeste à propos du ciblage, cette difficulté n'est pas spécifique à

⁹³ 20 correspond à un indice de gravité de 2 et une fréquence de 10, soit 62.5% des structures contrôlées.

⁹⁴ 21 correspond à un indice de gravité de 3 et une fréquence de 7, soit 43.75% des structures contrôlées.

⁹⁵ 15 correspond à un indice de gravité de 3 et une fréquence de 5, soit 31.25% des structures contrôlées.

⁹⁶ 30 correspond à un indice de gravité de 3 et une fréquence de 10, soit 62.5% des structures contrôlées.

⁹⁷ 20 correspond à un indice de gravité de 2 et une fréquence de 10, soit 62.5% des structures contrôlées.

⁹⁸ 18 correspond à un indice de gravité de 3 et une fréquence de 6, soit 37.5% des structures contrôlées.

⁹⁹ 12 correspond à un indice de gravité de 4 et une fréquence de 3, soit 18.75% des structures contrôlées.

l'inspection préventive. En effet, l'un des critères de déclenchement des inspections préventives à savoir la non transmission ou l'incohérence des questionnaires d'auto-évaluation nécessitait au préalable un dialogue permettant de cibler les structures en question. En pratique, cela n'a pu être mis en œuvre en raison d'une part, d'un défaut de traitement de l'information par le service évaluation et d'autre part d'un problème de communication entre inspection-contrôle et évaluation. Les autres critères permettant de cibler les établissements, soit les conditions de négociation des conventions tripartites, la non-connaissance des établissements depuis cinq ans, la non-transmission de la fiche de remontée des événements indésirables nécessitent eux aussi un travail préalable important de coopération. La mémoire sur l'historique des établissements qui permettent de recouper des données est aux mains des délégations territoriales.

Se pose la question de l'organisation des inspections qu'elles soient approfondies ou de niveau 1 et du partage des tâches entre siège et délégations territoriales. Comme il m'a été donné de le décrire auparavant, le suivi des inspections incombe aux délégations sans que le service inspection n'en ait la connaissance. Si cela permet aux agents des délégations qu'ils prennent une part active dans l'inspection, leur permettant ainsi de perpétuer des relations en continu, il n'en demeure pas moins que ce travail de suivi est très lourd à porter pour des équipes réduites¹⁰⁰.

B) Le financement par l'ARS des préparateurs en pharmacie dans les EHPAD : point de dysfonctionnement mis en évidence par les inspections préventives

Dans les conventions tripartites conclues entre les agents de délégations territoriales et les EHPAD, des préparateurs en pharmacie ont fait l'objet d'un financement. Or, en vertu de l'article L424-1 du CSP, la préparation des médicaments doit se faire par un pharmacien ou par le préparateur en pharmacie, sous l'autorité hiérarchique et la présence effective du pharmacien. Dans le cas contraire, les pratiques dudit préparateur pourraient être considérées comme de l'exercice illégal de la médecine. A l'occasion des visites d'inspections dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, les inspecteurs et la PHISP qui y participait quelques fois ont observé cette pratique de dysfonctionnement interne qui s'est répercutée sur l'organisation d'emploi dans les EHPAD de la région.

¹⁰⁰ Réponses au questionnaire transmis aux délégations territoriales.

C) La gestion problématique du traitement des évaluations en PACA

Cette question centrale de la communication interroge plus largement sur la définition des organisations et sur le partage du travail à effectuer. J'en ai pris conscience à l'occasion d'une réunion à laquelle j'ai été conviée et qui avait pour objet d'organiser le traitement des évaluations qui vont parvenir à l'ARS PACA¹⁰¹. Y étaient présents les membres du siège chargés de l'évaluation et les représentants de délégations territoriales.

Au préalable, un certain nombre de points y ont été posés. En effet, l'ARS doit donner son avis sur l'ensemble des évaluations¹⁰², sachant que le processus (interne, externe) est lié, les agents ne peuvent se contenter de n'en contrôler qu'une partie. De plus, étant donné que seules les évaluations externes des services à la personne ont été adressées par l'ANESM à l'ARS, les participants de la réunion ont conclu que la majorité des évaluations externes vont leur parvenir en même temps et à la date limite imposée aux établissements. Côté agence, les DT ne seraient pas à même de remplir leur obligation de contrôle des évaluations, considérant qu'elles ne sont déjà pas toujours en mesure de renouveler les conventions tripartites dans des conditions satisfaisantes. Dans un premier temps, il a été convenu par tous, que les évaluations feront l'objet d'un accusé de réception type. En termes d'organisation, les délégations territoriales auront le gros du travail à accomplir, le siège venant en appui en cas de difficultés particulières. Le conseil général pourra être associé dans le cas d'évaluations problématiques dans le cadre de la réunion d'une commission. Les pistes pour le moyen-terme sont de dégager des points de criticité (celui des plaintes est proposé) afin de faciliter la tâche d'analyse, de rédiger une fiche navette comme dans le secteur sanitaire servant de carte d'identité partagée des établissements. Face à ces constats, il a été décidé que l'agence devait se prémunir contre l'établissement qui se soustrairait à son obligation d'évaluation en opposant à l'ARS qu'il a conclu une convention tripartite. A cette fin, les DT pourraient inscrire dans les conventions tripartites que celles-ci ne pourront perdurer dans le temps à la condition que l'évaluation externe permette le renouvellement de l'autorisation.

Cependant, malgré les points de décision et les pistes proposées, la question fondamentale de la gestion de l'évaluation n'a pas été réglée. Le travail que réclame le traitement effectif des évaluations¹⁰³ notamment pour les délégations (l'analyse des données et leur rapprochement avec les conventions) ne semble pas adapté à la

¹⁰¹ Compte-rendu de la réunion de cadrage avec les délégations territoriales sur l'évaluation.

¹⁰² MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA SANTE. Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Bulletin officiel, n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011.

¹⁰³ Entretien avec la responsable du service qualité et sécurité des prises en charge à l'ARS PACA.

configuration de celles-ci, en termes d'ETP. Pour autant, cette mission est au cœur de leur action et participe de l'animation territoriale dont elles sont les acteurs. L'accompagnement des établissements dans une démarche de qualité au travers de l'évaluation nécessite de donner les moyens d'accomplir cette mission. Les pouvoirs publics ont sans doute mis à la charge des services d'Etat et de terrain, des contraintes par trop importantes. Les ARS ne peuvent peut-être pas et assumer ce rôle d'une part, et s'acquitter des missions régaliennes d'autre part. Même si les évaluations servent d'abord et avant tout aux établissements eux-mêmes¹⁰⁴, que l'ARS ne s'y implique pas réellement présente un risque non négligeable. En effet, les structures en prenant du temps et en recherchant du financement pour y procéder attendent un retour de la part de l'autorité de tutelle. Se désengager de cette fonction aboutirait à une perte de lien entre les deux, lien largement prôné à l'heure actuelle au travers de l'animation territoriale¹⁰⁵.

La question plus large qui se pose est si la loi de 2002 n'a pas été trop ambitieuse. En effet, l'évaluation n'a pu être mise en œuvre par les établissements et transmise pour contrôle auprès des agences de santé car les textes d'application ont été édités cinq ans après la publication initiale de la loi, soit en 2007. De plus, l'ARS PACA comme d'autres agences ne s'est pas acquittée de son obligation de nomination des personnes qualifiées, obligation qui lui incombait d'après la loi de 2002¹⁰⁶. En principe, les réclamations individuelles devraient leur être adressées afin qu'elles y apportent leurs réponses. Ce sont des personnes référentes nommées au niveau départemental et conjointement par les agences, le conseil général et le préfet de département. De même, parce que les ARS ne sont pas en mesure de faire face au traitement des évaluations internes et externes, le calendrier des rendus a été modifié. Entre 2002 et 2017, il aurait dû y avoir trois évaluations internes et deux évaluations externes. Sur 15 ans, il y aura au final une évaluation interne et une évaluation externe. Et rien n'indique que des traitements individualisés et liés avec les conventions puissent être réellement effectués. Cette place à l'usager qu'accorde la loi de 2002, en affirmant ses droits et en lui octroyant la parole constitue une réelle avancée et permet de légitimer l'action d'un établissement et par la même, le contrôle effectué par le tarificateur sur lui¹⁰⁷. Au final, les pouvoirs publics ne doivent pas s'en servir pour se dédouaner de leurs responsabilités¹⁰⁸. Après avoir décrit et analysé l'outil d'inspections préventives et l'organisation pratiquée par l'ARS PACA, il convient de formuler des pistes d'amélioration, objet de la dernière partie de ce travail.

¹⁰⁴ Entretien avec l'ancienne responsable du secteur médico-social de l'ARS PACA.

¹⁰⁵ Entretien avec les membres de l'URIOPSS PACAC

¹⁰⁶ Entretien avec les membres de l'URIOPSS PACAC

¹⁰⁷ CHAUVIERE M., 2003, « La loi de rénovation sociale restituée à son contexte », *Les cahiers de l'actif*, n°330-331, pp13-26.

¹⁰⁸ Ibid.

Partie 3 : LES INSPECTIONS PREVENTIVES : L'EXEMPLE D'UN OUTIL STRATEGIQUE AUX MAINS DE LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

Les inspections préventives ne sont qu'un outil au service d'une politique. Toutefois, ils se sont révélés à même de modifier la définition du programme d'inspection et plus globalement la politique régionale de lutte contre la maltraitance.

I Un outil qui influe sur la politique régionale d'inspection

Si l'outil est susceptible d'être amélioré dans son objet et son organisation, il a permis par ailleurs de révéler des incohérences qui ont fait l'objet de remaniements notamment le ciblage des EHPAD.

A) Les préconisations pour améliorer l'outil

Face aux critiques positives et négatives adressées à l'utilisation et l'organisation de cet outil, des pistes pour l'améliorer peuvent être avancées.

La refonte de la grille d'inspection préventive grâce à l'étude de l'outil et l'analyse des risques de maltraitance. De manière générale, la grille d'aide au contrôle a déjà fait l'objet d'adaptations en vue de son amélioration et de la prise en compte des publics vulnérables pris en charge. En outre, au vu des problèmes rencontrés dans les contrôles d'EHPAD sur le champ pharmacie, deux types d'actions ont déjà été initiés. Non seulement, l'ajout de points de contrôle de ce domaine a enrichi la grille initiale, mais surtout le circuit du médicament dans les EHPAD a été consacré en tant que priorité régionale dans le PRIC 2013, preuve si l'en est que l'outil peut influencer les choix d'une politique.

Formellement, afin de rendre son utilisation plus optimale, les conclusions de la grille pourraient distinguer de manière claire ce qui ressort de la recommandation et de l'injonction en fonction de la gravité du non-respect de l'obligation. De surcroît, les délais impartis aux établissements seraient précisés. Cela permettrait à l'inspecteur de vérifier que la structure s'est ou non mise en conformité avec les prescriptions. Toujours formellement, les inspecteurs pourraient conclure sur l'existence ou non d'un doute à propos d'un risque de maltraitance dans l'établissement, même s'il s'avère difficile pour eux de se prononcer sur la base de ce contrôle préventif. Sur le fond, la grille utilisée pour inspecter les structures auprès des personnes handicapées ayant été élaborée à partir de

la grille de contrôle restreint pour les EHPAD a déjà été modifiée par les le service inspection-contrôle. Elle fait d'ailleurs encore à l'heure actuelle l'objet de modifications. Il ne fait aucun doute que les agents qui ont largement adopté cet outil, l'amélioreront au fil de leur connaissance meilleure des différents types de prise en charge.

B) Un nouveau ciblage des EHPAD fondé sur des critères objectifs

A la difficulté d'augmenter les effectifs sur la fonction d'inspection-contrôle, la mission IGAS préconise un recentrage sur les établissements qui selon des critères objectifs présenteraient le plus de risques de maltraitance. Pour autant, cela implique en amont un véritable travail qui nécessite temps et coordination de services. Dans son rapport de 2011¹⁰⁹, l'IGAS notait que les ARS devraient s'appuyer sur une analyse des risques qui permettrait de cibler les contrôles sur les établissements les plus à risques. A cette fin, le responsable du service inspection-contrôle m'a proposé de procéder au ciblage des EHPAD de toute la région PACA, sur la base du modèle envoyé par l'ARS Franche-Comté. Ce ciblage s'effectue sur la base d'indices de criticité que sont le GMP (GIR moyen pondéré)¹¹⁰, le PMP (Pathos Moyen Pondéré)¹¹¹, le ratio de personnels soignants, la charge de dépendance¹¹² et la charge de soins¹¹³.

La construction de l'outil de ciblage des EHPAD de la région PACA

1/Le recueil de données :

Les données nécessaires au ciblage ont été recueillies auprès du service patients, offre de soins et autonomie. Elles ont été compilées via plusieurs sources. Le PMP est subordonné au calcul de la coupe PATHOS effectuée par le Dr Demey de l'ARS PACA. Le GMP est mentionné dans les conventions tripartites. Quant aux données sur les ETP avec le détail, elles ont été demandées aux établissements, par enquête datant de 2011. Une fois recueillies, ces informations ont été recoupées entre elles au sein d'un tableau unique mentionnant l'ensemble des indices (GMP, PMP, nombre d'ETP en soignant et non-soignant). Les accueils de jour n'ont pas été pris en compte.

2/Le calcul de valeurs:

¹⁰⁹FOURCADE M., KHENNOUF M., SCHAETZEL F., 2012, *L'évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*, Rapport de l'IGAS n° RM 2012-026P, 84 pages.

¹¹⁰ Le GMP définit le niveau moyen de dépendance des résidents.

¹¹¹ Le PMP (Pathos moyen pondéré) définit le niveau moyen des besoins en soins médicaux et techniques requis par l'état de santé des résidents.

¹¹² La charge de dépendance se calcule selon la formule $GMP / \text{ratio AS} + \text{AMP}$.

¹¹³ La charge de soins se calcule selon la formule $GMPS$ (unité de valeur utilisée dans le calcul du forfait soins plafond) / ratio personnels soignants.

Sur un tableau Excel, il a été procédé au calcul de ratios de personnels, charge de soins et charge de dépendance.

3/ La détermination d'une échelle :

Une échelle de valeur a été définie à partir du minimum et du maximum adoptés selon une formule Excel.

	PACA		FRANCHE-COMTE	
	VALEUR MIN	VALEUR MAX	VALEUR MIN	VALEUR MAX
PMP	81	290	96	324
GMP	326.30	952	342	883
Charge de dépendance (GMP/ratio de AS/AMP)	1821.52	13431.95	1998	5045
Charge de soins (GMP+ (2,59*PMP)/ratio de personnels soignants)	1568.05	6789.24	?	?
Ratio de personnels soignants	0.089	0.71	?	?

4/L'attribution de points de criticité :

Les minima et maxima ont servi à déterminer les échelles de valeur pour chaque point (de 0 à 8 points).

En effet, pour chaque indice un point a été attribué.

- Plus l'indice est important (GMP, PMP, charge de dépendance et de soins), plus il tendra vers 8. Moins l'indice est important (GMP, PMP, charge de dépendance et de soins), plus il tendra vers 0.
- Concernant le ratio de personnels soignants, c'est l'inverse. Plus le ratio est faible, plus il tendra vers 8, plus le ratio est important, plus il tendra vers 0.

