



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : ***mars 2009***

**Le renouvellement des conventions
tripartites de 1^{ère} génération :
l'opportunité de mesurer la qualité de
la prise en charge dans les EHPAD
charentais-maritimes**

Stéphanie BOURGEOIS

Remerciements

Mes remerciements se portent tout d'abord en direction de Monsieur Gérard RECUGNAT, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Charente-Maritime, qui a accepté de m'accueillir en stage au sein de son service.

Merci également à Mme Catherine LE MERCIER, Directrice adjointe à la DDASS de la Charente-Maritime, qui m'a fait confiance à de nombreuses reprises et sans laquelle je n'aurais pas eu l'opportunité de vivre des expériences instructives et enrichissantes pour un élève-inspecteur.

Je remercie également M. Michel DELORD, mon maître de stage et responsable des Services Offre de Soins et d'Accompagnement des Personnes Agées, ainsi que tout le personnel du « 5^{ème} ». Merci de leur accueil chaleureux, de la grande disponibilité dont ils ont fait preuve à mon égard. C'est grâce à leur expertise et à leur accompagnement que j'ai pu mener à bien cette étude.

Mes remerciements se tournent également vers Mme Sylvie TINEVEZ, Chef du Service Instructions, Contrôle et Programmation des Etablissements au Conseil Général et son équipe avec lesquelles j'ai participé aux visites de reconventionnement des EHPAD. Merci de m'avoir si spontanément intégrée dans le binôme DDASS-Conseil général et d'avoir partagé avec moi votre environnement professionnel. Sans oublier, Daniel CASSE, élève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social en stage au Conseil Général de la Charente-Maritime, avec lequel j'ai travaillé sur le renouvellement des conventions tripartites. Son aide m'a été fort précieuse dans la rédaction de mon mémoire. Merci Daniel.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des directeurs d'établissements observés lors des visites de reconventionnement et leurs personnels qui se sont soumis aux entretiens et ont répondu à toutes mes interrogations. Merci enfin aux résidents pour leurs témoignages.

Sommaire

Introduction	1
1 La convention tripartite : levier dans la démarche qualité	5
1.1 L'évolution du cadre réglementaire : d'une logique centrée sur les institutions à une logique centrée sur la personne âgée.....	5
1.1.1 <i>Consécration de l'autonomie du secteur social et médico-social par rapport au champ hospitalier par la loi du 30 juin 1975</i>	<i>5</i>
1.1.2 <i>Introduction réelle de la dimension qualitative en 1999 avec la réforme de la tarification</i>	<i>6</i>
1.1.3 <i>Renforcement de la dimension qualitative par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale</i>	<i>8</i>
1.2 La mise en place des conventions tripartites en Charente-Maritime et les attentes qui en découlent.....	10
1.2.1 <i>Des données socio-démographiques qui soulignent la forte proportion de personnes âgées dans le département</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>Une offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes insatisfaisante...</i>	<i>11</i>
1.2.3 <i>Les principaux axes des dossiers de conventionnement des EHPAD charentais-maritimes</i>	<i>12</i>
1.2.4 <i>Des enjeux corrélés à la signature d'une convention tripartite pour la totalité des acteurs</i>	<i>14</i>
2 L'impact des conventions tripartites sur l'évolution de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes : un bilan mitigé.....	17
2.1 La qualité de vie au quotidien en nets progrès mais néanmoins perfectible.....	17
2.1.1 <i>La convergence entre les lits installés et les capacités autorisées.....</i>	<i>17</i>
2.1.2 <i>Les outils de garantie des droits des usagers mis en place</i>	<i>17</i>
2.1.3 <i>L'admission et l'accueil des futurs résidents considérablement améliorés.....</i>	<i>19</i>
2.1.4 <i>Des espaces communs plus confortables et accessibles contrairement aux chambres.....</i>	<i>21</i>
2.1.5 <i>Un effort sur l'hygiène corporelle</i>	<i>22</i>
2.1.6 <i>La restauration : temps fort de la journée qui mérite d'être revu</i>	<i>23</i>
2.1.7 <i>Un service blanchisserie loin d'être performant.....</i>	<i>24</i>

2.1.8	<i>L'animation : maillon faible</i>	25
2.1.9	<i>L'expression des résidents et des familles et leur information sous-estimées</i>	26
2.1.10	<i>La hausse des tarifs : une qualité qui a un coût pour les résidents</i>	26
2.2	La qualité de la prise en charge médicale à développer	27
2.2.1	<i>Individualiser la prise en soins</i>	27
2.2.2	<i>Coordonner la prise en soins</i>	29
2.2.3	<i>Assurer une prise en charge continue avec une traçabilité visible</i>	31
2.3	La qualification du personnel et la vie des équipes	31
2.3.1	<i>Du personnel qualifié pour garantir une qualité d'encadrement et éviter toute dérive maltraitante</i>	32
2.3.2	<i>Du personnel formé et soutenu pour pérenniser la qualité de la prise en charge</i>	33
2.3.3	<i>Une gestion du personnel à repenser</i>	34
3	Le renouvellement, une opportunité pour les parties prenantes de cibler des axes d'amélioration	37
3.1	Une démarche qualité balbutiante qui demande à être poursuivie au sein des établissements	37
3.1.1	<i>Confirmer la démarche qualité et intensifier les efforts sur les points faibles</i>	37
3.1.2	<i>Poursuivre le recrutement et la professionnalisation du personnel et impulser une dynamique collective</i>	40
3.1.3	<i>S'inscrire dans une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance</i>	42
3.2	... et que les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale doivent contribuer à impulser	43
3.2.1	<i>Multiplier et diversifier les formes d'évaluation</i>	43
3.2.2	<i>Affiner la grille d'évaluation et imaginer des outils complémentaires</i>	44
3.2.3	<i>Repenser son positionnement et modifier son attitude</i>	44
	Conclusion	47
	Bibliographie	49
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFBAH.....	Association Française pour la Bienveillance des Aînés et/ou Handicapés
ALMA.....	ALIô MALtraiteance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées
AMP.....	Aide Médico-Psychologique
ANGELIQUE.....	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée
.....	Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA.....	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH.....	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS.....	Agence Régionale de Santé
AS.....	Aide-Soignant(e)
ASH.....	Agent des Services Hospitaliers
CASF.....	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDD.....	Contrat à Durée Déterminée
CLIC.....	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA.....	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS.....	Conseil de la Vie Sociale
DDASS.....	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD.....	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ESMS.....	Etablissement social et médico-social
GESTAS.....	GEstion et STatistiques de l'Action Sociale
GIR.....	Groupe Iso-Ressources
GMP.....	Gir Moyen Pondéré
HACCP.....	Hazard Analysis Critical Control Point
IASS.....	Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale
IDE.....	Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE.....	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MISP.....	Médecin Inspecteur de Santé Publique
NTIC.....	Nouvelle Technologie d'Information et de Communication
PRIAC.....	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PSD.....	Prestation Spécifique Dépendance
SAPA.....	Service d'Accompagnement des Personnes Agées
UASA.....	Unité d'Accueil de Soins Alzheimer
USLD.....	Unité de Soins Longue Durée
VAE.....	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Le vieillissement de la population constitue un phénomène majeur dans le contexte européen et national. Il est, d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), « inéluctable » et « l'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accentuer son ampleur ». Ainsi, d'après le bilan démographique établi par l'institut, la France comptait un peu plus de 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans au 1er janvier 2006, plus du double que dans les années 50.

La région Poitou-Charente n'échappe pas à ce phénomène. C'est, en outre, une des régions françaises où l'on compte le plus de personnes âgées. Dans ce contexte régional, le département de la Charente-Maritime présente une proportion de personnes âgées supérieure à la moyenne nationale qui s'explique, entre autres, par la migration résidentielle massive et définitive des retraités liée à l'attractivité touristique du bord de mer. 22,1% de la population a plus de 65 ans (contre 15,7% au niveau national, soit 41% de plus). Les 75 ans et plus représentent 10% (7,8% au niveau national) et les 85 ans et plus 3,3% (2% au niveau national). La moyenne d'âge des personnes accueillies en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est de 87,5 ans, les femmes étant plus nombreuses que les hommes : 77 % de femmes contre 23% d'hommes.

En raison de l'allongement de la durée de vie et de la politique en faveur du maintien à domicile le plus longtemps possible, les établissements se voient accueillir des résidents avec un niveau de dépendance de plus en plus important. Entre 2004 et 2007, le GIR¹ moyen pondéré (GMP)², indicateur du niveau moyen de dépendance, a progressé en moyenne de 51 points. 31% des personnes accueillies dans les EHPAD charentais-maritimes sont en GIR 2, personnes grabataires lucides ou démentes déambulantes, contre 15% en GIR 6, personnes autonomes dans les actes quotidiens, soit plus du double. On dénombre ainsi 12 établissements ayant un GMP supérieur à 700 et un dépassant 800. Par ailleurs, l'accueil et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer tendent à se développer dans les EHPAD.

¹ Groupe Iso-Ressources. Le niveau de dépendance des résidents est classé en 6 groupes allant de 1 pour les déments grabataires à 6 pour les personnes autonomes dans les actes quotidiens

² Montant des points dans les différents groupes de toutes les personnes hébergées, divisé par le nombre de personnes hébergées

Dans ce contexte, force est de constater que de plus en plus de personnes âgées demeurant en institution nécessitent des soins médicaux techniques et infirmiers, psychiatriques et psychologiques. La problématique réside dans le fait de ne pas cantonner ces établissements à des lieux de soins où l'on vit, mais bien à des lieux de vie où l'on dispense des soins. L'humanisation des maisons de retraite alliée à la qualité de la prise en charge sont donc au cœur du sujet. Les pouvoirs publics ont légiféré dans ce sens par la réforme de la tarification en 1999, créant un outil qui intègre les contraintes réglementaires et une démarche qualité : la « convention tripartite quinquennale » signée entre l'établissement, le Président du Conseil Général et le Préfet (DDASS). Dès 2002, ils ont pu mettre en place l'ensemble des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et se fixer des objectifs à atteindre. Aujourd'hui, les conventions tripartites datant de 2002 et 2003 arrivent à échéance et nécessitent d'être évaluées en vue de leur renouvellement.

La mission de conventionnement, ainsi que celle de reconventionnement à échéance des 5 années, est dévolue aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) et aux Attachés Territoriaux du Conseil Général.

Dans le cadre de ma formation d'IASS, j'ai effectué mon stage d'exercice professionnel au sein du service d'accompagnement des personnes âgées (SAPA) de la DDASS de la Charente-Maritime où j'ai eu l'occasion de participer à bon nombre de visites d'EHPAD en vue du renouvellement de leur convention ; ce qui m'a amenée à m'interroger sur l'impact réel des conventions tripartites sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution. Ma première hypothèse a été que, dans la mesure où le respect par les établissements des objectifs fixés, écrits et quantifiés conditionnait le financement par les autorités de tutelle, ils étaient fortement incités à s'engager dans une démarche qualité. Démarche qualité qui se traduisait par le recrutement de personnel qualifié, en nombre suffisant pour garantir le taux d'encadrement requis. De plus, en signant la convention, ils s'engageaient également à mettre en place des actions et outils pour améliorer le cadre de vie des résidents en prenant compte de l'individualité de chacun et en leur garantissant la sécurité.

Mon mémoire s'inscrit dans un travail collectif. En effet, afin d'alimenter ma réflexion, j'ai participé à 15 visites de reconventionnement, organisées conjointement avec le Conseil Général. Mais, pour rendre mon étude davantage exhaustive, j'ai pris la décision de la basée sur les 25 EHPAD visités en 2007 et 2008, avec comme date-butoir le 30 juin 2008. Parmi eux figuraient 15 privés lucratifs, 5 privés associatifs et 5 publics.

En amont, un protocole d'évaluation avec pour support une grille d'observation (annexe I) avait été élaboré par les personnels de la DDASS et ceux du Conseil Général chargés d'évaluer les conventions tripartites de 1^{ère} génération. C'est cet outil que j'ai utilisé pour recueillir les informations d'ordre qualitatif.

Chaque visite se déroulait sur une journée entière et était organisée de façon similaire pour tous les établissements en 3 temps :

- visite intégrale des locaux et des chambres afin d'en vérifier la conformité au cours de laquelle étaient observées les conditions de vie des résidents et des questions leur étaient posées au gré de nos rencontres avec ces derniers ;
- étude sur pièces de la mise en œuvre des actions contractualisées et de l'existence des outils formalisés, actualisés et appropriés par le personnel ;
- entretiens avec le personnel : le médecin coordonnateur ou, le cas échéant l'infirmière référente, le directeur, l'animateur, le psychologue s'il avait été recruté, un représentant des IDE, AMP ou AS.