POINTS CRITERES	8	7	6	5	4	3	2	1	0
PMP	290- 267	266- 243	242- 219	218- 195	194- 171	170- 147	146- 123	122- 99	98-75
GMP	952- 882	881- 811	810- 740	739- 669	668- 598	597- 527	526- 456	455- 385	384- 314
Charge dépendance	13432- 12142	12141- 10851	10850- 9560	9559- 8269	8268- 6978	6977- 56987	5686- 4396	4395- 3105	3104- 1814
Charge dépendance modifiée	10 490- 9527	9526- 8563	8562- 7599	7598- 6635	6634- 5671	5670- 4707	4706- 3743	3742- 2779	2778- 1815
Charge de soins	6789- 6209	6208- 5628	5627- 5047	5046- 4466	4465- 3885	3884- 3304	3303- 2723	2722- 2142	2141- 1561
Charge de soins modifiée	4776- 4420	4419- 4063	4062- 3706	3705- 3349	3348- 2992	2991- 2635	2634- 2278	2277- 1921	1920- 1564
Ratios de personnels	0.08- 0.15	0.16- 0.23	0.24- 0.31	0.32- 0.39	0.4- 0.47	0.48- 0.55	0.56- 0.63	0.64- 0.71	0.72- 0.79
Ratios de personnels modifiés	0.08- 0.013	0.14- 0.19	0.20- 0.25	0.26- 0.31	0.32- 0.37	0.38- 0.43	0.44- 0.49	0.50- 0.55	0.56- 0.61

5/L'éviction des données non représentatives :

Pour certains indices de criticité, les échelles de valeur et l'attribution de points ont dû être modifiées.

- Charge de dépendance :
En attribuant le nombre de points correspondant à la charge de dépendance, il est apparu qu'elle n'était pas représentative. En effet, la quasi-totalité des données était comprise entre 0 et 2. Le point 8 (correspondant à la valeur maximale de la charge de dépendance soit 13 432) n'est apparue qu'une seule fois, immédiatement suivie du chiffre 10 489,50 (correspondant au point 6).
- Charges de soins :
Pour ce critère-là, il a fallu revoir l'intervalle. En effet, la plupart des chiffres correspondait aux points 0 et 1. Cela ne paraissant pas représentatif, il a fallu reprendre les valeurs calculées en minimum et maximum. Initialement comprises entre 1561 et 6789, cette dernière valeur était immédiatement suivie de 4776.30 (équivalente à 5 points). Celle-ci

est par conséquent devenue la valeur maximale, le chiffre 4776.30 était automatiquement placé en équivalence de 8 points. Le tout est indiqué sous l'intitulé « charge de soins **modifiée** ». Les valeurs en bleu sont celles correspondantes aux PMP manquants et n'ont pu servir à calculer le minimum et le maximum de la charge de soins.

- Ratios de personnels soignants : le même problème est apparu pour les ratios de personnels soignants. Ceux auxquels était attribué le point 0 ou 1 étaient quasi inexistantes. Pour une meilleure représentativité et nuance des points, aux ratios 0.58, 0.60 et 0.71 le point 0 a été attribué automatiquement. Le panel était alors compris entre le minimum 0.089 et le maximum 0.53 (au lieu du maximum initial 0.71). Les nouveaux intervalles sont calculés dans le tableau sous l'intitulé « ratio de personnels **modifié** ». Ce système permet aussi de ne pas « surtaxer » les ratios de personnels soignants qui sont dans la norme. La limite du point 5 est déjà fixée à 0.26.

6/Les résultats du ciblage par le total des points :

Aucun des établissements où le PMP n'est pas indiqué ne pourra faire l'objet du classement. Ces établissements sont conservés tout de même dans le tableau afin que les données soient complétées et prises en compte, dès que les informations seront transmises. Sans prendre en compte les plaintes/réclamations dont font ou non l'objet les EHPAD, le total des points calculés avec les modifications apportées est compris entre 10 et 33. Le total des points calculés sans tenir compte des modifications varie entre 11 et 33. Les EHPAD totalisant le plus grand nombre de points sont a priori, les établissements présentant le plus de risques potentiels. Les établissements sont classés en fonction de la criticité qu'ils présentent. Pour chacun d'eux, une recherche du nombre de plaintes a été effectuée.

7/Le retrait de certains établissements :

Certains établissements sont automatiquement retirés du ciblage : ceux dont les données sont manquantes, ceux devant faire l'objet d'une inspection de niveau 2, ceux ayant fait l'objet d'une inspection préventive depuis 2010.

8/La prise en compte des plaintes et signalements (source SIRCE):

Selon le modèle de Franche-Comté, le nombre de signalements ou de plaintes équivaut au nombre de points (ex : 2 plaintes ou signalements= 2 points). Après concertation avec le service inspection, il nous est apparu que c'était un facteur de ciblage beaucoup trop important comparé aux autres critères et que selon ce système il serait sous-évalué. Dans cette perspective, deux propositions ont été avancées : soit les plaintes ne sont pas

considérées, soit un nombre de points est attribué pour chaque plainte (le nombre différerait du modèle initial).

Ex : 0 plainte ou signalement=0 ou 1 plainte ou signalement=6 points ou encore 2 ou plus=8 points Ce mode de calcul a peut-être l'inconvénient de « surtaxer » ce critère.

Conclusion : le ciblage des établissements au titre de la prévention de la maltraitance sur ce modèle établi par l'ARS Franche-Comté va faire l'objet, après aval des DT d'une expérimentation. Des modifications ont été apportées mais elles restent mineures. Cette première phase mise en œuvre pour le PRIC 2013 sera suivie d'une évaluation pour le PRIC 2014. Le ciblage sera adapté en fonction de la pratique des inspections et de la pertinence du ciblage. Enfin, il est à noter que se baser sur du déclaratif peut présenter un certain nombre de limites. Des données régionales par établissement sur les plaintes et signalements faciliteront aussi le travail de recoupage.

Le travail de ciblage est important et permet de focaliser l'action sur les structures les plus à risque. Il a été décrit lors de la présentation du PRIC 2013. Les délégations territoriales ont commencé à faire parvenir la liste des EHPAD en en tenant compte. Cependant, une part d'aléatoire doit être préservée pour montrer aux établissements qu'ils sont toujours susceptibles d'être contrôlés¹¹⁴. Un même travail de ciblage n'a pu être effectué pour les établissements dans le secteur handicap. En effet, au vu des différents types de publics, de handicaps et de prises en charge, déterminer des critères objectifs applicables à l'ensemble des établissements pose grande difficulté. Après concertation avec les directions métiers et les délégations territoriales, les anomalies récurrentes dans les établissements peuvent être inscrites en priorité régionale dans le PRIC. Les inspections effectuées au titre de la prévention de la lutte contre la maltraitance et l'analyse à laquelle elles ont permis d'aboutir peuvent aussi influencer sur le devenir de la politique régionale voire nationale de lutte contre la maltraitance.

II Un outil qui peut influencer sur les divers aspects de la politique régionale de lutte contre la maltraitance

Les actions de sensibilisation et de rappel à la règle à développer auprès des établissements. La politique régionale pour lutter contre la maltraitance contient déjà des actions de sensibilisation auprès des dirigeants et acteurs de la prise en charge en institution. Entre autres, il existe des formations que l'ARS PACA et notamment le Dr Demey dispense. Celles-ci pourraient s'enrichir des conclusions mises à jour par les

¹¹⁴ Entretien avec les membres de l'IGAS.

inspections préventives en s'en faisant un point d'informations et de rappel de normes légales, réglementaires, de bonnes pratiques. Pourtant, cette proposition pose déjà la question de la connaissance de ces formations par les sujets cibles à sensibiliser et à informer : les structures elles-mêmes¹¹⁵. Préalablement au contenu, il faut par conséquent se soucier de la diffusion de l'information. A titre d'exemple, une circulaire du 15 mars 2012¹¹⁶ demande aux ARS d'organiser des journées d'informations sur la gestion du risque, notamment en matière d'infections en EHPAD. Elles ont eu lieu durant le mois de novembre sous l'intitulé « Journées qualité et efficience des soins en EHPAD, établissements de santé et à domicile »¹¹⁷. Ces journées pourraient être l'occasion de rappeler l'importance du médecin coordonnateur et de la rédaction d'un projet de soins sur l'item pharmacie, à l'occasion d'un colloque tenu par une fédération privée d'établissements médico-sociaux, le pharmacien qui collabore beaucoup avec le service inspection à rappelé les normes en matière de circuit du médicament en EHPAD. Ce type de rencontres serait aussi l'occasion d'aborder des questions de fond comme la constitution d'un CVS ou le conventionnement avec l'intersecteur en psychiatrie, deux points qui font défaut aux établissements selon l'analyse des risques. La prise en compte de la parole de l'utilisateur est inscrite au rang des priorités de l'ARS. Pour autant, elle n'est pas nécessairement mise en œuvre.

D'autres outils à destination des établissements permettent un rappel de la règle, de manière plus ciblée, cette fois-ci. Les anomalies en question n'ont aucun impact sur la gestion de l'ARS en interne et ne nécessitent pas non plus de modifier l'organisation de l'établissement. A partir de l'analyse des risques construite sur la base des rapports des inspections de 2011, certains dysfonctionnements récurrents feraient l'objet d'une **lettre-type rappelant le texte de la loi**. Il s'agirait par exemple de l'obligation de signer un protocole de signalement avec les services de l'état, de la tenue correcte des extraits de casiers judiciaires du personnel ou encore de l'inscription dans le règlement de fonctionnement de la possibilité de poursuites en cas de « *faits de violences sur autrui* ». Ces rappels à large destination pourraient ensuite faire l'objet d'un traitement individualisé au travers de conventions avec l'ARS.

A toutes les étapes de la création et du suivi des établissements, l'ARS peut insuffler de grandes orientations afin de lutter contre la maltraitance. De la planification à l'ouverture des structures jusqu'au renouvellement de leur convention, chaque étape peut faire l'objet d'une attention particulière pour prévenir des situations à

¹¹⁵ Entretien réalisé avec les membres de l'URIOPSS PACAC.

¹¹⁶ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Circulaire interministérielle du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, n°DGCS/DGCS/2012/118.

¹¹⁷ Entretien réalisé avec le responsable de la coupe PATHOS à l'ARS PACA.

risques. En effet, le dossier de demande d'autorisation contenant les documents financiers et le projet architectural peuvent permettre d'identifier en amont si les conditions de prévention contre la maltraitance sont bien remplies. Il en est de même pour la visite de conformité qui peut favoriser le repérage des risques liés à la sécurité intérieure et extérieure des locaux. En outre, comme le soutenait la mission IGAS en 2005, le conventionnement est un outil très important à mobiliser. Et pourtant, dès le départ, la contractualisation n'a pas été utilisée autant qu'elle aurait pu l'être dans le secteur personnes âgées. Le renouvellement de l'autorisation devrait lui-même être ciblé sur des points cruciaux comme le projet de soins, le projet de vie. Si les CPOM peuvent s'enrichir de l'analyse des évaluations et des inspections, l'inverse est aussi vrai. En effet, la nouvelle génération comporte une annexe qualité et intègre des indicateurs nationaux et régionaux, qui, s'ils apparaissent en anomalies serviraient de déclencheurs d'inspections.

L'analyse des risques des ESMS et le ciblage des EHPAD : des outils de partage au sein de l'agence. Ils pourraient servir d'outil à communiquer et à partager avec le service évaluation et les délégations territoriales. Les points de criticité et les clignotants sur certaines structures à risque favoriseraient un travail plus ciblé et un gain de temps. Cette démarche ne doit pour autant pas faire oublier les finalités différentes poursuivies par les deux outils. Elle pourrait s'accompagner d'une réflexion sur les systèmes d'informations. Deux grands systèmes coexistent, PLAINTES, qui comme son nom l'indique recense les plaintes et PRISME qui répertorie les cas de maltraitance en institution. Plus précisément, il comporte plusieurs modules que sont SIGNAL, qui comprend le nombre et le contenu de l'ensemble des signalements portés à la connaissance des services de l'Etat et VIGIE qui permet d'extraire des données sur la maltraitance dans les rapports d'inspection et des évaluations. Précisant pour les rapports, les différentes étapes de l'inspection, son objet et ses suites il a été mis en place depuis 2007. VIGIE identifie les principaux facteurs de risques de maltraitance. Il est par conséquent un outil de ciblage des plus intéressants et une piste à explorer tant pour le traitement des évaluations que celui des inspections. En outre, le logiciel PLAINTES ne permet pas à l'heure actuelle de recenser l'ensemble des plaintes sur un territoire donné. Il fonctionne en entrant le nom de la structure pour laquelle on souhaite vérifier si ou non il y a eu plainte. Or, à l'occasion de mon travail de ciblage et pour tout travail d'envergure départementale voire régionale, cela ne permet pas d'obtenir une vision globale et provoque une perte de temps non négligeable. Une amélioration du système d'informations PLAINTES est attendue du national.

L'édiction d'un tableau de bord partagé suivant la chaîne siège (inspection contrôle-évaluation) jusqu'aux DT donnerait une connaissance mutuelle de l'ensemble des établissements de la région. Il serait rempli en interne aux moments-clés de la vie d'une structure, de sa création, à son évaluation jusqu'au renouvellement de sa convention. A l'occasion de la réunion de cadrage sur l'évaluation, il avait été soulevé que la rédaction de ce type de tableau de bord (existant dans le champ sanitaire) est chronophage. Certes, cette tâche requiert une rigueur et du temps de travail en amont mais elle peut permettre d'en gagner d'une autre manière. Que ce soit pour l'inspection ou l'évaluation, ou au moment du renouvellement de la convention, des indicateurs faciliteraient le travail de recherche des anomalies et les points à améliorer. Par conséquent, ce suivi des établissements devrait être rempli de manière synthétique pour permettre un gain de temps. Côté service inspection-contrôle du siège, ce tableau aurait l'avantage de donner formellement l'information sur les suites des inspections.

Des liens avec les conseils généraux à formaliser et à renforcer. Le conseil général des Bouches-du-Rhône se sert des conventions tripartites (lorsqu'il y a des doutes sur la qualité de la prestation) comme critère de déclenchement d'une inspection. Les services de l'ARS rencontrent formellement les conseils généraux. Ils détermineraient ensemble quelles structures ou services présentent des défaillances dans la prise en charge de nature à procéder à une inspection de type préventif. Cela permettrait non seulement une interface essentielle pour le contrôle des structures à autorisation conjointe mais aussi d'éviter les doublons de contrôles et d'inspections. D'ailleurs, dans le plan de lutte contre la maltraitance de 2007, il était indiqué qu'un renforcement de cette politique ne pourrait se faire sans une coordination des acteurs concernés. Cette coopération doit se faire d'abord entre les services de l'Etat et les services d'aide sociale des conseils généraux.