En fin de journée, toutes les informations recueillies étaient mises en commun sur un document unique informatisé permettant, in fine, de mesurer globalement l'atteinte des objectifs visés dans la convention de 1^{ère} génération, d'observer la mise en place effective des éléments contractuels et de proposer des points d'amélioration à inclure dans la convention suivante.

Notre délégation se composait de 4 à 8 personnes dont l'IASS et le secrétaire administratif en charge du suivi de l'établissement concerné, le responsable du secteur personnes âgées du Conseil Général et le rédacteur en charge de l'établissement concerné, le MISP et moi-même. Quand il s'agissait d'un gros établissement, des cadres B issus des 2 services apportaient leur soutien. A 6 reprises, s'est joint à nous un élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en stage au Conseil Général. La mission de chacun d'entre nous était définie au préalable, mais n'était pas systématiquement identique à tous les établissements. J'ai donc participé aux 3 étapes décrites ci-dessus mais pas simultanément dans un même établissement.

A l'issue des visites, mon travail d'analyse s'est déroulé en 2 temps. J'ai tout d'abord élaboré une synthèse de la totalité des grilles d'évaluation sous forme de tableau comportant 137 items (objectifs contractuels à atteindre) pour lesquels j'ai quantifié le nombre d'établissements les ayant atteint totalement, partiellement ou pas encore. Puis, j'ai croisé les propos recueillis au cours des entretiens que j'avais menés avec ces données chiffrées.

Ce travail a pour but d'établir un état des lieux départemental en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il convient cependant de rappeler, au préalable, l'évolution législative pour en comprendre les enjeux (I). Des résultats de cette analyse, il ressort que la signature de conventions tripartites a amorcé une démarche qualité qui demande à être poursuivie (II) et que des axes d'améliorations sont identifiables et peuvent faire l'objet de préconisations lors du renouvellement de ces conventions (III).

1 La convention tripartite : levier dans la démarche qualité

Le chemin jusqu'à l'affirmation des droits des personnes âgées a été long et a provoqué un changement total de la considération de la société envers ces dernières. Au fur et à mesure, le législateur a doté les acteurs de la prise en charge des personnes âgées d'outils leur permettant d'améliorer et d'évaluer la qualité de leur prise en charge. Parmi ces outils, la convention tripartite pluriannuelle figure comme levier dans la démarche qualité.

1.1 L'évolution du cadre réglementaire : d'une logique centrée sur les institutions à une logique centrée sur la personne âgée

La formalisation de la réforme de l'action sociale et médico-sociale est très récente. En effet, elle ne date que des années 2000 avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Certes, ce texte trouve ses origines dans un passé lointain. Cependant, nous nous attacherons ici à délimiter la genèse de son évolution aux années 70, et, plus précisément, à la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

1.1.1 Consécration de l'autonomie du secteur social et médico-social par rapport au champ hospitalier par la loi du 30 juin 1975

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

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

La loi annonce également la disparition progressive des hospices publics puisqu'elle instaure un délai de dix ans pour les transformer, soit en établissements sociaux ou médico-sociaux, soit en unités de soins relevant pleinement des missions conférées au service public hospitalier. Devant un panel croissant d'institutions s'adressant à un public

fragilisé, elle unifie les divers régimes d'autorisations existants en créant un régime unique d'autorisations. En ce sens, elle ne fait pas l'unanimité et suscite de nombreuses critiques.

Les années 80-90 sont consacrées à de multiples réflexions autour de cette loi, de l'action sociale, mais aussi et surtout autour de la perte d'autonomie et de l'aide allouée aux personnes proportionnellement à leur état de dépendance. En 1997, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)³ est créée, remplacée, en 2002, par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)⁴. Mais, le réel tournant a lieu en 1999 avec la réforme de la tarification qui, vingt-cinq ans après la promulgation de la loi de 1975 introduit la dimension qualitative dans la prise en charge des personnes âgées.

1.1.2 Introduction réelle de la dimension qualitative en 1999 avec la réforme de la tarification

A) Les principes généraux de la réforme

La réforme de la tarification des EHPAD trouve son origine dans le constat d'un mode financement des établissements très inégalitaire. En effet, certains trouvent leurs recettes via une logique forfaitaire (forfait soins en services de soins de longue durée, forfait de section de cure médicale en maison de retraite) pendant que d'autres les trouvent via un prix de journée. Ce double dispositif de financement met en exergue la nécessité de réformer en profondeur les modes de tarification des EHPAD.

La réforme de la tarification, qui s'inscrit dans le cadre de deux décrets⁵ et d'un arrêté⁶ tarifaires, s'applique aux établissements médico-sociaux et aux établissements de santé

³ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JO n°21 du 25 janvier 1997, p.1280

⁴ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JO n°167 du 21 juillet 2001, p. 11737

⁵ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD, notamment l'article 11, modifié par décret n°2001-388 du 4 mai 2001, JO n°98 du 27 avril 1999, p. 6223

Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, abrogé par le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du CASF et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du CSP, JO n°98 du 27 avril 1999, p. 6248

⁶ Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié le 4 mai 2001, JO n°98 du 27 avril 1999, p.6255

dispensant des soins de longue durée, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus.

Elle repose sur la mise en œuvre de cinq principes :

⇒ La transparence des coûts : chaque établissement se doit de déterminer précisément les différentes composantes du coût total de la prise en charge afin d'imputer aux financeurs des coûts précisément identifiés ;

⇒ Le renforcement des financements de l'Assurance Maladie en faveur des établissements les plus mal dotés ;

⇒ La solidarité envers les personnes âgées dépendantes via l'APA qui leur permet d'acquitter le tarif dépendance de leur établissement ;

⇒ Le partenariat matérialisé par l'obligation pour les établissements dont le GMP est supérieur à 300 de signer une convention tripartite avec le conseil général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie (en outre, la DDASS).

⇒ La qualité : les aspects tarifaires et gestionnaires de la réforme sont liés à l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux résidents. Chaque signataire se doit de mettre en place une tarification ternaire composée d'un tarif « hébergement », arrêté par le Président du Conseil Général si l'établissement est habilité à l'aide sociale, un tarif « soins », arrêté par le Préfet (DDASS) ou par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) pour les services hospitaliers et un tarif « dépendance », arrêté par le Président du Conseil Général.

Le financement des établissements est donc dorénavant subordonné à la signature d'une convention tripartite d'une durée de cinq ans, garantie d'un engagement de ces derniers à une démarche qualité.

B) La création d'un outil contribuant à la formalisation de la qualité : la convention tripartite

Ce document, signé pour cinq ans, et au plus tard le 31 décembre 2007, entre l'établissement, le Président du Conseil Général et le Préfet (DDASS), est établi à partir d'un cadre national. Il définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées par la formalisation des engagements pris par l'institution dans le cadre de la démarche qualité.

Il précise les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer. Il prévoit les modalités de l'ajustement progressif des recettes supplémentaires apportées par l'Assurance Maladie.

Les signataires de la convention tripartite s'engagent à respecter un cahier des charges défini au niveau national⁷, abordant tous les aspects de la vie de l'institution et faisant des recommandations relatives à :

- la qualité de vie des résidents ;
- à la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents ;
- à la qualité des personnels exerçant dans l'établissement ;
- à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

Les engagements sur ces différents points sont matérialisés dans un projet institutionnel qui comporte un projet de vie et un projet de soins.

Afin de pointer leurs points forts et faibles, et par conséquent, leurs axes d'amélioration, les établissements sont invités à utiliser le référentiel d'auto-évaluation de la qualité baptisé ANGELIQUE⁸ mis à leur disposition par le Ministère.

1.1.3 Renforcement de la dimension qualitative par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi du 2 janvier 2002 a ceci d'innovant qu'elle place l'utilisateur au cœur du dispositif. Pour la première fois, ses droits fondamentaux sont définis, de nouveaux outils sont créés pour les lui garantir et les pratiques des établissements sont évaluées.

A) L'affirmation des droits des usagers

La loi introduit le fait que l'utilisateur a droit :

- au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité ;
- au libre choix entre son domicile ou un établissement ;
- à une prise en charge ou un accompagnement individualisé et de qualité ;
- à la confidentialité des données le concernant ;
- à l'accès à l'information, et notamment à l'information sur ses droits fondamentaux et les voies de recours ;
- de participer directement à son projet d'accueil et d'accompagnement.

⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, modifié par l'arrêté du 13 août 2004 (annexe I), JO n°98 du 27 avril 1999, p.6256

⁸ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

Dorénavant, il participe, ainsi que son entourage, à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge.

B) La formalisation par les établissements de leurs pratiques professionnelles

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale impose aux établissements de formaliser de plus en plus leurs pratiques professionnelles. Elle crée notamment 7 nouveaux outils, synonymes de qualité.

Il s'agit :

- du livret d'accueil, outil de prévention des risques de maltraitance, auquel sont annexés une charte des droits et liberté de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement de l'établissement ;
- de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante que les établissements doivent afficher de façon visible en leur sein ;
- du contrat de séjour contenant les objectifs et la nature de la prise en charge, ainsi que le détail de la nature des prestations offertes ;
- du conciliateur ou médiateur chargé d'intervenir en cas de conflit entre l'usager, ou son entourage, et l'équipe de l'établissement ;
- du conseil de la vie sociale (CVS), nouvelle appellation du conseil d'établissement, composé majoritairement d'usagers, ayant pour objectif de rendre plus opérants les modes de participation des usagers à la vie de l'établissement par le biais, par exemple d'une enquête de satisfaction ;
- du règlement de fonctionnement de l'établissement, établi après consultation du CVS, qui définit les droits des personnes accueillies, ainsi que leurs obligations et devoirs ;
- du projet d'établissement, établi pour 5 ans renouvelables, après avis du CVS, contenant les objectifs de l'établissement en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités de son organisation et de son fonctionnement.

Les délais impartis aux établissements pour formaliser ces documents sont courts puisque la date-butoir est le cours de l'année 2003. Ces exigences sont liées à la mise en place de mécanismes d'évaluation des établissements.

C) L'évaluation, notion centrale du fonctionnement de tout établissement social ou médico-social

Une des exigences de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale est l'évaluation, étape qui s'avère incontournable dans une démarche qualité aboutie. Deux types d'évaluation s'imposent aux établissements : l'auto-évaluation à l'aide du référentiel ANGELIQUE et l'évaluation externe. Régulièrement les structures se doivent de faire la preuve de la maîtrise de leurs procédures, de la réalisation de leurs missions et du professionnalisme de leurs pratiques.

Les autorités de tutelle évaluent les établissements à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle. Les IASS et Attachés Territoriaux du Conseil Général évaluent l'atteinte des objectifs visés dans la convention et procèdent, ou pas, à son renouvellement. Pour ce faire, ils disposent de supports⁹ tels qu'un protocole d'évaluation ou encore une grille de suivi et d'analyse des conventions tripartites échues.

1.2 La mise en place des conventions tripartites en Charente-Maritime et les attentes qui en découlent

Le nombre important de personnes âgées en Charente-Maritime demeurant en EHPAD ou en voie d'y demeurer explique la nécessité de recourir à la création ou la transformation de structures adaptées et impliquées dans une démarche qualité.

1.2.1 Des données socio-démographiques qui soulignent la forte proportion de personnes âgées dans le département

Dans le cadre du schéma gérontologique 2005-2010 élaboré conjointement par la DDASS et le Conseil Général de la Charente-Maritime, il a été mis en évidence que la part des personnes âgées dans la population totale du département est supérieure aux proportions nationales (la part des 65 ans et plus représente 22,1% contre 15,7% dans la France entière) et que la population y est plus âgée que la moyenne nationale (3,3% de plus de 85 ans contre 2% en France).

Une grande disparité dans la concentration des personnes âgées est à noter entre les pays rochelais-île de Ré, rochefortais, Royan-Marennes d'Oléron, Saintonge romane (situés dans le Nord et la zone côtière) et les pays d'Aunis, Haute-Saintonge, Vals de

⁹ Annexe 2 de la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n°2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées (texte non paru au JO)

Saintonge (situés dans le sud et l'intérieur du département). Ainsi, la densité de la population de personnes âgées de 75 ans et plus est comprise respectivement entre 13 et 126 habitants /km² pour les uns et ne dépasse pas 7 pour les autres.

Ces particularités s'expliquent, d'une part par l'allongement de la durée de vie, d'autre part, par une migration résidentielle. Le département se caractérise, en effet, par un afflux massif de retraités qui s'y installent à titre plus ou moins définitif, notamment sur la zone côtière, dans le pays rochelais et sur l'île de Ré. L'accroissement de la population constaté dans ces secteurs lors du recensement de 1999 concerne principalement les personnes âgées.

Toutefois, le niveau de retraite est plutôt bas. Tous régimes confondus, il est même, pour ce qui est de la région Centre-Ouest, en général inférieur à celui de la France métropolitaine. Le département se caractérise par l'existence significative de poches de pauvreté en ville et à la campagne qui incluent les personnes âgées. En témoigne notamment la proportion de bénéficiaires de l'APA avec des revenus inférieurs à 600 euros par mois et le nombre important de logements sans confort.