Au niveau national, alors qu'une circulaire de 2011 de la DGCS est venue préciser les modalités d'exécution des évaluations, les rapports entre l'évaluation et l'inspection et d'autres outils n'ont pas été précisés¹¹⁸. Un cadrage national donnerait un éclairage intéressant, notamment au niveau des organisations des Agences Régionales de Santé. De même, une clarification de la doctrine de l'ANESM sur le rôle qu'elle a à jouer dans le dispositif du traitement des évaluations est à souhaiter. Un travail préalable de révision de la terminologie ne serait pas inutile. D'une part, les autorités devraient s'accorder sur le nom à donner aux contrôles de niveau 1, appelés encore enquête-flash et inspections préventives. D'autre part, les différents interlocuteurs que j'ai interrogés ont tendance à associer évaluation avec prévention des risques de maltraitance. A ce niveau, se pose

¹¹⁸ SCHAEZEL F., TREGOAT J., TISON A., 2012, *Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale*, document de travail interne, Rapport de l'IGAS n° RM2012-021P, 175 pages.

une difficulté de définition des inspections préventives. De même, venant en prévention de la survenance d'un risque, la notion semble s'apparenter à de l'évaluation. Etant donné les interrogations qu'il suscite, ce type d'outil annonce peut-être une nouvelle manière de concevoir l'inspection.

III Une préfiguration de nouvelles modalités d'inspection ?

La mise en pratique des inspections préventives interpelle un certain nombre de sujets qui concerne l'ensemble de la politique régionale de lutte contre la maltraitance. Au-delà de cet aspect, elle questionne sur le devenir de l'inspection et le rôle que l'IASS a à jouer.

A) Vers de nouvelles formes d'inspection et d'organisation ?

Face à ces contraintes, un double phénomène se produit. D'une part, l'action de l'inspection doit se concentrer sur des établissements qui présentent des risques, de maltraitance. D'autre part, et plus qu'avant, l'amélioration de la qualité et de la sécurité est vue de manière globale, l'inspection n'étant qu'un outil au même titre que l'évaluation, l'accréditation ou encore de la certification¹¹⁹, au risque de perdre sa spécificité, au risque aussi de brouiller les frontières entre ces outils différents. L'inspection est de plus en plus considérée comme un instrument dans une démarche plus globale d'amélioration de la prise en charge. La preuve en est de la construction d'outils tels que les inspections préventives qui, avec leur forme standardisée source d'économie de temps et d'agents, reflètent une tendance à vouloir contrôler un maximum d'établissements en se servant d'un contenu rédactionnel et d'une procédure minimales. Pourtant, quoique pertinente dans cette forme, la grille d'aide au contrôle n'est pas suffisante en tant que telle pour apprécier la mise en œuvre de la démarche qualité par un établissement. En effet, l'évaluation est un outil incontournable d'estimation qualitative et qui complète la vision de l'inspection¹²⁰ : Elle permet de vérifier que le service effectivement rendu à l'utilisateur est celui pour lequel il a été institué.

Ce travail interroge sur le devenir de la mission d'inspection telle qu'elle est encore pratiquée, les modalités qui seront employées et les autorités à même de l'exercer. En effet, si les inspections de type 2 réclament un temps d'inspection et de rédaction beaucoup plus important, elles permettent de garantir la sécurisation juridique et le

¹¹⁹FOURCADE M., KHENNOUF M., SCHAETZEL F., 2012, *L'évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*, Rapport de l'IGAS n° RM 2012-026P, 84 pages.

¹²⁰ Entretien avec la responsable du service qualité et sécurité des prises en charge à l'ARS PACA

cadrage de la procédure. Or, ces aspects demeurent essentiels, car effectuer une inspection peut engendrer des conséquences non négligeables, qu'il faut mesurer en amont¹²¹. L'un des niveaux d'inspection ne pourra pas remplacer l'autre, dès lors que les finalités diffèrent de manière claire.

Le renouveau de l'inspection est pensé de manière encore plus globale. La création d'une mission nationale d'inspection-contrôle est envisagée par l'IGAS¹²². Sous la même forme que la Mission Nationale de Contrôle et d'Audit des Organismes de Sécurité Sociale, elle aurait pour fonction de concentrer l'ensemble de la doctrine et des dispositifs (référentiel, tableaux de bord, fiches de procédure) utiles à l'inspection-contrôle. Un nouveau découpage territorialement pertinent serait pratiqué, les zones de défense servant de modèle. Les agents gagneraient en technicité et spécialisation, la fonction en stratégie, l'organisation en précision. Le dispositif n'est cependant pas exempt d'inconvénients, au premier rang desquels la perte de la connaissance du terrain¹²³.

Le niveau national pousse la réflexion de l'inspection jusqu'à s'interroger sur l'opportunité d'externaliser la mission¹²⁴. Pour autant, un certain nombre de mesures permettrait de garantir un contrôle de la part des Agences Régionales de Santé sur ses délégataires : un cahier des charges en amont et un contrôle du service fait pourraient en être les leviers. Cette voie me semble difficile à faire admettre vu déjà les questionnements actuels qui concernent l'opportunité d'engager sur les fonds publics des sociétés spécialisées dans l'évaluation. Le financement reposerait sur les structures, et par conséquent sur les fonds publics. Au-delà de ces aspects stratégiques et organisationnels, il n'est pas certain que les inspecteurs qui pratiquent des inspections à l'appui d'une grille trouvent le même intérêt que lorsqu'ils procèdent à des inspections de niveau 2. Ces questionnements ont l'avantage de réactualiser la question de l'inspection et des liens qu'entretient l'IASS avec celle-ci.

B) Le rôle de l'inspecteur dans cette mission encore source d'interrogations

L'enjeu n'est pas récent et les doutes eux, émis depuis des années ne semblent pas avoir été dissipés. En effet, les contraintes en termes d'effectifs et l'enrichissement des fonctions que doivent exercer les inspecteurs ne leur permettent pas toujours de

¹²¹ Réponses au questionnaire transmis aux délégations.

¹²² FOURCADE M., KHENNOUF M., SCHAETZEL F., 2012, *L'évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*, Rapport de l'IGAS n° RM 2012-026P, 84 pages.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Entretien avec les membres de l'IGAS

consacrer un temps suffisant à l'inspection. Pourtant, cœur de mission originel de l'IASS pour laquelle il est statutairement compétent¹²⁵, les chiffres de l'IGAS mettent en évidence la faible part de temps que consacrent les inspecteurs à cette mission¹²⁶: en 2011, seulement 5% sur la totalité¹²⁷. Parallèlement, poussés par les pouvoirs publics afin de garantir le service rendu à l'utilisateur, les établissements s'engagent de plus en plus vers cette démarche qualité et multiplient les outils pour y parvenir (contrôles internes, systèmes de qualité, évaluation). Cette exigence de la part des usagers sur la qualité du service rendu¹²⁸ se répercute sur les structures mais aussi sur le travail de l'inspecteur qui doit améliorer sa technicité en la matière¹²⁹. Face à de telles contraintes annexées à celle d'opérer un grand nombre d'inspections, une seule solution est apparue réalisable : cibler les inspections préventives sur la base de critères objectifs.

Pourtant, des outils comme les inspections préventives, même s'ils requièrent une certaine technicité ne devraient pas permettre de repositionner l'inspecteur dans son rôle. Face au désengagement obligé (faute de temps) des IASS, les inspecteurs désignés par le DGARS ont permis de pallier l'absence des premiers sans pour autant qu'il y ait du recrutement par voie de concours.

Bien que la notion même d'animation territoriale fasse débat et qu'elle ne fasse l'objet d'aucune définition unanime, il semble a priori que la fonction d'inspection ne soit pas du ressort de l'animation territoriale, voire s'y oppose. Cette dichotomie entre les deux permettrait de régler la question difficile de savoir si les délégations territoriales ont un rôle crucial à jouer dans la mise en œuvre des inspections. Ainsi, en conclusion de son rapport, l'IGAS interrogeait sur le devenir de la fonction inspection-contrôle comme priorité dévolue aux réseaux territoriaux¹³⁰. Pourtant, parce qu'elle est un moyen de créer du lien avec les directeurs d'établissements et qu'elle est un outil de pilotage à part entière, l'inspection n'est pas si éloignée que cela de l'animation territoriale¹³¹. Par ce biais, elle permettrait peut-être de replacer l'inspecteur au cœur de son métier.

¹²⁵ Articles L1421-1 du CSP et R1421-15 du CSP

¹²⁶ « 20 ans et nos VIIe Journées Professionnelles 15 et 16 décembre 2011 : IASS 2012 : prendre notre place dans la nouvelle gouvernance de l'Etat », *IASS la revue*, n°71/mars 2012, pp22-23.

¹²⁷ Par comparaison, le temps moyen que les MISP consacrent à l'inspection est de 15%, les PHIS 42% et les agents du service environnement, 30%.

¹²⁸ CHAUVIERE M., 2003, « La loi de rénovation sociale restituée à son contexte », *Les cahiers de l'actif*, n°330-331.

¹²⁹ FOURCADE M., KHENNOUF M., SCHAETZEL F., 2012, *L'évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*, Rapport de l'IGAS n° RM 2012-026P.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Réponse au questionnaire transmis aux délégations territoriales.

Conclusion

Travailler pour le service inspection contrôle de l'ARS PACA à la construction d'outils et à l'analyse de l'outil « inspections préventives » m'a permis de concevoir les enjeux plus généraux d'organisation et d'orientations politiques que cette question sous-tend. Mon travail a tenté de répondre à la démarche d'amélioration qu'a voulu entreprendre le service inspection-contrôle. Ses représentants ont bien conscience que l'outil qu'ils utilisent pour les inspections préventives et les résultats qu'ils pourraient en tirer méritent une attention réelle. Il va sans dire que ce travail que je peux fournir se veut applicable de manière concrète mais ne peut prendre en compte l'ampleur des contraintes que peuvent subir les directions métier et délégations territoriales de l'ARS PACA. Sans être déconnectée de la réalité, les analyses et les préconisations que je formule doivent être entendues comme une feuille de route.

Fondamentalement, l'instauration d'un tel outil est déjà manifeste de la nécessité de faire évoluer la pratique. Les réticences sont sans doute liées aux résistances qu'opposent certains agents à des changements inéluctables (diminution du nombre d'agents, augmentation du nombre des structures et de l'exigence en matière de qualité). Pour autant, les interrogations qu'il suscite et la volonté constante de l'équipe inspection contrôle de l'adapter sont un gage de son appropriation.

Dans un second temps de maîtrise de l'outil, pourrait se poser la question des inspections auprès des services à domicile. La maltraitance est loin d'y être absente, mais les modalités de réalisation des contrôles diffèrent. D'un côté, un domicile ne doit pas être perçu comme une structure de prise en charge : tout est lié à l'environnement, le lieu d'habitation de la personne, l'architecture de sa maison, la présence de son entourage. D'un autre côté, ce type de services a des moyens d'intervention qui lui sont spécifiques. Doivent être pris en compte les temps de déplacement et de soins qu'ils consacrent aux personnes. Une nouvelle grille adaptée aux services à domicile peut être une perspective d'évolution de l'outil et de prise en compte de la politique de lutte contre la maltraitance de manière globale.

Un certain nombre de freins se sont posés lors de l'élaboration de mon travail. La gestion problématique de l'évaluation des établissements médico-sociaux m'a empêché d'avoir une vision parallèle des deux démarches. En outre, l'ensemble des délégations territoriales n'ayant pas répondu à mon questionnaire, je n'ai pas eu la vision globale de terrain.

Ce sujet très intéressant interroge indirectement sur le devenir de la mission d'inspection contrôle pour l'IASS que je suis. Me permettant de comprendre quel outil précieux, l'inspection peut être dans la mise en œuvre d'une politique nationale ou régionale, ce travail m'a aussi fait toucher du doigt les limites concrètes qui empêchent les inspecteurs d'en réaliser.

Dans l'actualité, deux rapports très récents l'un issu de l'Inspection Générale des Finances, l'autre du Conseil d'Etat s'interrogent sur le devenir des agences comme celle ayant trait à l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM). La principale critique à son encontre est sa taille insuffisante pour lui permettre d'exercer sa mission de manière efficiente. Selon ce même rapport, ses fonctions feraient doublon avec celles de l'Agence nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux voire de la HAS. Etant donné le coût en termes de moyens humains et financiers de telles structures, elles pourraient se voir englobées dans une entité plus importante. Le rapport avec l'inspection comme outil de lutte contre la maltraitance peut sembler lointain, pourtant il existe. Une telle restructuration pourrait avoir des conséquences non négligeables sur l'évolution de la démarche qualité entreprise dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, les Agences Régionales de Santé attendent de l'ANESM qu'elle conduise la doctrine sur ce point et qu'elle établisse un référentiel national d'indicateurs sur la bientraitance.

Bibliographie

- **Réglementation :**

-AGENCE REGIONALE DE SANTE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR, 2012-2016.
Projet Régional de Santé PACA [en ligne] disponible sur internet :

<http://www.ars.paca.sante.fr/Internet.paca.0.html>

-AGENCE REGIONALE DE SANTE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR. Fiche action :
repérage et prévention des risques de maltraitance des personnes âgées dans les
institutions.

-DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE DU PERSONNEL ET DU BUDGET.
Note d'orientation sur la stratégie et la méthodologie de renforcement des fonctions
d'inspection déconcentrées dans le domaine sanitaire et social [en ligne]. Bulletin officiel,
n°99-173 du 18 mars 1999 [visité le 26.12.2012], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-17/a0171138.htm>.

-DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. Instruction ministérielle du 22 mars
2007, relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre
la maltraitance [en ligne]. Bulletin officiel, n°2007-112 du 22 mars 2007 [visité le
26.12.2012], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110073.htm>

-MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE. Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002
rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002, 124.

-MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975
relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel, 1^{er} juillet 1975, 6604.

-MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE. Loi n° 2005-102 du 11 février
2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des
personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005, 2353.

-MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES HANDICAPEES.
Décret n°2004-287 du 24 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et autres formes
de participation à l'article L311-6 du CASF. Journal d'officiel n°74 du 27 mars 2004,5909.

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007
fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des
prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel
n°113 du 16 mai 2007, 9373.

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret du 12 mars 2007 n°2007-
330 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance

des personnes âgées et des adultes handicapés. Journal officiel n°61 du 13 mars 2007, 4756.

-MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. Instruction ministérielle relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance[en ligne] n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 [visité le 26.12.2012], disponible sur internet :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/10/cir_31932.pdf

-MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009, 12184.

-MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA SANTE. Circulaire relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS [en ligne]. Bulletin officiel, n° DGCS/2010/254 du 23 juillet 2010 [visité le 26.12.2012], disponible sur internet

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0045.pdf

- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE. Circulaire DGAS [en ligne]. Bulletin officiel, n° DGAS 2008-316 du 15 octobre 2008 [visité le 26.12.2012], disponible sur internet :

<http://www.legislation-psy.com/spip.php?article2088>.

-MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA SANTE. Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Bulletin officiel, n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 [visité le 26.12.2012], disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0073.pdf

- **Plans et rapports:**

-ANESM, 2012, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles « l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes*, [visité le 27.12.2012], disponible sur internet :

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article551>.

-ANESM, 2010, *Bientraitance. Analyse nationale 2010. Déploiement des pratiques professionnelles en établissements pour personnes âgées dépendantes*, rapport.