A l'horizon 2030, la tendance est identique. Dans ce contexte, les besoins en équipements sont évidents.

1.2.2 Une offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes insatisfaisante

Comparativement aux autres départements de la région, la Charente-Maritime présente un fort déficit en équipements. Avec un taux d'équipements au 15/03/2007 de 115,64, il faudrait créer 1 187 places pour égaler le taux moyen régional (source document de validation des pré-notifications de crédits 2007 alloués par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)). Ces structures et équipements médico-sociaux se situent principalement sur la zone côtière.

Afin de combler le retard du taux de places pour 1 000 personnes âgées, le département connaît un fort développement des structures, encouragé, notamment, par des aides inscrites au programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC). Les créations d'établissements sont en grande majorité portées par le privé, souvent lucratif, alors que les créations d'EHPAD dans le public relèvent pour partie d'un reclassement des unités de soins longue durée (USLD).

La Charente-Maritime dénombre 111 EHPAD au 31 décembre 2007, date-butoir, rappelons-le, pour la signature d'une convention tripartite. La totalité des établissements du département sont conventionnés à cette date. On peut trouver parmi eux des maisons de retraite spécialisées médicalisées qui accueillent des adultes handicapés âgés, des places d'hébergement temporaire et des places d'accueil de jour adapté ou non aux malades souffrant d'Alzheimer.

Le niveau de dépendance en institution ne cesse d'augmenter. Entre 2004 et 2007, le GMP a progressé, en moyenne, de 51 points. On dénombre ainsi 12 établissements ayant un GMP supérieur à 700 et un dépassant 800. 31% des personnes accueillies en EHPAD sont en GIR 2 contre 15% en GIR 6, soit plus du double. Par ailleurs, l'accueil et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer tendent à se développer dans les EHPAD.

Le besoin local est manifeste. Dans ce contexte, les attentes, et des établissements, et des autorités tarifaires, face aux effets positifs que semblent pouvoir engendrer l'outil « convention tripartite » se révèlent très fortes.

1.2.3 Les principaux axes des dossiers de conventionnement des EHPAD charentais-maritimes

Des objectifs visés par les établissements signataires des conventions de 1^{ère} génération se dégagent quatre grands thèmes.

A) Restructurer le parc immobilier

Les établissements n'ont jusqu'alors pas ou peu procédé à des transformations immobilières. Les maisons de retraite ont été transformées en EHPAD, mais les murs sont restés intacts. Or, accueillir des personnes âgées dépendantes nécessite, non seulement d'adapter les locaux pour les rendre accessibles, mais aussi de les transformer en lieux de vie conviviaux. Ainsi, en Charente-Maritime, 37% des dossiers de conventionnement affichent un projet de restructuration de l'immobilier, voire de reconstruction.

B) Améliorer la qualité de vie des résidents au quotidien

Il apparaît que l'animation et la restauration sont des points défaillants au sein des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Améliorer prioritairement ces deux points est largement développé dans les conventions tripartites de 1^{ère} génération.

C) Instaurer une prise en soins individuelle et continue

La garantie d'une prise en soins de qualité se traduit par l'individualisation du parcours de soins du résident et par le partage entre professionnels de santé des informations médicales le concernant.

Pour ce faire, le personnel médical des établissements doit mettre en place des dossiers individuels de soins et veiller à la tenue des dossiers médicaux, voire informatiser les données. Cet objectif concerne bon nombre d'établissements charentais-maritimes dans la mesure où il révolutionne la culture des professionnels de santé et leurs pratiques professionnelles en institution ; ces derniers travaillant jusqu'alors de façon plutôt cloisonnée.

D) Qualifier et professionnaliser le personnel dans son intégralité

Afin de répondre aux exigences de qualité contenues dans la loi du 2 janvier 2002 en matière d'accompagnement des personnes, un niveau minimal de qualification des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) est exigé. Le personnel, quant à lui, doit justifier d'une professionnalisation et d'une qualification.

Le niveau de qualification des directeurs d'ESMS, fixé par décret¹⁰ est corrélé aux caractéristiques et à l'organisation de l'établissement qu'ils dirigent. Ainsi, sauf dérogation, ils doivent être titulaires d'une certification de niveau I ou II¹¹ enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles.

En ce qui concerne le personnel, leur qualification est nécessaire à double titre. D'une part, leur professionnalisation est synonyme de garantie en matière de qualité de la prise en charge de la personne âgée. D'autre part, l'Assurance Maladie finance les postes d'aides-soignants (AS) et d'aides médico-psychologiques (AMP) à 70% dès lors qu'ils sont diplômés ou en cours de formation dans un centre agréé et qu'ils exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, les postes d'infirmières (IDE) à 100%, d'auxiliaires médicaux à 100%, de pharmaciens ou préparateurs en pharmacie à 100% et de médecins à 100%. Le respect de qualification est donc un élément financier incontournable pour les autorités de tutelle.

¹⁰ Décret n°2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux

¹¹ Niveau I : Bac + 5 et plus, catégorie A Niveau II : Bac + 3 ou 4, catégorie A

Dans ce cadre, le recours à la formation initiale ou continue et à la validation des acquis de l'expérience (VAE) est fortement encouragé.

1.2.4 Des enjeux corrélés à la signature d'une convention tripartite pour la totalité des acteurs

A) Pour les autorités tarifaires

La mise en place des conventions tripartites modifie considérablement les missions et méthodes de travail des autorités de tutelles. En effet, elle incite la DDASS et le Conseil Général à avoir une approche différente des relations avec les établissements en développant leur mission de conseillers et de techniciens auprès de ces derniers et en se rendant plus disponibles.

La tarification ternaire implique une coordination et une articulation administratives pour que soient cohérentes les décisions de co-financement : par exemple, en ce qui concerne les postes d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques. Il en résulte une concertation au préalable indispensable pour garantir leur crédibilité.

B) Pour les établissements

D'un point de vue financier, les établissements attendent beaucoup du conventionnement. En effet, les ressources qui vont leur être allouées sont à hauteur de leurs ambitions. Il s'agit donc pour eux d'avoir une vision très nette et précise de l'organisation et du fonctionnement qu'ils souhaitent adopter, de proposer des projets réalistes et réalisables et de viser des objectifs atteignables pour, après concertation avec la DDASS et le Conseil Général, les inclure dans la convention et disposer ainsi du budget y afférent.

Au delà de l'aspect fortement incitatif de ce « contrat » que constitue la convention tripartite, l'opportunité doit être saisie par les établissements et services pour repenser leurs missions, pratiques et organisation. Exprimant, dans un premier temps, beaucoup de craintes, peur de perte d'indépendance face aux tutelles, de méfiance et pointant l'accroissement de contraintes administratives entraînant un surchage de travail pour les équipes, ils se sont engagés dans cette voie et ne doutent plus de l'intérêt de cette démarche.

Ils y voient l'occasion de renforcer les liens avec les tutelles et de redorer leur image auprès d'elles. C'est aussi le moyen de développer l'aspect relationnel par la communication, la concertation, la demande de conseils techniques. De ce point de vue, la DDASS et le Conseil Général font preuve d'une grande disponibilité à leur égard, leur

apportent conseil, appui technique et accompagnement personnalisé. Chaque établissement, qu'il dépende du secteur privé, public ou associatif est traité de façon égalitaire.

Les personnels, qui expriment le besoin de se repositionner professionnellement et qui se remettent en question, y trouvent également des réponses à leurs attentes. En effet, ils n'avaient jusqu'alors pas ou peu de moyens leur permettant de juger leurs pratiques professionnelles, de les repenser, voire de les modifier. Le conventionnement les leur apporte en obligeant à la formation, synonyme de qualification mais aussi de partage d'expériences avec les collègues et en développant très largement la protocolisation.

C) Pour les personnes âgées

Les moyens et outils alloués aux établissements à l'occasion de la signature d'une convention tripartite ont pour objectif d'améliorer le service rendu aux usagers. En ce qui les concerne, les enjeux du conventionnement se déclinent donc en termes de qualité.

Qualité de vie par la transformation progressive des maisons de retraite, généralement sinistres, en des lieux où le rythme de vie des résidents est respecté et leurs repères maintenus ; endroits où ils trouvent un bien-être et une sérénité, un peu de leur « chez-eux » ; endroits où les gestes du quotidien, les goûts, les habitudes font partie intégrante de la prise en charge, où l'expression est encouragée.

Qualité du personnel qui se doit d'être qualifié et formé à la culture gériatrique. Renforcé en nombre, le temps passé auprès des personnes s'allonge et ces dernières peuvent, à tout moment, leur faire appel.

Qualité en termes de garantie de la sécurité, aspect extrêmement rassurant pour les usagers comme pour leurs familles surtout lorsque la personne âgée est démente ou déambulante.

Qualité de la prise en soins par la continuité des soins qui leur sont prodigués, mais aussi par la prévention. Qualité également par la présence de plus en plus fréquente de spécialistes tels que des ergothérapeutes ou des psychomotriciens, chargés de les stimuler pour conserver leur autonomie ou du moins pour stabiliser leur niveau de dépendance ou encore de psychologues qui sont à leur écoute.

Aujourd'hui, les premières conventions arrivent à échéance. Une évaluation de l'atteinte des objectifs annoncés lors de leur signature s'avère nécessaire ; d'une part, pour faire un bilan sur la mise en œuvre d'actions par les établissements au regard des engagements pris il y a 5 ans ; d'autre part, pour amorcer la négociation des conventions de 2^{ème} génération.

2 L'impact des conventions tripartites sur l'évolution de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes : un bilan mitigé

La qualité de vie ne se décrète pas par des normes mais demande bel et bien à être appréciée : appréciation en termes de satisfaction du résident sur la prestation offerte, mais également en termes de respect par l'établissement de ses engagements. Dans l'ensemble, les 25 établissements visités affichent leur volonté de s'inscrire dans une démarche qualité. Néanmoins, des progrès conséquents restent encore à faire.

2.1 La qualité de vie au quotidien en nets progrès mais néanmoins perfectible

La signature de conventions tripartites a fortement impacté la qualité de vie au quotidien des résidents. Néanmoins, de nombreux efforts restent encore à fournir.

2.1.1 La convergence entre les lits installés et les capacités autorisées

Si les capacités autorisées restent stables, à l'exception de 2 établissements qui ont subi une extension de 33 et 18 lits, le nombre de lits installés tend vers la capacité autorisée. En tenant comptes des travaux à venir de reconstruction pour 19 lits, le nombre de lits et de places aura, globalement, augmenté de 44.

Une meilleure identification des lits d'accueil temporaire (+ 23 lits) et des unités d'accueil de soins Alzheimer (UASA), avec 44 lits supplémentaires identifiés, tend à se généraliser.

L'accueil de jour progresse aussi avec 18 places créées, mais leur occupation semble difficile en raison du transport du domicile au lieu d'accueil.

2.1.2 Les outils de garantie des droits des usagers mis en place

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale impose aux établissements la mise en place d'un certain nombre d'outils qui sont des éléments indispensables dans l'accompagnement qualitatif des résidents. Ces outils ne concernent pas les pratiques professionnelles. Ce sont uniquement des obligations légales que les établissements charentais-maritimes ont tous respectées.

Ainsi, ils affichent ouvertement leur volonté de poursuivre la démarche qualité engagée en affichant visiblement, souvent à l'entrée de la structure et dans les couloirs la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Le livret d'accueil est élaboré et remis systématiquement au résident à son arrivée ou à son représentant légal. Ce document présente de façon précise le panel de services mis à sa disposition, conformément à l'article L.311-4 du CASF. Y sont annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie¹², ainsi que le règlement de fonctionnement¹³. Le livret d'accueil favorise la prise de décision autonome de la personne dans la mesure où le contenu en est discuté avec elle, ou, le cas échéant avec son représentant légal.

De même, la conclusion d'un contrat de séjour entre l'établissement et le résident, dès son entrée dans la structure, est une étape respectée de chacun. Seuls les avenants demeurent quelquefois inexistantes. Au-delà de son aspect obligatoire, ce document est une référence indispensable dans le respect de la personne. Le principe même de son existence est une affirmation de l'établissement de son souci de respecter les principes déontologiques et éthiques. Il présente les conditions et la nature de la prise en charge du résident et l'informe de la gamme de services qui lui sont offerts en précisant leurs coûts. Il contient les recommandations de bonne pratique professionnelle et le projet d'établissement. Dans le respect de la liberté de choix et d'information, un temps donné a été consacré à la prise de connaissance des conditions de séjour par les résidents ou leur représentant légal qui ont tous acceptés de signer ce contrat.