- AGENCE REGIONALE DE SANTE-OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE, 2010, *Etat de santé et inégalités territoriales en région PACA. Document préparatoire du PRS pour l'ARS PACA*, 123 pages.
- BAS P, 2007, *Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de lutte contre la maltraitance*, rapport du Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 30 pages.
- BAS-THERON F., BRANCHU C., 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*, Rapport IGAS n°2005-179 [visité le 27.12.2012], disponible sur internet :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000352/index.shtml>.
- CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, 2006, « *L'EHPAD pour finir de vieillir* »-Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique-Etude réalisée par le Centre d'analyse stratégique, Ed. Fondation Maison des sciences de l'Homme, 565 pages.
- COMITE DE PILOTAGE DE « L'OPERATION POUPONNIERE », 1997, *L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la documentation française.
- COMITE NATIONAL DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ET ADULTES HANDICAPES, 2008, *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthodes, repères, outils*, [visité le 27.12.2012], disponible sur internet :
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_gestion_des_risquesPAPHetab__2_.pdf
- DE TRENQUELLEON C., 2009, *La définition d'une stratégie nationale d'inspection, de contrôle et d'évaluation dans le cadre de la constitution des ARS*, Rapport IGAS n°2009-042.
- FOURCADE M., KHENNOUF M., SCHAETZEL F., 2012, *L'évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social*, Rapport de l'IGAS n° RM 2012-026P, 84 pages.
- LINSOLAS R., 2010, *L'organisation de la fonction inspection-contrôle-évaluation dans le cadre de la constitution des ARS*, Rapport de l'IGAS n° RM 2010-011P.
- SCHAETZEL F., TREGOAT J., TISON A., 2012, *Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale*, document de travail interne, Rapport de l'IGAS n° RM2012-021P, 175 pages.

- **Guides :**

- AMYOT J., 2010, *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*, Paris, Editions Dunod, 175 pages.

-BLAEVOET JP., CROGNIER P., 2009, *Prévenir la maltraitance en institution : Guide de bonne pratiques*, Paris, Editions Dunod, 243 pages.

-DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, 2002, *Guide de repérage des risques de maltraitance*, [visité le 28.12.2012], disponible sur internet :

<http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Ressources-documentaires/Recommandations-guides-methodologiques/Bienveillance-maltraitance/DGAS2002-Guide-de-reperage-des-risques-de-maltraitance-et-de-violence-dans-les-ESMS,i10228.html>.

-FORAP-HAS, 2012, *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, Le déploiement de la bientraitance*, Groupe bientraitance FORAP-HAS, [visité le 27.12.2012], disponible sur internet :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022534/bilan-des-travaux-forap-has-et-recensement-des-besoins-dans-les-etablissements-de-sante-et-ehpad-de-six-regions-francaises?portal=c_63456.

-LENOIR C, LEFEUVRE K., VALLET G, 2011, *Guide de gestion des réclamations*, 68 pages [visité le 27.12.2012], disponible sur internet :

http://www.lamaisondelautonomie.com/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=707&Itemid=66.

• **Articles de revues :**

-BAUDURET J.-F., GUILLER A., 2012, « Les dix ans de la loi du 2 janvier 2002 : les directeurs dressent le bilan », *Actualités Sociales Hebdomadaires* n°2767, pp 34-43.

-BERHAULT-RAVAUDET C., FRIOT V., GUILLOU B, et al., 2007, « Numéro spécial inspection », *IASS la revue*, n°54/55, pp1-100.

-BOIFFINA., BECK H., 2010, « Souffrances et maltraitements : ressemblances et dissemblances », *Gérontologie sans frontières*, n°155, pp17-19.

-BONNET-GALZY M., VEDEAU-ULYSSE M., LORENZI J., et al., 2001 « Numéro spécial inspection », *IASS la revue*, n°34, p1-88.

-BOUKELAL A., 2008, « A propos de la recommandation de l'ANESM sur la mise en œuvre de l'évaluation interne : entre continuité et rupture », *Les cahiers de l'Actif*, n°382 à 385, pp261-267.

-CHAUVIERE M., 2003, « La loi de rénovation sociale restituée à son contexte », *Les cahiers de l'actif*, n°330-331, pp13-26.

-CHICLET P., 2003, « L'évaluation : un chemin balisé témoignage d'une pratique de terrain », *Les cahiers de l'actif*, n°330/331, pp83-91.

-COULANGE C., 2010, « Maltraitance et vulnérabilité : les aspects juridiques », *Gérontologie sans frontières*, n°155, pp9-11.

- DAPONTE S., décembre 2010/janvier 2011, « Mieux gérer le risque de maltraitance en EHPAD », *Travail Social Actualités*, n°18, p 46.
- GARENNE R., 2003, « Analyse des dispositions nouvelles de la loi de rénovation de l'Action sociale », *Les cahiers de l'actif*, n°330/331, pp27-45.
- LAFORCADE M., 2003, « L'Évaluation et la démarche qualité face au défi de la complexité », *Les cahiers de l'actif*, n°330/331, pp71-82.
- LEBLANC G., DUMAY M.-F., MOULAIRE T, et al., décembre 2011, «La gestion globale des risques : échanges de savoir-faire entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.8 n°4, pp253-26
- MOULIAS R., 2010, « Prise de conscience de la maltraitance et naissance d'ALMA », *Gérontologie sans frontières*, n°155, pp3-4.
- PLATEFORME DE PROPOSITIONS, 2005, « Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale : des acteurs forts d'un état en redéfinition » *IASS la revue*.
- ROUX M.-A., 2004, « L'évaluation de la qualité dans le champ social et médico-social : regard analytique sur le contexte conceptuel et représentationnel », *Handicap : revue des sciences humaines et sociales*, n°101-102, pp115-129.
- « Dossier : le contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux » *Revue de droit sanitaire et sociale*, mai-juin 2010 n°3, pp 403 à 462
- « 20 ans et nos VIIe Journées Professionnelles 15 et 16 décembre 2011 : IASS 2012 : prendre notre place dans la nouvelle gouvernance de l'Etat », *IASS la revue*, n°71/mars 2012, pp22-23.
- « Maltraitance/bienveillance », *Gérontologie sans frontières* n° 156-15 octobre 2010
- « Violence et maltraitance dans les établissements de soins : en prendre conscience pour les éviter »-*La revue Prescrire*, n°2011/10, pp776-781

- **Sites internet :**

- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Personnes âgées* [visité le 26.12.2012], disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article209>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Le site santé du ministère des affaires sociales et de la santé* [visité le 26.12.2012], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/le-ministere.html>.
- ANESM. *Recommandations de bonnes pratiques* [visité le 27.12.2012], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=10.
- ANESM. *Evaluation externe* [visité le 27.12.2012], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=170.
- URIOPSS PACAC, *Unir les Associations pour développer les solidarités en Provence-Alpes-Côte d'Azur* [visité le 27.12.2012], disponible sur internet : <http://www.uriopss-pacac.asso.fr/>.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : grille d'entretiens type

ANNEXE 2 : résumés des entretiens

ANNEXE 3 : questionnaire transmis aux délégations territoriales

ANNEXE 4 : compte-rendu de la réunion de cadrage avec les délégations territoriales sur l'évaluation

ANNEXE 5 : analyse des risques par type de public pris en charge

ANNEXE 1 : grille d'entretiens type

ENTRETIEN TYPE

1/les notions générales

- définitions d'évaluation, inspection, contrôle?
- quels sont les liens entre évaluation et inspection ?
- quels sont, selon vous les avantages et les inconvénients de l'inspection par rapport à l'évaluation, la certification ?

2/les enquêtes flashes-le processus

- utilisez-vous une grille d'inspection pour les enquêtes flash ? Est-elle différente selon qu'il s'agit d'établissements recevant des PA et des PH ?
- étant donné le nombre d'ESMS en PACA, comment cibler les inspections de niveau 1?
- avez-vous procédé à une analyse des risques ?

3/ la démarche d'évaluation

- les dysfonctionnements relevés dans le cadre de l'inspection et de l'évaluation pourraient-ils être un outil pour conclure les conventions tripartites ?

3/les relations CG/ARS

- un travail conjoint CG serait-il envisageable ?
- Y aurait-il un avantage à faire coïncider ou au contraire les items de l'évaluation et de l'inspection, un risque ?
- la construction de l'analyse des risques doit-elle être partagée avec l'ARS ?

4/ le bilan

- quel bilan faites-vous de ces inspections de type 1 ?
- est-ce un outil adapté à la lutte contre la maltraitance ?

5/ l'organisation de l'ARS PACA

- un service régionalisé ? Que pensez-vous du choix organisationnel de l'ARS PACA de séparer l'inspection-contrôle de l'évaluation ?

6/L'avenir de l'inspection

- selon vous, l'inspection fait-elle partie de l'animation territoriale ? Les DT pourront-elles continuer d'en faire ?
- l'évaluation permet-elle de pallier l'insuffisance des inspections ?
- l'inspection est-elle un outil réel aux mains de la politique régionale de l'ARS ?

ANNEXE 2 : Résumés des entretiens

Résumé de l'entretien avec Brigitte MASINI, responsable du service qualité et sécurité des prises en charge à l'ARS PACA, le 10/10/2012

Concernant la maltraitance, il faut les deux outils. La maltraitance peut être le fait d'un accident dû à un personnel par exemple ou être un problème beaucoup plus institutionnel. L'évaluation par rapport à l'inspection a l'avantage d'aller plus loin car ne sert pas qu'à conclure à la conformité ou non par rapport aux normes réglementaires. L'évaluation sert à mesurer si le service rendu correspond à ce pourquoi l'ARS autorise et tarifie. L'évaluation n'emporte pas nécessairement moins de conséquences pour l'établissement. Si l'évaluation est mauvaise, il ne faut pas renouveler l'autorisation, ce qui s'est déjà produit pour l'évaluation des réseaux de santé. Les évaluations internes servent beaucoup aux établissements. Le rôle du siège est politique. Il doit venir en appui des DT pour faire un accompagnement des établissements qui posent souci. Les auditeurs externes vont s'appuyer sur l'évaluation interne des établissements et construire une méthodologie à partir de là. Pour le domaine médico-social, il y a plusieurs types d'évaluation (formulaire d'auto-évaluation, anciens outils d'évaluation en lien avec les conventions tripartites). Y compris pour les évaluations internes, ils peuvent faire appel à un cabinet d'audit. En même temps, il se peut qu'un établissement respecte les normes et ait une mauvaise évaluation, l'inverse aussi est vrai. C'est très rare mais ça peut arriver. La différence c'est que l'inspection intervient sur le champ de la maltraitance alors que l'évaluation opère sur le domaine de la bientraitance. L'évaluation vient en amont de la survenance des risques. L'OMEDIM se situe dans le service évaluation PACA pour promouvoir, évaluer la qualité du circuit du médicament, et des bons usages. L'évaluation ne signifie pas qu'il n'y a pas de sanctions. Pour certains ES, le contrat de bon usage est annexé au CPOM et s'il n'est pas respecté, il peut y avoir des sanctions financières. Dans le sanitaire, le contrôle est obligatoire : le ciblage s'effectue sur l'ensemble des évaluations dont l'ARS dispose (HAS, indicateurs qualité...). Le tableau de suivi est rempli par les différents acteurs et demande un investissement en temps très important. L'ANESM est en phase 0, il n'y a pas encore l'ancienneté suffisante pour avoir une vision globale. L'absence d'indicateurs nationaux obligatoires est aussi un frein. Un référentiel national est indispensable. La HAS en est, quant à elle à sa troisième version de certification. A chaque fois, les références augmentent. L'ANESM n'a pas le recul suffisant. En médico-social, il existe les mêmes carences qu'en sanitaire et qui sont dans ce domaine exacerbées. Pour les EHPAD, des indicateurs au sujet des infections associées aux soins, les mesures de lutte contre la douleur et le dépistage de troubles de dénutrition. En sanitaire, il y a un gros travail de préparation, et d'allers-retours matérialisés par des fiches d'interface entre les établissements, la HAS et l'ARS. Sur ces

Sarah BONNAURE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2013

fiches navettes, les établissements et l'ARS renseignent, puis l'agence l'envoie à la HAS. Transposer cette méthode serait très lourd, il y a 1350 ESMS en PACA. Tout dépend du rôle qu'on veut assigner aux ARS. Les évaluations ne sont pas effectuées par les ARS. La procédure de certification est mise en œuvre par les experts visiteurs, qui sont formés par la HAS. Ils sont indépendants (il s'agit d'un EP) des établissements qu'ils certifient. Le ciblage pourrait s'effectuer à partir des évaluations externes et non des auto-évaluations. Cibler les inspections à partir de l'évaluation c'est un moyen, mais qui ne doit pas être systématique car l'évaluation est fonction de la transparence de l'établissement et de la bonne foi des auditeurs, payés par les établissements. Pour cibler les établissements, le service IC doit utiliser un faisceau d'indices, car un seul critère est insuffisant. L'accompagnement ou l'opportunité d'une inspection se ferait si l'évaluation est mauvaise ou si l'évaluation ne coïncide pas avec l'appréciation qu'en a la DT. Dans le service évaluation, on ne gère pas le signalement d'évènements indésirables mais la mise en place du dispositif de signalement. Le signalement ne doit pas être sanctionné par une inspection, sinon les établissements ne feront plus la démarche. Il faut plutôt accompagner l'établissement pour que cela ne se renouvelle pas. Même si les services inspection et évaluation ne sont pas dans le même service, dans les faits le service inspection peut prendre des informations dans le tableau de bord et interroger les agents du service évaluation. De nombreuses inspections sont réalisées avec les experts (infections nosocomiales, lutte contre la douleur) qui travaillent dans le service évaluation. Si l'ARS PACA veut accompagner les établissements dans une démarche de qualité au travers de l'évaluation, elle doit se donner les moyens d'accomplir cette mission. Il y a un énorme travail à fournir pour traiter l'information contenue dans les évaluations et les rapprocher d'autre comme les conventions. Si elle ne peut fournir ce travail, l'ARS devrait se cantonner aux missions régaliennes. L'ARS ne fait plus d'évaluation à proprement parler pour les établissements sanitaires mais elle doit compiler l'ensemble des informations qu'elle reçoit afin d'en dégager les moyens de cibler et de faire le suivi de ces établissements. La question essentielle est de savoir où on met les efforts. C'est un choix à opérer entre l'inspection et l'évaluation. Or, un tableau de suivi c'est très lourd à faire.

Résumé de l'entretien avec Joël JACQUES, chargé de mission de l'évaluation des ESMS de l'ARS PACA, le 30/08/2012.

Les MRIICE n'étaient pas la priorité. En PACA, il y a eu une volonté de mettre en place un IGAS régional, des inspecteurs dédiés à la mission d'inspection. Mise en place d'un service qualité qui vérifie un certain nombre d'indicateurs (le taux de maladies nosocomiales, qualité des soins, qualité de l'accueil) comme indicateur de la qualité de la

sécurité des soins. La bientraitance c'est la prise en compte de l'humanité, issu des mouvements féministes. La notion de care est liée à la notion de bientraitance. L'ANESM n'est pas une administration d'Etat mais une agence, en ce sens elle e peut faire que des recommandations. L'inspection est le seul outil réellement contraignant, alors que l'évaluation est un outil de prévention entre les mains de l'établissement. Pouvoir de conseil, de constat mais pas de pouvoir de police.

Résumé de l'entretien avec Mme Dominique ORSINI, ancienne responsable du service régulation budgétaire PA au département offre médico-sociale à l'ARS PACA du 31/08/2012

Le secteur médico-social par rapport au secteur sanitaire est très différent. L'action du médico-social vise à compenser la perte d'autonomie dont les causes sont multiples. On doit leur organiser un projet de vie qui soit respectueux de leur individualité. Ce sont des durées de prise en charge longues, et plusieurs acteurs interviennent comme les conseils généraux. La politique de la bientraitance doit imprégner l'ensemble des outils dont disposent les ARS. Il faut une bonne planification de l'offre, une allocation des ressources équilibrée, et une politique d'inspection adéquate. Les moyens dont dispose l'agence sont multiples pour vérifier que les établissements sont dans une telle démarche. L'autorisation correspond à un cahier des charges pour le directeur. L'évaluation doit être réintégrée dans les conventions tripartites : l'établissement choisit le niveau de la qualité de la prise en charge. Il doit se conformer aux objectifs qu'il s'est assigné. Ca force un établissement à se poser des questions sur sa manière de fonctionner. Les conséquences en termes de fermeture resteront marginales. La maltraitance va très vite. Il faut une vigilance constante. L'association conseil général-inspection est indispensable. Par rapport à l'inspection, l'évaluation est le nouveau lien que l'autorité de tutelle doit développer. La démarche est positive. Les causes de la maltraitance peuvent aussi être le fait de l'organisation régionale de la prise en charge, et du manque de moyens alloués aux établissements. La contractualisation est la démarche qui suit l'évaluation. Le problème est que tous les établissements ne sont pas sous convention (secteur PH). Un établissement qui ne veut pas entreprendre une démarche qualité constitue une suspicion de mauvaise gestion. L'évaluation est plus un outil de la structure que de l'agence.

Résumé de l'entretien avec le docteur Michel DEMEY, responsable de la coupe PATHOS à l'ARS PACA, le 03/11/2012.

M. DemeY est responsable des coupes PATHOS des EHPAD. Il est la seule personne qui valide à l'ARS sur ce champ, source selon lui de sécurité car la coupe est très

interprétative et beaucoup de conséquences financières en découlent. Le nombre d'établissements est de 600 sur la région, soit 8 à 10% du nombre sur la France entière. L'outil a débuté en 2006-2007 et est décrit tous les ans dans une circulaire budgétaire annuelle. En 2012, la sélection des établissements à pathosifier était ceux sous vide conventionnel et ceux sous-dotés. 66 EHPAD ont fait l'objet de la coupe. Les inspecteurs tarificateurs vont pouvoir calculer la Dotation Soins à partir de là. Le calcul correspond à $DS = (PMP * 2.59 + GMP) * \text{capacité utilisée} * \text{Unité tarifaire de l'établissement}$.

M. Demey a participé au ciblage des établissements en 2010 et 2011. Il a sélectionné les EHPAD dotés normalement pour ne pas que ceux-ci rétorquent qu'il existait un financement insuffisant. Afin d'améliorer les grilles d'inspection, M. Demey préconise d'interroger les familles et les résidents qui sont les premiers concernés. S'il y a un mécontentement général, il existe un problème. L'évaluation concerne un plus grand nombre d'établissements. Les évaluations pourraient déboucher sur de l'inspection. Les items que devraient être comprises dans l'évaluation devraient concerner la partie architecture, la partie sécurité (incendie, vie quotidienne, escaliers pas sécurisés), lutte contre les infections (hygiène des mains, médecine du travail, vaccinations du personnel), gestion des urgences et des soins. Des questionnaires pourraient être traités grâce à la base de données SOLEN qui effectue des calculs de données automatiques. Les pouvoirs publics incitent à prendre en compte dans les conventions tripartites la qualité de la prise en charge. Il existe trois sources de financement mais tout est interdépendant. Pour les personnes âgées, tout est source de décompensation. Une circulaire du 30 mars 2012 oblige les ARS à organiser des journées de formation et informations sur la question de la gestion du risque en EHPAD. Elles se dérouleront tout le mois de novembre sous l'intitulé « Journées qualité et efficience des soins en EHPAD, établissements de santé et à domicile ». Pour les SSIAD, utiliser la même grille que celle des EHPAD n'est pas pertinent. Tout est lié à l'environnement, le lieu d'habitation de la personne, l'architecture de sa maison, la présence de son entourage. C'est lié aussi aux SSIAD, aux temps de déplacement, de soins qu'ils consacrent aux personnes. Ils n'imposent pas la prise en charge tandis que les établissements oui. Il faudrait par conséquent une nouvelle grille spéciale à la prise en charge par les SSIAD. Le même problème se pose pour les établissements PH. Si le déficit est différent, la prise en charge aussi, et le contrôle de même.

Résumé de l'entretien avec M. Olivier DELEYDI, responsable du service personnes âgées au Conseil Général des Bouches-du-Rhône (13), le 18/10/2012.

Le CG13 effectue des contrôles qualité des établissements qu'il tarifie au moyen d'une grille, plus qualitative que celle de l'ARS. C'est un médecin qui fait une demi-journée d'inspection. Cette pratique date de vingt ans.

Les personnes âgées, les personnes handicapées et l'ASE sont de la compétence du conseil général mais depuis la loi de 2002, la compétence est partagée et cela pose un problème de coordination. Il y a trois niveaux selon la gravité des dysfonctionnements :

→niveau 1 : manquements pas trop graves

→niveau 2 : faits marquants avec injonctions

→niveau 3 : injonctions sur faits graves (surcapacité en nombre de résidents)

La maltraitance en institution reste exceptionnelle. Elle se manifeste plus à domicile qu'en établissement. C'est la difficulté de ce domaine, savoir ce qu'il recouvre et de quelle manière il va se manifester en inspection. C'est pour cela qu'il faut utiliser un faisceau d'indices. Sortis de leur contexte, tout fait peut être considéré comme maltraitant. C'est l'exemple du tutoiement. Il faut faire un tri des plaintes qui arrivent, les recouper avec d'autres s'il y en a eu. L'évaluation se manifeste à l'occasion du contrôle des conventions tripartites et elle peut déboucher sur un contrôle. Elle peut être aussi le point de départ d'une négociation. Le problème de l'évaluation interne c'est qu'on est juge et parti. L'évaluateur externe est choisi et financé par l'établissement, le même problème se pose. Ce système peut avoir un effet pervers. Dès qu'il y a un fait de signalement ou de plainte mais on se situe alors en dehors de la commission des plaintes, une inspection peut être diligentée. Le contrôle sur la demi-journée permet d'avoir une photographie en dehors de la procédure commune de l'inspection comme elle est pratiquée en ARS. Le ciblage en CG 13 est aussi devenu nécessaire : le service d'aide social se réunit pour désigner les établissements qui vont faire l'objet d'une inspection. Les critères sont soit un contrôle au bout de six, huit mois d'ouverture, soit une convention tripartite (lorsqu'il y a des doutes sur la qualité de la prestation), soit pas d'information sur l'établissement.

Le plus souvent, lorsqu'il y a mauvaise gestion, cela impacte sur le niveau de prise en charge. Le CG effectue des contrôles dans le cadre de la tarification sans qu'il y ait forcément d'inspection. Pour les contre-visites ou les inspections plus poussées, le CG associe le plus souvent l'ARS. En 2006-07, le président du Conseil Général a voulu que l'ensemble des établissements soit contrôlé en un an (plus de 200 en Bouches-du-Rhône). La grande majorité s'est située en niveau 1, une trentaine en niveau 2 tandis que le niveau 3 concernait une grosse dizaine. Depuis, la totalité de ces niveaux 3 ont été soit vendus, soit fermés, soit rachetés et reconstruits. Malgré cette vision d'ensemble, les choses se dégradent très vite et non le contraire. Une vingtaine par an est contrôlée (32 en 2009, 21 en 2011). Les évaluations doivent nourrir les conventions que ce soit les CPOM ou les conventions tripartites. Tout dépend de la précision des items de la grille. Au CG, sont utilisées des grilles très détaillées mais qui évaluent la qualité puisque

l'inspecteur doit formuler une appréciation sur la qualité (ex : les chambres sont : propres, agréables, bien équipées). Ils permettent de désamorcer des situations qui pourraient conduire à terme à des problèmes de maltraitance (ex : le signalement des chutes dans le cahier prévu à cet effet). Ce type de contrôle permet de vérifier ces procédures-là. Il permet aussi au directeur de prendre conscience de l'existence de ces pratiques. Le travail de coordination avec l'ARS et le service inspection-contrôle est initié mais demeure de personne à personne. Le CG13 travaille aussi avec les DT. Le CG assiste aux commissions des plaintes. Globalement, il existe une bonne entente entre les services du CG et de l'ARS. Le niveau d'échelon peut poser un problème. Le CG sent une certaine inertie de la part de l'ARS compte tenu de la lourdeur de la machine. L'avantage de ce service inspection-contrôle est qu'il a beaucoup de latitudes et de possibilités. L'inconvénient c'est qu'ils n'ont pas forcément de médecins à leur disposition et que les médecins du CG13 ne souhaitent pas travailler avec l'ARS. Au CG13, ce sont les mêmes personnes qui tarifient, qui programment et qui contrôlent. On a demandé à M. Deleydi s'il ne souhaitait pas mettre en place un service dédié à l'inspection à cause de la double casquette. Lui, a estimé que ceux qui tarifient doivent contrôler. Ils ont une trop bonne connaissance des établissements, c'est une compétence qu'il serait dommage de ne pas utiliser.

Résumé de l'entretien avec Mme Anne TISON, adjointe au chef de mission de la Mission Méthodologie et Performance et M. Jean-Jacques TREGOAT, Inspecteur Général des Affaires Sociales, Paris, le 20 /09/2012.

La norme ISO17020 : la quasi totalité des principes coïncident avec les préconisations de l'IGAS. Seuls trois ou quatre points ne conviennent pas. Des principes comme l'indépendance, l'intégrité, la déontologie. L'objectif initial des enquêtes flash : ne pas dérouler toute la batterie, permet un gain de temps et d'ETP, permet d'aller sur les établissements invisibles. Attention, le gain de temps ne doit pas s'affranchir d'une préparation suffisante de l'inspection. En effet, plus qu'aucune autre, c'est la préparation de l'inspection qui doit être effectuée de la manière la plus complète et transversale possible. Le nombre d'établissements a augmenté comme le champ du contrôle, les secteurs d'activités et la complexité augmentent.

La Mission Méthodologie et Performance : Maryse Fourcade est la coordinatrice. Elle prend la suite de la MAFI. Une mission permanente : l'IGAS travaille en collaboration avec le secrétariat général pour la progression et l'évaluation des politiques publiques au niveau national. Leurs missions consistent en l'édition des Orientations nationales de contrôle, l'animation de l'inspection contrôle en région et l'appui méthodologique des DR, DD, ARS. Cet appui méthodologique se concrétise par la diffusion de guides de bonnes

pratiques (en IC → le premier tome comportait le référentiel juridique, et le second retrace la méthodologie). Mme Tison est en train d'élaborer le guide de contrôle des établissements sanitaires. Sa particularité est d'être destinée tant aux inspecteurs qu'aux établissements hospitaliers, eux-mêmes. La multiplicité des agences pose question (ANESM, HAS, ANAP). La question se pose de les mutualiser. L'évaluation n'est pas un écart à la norme. Les deux ne poursuivent pas la même finalité. Quel corps fait de l'évaluation ? La prérogative des IASS en matière d'évaluation est très spécifique. L'évaluation et l'inspection ne recouvrent pas le même champ. Y compris pour les inspections préventives, les structures doivent prioriser sur les établissements dits sensibles, c'est-à-dire avec des clignotants, mais toujours conserver une part d'aléatoire.

Le préfet utilise la technique des trois tiers :

- sur plaintes
- sur signalement/ clignotant
- de manière aléatoire

Le ciblage des risques en EHPAD a déjà été effectué en Franche-Comté par M. Frédéric Pascal. La part d'aléatoire est primordiale pour montrer aux établissements qu'ils peuvent toujours être inspectés. Le ciblage thématique n'est pas forcément approprié puisqu'il peut faire passer à côté des choses cruciales. Au contraire, il est préférable d'élargir le prisme plutôt que de le réduire. C'est l'exemple du financier, qui est très important au niveau des EHPAD et dont les conventions tripartites peuvent servir d'indicateurs. Les évaluations doivent nourrir les conventions que ce soit les CPOM ou les conventions tripartites. C'est le risque de ce genre de l'outil grilles et de ce type d'inspections c'est d'être centré sur des points précis sans avoir une vue globale et d'ensemble de l'établissement au risque de passer sur des points importants. Il faut se rapprocher des CG pour faire conjointement des inspections et trouver des clignotants. Il faut envisager des réunions avec les partenaires et identifier les items communs et ceux propres à chaque structure d'inspection. Un travail a posteriori pourrait être entrepris, mais il faut tenir compte des particularités de chacun, des missions spécifiques. Le retour se fait auprès de l'IGAS qui en analyse le contenu et les décline lors de la programmation à l'année N+1 en orientations nationales de contrôle. Le plus important est la préparation de l'inspection. L'idéal serait une carte d'identité des établissements avec les données HAS, les plaintes, renseignés par les différents services. La vraie question est quid de la commission des suites pour les préconisations. Une inspection n'a d'impact que si les inspecteurs vont vérifier sur place que les injonctions sont bien suivies. C'est d'abord un problème de taille de région. Dans les régions comme PACA, Ile-de-France, ou Rhône-Alpes, une organisation régionale est la plus adaptée comme pour certaines régions de type coopératif comme la Bretagne. D'autres régions ont une taille critique (la Normandie). Le niveau régional avec une structure forte qui fasse stratégie, mais qui ne

doit pas être déconnectée de l'opérationnel. Le premier stade c'est l'information, le deuxième niveau, c'est la programmation (PRIC). Le dernier stade sera un niveau coordonné d'inspections. Il faudra, pour cela, une organisation réfléchie et multi-partenariale. Le PRIC est un outil fondamental pour poser une stratégie. S'il n'existe pas de structure dédiée par rapport au niveau décisionnel, il n'y aura pas de bonne définition de stratégie. Mais l'inspection ne doit pas être déconnectée du terrain, c'est le cas de îles notamment avec ses problèmes de déplacement, et d'effectifs réduits. Dans ces territoires où le niveau régional ne peut piloter cette mission, il faut penser à une structure interrégionale, cela, surtout pour les DRJSCS. Mais auparavant, il faut avoir pensé le niveau régional. Les tableaux de bord (2 en Bretagne) sont indispensables pour faire le suivi des inspections et comptabiliser le temps de travail. Ils serviront à tirer des conséquences. La structure régionale n'est pas obligée de faire de l'inspection elle-même, elle peut être là en soutien et en stratégie. L'avantage pour l'IGAS est d'avoir un réseau avec le moins de référents possible. L'avenir de l'inspection est multi-partenarial, du fait de l'augmentation des champs à contrôler et de la multiplicité des autres missions à concilier. Les services d'inspection doivent se parler et travailler ensemble (DGFIP, DIRECTE, services vétérinaires, assurance maladie, chambre régionale des comptes, AFSSAPS). Pour ce faire, il est indispensable d'élaborer une stratégie d'ensemble et une programmation commune. Il faut plus qu'avant, faire des politiques innovantes et expérimentales et le concilier avec les limites juridiques. L'IGAS, dans son rapport va identifier les différents acteurs au travers de protocoles. La finalité serait de s'adjoindre nos partenaires avec toutes les autorités régionales et passer ça en CAR, devant le préfet. Chacun pourrait profiter d'une connaissance mutuelle tout en préservant sa spécificité. Une proposition de mise en place d'une Mission nationale d'inspection-contrôle, un peu sous la forme de MNCAOSS est avancée. Une mission calée sur un découpage zonal et non plus régional, pour permettre à des trop petits territoires d'avoir une interface décisionnelle. Ce n'est pas un problème en soi, l'essentiel est une communication entre les deux services. Elle s'inscrit dans une démarche de responsabilisation et de qualité, pour autant elle n'en perd pas sa spécificité puisqu'elle est la mission régaliennne par excellence. L'évaluation et l'inspection s'enrichissent mutuellement mais ne s'opposent pas. L'inspection est une obligation de fin et pas une obligation de moyen. La mission en pourrait être dévolue, déléguée à une autre personne morale. Pour autant, l'Etat doit rester garant des obligations et les assumer. La mission d'inspection semble aller vers un élargissement. On peut intégrer un autre découpage administratif, de type zone de défense interrégionale. La PJJ, l'éducation nationale ou l'administration pénitentiaire le font déjà. Les inspecteurs peuvent faire de l'animation territoriale et de l'inspection. Il s'agit surtout d'une problématique de conflit de missions. Dès lors que l'inspecteur tarifie, il n'inspecte pas. Celui qui tarifie communique lors des

réunions de préparation. Leur communication est même indispensable. Cela fait partie des bonnes pratiques, la fonction de gestion des établissements doit être distinguée de celle d'inspection. L'inspecteur qui fait de l'animation territoriale n'inspecte pas. La finalité est l'intérêt des usagers, son intégrité physique et morale.