Quant au projet d'établissement¹⁴, il est rédigé ou en cours de rédaction pour la totalité des établissements. Il contient des objectifs clairement définis en matière de coordination, de fonctionnement, de coopération et d'évaluation des activités et prestations proposées. Il est le résultat d'une réflexion collective entre le conseil d'administration de l'établissement qui détermine les politiques, les objectifs et missions de l'établissement, les résidents qui expriment leurs ressentis et leurs souhaits, le personnel qui en est l'acteur déterminant dans sa réalisation en le faisant vivre et les intervenants extérieurs (médecins, kinésithérapeutes, infirmières libérales, bénévoles ...) qui y apportent leur technicité. Là encore, 100% des EHPAD charentais-maritimes ont laissé la parole aux acteurs de la vie en institution. Ils se sont exprimés et ont ainsi contribué à l'élaboration de ce texte fédérateur des pratiques sociales. Par contre, son actualisation n'est pas

¹² Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

¹³ Article L.311-7 du CASF

¹⁴ Article L.311-8 du CASF

toujours faite alors que ce n'est pas un texte figé mais qui se veut en perpétuelle évolution, parallèlement à la vie au sein de l'EHPAD.

Enfin, le conseil de la vie sociale¹⁵ est mis en place dans 92% des EHPAD. Composé de deux représentants des usagers d'un représentant des familles ou représentant légal, d'un représentant du personnel et d'un représentant de l'organisme gestionnaire, il doit se réunir formellement trois fois par an. Dans les établissements visités, il arrive qu'il se réunisse moins souvent. Cependant, les comptes rendus y afférents sont rédigés et largement diffusés. Cette instance agit comme un véritable régulateur de la vie en institution et pose clairement comme central le concept de vie sociale.

En effet, il a pour vocation l'expression de chacun. Les résidents y font part de leurs remarques sur les activités qu'ils souhaiteraient faire ou encore sur les menus qui leur conviennent ou pas : ce sujet est d'ailleurs récurrent. Dans la plupart des comptes rendus des CVS sont faites des propositions de plats ou des réflexions sur des menus qui ne correspondent pas à leurs goûts. A charge de l'établissement de procéder à des modifications si elles sont possibles. Les familles y trouvent des réponses à leurs questions. Quant au personnel, il a la possibilité d'exposer des difficultés potentielles et de soumettre des idées ou solutions pour les résoudre.

Le CVS est une tribune ouverte et est force de propositions des parties prenantes. Il procure un sentiment de responsabilité pour les résidents qui en sont membres. Ils y voient un rôle important à jouer en termes de relais des besoins et envies de leurs congénères et concordance entre lesdits souhaits et les prestations offertes par la structure.

2.1.3 L'admission et l'accueil des futurs résidents considérablement améliorés

Le passage du domicile à l'institution est souvent vécu par la personne âgée comme un traumatisme. C'est pourquoi, son admission et son accueil se doivent d'être pensés au préalable, organisés et formalisés afin de faciliter son intégration. L'amélioration de ces deux points figure parmi les objectifs majoritairement atteints ou partiellement atteints par les établissements.

¹⁵ Article L.311-6 du CASF

A) Une admission organisée et anticipée

En cinq ans, 91% des établissements ont élaboré ou sont en cours d'élaboration des documents liés à l'admission tels que le protocole d'admission, le dossier médical d'admission, le registre d'admission, le dossier administratif du résident. L'impact direct de l'élaboration de ces documents est une meilleure régulation du flux des résidents.

L'unique bémol porte sur leur complétude ou leur mise à jour. En effet, s'ils sont bel et bien formalisés, on note toutefois que leur suivi n'est pas régulier. Ainsi, le registre d'admission, tel que défini dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), est présent mais doit faire l'objet d'une mise à jour plus rigoureuse. Quant au dossier administratif du résident, il ne comporte pas systématiquement l'avis du médecin coordonnateur. On peut, par contre, y trouver des documents médicaux, des contrats de séjour non signés ou sans les avenants. Les établissements n'apportent pas de commentaires particuliers sur ce sujet.

B) Un accueil préparé

Cette étape de la prise en charge en institution est primordiale dans la mesure où elle conditionne l'adaptation de la personne accueillie à sa nouvelle vie et son futur bien-être.

Tout comme pour l'admission, la majeure partie des EHPAD (91,66%) a établi ou est en cours d'établissement des documents et procédure d'accueil. Ils disposent tous d'un règlement de fonctionnement et d'un livret d'accueil auquel sont généralement joints les tarifs. Ces documents sont remis aux résidents à leur arrivée, ainsi qu'à leur entourage. Les intéressés peuvent ainsi mieux se situer dans l'établissement.

D'une part, humainement, ils sont rassurés et se sentent en confiance au moment de ce grand changement. Il est vrai que le passage du domicile, où la vie se déroule selon ses propres habitudes, volontés, goûts, et bien souvent en solitaire, à une structure où, par définition, la vie se déroule en collectivité et est soumise à des règles, nécessite un accompagnement. D'autre part, financièrement, demeurer en EHPAD est source de coût. Avoir connaissance, dès leur arrivée, de tous les éléments d'ordre financier permet aux résidents ou aux personnes responsables de leur compte bancaire de gérer au mieux l'aspect budgétaire de l'entrée en institution ; et ce, dans le respect du droit à l'information.

Par contre, un point noir persiste. Il s'agit de la mise en place du projet de vie individuel, qui, quand il existe (dans seulement 52,17% des établissements), n'est quasiment jamais

actualisé. Il ressort de l'étude menée que, d'une part, le concept de « projet » n'est pas encore assimilé par tous les établissements et que, d'autre part, par manque de temps, ils parent au plus pressé et gèrent le quotidien.

Nous noterons toutefois qu'un établissement public se distingue par la mise en place d'un « référent ». Ce dispositif consiste en la nomination d'un personnel de l'établissement par résident chargé de collecter auprès de ce dernier des informations sur ses habitudes de vie et de veiller, dans la mesure du possible, au respect de son vécu pour qu'il considère l'EHPAD non pas comme un établissement mais comme sa maison.

2.1.4 Des espaces communs plus confortables et accessibles contrairement aux chambres

L'EHPAD se doit d'être avant tout un lieu de vie. Comme nous l'avons indiqué, les conventions tripartites de 1^{ère} génération comprenaient bon nombre d'objectifs relatifs à l'amélioration du parc immobilier. Si les espaces communs ont subi des transformations manifestes, des efforts conséquents restent encore à faire en ce qui concerne les chambres.

A) Des espaces communs sécurisés, accessibles et conviviaux

Les établissements sont extrêmement scrupuleux en matière de sécurité des locaux. Ils disposent tous d'un avis favorable des commissions de sécurité et d'accessibilité. Lorsque la commission leur demande de faire des travaux, ils sont toujours réalisés dans les délais impartis. Garantir la sécurité et l'accessibilité des espaces communs, avec, par exemple la délimitation de zones de déambulation sécurisées ou encore la pose de rampe d'appui pour les promenades, c'est favoriser le maintien de l'autonomie.

Si 93,33% des EHPAD ont aménagé ou sont en cours d'aménagement de salles communes conviviales telles que la salle de télévision, la salle à manger, la bibliothèque... et 83,33% ont restructuré les jardins, les grands projets architecturaux ou de réaménagement prévus lors de la signature des conventions restent à poursuivre, voire à débiter. L'existence de ce type d'aménagements permet aux résidents d'échanger avec d'autres, parfois de se distraire. Il faut, en effet, noter que certains résidents reçoivent peu de visite et que se rendre en salle de télévision ou se promener dans le parc constitue le seul moyen de rencontrer d'autres personnes.

En ce qui concerne l'hygiène des locaux, le ménage est prévu et organisé dans tous les établissements. Le protocole d'entretien est formalisé et un « référent entretien », responsable de l'hygiène au sein de l'établissement, est désigné et formé. Le nettoyage régulier et protocolisé des locaux permet de limiter la prolifération de microbes parmi un

public déjà fragilisé par la vieillesse et la maladie pour lequel la moindre grippe peut avoir de lourdes conséquences.

B) Des efforts manifestes à faire en terme de chambre individuelle

Le respect de l'intimité de la personne et l'amélioration des conditions d'accueil passent par l'octroi d'une chambre individuelle. Des visites d'établissements, il ressort qu'ils ont procédé à une réduction du nombre de chambres à 2 lits (moins 31) et à la création massive de chambres à 1 lit (plus 127). Toutefois, malgré ces constats très positifs, l'objectif imposé par le législateur d'un nombre de chambres à 2 lits inférieur à 10% de la totalité des lits installés reste majoritairement à atteindre. Actuellement, seulement 26,09% des EHPAD ont atteint cet objectif. De plus, parmi les chambres doubles, rares sont celles qui comportent une salle de bain équipée de 2 vasques et d'étagères permettant de distinguer les effets de chacun des deux locataires. Pas toujours sécurisées (uniquement 66, 67% des établissements visités) ou nécessitant des travaux relatifs aux bacs de douche surélevés ou au système d'appel défaillant, voire inexistant (64%), les salles de bain sont loin de répondre aux normes.

La majeure partie de résidents cohabite donc avec une personne qui lui ait inconnue et partage son cabinet de toilette. Certes, ramené à l'unité, le prix d'une chambre double est inférieur à celui d'une chambre simple. Mais, la question se pose de la difficile appropriation de leur chambre par les résidents et du respect de leur intimité, notamment au moment des soins et des toilettes.

2.1.5 Un effort sur l'hygiène corporelle

En général, le rythme des toilettes est régulier. Chaque résident est lavé le matin au lever et bénéficie d'une douche au moins une fois par semaine. Une traçabilité individuelle de ces dernières est instituée via un cahier de douches. L'hygiène est un élément fondamental pour une vie en société et le rythme retenu par les établissements correspond à la volonté des résidents qui font partie d'une génération pas habituée à prendre des douches quotidiennement.

Il en est de même pour les changes. Les établissements ont mis en place un protocole d'utilisation des changes et veillent à ce qu'ils ne soient pas systématiquement utilisés. En effet, accompagner aux toilettes une personne incontinente demande beaucoup de temps au personnel qui pourrait préférer lui laisser une couche tout au long de la journée. Mais, dans ce cas, ce serait faire fiasco du respect de la dignité de la personne. Le port de changes est ressenti comme honteux et humiliant par la personne, et aussi par ses proches. C'est

pourquoi, les établissements portent un grand intérêt à ne pas systématiser le port de changes.

2.1.6 La restauration : temps fort de la journée qui mérite d'être revu

En plus d'être l'occasion, parfois unique dans une journée, de rencontrer d'autres personnes et de maintenir une vie sociale, il oblige la personne âgée à éveiller ses sens et à stimuler son corps. C'est donc le repas en salle que les établissements privilégient face au repas en chambre, bien que les résidents aient le choix entre les deux.

Or, bien que les établissements soient conscients de l'importance de cet aspect et qu'ils soient lancés dans une dynamique d'amélioration de la prestation, tout ce qui gravite autour du thème de la restauration est, globalement, décevant.

Tout d'abord, en ce qui concerne la conformité avec les normes HACCP¹⁶ de l'hygiène de la cuisine et du circuit des aliments, seulement 22% des EHPAD ont reçu un avis favorable de la commission des services vétérinaires. Les 78% restants sont en cours de travaux pour mise aux normes ou ont reçu des recommandations relatives à davantage de vigilance. Pourtant, dans le respect de la sécurité alimentaire, l'hygiène de la cuisine et le circuit des aliments devraient être irréprochables. En effet, la personne âgée est une personne fragile dont l'organisme réagit extrêmement rapidement face à un aliment périmé ou pas frais. La moindre intoxication alimentaire peut avoir des conséquences dramatiques. De plus, la salle de restauration est un endroit où se côtoient personnes porteuses de microbes et personnes « saines ». Une attention particulière portée au fait que les plats « frais » et les assiettes sales ne se croisent pas permet d'éviter la propagation des germes.

Ensuite, les résidents se plaignent de la qualité gustative des repas et du manque de diversité dans les propositions de menus. Ils déplorent également qu'on leur propose des produits qu'ils ne connaissent pas, comme par exemple le kiwi, ou, a contrario, qu'on ne leur serve pas de plats qu'ils avaient coutume de manger auparavant, tels que du pot-au-feu ou des bouchées à la reine. Il est vrai que le traitement des repas, de plus en plus « externalisé » ou sous-traité à des groupes de restauration collective, ne favorise pas la qualité. Les plats sont livrés déjà préparés à l'établissement qui se contente de les réchauffer : trop parfois, ou pas assez, d'après beaucoup de résidents. Cette solution est

¹⁶ De l'Anglais Hazard Analysis Critical Control Point. Les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social sont fixées par arrêté du 29 septembre 1997.

utilisée par les établissements en vue de diminuer les charges de personnels et de fonctionnement de la cuisine.