Les guides peuvent être autant à destination des inspecteurs que des établissements, ça peut servir de pédagogie, surtout qu'on n'a pas les moyens de faire que de l'inopiné. Il n'est pas mauvais d'informer sur la loi, montrer ce sur quoi il ne faut pas déroger. C'est un nouveau rôle, une forme d'animation territoriale, de s'inscrire dans une charte qualité.

Résumé de l'entretien avec M. Bernard DELANGLADE (directeur) et Mme Valentine DRIEUX (chargée de mission) URIOPSS PACAC, Marseille, le 10/10/2012.

L'URIOPSS est une fédération des professionnels de santé, elle a pour principale mission de faire le lien entre les structures qui ont adhéré à cet organisme et les pouvoirs publics. Son bureau se compose de 18 personnes. Les structures qu'elle représente sont issues de l'initiative privée mais à but non lucratif. Son homologue en matière commerciale est le SYNERPA ou la FHF. Il s'agit du regroupement de l'ensemble des activités sociales, sanitaires, médico-sociales et acteurs privés à but non lucratif. Les organisations regroupées sont des mutuelles, des fondations, des associations. 90% sont des associations. La particularité de l'URIOPSS est de concerner tous les domaines du secteur social, sanitaire, médico-social et de ne pas être sectorisé : l'URIOPSS ne fonctionne pas à la verticale. La principale mission de l'union est de faire valoir le rôle particulier des personnes morales de droit privé, auprès des pouvoirs publics. Elle siège à la CRSA. De plus, elle est s'occupe de l'organisation des services répondant aux besoins de fonctions supports externes (veille réglementaire, traitement de l'information, réunions, conseils techniques). C'est le volet gestion des RH, gestion financière.

Un deuxième volet regroupe les experts. A titre d'exemple, Valentine DRIEUX qui était un des deux interlocuteurs que j'ai eus pendant cet entretien est spécialisé dans les politiques sur les personnes âgées et handicapées.

Sa position généraliste la rend particulière mais d'un autre côté, rend l'exercice difficile.

2/ La démarche qualité est une préoccupation forte des établissements. Ils ont à leur disposition plusieurs outils : les recommandations de l'ANESM, les enquêtes effectuées par l'ANESM, par l'ARS ou encore le Conseil Général. Il y a un véritable travail de fait via les évaluations internes et externes, la formation aux professionnels de santé, à la GPEC. Dans le secteur du handicap, les actions sont plus spécifiques, il existe des mouvements autour de l'autisme par exemple.

La problématique de la maltraitance est intégrée dans le pilotage de projet des établissements. Il existe diverses manières de la traiter. Ceux qui l'appréhendent le mieux

sont ceux qui manifestent cet objectif dans tous les aspects de leur gestion (cf. de l'analyse des dysfonctionnements à l'analyse des risques).

Une distinction existe entre les personnes âgées et les personnes handicapées. Les moyens humains comme les agents qui travaillent dans le secteur du handicap sont beaucoup plus qualifiés. Cela se manifeste notamment en matière de ratio d'encadrement (nettement plus important dans le secteur PH que PA). La différence est de l'ordre de 25 à 30 %. Le niveau de qualification au sein des structures PH est nettement plus important par rapport à celui existant dans les EHPAD et les services à domicile. La plus grande difficulté est l'animation d'équipe. Au sein des EHPAD, le taux d'absentéisme est très fort, il manque de qualification et il est à majorité féminine. Cet état de fait s'explique par les contraintes financières qui pèsent sur les EHPAD. Dans ce contexte, les établissements PH s'inscriraient plus dans une démarche de promotion de la bientraitance et les établissements dans un objectif de lutte contre la maltraitance.

Sur l'ensemble des secteurs, le nombre de plaintes en ARS PACA est en faible proportion. Objectivement, de la part des établissements, il y a une volonté de mieux faire. Le sens de perfectionnement de l'action est intégré dans le projet.

La loi 2002-2 a mis le doigt sur la nécessaire formalisation de la promotion de la bientraitance. Le cadre contraignant a été effectué par cette loi. Malheureusement, elle a fixé un certain nombre de contraintes de part et d'autre et l'ARS PACA ne respecte pas ses obligations car elle n'a toujours pas édité la liste des personnes qualifiées, référentes par département dans tel domaine en PACA. Cette lacune n'est pas particulière à la région. Elle a mis en place des outils de protection des personnes, garantis auparavant par le code civil. Ce sont des outils qui questionnent le fonctionnement des établissements.

3/Pour l'évaluation interne, il n'existe pas un référentiel contraignant pour les établissements, mais la plupart se base sur les recommandations ANESM. La loi de 2002 a inscrit que les références de l'évaluation étaient définies par les établissements eux-mêmes. L'évaluation interne n'est pas obligée de traiter de la promotion de la bientraitance mis il s'agit d'un des premiers points cités par l'ANESM. Elle est globalement bien mise en œuvre selon le retour des établissements adhérents à l'URIOPSS. L'évaluation externe permet un regard extérieur : la question de la maltraitance est au centre du travail de l'évaluateur qui vérifie que cet aspect est bien intégré au cœur de la vie d'un établissement. Les réflexions sur l'éthique pilotées par l'ANESM permettent de travailler sur ces questions-là. De plus en plus d'établissements se forment à l'éthique, crée des espaces éthiques qui sont des lieux de ressource pour le personnel d'EHPAD par exemple, notamment s'il est peu qualifié. Il reste difficile de chiffrer les établissements qui ont déjà fait de l'évaluation. Il n'y a pas de problème de

manque d'informations, et puis il y a les établissements qui sont en régime transitoire (créés après 2002).

Lorsque la loi 2002-2 a posé l'obligation d'évaluation interne, il y a eu un mouvement de résistance. En termes de mise en œuvre par les pouvoirs publics, il y a peu de cohérence sur ce qui est de leur responsabilité. Entre 2002 et 2017, il aurait dû y avoir trois évaluations internes et deux évaluations externes. Sur 15 ans, il y aura au final une évaluation interne et une évaluation externe. Le tout doit être financé par les établissements. L'ANESM avait pensé constituer un fonds spécifique. Aujourd'hui parce que les pouvoirs publics ne tiennent pas le calendrier, celui-ci a été à nouveau modifié. On est dans une vision minimaliste de ce qui aurait dû être fait en matière d'évaluation. Le décideur ne va pas jusqu'au bout de sa logique. Pourtant, avec la loi de 2002, les pouvoirs publics peuvent s'opposer au renouvellement d'une autorisation au regard des évaluations externes. Le secteur PH a la capacité de mettre certains outils en place. Le secteur PA dispose d'autres outils : les conventions tripartites. Les établissements sont soumis à des pressions en termes de questionnaires (CAF, ANESM, ARS, CG) et s'interrogent sur le devenir de leurs réponses. Il y a un manque de confiance sur le traitement qu'en font les pouvoirs publics. Cette activité représente un coût. L'ANESM dans la deuxième génération des évaluations contrôle l'activité des évaluateurs qu'elle agréé et réactualise la liste tous les trois mois.

L'inspection est basée sur du professionnalisme et des gages (procédure contradictoire, un rapport n'affirme rien que des éléments vérifiables sinon le rédacteur prend des précautions). Il y a un souhait de la part des structures de retrouver la confiance avec les services de l'Etat comme au temps de la DDASS et une volonté d'identifier un référent qui aurait connaissance de leurs problèmes. Les membres de l'URIOPSS ne savent pas si les établissements savent que l'ARS met en place des formations. L'ARS PACA n'est pas assez disponible pour participer à des réflexions. Trouver des interlocuteurs du POSA ou acter la présence du DGARS pour faire de la pédagogie sur les schémas. Un dialogue avec les gestionnaires permettrait de répondre à leur besoin de reconnaissance. Il existe une absence des données chiffrées. Quant à la diffusion des outils IGAS, de nombreux outils existent déjà. Les établissements sont noyés par le flot d'informations. Il faudrait des supports plus accessibles, appropriés, adaptés au temps que peuvent y consacrer les gestionnaires. Cette même information se retrouve éclatée entre agences, autorités de tarification, ministères..

ANNEXE 3 : questionnaire transmis aux délégations territoriales

**QUESTIONNAIRE TRANSMIS AUX DELEGATIONS TERRITORIALES DE LA REGION
PACA**

Dans le cadre de ma formation et de mon stage au sein de l'ARS PACA, je travaille sur un mémoire professionnel qui porte sur l'inspection-contrôle, en tant qu'outil aux mains de la politique régionale pour lutter contre la maltraitance dans les établissements médico-sociaux.

Je vous remercie par avance d'accepter d'y répondre.

1/ La préparation de l'inspection « préventive » dite de niveau 1:

- Les critères de sélection des établissements vous semblent-ils pertinents ?

OUI

NON

Pourquoi ?

- Les items de la grille de contrôle vous semblent-ils pertinents pour lutter contre la maltraitance dans les établissements recevant des **personnes âgées** ?

OUI

NON

Pourquoi ?

- Les items de la grille de contrôle vous semblent-ils pertinents pour lutter contre la maltraitance dans les établissements recevant des **personnes handicapées** ?

OUI

NON

Pourquoi ?

- En cas de réponse négative, quels critères de sélection des établissements et quels items de la grille de contrôle modifieriez-vous ?

2/ L'organisation des inspections « préventives » dites de niveau 1 en région PACA

- La réalisation de ces inspections par le service IC régional pose-t-il un problème pour vos services ?

OUI

NON

Pourquoi ?

- L'organisation du travail déterminée (un agent siège au niveau 1, et deux agents au moins en niveau 2 avec notamment un agent DT) vous semble-t-elle adaptée?

OUI

NON

Pourquoi ?

3/ L'analyse des risques

- Comment les résultats régionaux de ces inspections peuvent-ils être utilisés dans un processus d'analyse des risques ?

- Cette analyse des risques peut-elle être enrichie des résultats des évaluations interne et externe, auxquelles sont soumis les établissements ?

OUI

NON

Pourquoi ?

- Estimez-vous ces deux procédés, l'inspection et l'évaluation complémentaires ?

OUI

NON

Pourquoi ?

5/ Les incidences en termes de réorganisation de la politique régionale

- Au vu des précédentes analyses, en quoi l'organisation du travail pourrait-elle être modifiée au sein de l'ARS PACA?
- Cela pourrait-il avoir un impact sur la répartition des rôles entre siège et DT ?

OUI

NON

Pourquoi ?

6/ Le bilan sur les outils de lutte contre la maltraitance

- Quels sont les points positifs et négatifs de la mise en place d'inspections « préventives » maltraitance en région PACA ?

Quels sont les avantages et les inconvénients de l'outil évaluation ?

ANNEXE 4 : réunion de cadrage avec les délégations territoriales sur l'évaluation



POSA

Date : 28/10/2012

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DE CADRAGE AVEC LES DELEGATIONS TERRITORIALES SUR L'EVALUATION 28 octobre 2012

Etaient présents

Pour l'ARS siège:

Mme MASINI Brigitte,
M. JACQUES Joël, chargé de mission sur l'évaluation
Mlle BONNAURE Sarah, stagiaire IASS

Pour les délégations territoriales :

Mme BORIE Mireille, pour la DT 83
Mme SCHOREELS Roxane, pour la DT 83
Mme BOURDELON Pascale, pour la DT 13
Mme BONNET Nathalie, pour la DT 13
Mme BOUALAMI Aouda, pour la DT 13
Mme MARIGNAULT Maud, pour la DT 13
Mme WAWRZYNKOWSKI Isabelle, pour la DT 13
M. CHAPUS Alain, pour la DT 83
M. VIEUXTEMPS Jérôme, pour la DT 05

La séance débute à 9 heures 30.

Dans un premier temps, M. Jacques et Mme Masini rappellent le sens et les sources de l'évaluation, à laquelle sont soumis les établissements sociaux et médico-sociaux. En deuxième partie de réunion, la discussion a porté sur les prémices d'une organisation et de la réflexion sur un ciblage permettant à l'ARS de satisfaire à son obligation de contrôle de ses évaluations.

Partie 1 : genèse et rappel du contenu de l'obligation d'évaluation

M. Jacques débute la réunion en rappelant que les recommandations de bonne pratique éditées par l'ANESM ne sont pas opposables.

Parallèlement à la constitution d'un groupe travaillant sur les enquêtes-flashes, un autre groupe de travail a rédigé le questionnaire auto-évaluatif, pouvant servir de base à l'évaluation interne des établissements. Les objectifs poursuivis étaient d'établir le profil de ces établissements sans pour autant les stigmatiser. Cette démarche qualité se poursuit par l'obligation faite aux ESMS de procéder à l'évaluation externe, c'est-à-dire par une société d'audit, agréée par l'ANESM.

M. Jacques estime que les personnes venant auditer les établissements ont reçu une formation ou sont issues du domaine médico-social.

En matière de bibliographie, les établissements se fondent sur les recommandations de l'ANESM concernant la bientraitance et l'éthique. Il existe sur le site de l'agence de véritables modes d'emploi sur les évaluations, y compris une synthèse de modèle abrégé.

Mme Boualami (DT13) fait remarquer le coût de ces sociétés à la charge des établissements. La journée de consultation s'élèverait à 1500 euros. A ce propos, M. Jacques rappelle que si la loi ne permet pas le financement de ces évaluations par l'Etat, une circulaire de la DGCS permet que l'ARS finance.

Mme Masini informe les participants que l'ANESM n'a retourné en PACA que les évaluations externes des services à la personne. L'ANESM qui labellise, met à jour sa liste d'accréditation en enlevant les sociétés pour lesquelles il existe un doute sur la fiabilité.

M. Chapus (DT83) demande ce qu'il faut faire pour l'établissement qui a passé une convention avec un évaluateur qui perd sa labellisation. M. Jacques a déjà interrogé le ministère sur ce sujet qui permet que le processus continue.

Mme Masini estime que les évaluations externes vont toutes arriver au dernier moment. Elle encourage les DT à inscrire dans les conventions tripartites que celles-ci ne pourront perdurer dans le temps qu'à la condition que l'évaluation externe permette le renouvellement de l'autorisation. Il s'agirait pour l'ARS de se protéger contre les établissements qui mettraient en avant leur convention tripartite afin de s'abstenir de procéder à leur évaluation. Mme Masini ajoute aussi que les évaluations internes sont un bon outil pour établir le cahier des charges des externes mais ne suffisent pas. Le gestionnaire de l'établissement peut travailler sur un des points de dysfonctionnement révélé lors de l'évaluation interne.

M. Jacques informe les participants qu'il a travaillé avec des établissements à un questionnaire spécifique aux établissements PH.

Le cadre juridique prévoit que l'absence d'évaluation externe ou une évaluation très mauvaise entraîne in extenso le non renouvellement de la convention tripartite.

Mme Marignault (DT13) s'interroge sur l'opportunité de déclencher une inspection suite à une évaluation réellement insatisfaisante. M. Jacques lui répond qu'en cas d'alerte, un agent peut déclencher l'article 40 du CPP et s'en réfère directement au procureur de la République sans passer par la hiérarchie. De toute évidence, les problèmes qui sembleraient se poser devraient plutôt concerner des évaluations plus favorables que dans la réalité.

Mme Bourdelon (DT13) rappelle que les DT ne parviennent déjà pas à assumer les conventions tripartites, qu'elles ne pourront pas vérifier toutes les évaluations, qu'il faut dégager des points critiques. Mme Masini lui répond que c'est l'objet de la deuxième partie de la réunion.

M. Jacques propose les plaintes comme point de criticité pour cibler les établissements et donc entretenir des relations avec la commission des plaintes. L'évaluation a une démarche plus poussée que celle de l'inspection, qui vise seulement à rendre compte de la conformité à la règle. Mme Masini propose d'établir une fiche navette recensant les informations sur chaque établissement que les différents services complèteraient. Mme Bourdelon (DT13) estime que c'est un travail supplémentaire à effectuer, qu'il n'y aura pas les agents pour effectuer ce travail.

Mme Schoreels (DT 83) demande si en cas de renouvellement d'autorisation, les établissements peuvent se servir de l'outil ANGELIQUE. Mme Masini lui répond que c'est un indicateur mais qu'il ne peut suffire à lui seul. On demande aux établissements de faire une synthèse de différents

documents que sont ANGELIQUE, DASRI, DARDE, la fiche de remontée des événements indésirables.

Mme Borie (DT 83) s'interroge sur le devenir de la régionalisation de l'allocation des ressources des établissements médico-sociaux, ce qui en cas d'abandon, laisserait du temps aux agents pour s'occuper des évaluations.

Partie 2 : discussion sur l'organisation pratique du contrôle de ces évaluations par l'ARS PACA

Cette deuxième partie de réunion a servi à réfléchir ensemble à la détermination de points de ciblage des évaluations et à une organisation adaptée aux nécessités de services. De nombreuses questions ont été soulevées et des propositions en sont ressorties.

M. Jacques a transmis le questionnaire PH spécifique à la région élaboré avec les établissements. Mme Boualami (DT13) fait remarquer qu'il faut le recueil des instructions de la hiérarchie. Mme Bourdelon (DT13) note qu'il va y avoir un problème de moyens. Cela pose des questions d'effectifs mais pas seulement de management aussi. Mme Boualami (DT13) suggère que ces signaux soient synthétisés et standardisés, comme en matière d'inspection. Elle demande quelle va être la place du conseil général en cas d'autorisation conjointe. M. Jacques estime qu'il faut faire le lien, mais que les rencontres doivent se borner aux évaluations problématiques. Une commission peut se réunir une fois tous les trois mois sauf la première année où les difficultés vont arriver en masse.

Mme Boualami (DT13) se demande si matériellement les services pourront y parvenir. M. Jacques estime que les établissements ne sont pas inconnus de la commission des plaintes, qu'un travail de partenariat permettrait de les identifier. Mme Borie (DT 83) s'interroge sur le sens de la question 15 à propos de la « fonction des soins » du questionnaire PH. Elle souhaite savoir si ce document a été croisé avec les grilles d'inspection-contrôle. M. Jacques répond qu'elles ont toutes été transmises au service IC, mais que les deux ne peuvent être mélangées afin que les établissements n'en connaissent pas le contenu en cas de publication.

Mme Schoreels (DT 83) demande s'il faut vérifier l'ensemble des évaluations internes et leur notifier les points d'achoppement. Mme Bourdelon (DT13) répond que les évaluations internes sont précurseurs de difficultés. M. Jacques souhaite avoir un référent par DT qui assurerait l'interface avec les collègues. Mme Bourdelon (DT13) souhaite savoir si le contrôle doit porter sur les évaluations internes et externes. M. Jacques explique que la circulaire prévoit que les ARS donnent leur avis. Mme Marignault propose d'accuser réception du document et d'opérer un examen de complétude a posteriori. Elle s'interroge sur la redondance d'une telle procédure. Mme Borie (DT83) estime que l'assemblée se mette d'accord sur un calendrier.

Mme Marignault (DT13) propose de donner un modèle de trame type de lettre avec AR. M. Jacques demande à ceux qui sont intéressés de retravailler sur le questionnaire PH. Pour ce qui est de la détermination des critères de ciblage, il explique que cela se fera lors de la prochaine réunion. Mme Borie (DT83) souligne que les différentes formes des évaluations vont poser problème. M. Jacques qui a récupéré la liste de contacts va envoyer les invitations aux prochaines réunions avec ordres de mission.

La prochaine réunion est fixée le 04 décembre 2012 à 10H.

La séance est levée à 15h30.

00000000000

ANNEXE 5: analyse des risques établissements PH

TYPE DE RISQUES	FACTEURS DE RISQUE	CAUSES QUI EN CAS DE NON-RESPECT ENGENDRENT UN RISQUE	OPPOSABILITÉ	GRAVITÉ DU RISQUE EN CAS DE SURVENANCE 1=sans dommage 2=dommage modéré 3=dommage important 4=dommage irréversible	FRÉQUEN CE (en nombre de dysfonctionnements et en pourcentage)	CRITICITÉ (GRAVITÉ*FRÉQUENCE)
I. RISQUES LIÉS À LA PRISE EN CHARGE						
Risques liés à l'accueil et à l'admission	Procédure d'accueil	La personne handicapée ou le représentant légal de la PH se voit proposer un ou plusieurs entretiens préalables à l'admission		3		0
		L'établissement a élaboré une procédure d'accueil spécifique pour l'accueil des nouveaux entrants	Article L311-4 à 5 du CASF	2		0
		La personne se voit proposer un contrat de séjour	Article L311-4 à 5 du CASF	3		0
		Le contrat de séjour ne comporte pas de clauses abusives	Article L311-4 du CASF	4		0
		Sont remis avec le contrat de séjour un livret d'accueil et les documents obligatoires qui les accompagnent	Article L311-4 à 5 du CASF	3		0
La prise en charge	Personnalisation de la prise en charge et organisation du travail adaptée	Les comportements des personnes sont observés par l'ensemble des personnels impliqués dans la prise en charge (réunion d'équipe, cahier d'observations)		3		0
		Chaque individu bénéficie d'un projet individualisé écrit	Article L311-3, 3° du CASF	3		0
		Les souhaits des résidents sont recueillis et pris en compte dans l'organisation du travail sur les temps majeurs de la journée (lever, toilette, repas, collations,		3		0

		soins, changes, coucher)				
	Personnalisation des toilettes	Les toilettes sont terminées avant la fin de matinée		2		0
		La literie est correctement entretenue		2		0
		Il existe un protocole organisant les douches et les bains		2	1→12.5%	2/32
	L'adaptation des repas à la population accueillie	Il existe une aide aux repas		3		0
		Les horaires de repas respectent les besoins des résidents		3		0
		Les menus sont visés par une diététicienne ou surveillés a minima par le cadre de santé		3		0
		Les menus sont affichés et respectés		3	1→12.5%	3/32
		L'amplitude dîner /petit-déjeuner ne dépasse pas 12 h		2		0
		Les plats sont visiblement variés et en quantité suffisante		3		0
		Il existe un protocole organisant la pesée des résidents		2		0
	La formalisation des soins et la personnalisation de la prise en charge dans les établissements PH adultes	L'établissement a établi un projet général de soins, il coordonne et évalue sa mise en œuvre		3		0
		Un dossier type de soins est établi		3		0
		Une coordination des professionnels de santé salariés et libéraux intervenant dans l'établissement est assurée		3		0
	La prise en charge de la	L'établissement a mis en place des pratiques formalisées de prise en charge		3		0

	douleur	de la douleur (repérage, évaluation, suivi)				
	La formalisation des soins et la personnalisation de la prise en charge dans les <u>établissements PH enfants</u>	La présence d'un pédopsychiatre ou d'un médecin généraliste		4		0
		Le dossier individuel est tenu correctement et géré en liaison avec les représentants légaux (pour PH enfants) et la MDPH	Article D312-59-6 du CASF	3		0
		Le projet personnalisé d'accompagnement comporte une triple dimension thérapeutique, éducative et pédagogique	Article D312-59-5 du CASF	4		0
		Une équipe interdisciplinaire éducative intervient	Article D312-59-10 du CASF	3		0
	La formalisation des soins et la personnalisation de la prise en charge générale	Il existe une convention avec l'inter secteur en psychiatrie	Article D312-59-9 du CASF	3	5→50%	15/32
		Des réunions de synthèse sont supervisées par le médecin	Circulaire 89-17 du 30 octobre 1989	3		0
		La périodicité des bilans et des réunions de synthèse est suffisante		3		0
	La préparation et la gestion des médicaments	La préparation et la distribution des médicaments obéissent à des règles formalisées	Arrêté ministériel modifié du 31 mars 1999 pour les établissements disposant d'une PUI	3		0
		La gestion de l'armoire à pharmacie est formalisée et sécurisée	Arrêté ministériel modifié du 31 mars 1999 pour les établissements disposant d'une PUI	3		0

II. RISQUES LIÉS AUX CONDITIONS D'ORGANISATION						
Le pilotage de l'établissement	La politique de l'établissement	Le nombre de résidents présents correspond à la capacité autorisée	Arrêté d'autorisation	3		0
		La rédaction d'un projet d'établissement datant de moins de 5 ans	Article L 311-8 et R311-3 du CASF	3	1→12.5%	3/32
		La rédaction du règlement de fonctionnement de l'établissement	Article L 311-7 du CASF	3		0
		Le règlement de fonctionnement stipule que « les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires »	Article L311-37 du CASF	2	5→50%	10/32
		Le registre des entrées et sorties des résidents est coté et paraphé	Article L331-2 du CASF	2	2→25%	4/32
		La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée	Article L311-4 du CASF et arrêté du 8 septembre 2003	1		0
		Un règlement intérieur a été rédigé	Article L311-7 du CASF	2		0
	Les conditions d'exercice des dirigeants	Le directeur peut justifier d'une qualification	Articles D312-176-6 à 9 du CASF (privé) et D312-176-10 (public)	3		0
		Le directeur salarié dispose d'un Document Unique de Délégation (DUD) précisant les compétences et les missions déléguées par l'organisme gestionnaire	Article D312-176-5 du CASF (privé) et L315-17 (public)	2	1→12.5%	2/32
		Le directeur est présent <u>ou</u> en cas d'absence, son remplacement fait l'objet d'une note connue des personnels, désignant le remplaçant, et ses attributions		3		0
Les conditions de travail des personnels	Les conditions de recrutement	Le personnel est titulaire de la qualification requise	Article L312-1-II du CASF	4		0
		Des attestations de cette qualification		3		0

		(enregistrement ADELI/diplômes) sont présentes				
		Des contrats de travail sont établis		3		0
		Des extraits de casiers judiciaires existent pour l'ensemble du personnel	Article L133-6 du CASF	3		0
		Présence de fiches de postes par catégorie d'emplois		2		0
	L'accompagnement des professionnels	L'existence d'un plan de formation	Article L 932-1, L 933-1, et 122-12 du code du travail	3		0
		L'existence de formations spécifiques à la sécurité des locaux		2	1→12.5%	2/32
		L'existence de formations spécifiques pour l'accompagnement des personnes vulnérables	Circulaire du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance	3		0
L'organisation du travail	Gestion du temps de travail	Planning de jour et de nuit conforme aux ETP autorisés		3		0
		Une personne qualifiée (AS, AMP) travaille de nuit	Article D312-59-10 du CASF	3		0
	Les circuits d'information	Des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) existent entre les professionnels sur leurs pratiques		3		0
		Un temps et un support de transmission entre équipes de jour et de nuit ont été mis en place		3	2→12.5%	6/32
		Des procédures de signalement de dysfonctionnement sont présentes dans l'établissement (n° vert affiché, boîte aux lettres, registre)		2		0
		Un protocole de gestion des urgences médicales prévoit le recours au 15 et l'information du cadre d'astreinte		3		0
Les procédures	Gestion des	La signature par l'établissement d'un	Article L312-8 du	3	4→50%	12/32

mis en place au sujet de la prévention de la maltraitance	évènements indésirables	protocole de signalement avec les services de l'Etat	CASF			
		Procédure de signalement des dysfonctionnements de l'établissement		2		0
	La démarche qualité	Une évaluation interne ou un questionnaire national d'auto-évaluation « <i>Bienveillance des jeunes handicapés accueillis en établissement</i> » est rempli	Article L312-8 du CASF	3		0
		La structure recherche des contributions extérieures (expertises professionnelles, stagiaires..)		2		0
		Des partenariats existent avec d'autres structures exerçant des missions comparables		1		0
La prise en compte de la parole de l'utilisateur	Les supports de traçabilité des requêtes des usagers	L'élaboration et l'analyse d'enquêtes de satisfaction à période déterminée		2	1→12.5%	2/32
		Un Conseil de la Vie Sociale fonctionne	Article L311-6 CASF	2	2→25%	4/32
III. RISQUES LIÉS AUX CONDITIONS D'INSTALLATION						
La sécurité et à l'adéquation des locaux par rapport à la population accueillie	La sécurité des locaux	Les résultats du dernier contrôle de légionellose (datant de moins d'un an)		3		0
		Les actions de prévention du risque légionnelles sont mises en œuvre : programme de surveillance et de maintenance des installations	Article R1321-23 du CSP	3		0
		Le respect de la réglementation relative à l'amiante	Arrêté du 28 juillet 2005	3		0
		Une visite de la commission de sécurité (datant de moins de cinq ans) est attestée par procès-verbal et		4	1→12.5%	4/32

		décision du maire				
		Le PV de la dernière visite de la DSV (moins de 3 ans) peut être produit		3		0
		L'existence et la diffusion du plan bleu	Articles L312-160 et 312-61 du CASF	3		0
		Le Document Unique d'évaluation des risques professionnels a été élaboré	Article R4121-1 à R4121-4 du code du travail	3		0
	L'adaptation des locaux par rapport à la population accueillie	La sécurité des espaces intérieurs et extérieurs est adaptée à la population accueillie : (mesures de protection, formalisées et connues des personnels)		4		0
		Sécurisation des chambres et cabinets de toilette : douches adaptées, tapis de sol, barres d'appui, dispositif d'appel en état de marche		4		
		L'état général d'entretien intérieur (propreté, état des peintures ou revêtements muraux, et des sols)		3	1→12.5%	3/32
		Les équipements et aménagements sont accessibles à tous les résidents (personnes à mobilité réduite ...)		3		0
		Les circulations comportent une signalisation adaptée		3		0
		Les températures intérieures relevées dans les locaux se situent globalement entre des extrêmes de référence [19 / 25		3		0
		Les normes ou recommandations concernant la surface des chambres et le nombre de lits par chambre sont respectées	Article L312-1-II et D344-5-3 du CASF	2		0