En outre, les résidents devraient être associés à l'élaboration des menus en proposant des idées de repas par le biais de la commission des menus. Mais, elle tarde à se mettre en place : seulement 43,48% des EHPAD l'ont mise en place. Par contre, tous informent les résidents au moins une semaine à l'avance des menus, par voie orale ou par affichage du menu hebdomadaire à l'accueil ou dans les ascenseurs. Ce qui permet à chacun d'exprimer ses goûts et de demander la substitution d'un plat qu'ils n'apprécient pas par un autre : possibilité offerte par tous les établissements. L'élaboration des menus se fait par un diététicien afin qu'ils soient adaptés aux différents régimes alimentaires des résidents.

Enfin, en ce qui concerne les horaires et l'organisation des repas, les établissements procèdent tous de la même façon : les petits-déjeuners sont pris en chambre ; une collation est proposée en matinée et un goûter dans l'après-midi ; les horaires des déjeuners et dîners sont fonction du niveau de dépendance de la personne. Pour ce qui est de ces deux repas, les établissements organisent deux services : le premier à destination des personnes les plus dépendantes, le second, environ $\frac{1}{2}$ ou $\frac{3}{4}$ d'heure plus tard, pour les personnes autonomes. Certes, cette organisation permet au personnel d'aider au repas les personnes qui le nécessitent. Mais, l'inconvénient majeur est que le coucher des personnes dépendantes se fait très tôt (entre 17h45 et 18h30). L'amplitude horaire entre le dîner et le petit-déjeuner est donc conséquente. Le temps maximum de jeûne toléré de 12 heures n'est jamais respecté. Il faut savoir qu'au-delà de cette limite, la personne âgée peut fortement se déshydrater avec des conséquences sur sa santé générale. Les levers et les couchers ne sont donc pas adaptés aux besoins de la personne, mais sont conditionnés par l'organisation du travail des agents.

2.1.7 Un service blanchisserie loin d'être performant

Il est, pour ce qui concerne le linge plat (serviettes de toilette, draps...), le plus souvent externalisé. Par contre, les effets des résidents sont traités sur place. Les établissements demandent aux familles de marquer les vêtements pour en faciliter leur distribution après lavage et pour éviter de les égarer, ce qui arrive, malgré tout, très fréquemment. Pourtant, le traitement du linge fait partie des services proposés par les établissements. Les propriétaires des vêtements sont en droit d'attendre une prestation de qualité et surtout qu'on ne perde pas leurs effets personnels. Sur ce point, les établissements ont encore une marge de progrès conséquente à faire.

Les lingeries ne sont, pour plus de la moitié des établissements visités, pas en conformité avec le circuit linge propre / linge sale. C'est-à-dire que le linge sale des uns croise le linge propre des autres. Tout comme pour le circuit des plats, ce manquement favorise la propagation des germes et dénote un manque d'hygiène qui ne devrait pas exister au sein d'un établissement médico-social accueillant des personnes très fragiles.

2.1.8 L'animation : maillon faible

Pour qu'un établissement, défini comme lieu de vie, le soit réellement, il se doit d'être animé et de proposer des activités qui soient diversifiées et adaptées aux besoins et aux envies de ses résidents. Or, l'animation est un concept encore peu ou mal développé au sein des structures.

Seules 20% d'entre elles ont recruté un animateur qualifié. Pour les autres, ce sont bien souvent des aides-soignants ou des agents de service hospitalier (ASH) qui s'improvisent, à tour de rôle, animateurs, sans avoir de qualification particulière ou suivi de formation spécifique à l'animation. Le projet d'animation n'existe que dans 21,74% des établissements. Il s'agit pourtant d'une réflexion qui doit se faire, d'une part, pour donner vie aux ateliers, d'autre part pour établir un bilan des activités proposées, du taux de participation, de la satisfaction des intéressés. Il permet à l'animateur de se remettre en question et de repenser ses méthodes ou ses propositions d'activités. Si les établissements sont investis pour favoriser le lien avec les familles en organisant des repas d'anniversaire ou pour des occasions spéciales (Pâques, Noël, pique-nique en été...), rares sont ceux qui « sortent des sentiers battus » en proposant d'autres activités que l'atelier mémoire, la lecture du journal ou le loto. Rares sont encore ceux qui font intervenir des personnes extérieures à la structure (bénévoles, associations...), qui organisent des rencontres inter-générationnelles. Pourtant, des discussions avec les personnes âgées, il apparaît que ces dernières se sentiraient plus motivées de participer aux ateliers s'ils étaient plus variés et peut-être un peu moins infantilisants. Ils occupent donc une bonne partie de la journée à regarder la télévision, ce qui n'a pour effet que de les conforter dans leur isolement et ne pas solliciter leurs facultés intellectuelles et physiques. De l'avis des établissements, il est inconcevable de forcer qui que ce soit à participer aux activités proposées. De plus, le niveau de dépendance des personnes accueillies est tel qu'il ne permet pas la mise en œuvre d'activités et de sorties plus variées, nombreuses, voire « fantaisistes ».

2.1.9 L'expression des résidents et des familles et leur information sous-estimées

En dehors du CVS, les résidents et de leur famille ont la possibilité d'exprimer leur opinion sur la qualité de vie et les prestations offertes par l'établissement et de les évaluer à travers une enquête de satisfaction. Dans une dynamique de démarche qualité, cet outil est nécessaire aux établissements pour converger vers les souhaits, besoins et aspirations des résidents. Il permet de pointer des dysfonctionnements et de les gérer. Malheureusement, quand elle est effectuée (seuls 50% des établissements en ont fait une), l'exploitation de cette enquête et son suivi ne débouchent pas systématiquement sur des actions correctives.

De même, un cahier de plaintes ou de suivi d'événements indésirables est rarement mis à disposition des résidents et de leurs proches. Seuls 21,74% des établissements en ont mis un en place. Ils s'en expliquent en arguant que, quand une personne a une remarque à faire, elle la fait, généralement, par voie orale au directeur ou au personnel. Ils concèdent volontiers qu'ils craignent aussi que des éléments, réels ou pas et non vérifiés, relatifs à de la maltraitance figurent dans un document accessible à tout public. Il s'agit d'une incompréhension sémantique de leur part, car, si un tel outil permet effectivement aux personnes accueillies au sein de l'établissement et à leurs proches de notifier des faits de maltraitance, il permet également de souligner des dysfonctionnements relatifs au quotidien sans avoir à attendre l'organisation d'une enquête de satisfaction ou d'un CVS.

Il n'existe donc pas de procédure de gestion des plaintes dans 72,73% des établissements et uniquement 12,50% d'entre eux ont mis en place un suivi des plaintes, les enregistrent et les traitent.

2.1.10 La hausse des tarifs : une qualité qui a un coût pour les résidents

Les tarifs des GIR ont progressé. En moyenne, la hausse s'élève à :

- ⇒ + 3,84 € pour les GIR 1 et 2 ;
- ⇒ + 2,58 € pour les GIR 3 et 4
- ⇒ + 1,04 € pour les GIR 5 et 6

Les prix d'hébergement, quand l'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale, sont supportés par l'usager. Ils varient d'un établissement à un autre et selon la nature des prestations hôtelières offertes. Pour une chambre à 1 lit, il lui en coûtera de 50,28 € à 74,00 € par jour. Pour une chambre à 2 lits, de 36,05 € à 70,00 € par jour. Une majoration de 10% pour l'accueil temporaire est le plus souvent appliquée sur ces tarifs.

Un forfait lingerie variant de 34,66 € à 69,50 € par mois est également proposé.

On peut estimer qu'un bon quart de l'APA va directement ou indirectement aux établissements. En effet, à la lecture du tableau de bord du service GESTAS¹⁷ au 30 juin 2008, nous constatons une progression des dépenses d'hébergement du Conseil Général pour les maisons de retraite de 5 336 704 € en 2005 à 8 334 743 € en 2008. La comparaison des comptes administratifs 2003/2007 démontre une progression de l'APA de 41 245 466 € en 2003 à 57 526 126 € en 2007 dont l'APA « établissement » représente 14 % (soit 7 877 245 €).

Pour 2008, une estimation de l'APA « établissement » est faite, au vu du réalisé sur les 7 premiers mois de l'année, de 8 400 000 € à laquelle il faut ajouter l'APA « usager bénéficiaire » qui s'élève à environ 13% de l'APA globale.

2.2 La qualité de la prise en charge médicale à développer

L'entrée en EHPAD de plus en plus tardive et la durée de vie s'allongeant expliquent que les personnes accueillies ont une pathologie lourde, voire multiple nécessitant une importante prise en charge médicale. Ceci justifie le fait que la prise en soin de la personne soit, non seulement individualisée pour répondre au plus près de ses besoins en soins, mais aussi structurée et organisée de façon globale.

2.2.1 Individualiser la prise en soins

L'état de santé et la perspective d'amélioration sont propres à chaque résident. Pour que leur prise en charge médicale réponde au plus près de leurs besoins, des outils doivent être mis en place au sein de chaque établissement.

A) Par la mise en place d'outils adaptés à chaque résident

Le projet de soins individuel fait partie intégrante du projet d'établissement. Il se doit d'être, non seulement propre à chaque résident, mais également évolutif. Il permet de fixer des objectifs et encourage le résident à participer activement à sa prise en charge, tout en étant entouré et accompagné par une équipe médicale pluridisciplinaire (médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, infirmière, diététicienne, assistante sociale). Des efforts sont à faire en ce sens. En effet, il n'existe pas dans tous les établissements : 12,50% d'entre eux en ont élaboré un pour chacun de leurs résidents. 41,67% sont en cours d'élaboration ou doivent procéder à son actualisation. Le projet de soins individuel n'est que rarement formalisé.

¹⁷ Service financier de la Direction de la Solidarité Départementale « Gestion et Statistiques de l'Action Sociale » qui gère le suivi des dépenses sociales du département et établit des statistiques

Par contre, la majorité des établissements dispose d'un dossier de soins infirmiers et d'un dossier médical retraçant l'évolution du résident. Des informations propres au résident y figurent telles que des ordonnances, des résultats d'analyses biologiques, des comptes rendus de suivi psychologique, des synthèses.... L'informatisation des dossiers médicaux et infirmier restent cependant à développer.

B) Par la prise en charge spécifique des personnes psychiquement dépendantes

La prise en charge des personnes psychiquement dépendantes est peu formalisée (seulement 13,04% des établissements en ont élaboré une), voire inexistante (39,13% n'ont rien mis en place). Cependant, ils ont recruté un psychologue, interlocuteur privilégié pour les résidents psychiquement dépendants, ou en ont l'intention. Dans les établissements qui ont recruté un psychologue, son temps de présence n'est pas régulier. Mais, de son avis, les échanges avec les résidents leur sont bénéfiques, même s'ils expriment une certaine réticence à le rencontrer. De plus, son rôle est complémentaire à celui des équipes soignantes avec lesquelles il fait le lien.

D'ailleurs, la prise en charge des personnes psychiquement dépendantes nécessitant des gestes quotidiens spécifiques de la part du personnel, 60,87% des EHPAD visités ont élaboré un plan d'actions sur les gestes quotidiens et prévu des formations y afférentes.

En ce qui concerne les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, les unités disposent d'un projet spécifique pour ces populations et sont sécurisées.

C) Par une réflexion sur l'accompagnement de fin de vie

Sujet encore tabou, l'accompagnement de fin de vie est rarement formalisé même s'il existe des actions. Ces dernières ne sont pas définies à-travers un protocole identifiant la mise en place d'un accompagnement spécifique et son suivi. Seuls 32% des établissements ont un dispositif abouti pour gérer la fin de vie. Le personnel est rarement formé et l'accompagnement des familles reste marginal. Les établissements ne font pas intervenir des associations de soins palliatifs. La prise en charge se traduit par l'isolement de la personne qui est en fin de vie dans une pièce prévue à cet effet. La difficulté réside également dans l'accompagnement et l'information des autres résidents qui perdent un ami et qui sont confrontés à la mort. Certains vivent très mal ces moments d'où le travail pédagogique envisagé dans de nombreux établissements.

2.2.2 Coordonner la prise en soins

A) Le recrutement d'un médecin coordonnateur

Conformément au décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD, la totalité des établissements a recruté un médecin coordonnateur disposant d'une qualification ou étant en cours de formation. Par contre, tous ne respectent pas le décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif à son temps d'exercice au sein de l'EHPAD.

La qualité d'une prise en charge gériatrique est indissociable de la présence régulière d'un médecin coordonnateur au sein de la structure. En effet, il fait le lien entre tous les intervenants médicaux et paramédicaux intra-institutionnels et extra-institutionnels pour assurer une cohérence et une continuité dans les soins dispensés aux résidents.