Analyse des risques établissements PA

TYPE DE RISQUES	FACTEURS DE RISQUE	CAUSES QUI EN CAS DE NON-RESPECT ENGENDRENT UN RISQUE	OPPOSABILITÉ	GRAVITÉ 1=sans dommage 2=dommage modéré 3=dommage important 4=dommage irréversible	FREQUENCE	CRITICITÉ (GRAVITÉ*FRÉQUENCE)
I.RISQUES LIES À LA PRISE EN CHARGE						
Risques liés à l'accueil et à l'admission	Procédure d'accueil	La personne âgée se voit proposer un ou plusieurs entretiens préalables à l'admission		3		0
		L'établissement recueille les éléments afin de connaître les besoins, les attentes, et les habitudes de vie de la personne		3	1 → 6.25%	3/64
		La personne se voit proposer un contrat de séjour		3		0
		Le contrat de séjour ne comporte pas de clauses abusives	Article L311-4 du CASF	4		0
		Sont remis avec le contrat de séjour un livret d'accueil et les documents obligatoires qui les accompagnent		3	2 → 12.5%	6/64
La prise en charge	Personnalisation de la prise en charge et organisation du travail adaptée	Les comportements des résidents sont observés par l'ensemble des personnels impliqués dans la prise en charge (réunion d'équipe, cahier d'observations)	Article L311-3, 3° du CASF	3		0
		Chaque individu bénéficie d'un projet individualisé écrit	Article L311-3, 3° du CASF	2	3 → 18.75	6/64
		Les souhaits des résidents sont recueillis et pris en compte dans l'organisation du travail sur les temps majeurs de la journée (lever, toilette, repas, collations,		3		0

		soins, changes, coucher)				
		Des références de comportements adaptées à la prise en charge de personnes de type Alzheimer sont inscrites dans un projet		3	1→6.25%	3/64
		Les limitations de déplacement de ces personnes obéissent à des règles formalisées, connues et contrôlées		4		0
	Personnalisation des toilettes et des changes	Les toilettes sont terminées avant la fin de matinée		2		0
		La literie est correctement entretenue		3		0
		Il existe un protocole organisant les douches et les bains		3		0
		Seules les personnes incontinentes sont changées, et selon un protocole préétabli		4		0
		Les personnes continentales bénéficient d'un accompagnement aux toilettes à leur demande		4		0
	L'adaptation des repas à la population accueillie	Il existe une aide aux repas		3		0
		Les horaires de repas respectent les besoins des résidents		3		0
		Les menus sont visés par une diététicienne ou surveillés a minima par le cadre de santé		3	2→12.5%	6/64
		Les menus sont affichés et respectés		2		0
		L'amplitude dîner /petit-déjeuner ne dépasse pas 12 h		2	2→12.5%	4/64
		Les plats sont visiblement variés et en quantité suffisante		3		0
		Il existe un protocole organisant la pesée des résidents		3	2→12.5%	6/64

	La formalisation des soins et les missions du médecin coordonnateur	La présence effective d'un médecin coordonnateur qualifié	Article D312-157 du CASF	4	3→18.75%	12/64
		Le respect par le médecin coordonnateur d'un temps de service conforme aux obligations réglementaires	Article D312-156 du CASF	3	2→12.5%	6/64
		L'établissement, la mise en œuvre et la coordination d'un projet de soins par le médecin coordonnateur	Article D312-158-1° du CASF	3	5→31.25%	15/64
		Des actions de coordination des professionnels de santé libéraux et salariés intervenant dans l'établissement	Article D312-158-3° du CASF	3	3→18.75%	9/64
		Il intervient effectivement dans la détermination du niveau de perte d'autonomie et de l'état de dépendance en résultant	Article R232-18 du CASF	3	2→12.5%	6/64
		Il existe des protocoles actifs de conduite à tenir vis-à-vis des risques médicaux : formalisés, actuels, connus des personnels et discutés en réunion	Article D312-158-5° du CASF	4	1→6.25%	4/64
		Parmi les protocoles il en existe au moins trois, traitant de la prévention des chutes, de la dénutrition et des contentions		3	3→18.75%	9/64
	La prise en charge de la douleur et l'organisation de la fin de vie	La mise en place d'une organisation continue permettant la pratique des soins palliatifs		3	1→6.25%	3/64
		La mise en place de pratiques formalisées de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, suivi)		3	1→6.25%	3/64

		L'inscription dans un réseau sanitaire (équipes mobiles, CLUD)		3	2→12.5%	6/64
		Une organisation spécifique existe pour l'accompagnement de la fin de vie		3	2→12.5%	6/64
	La prescription des médicaments	La prescription est-elle conforme aux dispositions légales et réglementaires ?	Arrêté ministériel modifié du 31 mars 1999 pour les établissements disposant d'une PUI	4		0
		Il y a une absence de recopiage des prescriptions		2	2→12.5%	4/64
	Le circuit des médicaments	Le mode d'approvisionnement des médicaments est-il conforme aux dispositions légales et réglementaires ? -une convention avec une pharmacie d'officine ? -une PUI ?	Article L5126-6 du CSP	2	10→62.5%	20/64
		La traçabilité des piluliers est assurée par inscription dans le dossier médical	Arrêté ministériel modifié du 31 mars 1999 pour les établissements disposant d'une PUI et article D312-158 6° du CASF	3	1→6.25%	3/64
	Les conditions de stockage	Il existe une pièce dédiée au stockage qui est sécurisée	Arrêté ministériel modifié du 31 mars 1999 pour les établissements disposant d'une PUI et article D312-158 6° du CASF	4	2→12.5%	8/64
		Il existe une dotation pour besoins urgents		2	2→12.5%	4/64
		Un réfrigérateur a été mis en place		4		0
		Un thermomètre relève la température du réfrigérateur		3	7→43.75%	21/64
	La préparation des piluliers	La préparation se fait par le pharmacien ou si elle se fait par le préparateur en pharmacie sous le	Article L424-1 du CSP	2	1→6.25%	2/64

		contrôle d'un pharmacien				
		Aucun des médicaments n'est hors de son blister		3	1→6.25%	3/64
		Le matériel (chariot, pilulier) est propre et adapté		2		0
		Les médicaments ne sont pas préparés à l'avance		3		0
		Les comprimés broyés sont autorisés par prescription		3		0
II. RISQUES LIÉS AUX CONDITIONS D'ORGANISATION						
Le pilotage de l'établissement	La politique de l'établissement	Le nombre de résidents présents correspond à la capacité autorisée	Arrêté d'autorisation	4		0
		La rédaction d'un projet d'établissement datant de moins de 5 ans	Article L 311-8 et R311-3 du CASF	3	5→31.25%	15/64
		La rédaction du règlement de fonctionnement de l'établissement		3		0
		Le règlement de fonctionnement stipule que « les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires »	Articles L311-37, R311-33 et R311-37 du CASF	2	10→62.5%	20/64
		Le registre des entrées et sorties des résidents est coté et paraphé	Article L331-2 du CASF	3	6→37.5%	18/64
		Le registre des décès a été mis en place	Article 80 du code civil	2	7→43.75%	14/64
		La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée	Article L311-4 CASF et arrêté du 8 septembre 2003	1	2→12.5%	2/64
		Un règlement intérieur a été rédigé	Article L311-7 du CASF	2		0
	Les conditions d'exercice des dirigeants	Le directeur peut justifier d'une qualification	Articles D312-176-6 à 9 du CASF (privé) et D312-176-10 (public)	3	1→6.25%	3/64
		Le directeur salarié dispose d'un Document Unique de Délégation (DUD)	Article D312-176-5 (privé) et L315-17 du CASF	1	4→25%	4/64

		précisant les compétences et les missions déléguées par l'organisme gestionnaire	(public)			
		Le directeur est présent <u>ou</u> en cas d'absence, son remplacement fait l'objet d'une note connue des personnels, désignant le remplaçant, et ses attributions		2		0
Les conditions de travail des personnels	Les conditions de recrutement	Le personnel est titulaire de la qualification requise	Article L312-1-II du CASF	4		0
		Des attestations de cette qualification (enregistrement ADEL/diplômes) sont présentes		3	5→31.25%	15/64
		Des contrats de travail sont établis		3	2→12.5%	6/64
		Présence de fiches de postes par catégorie d'emplois		2		0
		Des extraits de casiers judiciaires existent pour l'ensemble du personnel	Article L133-6 du CASF	3	10→62.5%	30/64
	L'accompagnement des professionnels	L'existence d'un plan de formation	Article L 932-1, L 933-1, et 122-12 du code du travail	2		0
		L'existence de formations spécifiques pour l'accompagnement des personnes vulnérables de type Alzheimer ou apparentées	Circulaire DGCS/2A/2007/112 du 23 juillet 2007	3		0
L'organisation du travail	Gestion du temps de travail	Planning de jour et de nuit conforme aux ETP autorisés		3	1→6.25%	3/64
		Un personnel qualifié et suffisant (AS, AMP) travaille de nuit		4	3→18.75%	12/64
		Le nombre de personnels correspond au nombre autorisé dans la convention tripartite		3	1→6.25%	3/64
	Les circuits d'information	Des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) existent entre les professionnels sur leurs pratiques		3		0

		Un temps et un support de transmission entre équipes de jour et de nuit ont été mis en place		3		0
		Des procédures de signalement de dysfonctionnement sont présentes dans l'établissement (n° vert affiché, boîte aux lettres, registre)		3		0
		Un protocole de gestion des urgences médicales prévoit le recours au 15 et l'information du cadre d'astreinte		3	2→12.5%	6/64
Les procédures mises en place au sujet de la prévention de la maltraitance	Gestion des événements indésirables	La signature par l'établissement d'un protocole de signalement avec les services de l'Etat	Article L312-8 du CASF	2	12→75%	24/64
		Procédure de signalement des dysfonctionnements de l'établissement		2		0
	La démarche qualité	Le questionnaire national d'auto-évaluation « <i>Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement</i> » dûment rempli et signé		2	5→31.25%	10/64
La prise en compte de la parole de l'usager	Les supports de traçabilité des requêtes des usagers	L'élaboration et l'analyse d'enquêtes de satisfaction à période déterminée		2	1→6.25%	2/64
		Un Conseil de la Vie Sociale fonctionne	Article L311-6, D311-3 du CASF	2	2→12.5%	4/64
III. RISQUES LIÉS AUX CONDITIONS D'INSTALLATION						
La sécurité et à l'adéquation des locaux par rapport à la population accueillie	La sécurité des locaux	Les résultats du dernier contrôle de légionellose (datant de moins d'un an)		3	3→18.75%	9/64
		Les actions de prévention du risque légionnelles sont mises en œuvre : programme de surveillance et de	Article R1321-23 du CSP	3		0

		maintenance des installations				
		Le respect de la réglementation relative à l'amiante	Arrêté du 28 juillet 2005	3	2→12.5%	6/64
		Une visite de la commission de sécurité (datant de moins de cinq ans) est attestée par procès-verbal et décision du maire		4	1→6.25%	4/64
		Le PV de la dernière visite de la DSV (moins de 3 ans) peut être produit		3	1→6.25%	3/64
		L'existence et la diffusion du plan bleu	Articles L312-160 et 312-61 du CASF	3	1→6.25%	3/64
		L'intégration du plan bleu dans le projet d'établissement	Article D312-160 du CASF	1	5→31.25%	5/64
		Le Document Unique d'évaluation des risques professionnels a été élaboré	Article R4121-1 à R4121-4 du code du travail	2	2→12.5%	4/64
		Un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air est présent dans l'établissement	D312-161 du CSAF et arrêté du 7 juillet 2005	4		0
	L'adaptation des locaux par rapport à la population accueillie	La sécurité des espaces intérieurs et extérieurs est adaptée à la population accueillie : (mesures de protection, formalisées et connues des personnels)		4	2→12.5%	8/64
		Sécurisation des chambres et cabinets de toilette : douches adaptées, tapis de sol, barres d'appui, dispositif d'appel en état de marche	Arrêté modifié du 26/04/1999 fixant le cahier des charges de la convention tripartite	4	3→18.75%	12/64
		L'état général d'entretien intérieur (propreté, état des peintures ou revêtements muraux, et des sols)		3	2→12.5%	6/64
		Les équipements et aménagements sont accessibles à tous les résidents (personnes à mobilité réduite ...)	Arrêté modifié du 26/04/1999 fixant le cahier des charges de la convention tripartite	2	3→18.75%	6/64
		Les circulations comportent une signalisation adaptée		2	2→12.5%	4/64
		Les températures intérieures relevées		3		0

		dans les locaux se situent globalement entre des extrêmes de référence [19 / 25				
		Les normes ou recommandations concernant la surface des chambres et le nombre de lits par chambre sont respectées	Article L312-2-2 du CASF et arrêté modifié du 26/04/1999 fixant le cahier des charges de la convention tripartite	3	2→12.5%	6/64

BONNAURE

Sarah

Mars 2013

IASS

Promotion 2011-2013

LES INSPECTIONS PREVENTIVES : UN OUTIL A DISPOSITION DE L'ARS PACA POUR LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Des inspections préventives sont pratiquées par l'équipe régionalisée d'inspection contrôle de l'ARS PACA. Dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, elles visent à contrôler le plus grand nombre d'établissements médico-sociaux pour vérifier s'il existe des risques de maltraitance.

Dans ce but, elles sont effectuées à l'aide d'une grille standardisée, lors d'une journée par un seul inspecteur. Avec ses avantages et inconvénients, l'outil appelle des améliorations. Ainsi, le ciblage des structures à inspecter a été effectué en 2012 à partir d'un modèle mathématique faisant appel à des critères objectifs.

De surcroit, l'outil a permis d'établir une cartographie des risques de maltraitance des établissements médico-sociaux en région PACA et de révéler un certain nombre de difficultés dans le fonctionnement interne de l'ARS. Il participe de la politique régionale de lutte contre la maltraitance et pas seulement en matière d'inspection. Il a le mérite aussi de questionner sur le positionnement de l'IASS dans sa fonction d'inspection.

Mots clés :

Inspection, évaluation, promotion de la bientraitance, prévention des risques de maltraitance, ciblage des établissements, analyse des risques.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.