Au sein des EHPAD, des réunions de suivi de prise en charge sont organisées avec l'équipe paramédicale. Il travaille en étroite collaboration avec les infirmières, et plus particulièrement l'infirmière référente, sur, entre autres, le suivi du dossier médical et l'élaboration de protocoles. Il forme les aides-soignantes sur l'hygiène et les conseille sur leurs pratiques professionnelles. Enfin, il fait la jointure avec les médecins libéraux choisis librement par le résident et intervenant sur l'établissement pour que toute information relative à l'état de santé dudit résident soit transmise et que les soins soient continus. Il élabore avec tous ces acteurs le projet de soins individuel qui fait partie intégrante du projet institutionnel.

Par ailleurs, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Tous les établissements visités ont signé une convention avec un centre hospitalier proche géographiquement.

Il est également associé aux éventuels réseaux, gériatriques ou de santé.

B) La formalisation des protocoles de soins et des procédures

Les protocoles et procédures sont des guides méthodologiques qui permettent au personnel d'intervenir de façon sécurisée et réactive face une situation exceptionnelle ou spécifique. Ce sont également des moyens de cadrage des pratiques professionnelles. La contention, par exemple, peut, si elle n'est pas utilisée à bon escient et conformément au protocole, entrer dans le registre de la maltraitance. Leur existence et leur appropriation

par le personnel soignant sont d'autant plus importants que la personne âgée est une personne vulnérable susceptible de nécessiter des soins spécifiques et précis très rapidement.

La liste de protocoles est longue. En général, ils sont élaborés ou en cours d'élaboration, à l'exception de ceux relatifs au cas de tuberculose, contre les bactéries multi-résistantes et la procédure de signalement de foyers de cas groupés d'infections respiratoires aiguës qui sont dans la quasi-totalité des établissements inexistantes.

Le personnel interrogé atteste de leur appropriation. Tout du moins, chacun sait où se trouve le classeur contenant les protocoles. Un léger bémol toutefois quant aux établissements privés pour lesquels les protocoles et procédures, élaborés au siège du groupe, sont standardisés et, par conséquent, pas propres à la structure.

C) La sécurisation du circuit du médicament

La majeure partie des résidents suit un traitement médical composé bien souvent de plusieurs pilules. La moindre erreur dans la distribution pourrait s'avérer fatale. Une vigilance accrue est nécessaire dans la préparation, la conservation et la distribution des médicaments.

D'une part, d'un point de vue sécuritaire, si la majorité d'entre eux disposent d'un local pour ranger les médicaments, ce dernier n'est pas toujours indépendant du bureau infirmier et ne dispose pas systématiquement d'une armoire à pharmacie fermant à clé. Peu d'établissement consacre un espace spécifique aux soins fermé à clé, servant également à la préparation des médicaments et au rangement des dossiers médicaux.

D'autre part, très peu d'établissements sont équipés d'outils permettant de garantir ou d'améliorer la traçabilité des médicaments, tels que le système informatique Médissimo¹⁸. Les informations manuscrites et les piluliers restent de vigueur dans bon nombre d'établissements. Néanmoins, conscients du risque qu'ils font courir aux résidents s'ils ne modifient pas leur méthode, ils sont dans une dynamique d'amélioration de leurs outils et de développement du partenariat avec les pharmaciens. Par exemple, plus de la moitié d'entre eux a passé convention avec la pharmacie la plus proche ou est en cours de négociation.

¹⁸ Logiciel et service d'assistance et de conseil breveté qui trace les médicaments et qui assure le suivi individualisé des résidents de la préparation en pharmacie jusqu'à la distribution en maison de retraite

Enfin, le circuit du médicament n'est pas toujours formalisé, tant en procédure qu'en gestion et distribution. Peu d'établissements élaborent et mettent à jour une liste type de médicaments.

2.2.3 Assurer une prise en charge continue avec une traçabilité visible

A) Par l'instauration d'une transmission systématique et régulière des informations

Dans un établissement, les personnels soignants n'ont pas les mêmes horaires. Ils « se croisent ». L'unique façon d'être informés de faits nouveaux sur l'état de santé d'un résident ou de soins qui lui ont été prodigués est la transmission. La transmission des informations médicales orales et écrites entre les différents professionnels a lieu lors des changements de « quart ». Ce type de rencontre permet à l'ensemble du personnel d'avoir un échange multi-professionnel concernant les personnes accueillies afin d'œuvrer dans le même sens au sein de l'établissement. La bonne tenue du cahier de transmissions prend tout son sens. La quasi-totalité des établissements répondent à cette modalité. Par contre, des réunions d'équipes ne sont pas toujours instituées ou ne font pas l'objet d'un compte rendu. Un gros effort reste également à faire en direction des médecins libéraux pour les inciter, voire obliger, à se signaler à l'entrée, à remplir le logiciel de soins ou le dossier de soins.

B) Par des partenariats avec des établissements ou structures extérieures

La continuité des soins est favorisée par l'intégration de l'établissement dans un travail en réseau. La prise en charge médicale du résident en amont et en aval s'en trouve accélérée. Si la quasi totalité d'entre eux ont bien signé une convention (obligatoire) avec un centre hospitalier (un établissement est en cours de signature), le travail en réseau reste à développer avec le secteur psychiatrique, celui des soins palliatifs et surtout avec les CLIC.

Quant à la permanence des soins, elle est le plus souvent assurée par le « 15 », la nuit, les dimanches et les jours fériés.

2.3 La qualification du personnel et la vie des équipes

La signature des conventions tripartites a permis le recrutement de personnel de plus en plus qualifié et formé et d'instaurer une culture gériatrique dans les équipes multi-professionnelles afin d'éviter des actes de maltraitance. Cependant, des progrès restent à faire notamment en termes de glissement de tâches

2.3.1 Du personnel qualifié pour garantir une qualité d'encadrement et éviter toute dérive maltraitante

Des visites, entretiens et consultation des dossiers des personnels, il ressort que tous les établissements ont, d'une part, massivement recruté du personnel, d'autre part, priorisé le recrutement de personnes qualifiées et diplômées ou en cours de formation diplômante ; les moyens alloués par les autorités tarifaires y étant corrélés. Les ratios de personnel par lit pour la prise en charge de la dépendance et du soin ont ainsi progressé de 0,10 compte-tenu des besoins en personnel définis à partir des GMP. La correspondance entre les diplômes du personnel et leurs fonctions au sein de l'établissement est établie même si des glissements de tâches entre les ASH et les AS sont perceptibles dans plusieurs établissements, qui sont cependant minoritaires. L'effort doit se porter aujourd'hui sur la qualification du directeur. En effet, seuls 47,83% des directeurs d'EHPAD sont diplômés et qualifiés, 8,70% d'entre eux ont entamé une VAE, soit 10 directeurs sur les 25 qui ne répondent pas aux obligations de qualification.

La qualification du directeur et du personnel impacte directement sur la qualité de la prise en charge du résident. En effet, le directeur est chargé d'impulser une politique sociale en vue de mettre en place une stratégie de qualité et de développement. Il veille à ce que la vie de son établissement soit organisée dans le respect des droits et libertés des personnes accueillies. De la qualité de son management dépend l'investissement de son personnel dans leur travail au quotidien auprès des résidents. Quant au personnel, s'il est qualifié, c'est qu'il a été, au cours de sa scolarité, sensibilisé au public spécifique que sont les personnes âgées et qu'il a acquis des compétences techniques, des attitudes et des pratiques professionnelles adaptées à ce type de public. Etre titulaire d'un diplôme du secteur social ou sanitaire garantit aux résidents la connaissance des bonnes pratiques professionnelles et une approche du vieillissement davantage aboutie.

Mais avant tout, la professionnalisation des équipes s'articule avec la lutte contre la maltraitance, sujet encore tabou dont la définition est large, mais central dans la prise en charge des personnes âgées. Les professionnels acceptent aujourd'hui d'aborder la maltraitance et de l'intégrer dans leurs analyses de fonctionnements internes. Elle peut aller de la négligence aux violences physiques et psychologiques réprimées par la loi. Il est question à la fois de faits graves, pour lesquels la justice est à interpeller, comme de dysfonctionnements dans la connaissance et l'application des bonnes pratiques professionnelles : nutrition, incontinence, contention, frapper à la porte avant d'entrer dans une chambre... et l'ignorance du respect de la dignité. Agir en direction d'une « bientraitance », terme préféré par les professionnels rencontrés à celui de « maltraitance » s'impose à eux dans l'accompagnement des personnes fragiles. Ce qui

suppose, non seulement une réflexion éthique collective sur le sens de la vie pendant la vieillesse, mais aussi individuelle face à une personne en perpétuelle demande qui peut s'avérer énervante et fatigante. Une telle réflexion implique une capacité de remise en question de son travail, une assurance en ses compétences pour aborder la question de manière constructive.

Concrètement, une démarche de lutte contre la maltraitance est entamée au sein des établissements, mais elle reste partielle et demande à être pérennisée par la formation intensive des personnels. Elle suppose également que les établissements mettent en place des mesures de prévention en développant l'écoute et le soutien des professionnels.

2.3.2 Du personnel formé et soutenu pour pérenniser la qualité de la prise en charge

La formation du personnel est un élément qui entre dans le projet de l'établissement. Les établissements visités sont totalement impliqués dans cette dynamique. Ils ont tous élaboré un plan de formation annuel. Qu'il s'agisse de formation ponctuelle telle que, par exemple, celle relative aux gestes de premiers secours ou de formations plus longues comme la VAE, elle trouve tout son sens dans l'évolution de la qualité de la prise en charge des résidents à triple titre.

Tout d'abord, elle permet de professionnaliser les personnes qui ne le sont pas ou pas assez. Or, nous l'avons vu ci-dessus, une personne qualifiée a une approche plus affirmée et professionnelle de la personne âgée qu'une qui ne le serait pas. Nous constatons, ainsi, qu'une personne sans qualification ayant suivi une formation « Humanitude »¹⁹ est davantage rassurée sur les gestes à adopter et assurée de ses pratiques professionnelles.

Ensuite, c'est une étape indispensable dans la dynamique de reconnaissance du travail et des compétences du personnel au sein de l'établissement, ainsi que dans le développement de l'estime de soi. Une personne qui suit ou a suivi une formation est dans une démarche d'évolution professionnelle et, par conséquent d'évaluation, de

¹⁹ La "Philosophie de l'Humanitude" basée sur les concepts de Bienveillance, de Règles de l'Art dans le soin, regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanité, améliorer les soins et le « prendre soin » des personnes, en établissement et, ainsi, accompagner les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie

remise en cause et de modification de ses pratiques. Il s'agit d'une dynamique positive pour le personnel qui s'en trouve beaucoup plus ouvert face aux usagers.

Enfin, c'est un moyen, aux dires des professionnels interrogés qui sont au contact permanent des personnes âgées, de « souffler » et de s'échapper d'un quotidien de plus en plus « pesant » et fatigant. Confrontés à un public extrêmement vulnérable et leur demandant beaucoup d'énergie et de temps, ils disent revenir de formation revigorés et « reboostés », plus disposés à supporter le rythme soutenu et les exigences des résidents.

D'ailleurs, pour que de cette souffrance fréquemment exprimée par le personnel ne découle pas de la maltraitance ou des absences répétées, il est important de dégager des moments d'expression et d'écoute du personnel. Ainsi, bon nombre d'EHPAD (60%) procède à des entretiens individuels réguliers ou organise des groupes de paroles. Ceux qui ont recruté un psychologue lui demandent de consacrer une partie du temps passé sur la structure à l'écoute du personnel.

2.3.3 Une gestion du personnel à repenser

La consultation de pièces relatives à la gestion du personnel fait apparaître un manquement certain de la part des établissements. Le registre du personnel n'existe pas toujours et, quand il existe, n'est pas forcément actualisé. Il en est de même pour les fiches de postes.

Par contre, les dossiers des agents comportent généralement les éléments nécessaires (diplôme, contrat de travail, attestation de formation, évaluation, extrait du casier judiciaire vierge attestant que l'employé est en règle avec la réglementation...). Un règlement intérieur qui définit le cadre de travail est accessible à tous les salariés. La majeure partie des établissements organisent des rencontres régulières (réunions de service, d'information, de sensibilisation...) et assurent leur suivi.

Les astreintes sont organisées. Les plannings, et plus précisément ceux de nuit où le risque pour les résidents est accentué, révèlent un nombre limite d'agents pour gérer les impératifs habituels de la nuit. Par contre, ce petit nombre s'avèrerait insuffisant en cas de problème et mettrait les agents en difficulté.

Or, les établissements déplorent un manque de personnel et un fort turn-over dû à la difficulté de stabiliser celui-ci. Ils ont recours fréquemment aux contrats à durée déterminée (CDD) ce qui a pour conséquence de déstabiliser et de perturber les

résidents. En effet, les personnes âgées ont besoin de stabilité et de références. Elles ont besoin d'un temps d'adaptation aux personnes qui s'occupent d'elles, les font manger, les déshabillent, les lavent, en d'autres termes, entrent dans leur intimité. L'aspect affectif étant très développé, elles s'attachent aux « filles », comme elles disent. Vice versa, les agents ont besoin eux aussi de temps pour s'accoutumer aux résidents.

Les établissements se doivent donc de conduire une réorganisation interne et repenser leur fonctionnement pour qu'à moyens constants en personnel ou peu évolutif, les résidents ne soient pas pénalisés et ne voient pas leur quotidien s'en trouver « chamboulé ».

3 Le renouvellement, une opportunité pour les parties prenantes de cibler des axes d'amélioration

Les visites de renouvellement ont pour objectif l'évaluation des conventions tripartites de 1^{ère} génération arrivées à échéance. Dans ce cadre, les IASS et Attachés Territoriaux du Conseil Général sont chargés, non seulement de pointer d'éventuels dysfonctionnements ou défaillances de la part des établissements, mais aussi de mesurer leur évolution en cinq ans. Si la négociation qui en découle porte principalement sur des perspectives d'amélioration en direction des établissements, la phase de renouvellement met également en évidence des points à perfectionner pour le binôme DDASS-Conseil Général.

3.1 Une démarche qualité balbutiante qui demande à être poursuivie au sein des établissements

Au regard de l'analyse effectuée ci-dessus, il apparaît nettement que les établissements, bien qu'engagés dans une démarche qualité générale, n'en sont pour ce qui concerne certains items qu'aux prémices. Il leur est donc nécessaire, non seulement de pérenniser les actions déjà mises en place, mais aussi d'en créer des nouvelles en s'inspirant peut-être de la roue de Deming²⁰.

3.1.1 Confirmer la démarche qualité et intensifier les efforts sur les points faibles

Même si rien n'est jamais acquis et qu'il ne faut négliger aucun des items référencés comme gage de qualité, certains, plus que d'autres, nécessitent une réflexion en profondeur en vue d'une réelle amélioration.

A) Poursuivre l'amélioration du cadre de vie déjà engagée et du service rendu

La réduction du nombre de chambres à 2 lits est un des axes d'amélioration majeurs pour atteindre, dans les 5 ans à venir, le taux de 10% de lits installés. La rénovation des chambres et des salles de bain doit elle aussi se poursuivre. Le confort des résidents dépend pour partie de ces 2 items. Mais, les établissements ne doivent pas mettre de côté que le fait de s'épanouir en institution passe aussi par des espaces extérieurs conviviaux et sécurisés. Ils devront donc aménager ou réaménager les extérieurs en créant, par exemple, des jardins thérapeutiques.

²⁰ Illustration de la méthode de gestion de la qualité PDCA (Plan=préparer, planifier ; Do=développer, réaliser ; Check=contrôler ; Act= ajuster, réagir)

En outre, ils devront penser à une signalétique plus pertinente. En effet, qu'il s'agisse du chemin d'accès jusqu'à la structure ou de l'orientation à l'intérieur de celle-ci, il est souvent difficile de se situer.

Enfin, l'accent devra être mis sur la qualité du service de blanchisserie. D'une part, le circuit du linge devra respecter les normes d'hygiène. D'autre part, les établissements devront mettre en place des mesures pour éviter que les vêtements soient égarés ou mal dispatchés.

B) Améliorer le temps du repas

En ce qui concerne les étapes d'une journée, l'accent est mis sur le fait que tous les établissements rencontrent des difficultés autour du repas. Ainsi, il leur faut impérativement réduire l'amplitude horaire entre le dîner et le petit-déjeuner à moins de 12 heures. Pour ce faire, une réorganisation du travail des équipes est envisageable, notamment des équipes de nuit.

Par ailleurs, le moment du repas, instant de convivialité par excellence, demande à être repensé pour que les résidents mangent ce qu'ils aiment, dans le respect bien évidemment des impératifs nutritionnels, et que cet instant soit le reflet d'une vie sociale et non pas d'un « gavage », terme entendu lors des entretiens, parce que le temps manque au personnel. Par ailleurs, les établissements pourraient envisager d'élaborer des plans de table, qui seraient non figés, pour tenir compte du malaise que peut procurer à une personne autonome le fait de déjeuner face à une personne très dépendante qui, par exemple, bave. L'image que renvoie cette dernière peut être ressentie comme un effet miroir représentant un devenir inéluctable et provoquant, par voie de conséquence, un mal-être.

C) Développer et moderniser très largement l'animation

Le recrutement d'un animateur qualifié est indispensable pour, d'une part élaborer ou actualiser un projet d'animation prenant en compte le projet de vie des résidents, d'autre part dynamiser l'activité proposée. Le travail en réseau avec d'autres animateurs est à développer. L'échange avec des confrères permet, en effet, de s'inspirer de leurs expériences et idées et d'éventuellement rectifier sa propre pratique professionnelle. La mutualisation des moyens est à envisager : par exemple, l'achat commun d'un véhicule adapté aux personnes handicapées motrices utilisable par plusieurs structures voisines permettrait d'organiser des sorties plus fréquentes et de rapprocher ainsi le résident des activités traditionnelles de la ville.

Développer l'ouverture sur l'extérieur est également un point à perfectionner. Elle peut se traduire par des fêtes familiales, des invitations auprès des écoles. L'organisation de manifestations diverses permet aux résidents d'avoir une vie sociale.

Des idées nouvelles d'animation peuvent être soumises telles que l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). L'utilisation d'Internet permettrait une ouverture sur l'extérieur et le développement des liens intergénérationnels. Atelier stimulant dans la mesure où il fait appel à des connaissances ou des réflexes peu sollicités d'ordinaire, il pourrait être à l'origine d'une reprise d'autonomie technique. De plus, il s'agit d'un équipement facilement adaptable aux pathologies des personnes âgées : par exemple, il est aisé de remplacer la souris classique, difficile à manipuler, par le track-ball, davantage ergonomique. L'utilisation de la console de jeux « Wii » pourrait, quant à elle, favoriser l'activité réflexologique et physique, au sens gymnastique douce, sans que les personnes aient à bouger de leur fauteuil puisque l'action est provoquée par la pression du doigt sur la manette ou, pour les moins dépendants, le geste de la main ou du bras.

D) *Accroître les moyens d'expression des résidents et de leurs familles*

Afin de mieux répondre aux besoins des résidents, il est nécessaire que les établissements tiennent compte de leurs avis, remarques et suggestions, ainsi que ceux de leurs familles. Il leur faut donc réactiver les instances telles que le conseil de la vie sociale et mettre en place davantage de questionnaires de satisfaction, analyser les réponses et surtout être réactifs en mettant en place des mesures correctives. Mais, pour que ces outils soient viables, il faut d'abord stimuler les intéressés à participer aux réunions ou à répondre aux questionnaires. En effet, bien qu'il s'agisse de leur bien-être et de leur bien-vivre au quotidien, le taux de participation au CVS et de réponses aux enquêtes de satisfaction est très faible. Il faut dire que les établissements ne communiquent pas assez ou mal sur ces thèmes. En outre, certaines personnes ne savent pas écrire ou ne sont plus en capacité de le faire. A charge donc des établissements d'inventer de nouveaux modes de recueil de paroles de l'utilisateur. Ils pourraient par exemple impliquer les aides-soignantes, confidentes des résidents et amenées à croiser les familles lors de leurs visites. Elles pourraient être chargées de communiquer sur l'importance de répondre à ces questionnaires et pourraient faire transiter les réflexions et ressentis des résidents. La possibilité d'intégrer un temps d'expression, sous forme peut-être de questions ouvertes, à un atelier d'animation pourrait également être imaginée.

Il est impératif qu'ils orientent leurs efforts sur la mise en place d'outils de recueil des plaintes et qu'ils procèdent à leur suivi.

3.1.2 Poursuivre le recrutement et la professionnalisation du personnel et impulser une dynamique collective

A) Renforcer les effectifs en personnel qualifié et le motiver

Dans l'idéal, l'effectif requis est de 5% d'IDE et 20% d'AS et AMP avec un ratio de 1 personnel / résident. Les établissements doivent tendre vers ces chiffres pour optimiser la prise en charge des résidents. Il ne s'agit pas forcément de créer des postes, mais bien de veiller à la professionnalisation des personnels déjà en place en s'inscrivant dans une dynamique de qualification pour éviter tout glissement de tâches ou de « faisant fonction ». Les personnels doivent être formés à la psychologie de la personne âgée et à la spécificité du soin gériatrique. Dans ce cadre, la VAE est un outil de promotion professionnelle qui doit faire partie intégrante du planning de formation de l'établissement.

En outre, les établissements doivent faire face à la difficulté de fidéliser leur personnel. Les raisons invoquées sont, le plus souvent, la pénibilité du travail et les horaires pas compatibles avec une vie personnelle équilibrée. Il incombe donc aux établissements, et plus précisément aux directeurs, de déterminer une stratégie pour motiver leur personnel à se sédentariser et remobiliser les équipes. Mieux accueillir les nouveaux agents et les stagiaires en instituant un système de tutorat, en leur délivrant un livret d'accueil, en prévoyant des formations dès leur arrivée constitue un des axes de réflexion. Intégrer le personnel à la vie de l'établissement par davantage de transparence sur ses projets et les moyens de les mettre en œuvre, de la communication interne, des réunions d'équipes suivies de compte-rendus et de mesures correctives en constitue un autre. Enfin, repenser l'organisation interne en termes de plannings et créer des pools de remplacement en cas d'absence imprévue permettrait de ne pas solliciter le personnel en dehors de ses plages horaires.

Dans ce cadre, la qualification du directeur prend tout son sens. Tous les directeurs d'EHPAD doivent respecter l'obligation qui leur est faite d'un niveau minimum de qualification. Ceux qui ne répondent pas à cet impératif doivent procéder à une VAE en vue de l'obtention d'un diplôme correspondant à leurs fonctions. Il en va de la garantie de leurs compétences et de leur légitimité auprès, et des résidents et du personnel.

B) Développer la philosophie de l'évaluation interne

Il semble nécessaire de développer la culture de l'évaluation et de lui donner, aux yeux des équipes, une image positive et constructive liée à une amélioration des pratiques plutôt que celle d'un jugement porté sur leurs compétences.

Les établissements doivent se remettre en cause continuellement ce qui suppose que la totalité des personnels le fasse aussi. Au-delà de l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE, la désignation d'un référent qualité avec pour rôle celui d'animateur du plan qualité de la structure pourrait être une piste à explorer. Il proposerait des outils et méthodes au personnel et impulserait une dynamique auprès de celui-ci pour évaluer ses pratiques plusieurs fois dans l'année.

Le recours à l'audit paraît être une solution appropriée. En effet, qu'il soit interne ou externe, l'audit n'est en rien un contrôle ; ce qui met le personnel en confiance car il n'a pas l'impression d'être surveillé et jugé. Ce processus permet seulement d'évaluer les pratiques professionnelles par la vérification de leur concordance avec les référentiels établis pour aboutir, si nécessaires à des recommandations d'amélioration. Il s'agit donc d'impliquer l'ensemble du personnel dans une démarche volontaire de qualité.

C) Encourager le partenariat

Le partenariat prend différentes formes. Il s'agit tout d'abord de travailler en réseau gérontologique pour croiser les pratiques professionnelles, les harmoniser et assurer une prise en charge médicale de qualité et continue.

La signature d'une convention avec un centre hospitalier est obligatoire. Mais, des conventions avec d'autres organismes et structures peuvent être envisagées, comme par exemple avec des équipes de soins palliatifs, des équipes mobiles de gériatrie ou encore des professionnels de la psychiatrie. Les établissements ont également la possibilité de signer une convention avec une pharmacie pour la préparation des médicaments. Ceux rencontrés ne sont pas réfractaires à cette idée mais ne semblent pas véritablement motivés dans la négociation avec la pharmacie. Si un pharmacien refuse de conventionner, ils n'insistent pas.

En ce qui concerne la présence de bénévoles au sein des EHPAD, un gros travail reste à faire. En effet, très peu d'établissements font appel à des bénévoles ou des associations qui pourtant leur permettraient de s'ouvrir sur l'extérieur. De plus, ce sont des personnes qui ont le temps. Cet aspect n'est pas négligeable à l'heure où le personnel est oppressé par le rythme effréné qu'il connaît.

3.1.3 S'inscrire dans une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance

La lutte contre la maltraitance en institution est devenue un sujet central. Dans son plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance²¹, présenté en mars 2007, Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, rappelle le caractère prioritaire de cette politique nationale et réitère son souhait de voir les établissements s'engager dans ce sens.

A) Sensibiliser l'intégralité du personnel par l'intermédiaire de la formation

La maltraitance peut prendre différentes formes d'où la difficulté à l'appréhender. Bien évidemment, la formation n'est pas une réponse en soi, mais l'absence de formation est un facteur de risques supplémentaire. Le projet d'établissement doit donc prévoir un plan de formation relatif à la prévention de la maltraitance pour la totalité du personnel.

Le directeur a un rôle important à jouer dans le repérage des situations de maltraitance. Il est impératif qu'il soit formé pour pouvoir traiter le problème dans ses différents aspects et pouvoir réagir efficacement sur le plan pratique et juridique.

Quant au personnel, il est indispensable qu'il prenne connaissance de l'étendue des actes et situations de maltraitance pour mieux les comprendre et, ainsi, mieux les prévenir. La formation est l'occasion d'échanger et de mener une réflexion collective sur ce thème pour pouvoir remettre en cause ses pratiques professionnelles. Mais, la formation ne doit pas se limiter à l'intervention ponctuelle d'organismes prestataires. Elle doit être continue et quotidienne au sein de l'établissement. Il est des missions des directeurs et personnels qualifiés de transmettre conseils et recommandations aux agents pour les aider à acquérir les compétences nécessaires à une culture de bientraitance.

B) Organiser le recueil des plaintes et signaler les événements indésirables

La gestion des plaintes doit s'organiser autour de la mise en place d'outils tels que le recueil des plaintes et par l'affichage visible au sein des établissements du numéro

²¹ Instruction ministérielle n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

d'appel national, le 3977²², qui s'adresse non seulement aux usagers victimes de maltraitance, mais aussi aux témoins de maltraitance, entourage privé et professionnels.

Les échanges avec le référent maltraitance de la DDASS doivent être renforcés ; son rôle ne se limitant pas à l'enregistrement de signalements mais au conseil aux établissements, très souvent démunis devant un cas de maltraitance au sein de leur structure. Or, au cours d'échanges avec plusieurs directeurs d'EHPAD, il est ressorti que le contact avec la DDASS sur ce thème leur était difficile du fait qu'ils craignaient qu'une inspection soit diligentée suite à l'événement signalé et aussi parce qu'ils se sentaient honteux, voire coupables. Un gros travail de communication est à faire en ce sens.

3.2 ... et que les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale doivent contribuer à impulser

Les visites de reconventionnement sont l'occasion pour les IASS de se rendre physiquement dans les établissements. En effet, entre la signature des conventions de 1^{ère} génération et leur évaluation en vue de leur renouvellement, force est de constater que les visites de terrain se sont faites rares. En fait, elles n'ont eu lieu qu'en cas de problème ou de dysfonctionnement ou lors d'une inspection. La démarche qualité s'articule avec une meilleure connaissance des structures, ce qui implique de revoir les méthodes, les outils et les attitudes à adopter.

3.2.1 Multiplier et diversifier les formes d'évaluation

La signature d'une convention tripartite est une forme de contrat entre les établissements et les autorités de tutelle ; chacun s'engageant, respectivement, à réaliser les objectifs annoncés lors du conventionnement et à en contrôler et suivre la réalisation. Le suivi régulier est donc nécessaire dans l'accompagnement technique des établissements. Une unique évaluation de l'atteinte des objectifs au moment de la négociation pour le reconventionnement s'avère donc insuffisante et, de surcroît, longue.

L'articulation avec la visite de conformité réglementaire²³ semble être une solution. Si celle-ci doit obligatoirement avoir lieu lors de l'ouverture d'un établissement ou d'un service autorisé au titre de l'article L. 313-1 du CASF ou du renouvellement de

²² Numéro national lancé le 5 février 2008 par Valérie LETARD, Secrétaire d'Etat à la solidarité. L'organisation du 3977 repose sur une écoute nationale, gérée par l'AFBAH, et un suivi local par les associations du réseau ALMA, le conseil général ou une association qui est conventionné avec lui, suivant le département

²³ Décret n° 2003-1136 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités de mise en œuvre de la visite de conformité mentionnée à l'article L. 313-6 du CASF

l'autorisation, rien n'interdit d'en effectuer d'autres au cours de la durée des 5 ans de conventionnement. Ainsi, l'IASS, le Médecin Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (MISP) de la DDASS et les services du Conseil Général ont la possibilité de vérifier que l'établissement est organisé conformément aux caractéristiques de l'autorisation accordée et respecte les conditions techniques minimales d'organisation de fonctionnement.

En outre, une évaluation intermédiaire sous forme de questionnaire peut être envisagée. En milieu de parcours, c'est-à-dire, dans le courant de la 3^{ème} année de conventionnement, l'IASS peut soumettre à l'établissement de lui faire remonter des fiches d'information faisant apparaître un état des lieux des engagements pris. Ce concept permettrait de pointer d'éventuels difficultés dans la mise en place des outils et actions contractualisées. Elle offre ainsi la possibilité à l'IASS d'intervenir en tant que force de propositions pour conseiller et orienter l'établissement avant l'échéance de la convention.

3.2.2 Affiner la grille d'évaluation et imaginer des outils complémentaires

L'IASS et ses collègues chargés d'évaluer les conventions tripartites de 1^{ère} génération disposent d'un unique outil qui est une grille d'évaluation (annexe I) élaborée conjointement avec le Conseil Général. Le travail en amont d'élaboration s'est fait à partir du cahier des charges réglementaire ce qui a abouti à un document complet mais pas forcément adapté au travail de terrain. En effet, il y a de nombreux items qui ne permettent pas une analyse immédiate de l'information portée sur la grille. Certains d'entre eux méritent d'être affinés pour obtenir directement l'information recherchée. Les questions ouvertes pourraient être développées ce qui permettrait une analyse plus pointue des réponses apportées lors des entretiens. De plus, la classification actuelle des différents items ne laisse pas apparaître une cohérence ce qui conduit à allonger la durée de l'évaluation. Afin d'optimiser le temps passé sur place, il conviendrait de compléter cette grille par des fiches adaptées à chacune des personnes interrogées selon leur fonction. Davantage de questions fermées pourraient alors y être intégrées pour axer les réponses sur l'essentiel.

3.2.3 Repenser son positionnement et modifier son attitude

Toutes les visites de reconventionnement se sont déroulées sur une journée entière, ce qui est très long. Le binôme DDASS-Conseil Général était constitué d'une délégation allant de 4 à 8 personnes. Loin d'être une inspection, les visites ont été ressenties comme telle par les directeurs et personnels des établissements, impressionnés par le déplacement massif des autorités de tutelle. Bien que le binôme ait fait preuve de courtoisie et ait présenté à son arrivée le déroulement de la journée et listé les pièces à

mettre à sa disposition, certains d'entre eux ont eu l'impression qu'il s'agissait d'un « super-contrôle » avec l'intention, pour les autorités de tutelle, de trouver la faille et de sanctionner. Les directeurs ont avoué avoir été très angoissés par cette venue. Stress qui a également été visible parmi le personnel lorsque, lors d'une conversation avec une ASH, cette dernière a bafouillé et cherché du regard la directrice qui l'a rassurée sur la « qualité » de ses propos.

Or, la démarche de la visite de reconventionnement est tout autre. S'il fallait la situer, elle pourrait s'immiscer entre l'audit et l'inspection. Il s'agit bien d'une évaluation avec à la clef des propositions d'amélioration en vue du renouvellement de la convention. Le choix des termes employés prend alors tout son sens. En effet, l'expression « vérification de l'existence de documents, procédures et protocoles, de leur mise à jour régulière et de leur appropriation » semblerait davantage adéquate que « contrôle des pièces » qui renvoie à l'inspection et donc à des obligations à remplir sous peine de sanctions.

La préparation au préalable des visites passe par la communication aux établissements des pièces à mettre à leur disposition et par un travail pédagogique d'éclairage sur les attentes. Un travail de communication pourrait être mené en amont de la visite pour clairement exposer à chaque directeur que la visite a pour objet de mesurer l'évolution de son établissement par rapport à la première convention et les améliorations à apporter. Il conviendrait d'insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une inspection, non pas pour minimiser la visite de reconventionnement, mais bien pour développer davantage de transparence de part et d'autre.

De plus, lors du debriefing de fin de journée, seuls les points négatifs étaient abordés. Là encore, le rôle de l'IASS est de faire preuve de pédagogie en félicitant les établissements, si félicitations il y a lieu d'avoir, en les encourageant à poursuivre la démarche qualité engagée. Il s'agit, en effet, de reconnaître le travail de toute une équipe, aspect à ne pas négliger car il engendre la motivation et la mobilisation du personnel. Les établissements sont demandeurs d'approbations de la part de leurs tarificateurs sur ce qu'ils ont mis en place. Ils doivent pouvoir sentir qu'ils peuvent s'appuyer sur les autorités de tutelle pour la mise en œuvre d'actions, qu'ils peuvent éventuellement leur demander conseil. Alors, l'IASS a un rôle de force de proposition.

Conclusion

Depuis 1975, l'approche de la prise en charge des personnes âgées a évolué, convertissant peu à peu un système pensé sur les structures en un système positionnant l'utilisateur en son centre. La volonté politique d'amélioration de la prise en charge de ce public s'est notablement traduite à deux reprises. Tout d'abord, en 1999, par la réforme de la tarification instituant une tarification ternaire liée à la signature d'un accord entre les acteurs de la prise en charge gériatrique et les deux tarificateurs : la convention tripartite. Puis, en 2002, par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale instaurant des outils que les conventions tripartites ont permis de généraliser au sein des établissements. Ces derniers se sont alors engagés dans une démarche qualité qui demande aujourd'hui encore à être poursuivie.

Dans le contexte actuel de réforme du secteur sanitaire et médico-social, et notamment au regard du titre IV du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » créant les agences régionales de santé (ARS), la démarche qualité devrait se poursuivre puisque un des principes fondateurs des ARS est d'éviter toute rupture de prise en charge de la personne et de favoriser la continuité du parcours en considérant la dimension et sanitaire et médico-sociale. L'identification de l'échelon régional comme pilote des politiques publiques devrait accentuer l'approche adaptée au terrain et au plus près des usagers.

La question se pose de l'envisagement de l'évolution, voire de la transformation, des pratiques professionnelles des IASS. En effet, la double fusion, au sein d'une même entité, des secteurs sanitaire et médico-social, d'une part, et des services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, d'autre part, n'augurerait-elle pas une convergence future des procédures, méthodes et outils ? Cette convergence serait à l'origine d'une uniformisation des pratiques et peut-être aussi d'une diminution du nombre d'outils mis en place dans chacun des secteurs. Nous pouvons, en effet, nous interroger sur la faisabilité de transposer des outils, qu'ils soient d'évaluation, de contractualisation, de tarification, utilisés dans le champ sanitaire vers le champ médico-social, et vice versa ce qui impliquerait une réflexion des IASS sur leurs méthodes de travail, peut-être même sur leur rôle.

La multiplicité des métiers réunis dans les ARS, regroupant des personnes au parcours parfois diamétralement opposé et ayant une approche différente et une culture propre à leurs fonctions « avant ARS » supposera certainement une remise en cause de chacun pour harmoniser les pratiques professionnelles.

Bibliographie

Documents institutionnels :

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, Plan « Solidarité-Grand Age », présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE, Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociale, JO du 1^{er} juillet 1975

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, JO du 25 janvier 1997

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JO du 21 juillet 2001

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, JO du 6 mai 2001

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du CASF et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du Code de la Santé Publique, JO du 24 octobre 2003 - codification au CASF - partie réglementaire par décret en Conseil d'Etat du 21 octobre 2004, JO «Lois et décrets» du 26 octobre 2004

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT,
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, décret n°2007-221 du 19 février
2007 pris en application du II de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles
relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels
chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-
sociaux, JO du 21 février 2007

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Arrêté du 4 mai 2001 modifiant
l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins,
résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-316 du 26 avril
1999 modifié, JO « Lois et décrets » du 6 mai 2001

MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, Arrêté du
13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges
de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, JO
« Lois et décrets » du 22 septembre 2004

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT,
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire ministérielle / CNSA
n°2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006
dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des
personnes âgées, texte non paru au JO

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT,
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire NDGAS/ATTS/4D n°2007-
179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction
d'établissements ou services médico-sociaux, texte non paru au JO

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT,
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Annexe 2 de la circulaire
ministérielle / CNSA n°2006-447 du 17 octobre 2006, texte non paru au JO

Ouvrages :

CRAM d'Aquitaine, décembre 2006, *Référentiel juridique sur le fonctionnement et la
tarification des EHPAD, guide réalisé dans le cadre du programme régional hospitalier*

BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel, 2005 – 2^{ème} édition, *Rénover l'action
sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation*, éditions DUNOD, 352 pages

CONNANGLE Sylvain, VERCAUTEREN Richard, 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées, La culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles*, éditions ERES, 141 pages

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

Articles de périodiques :

Mai 2008, *Agences régionales de santé : quelle place pour le médico-social ?*, La gazette Santé Social, le mensuel des acteurs sanitaires et sociaux, n°41, page 6

24 octobre 2008, *Bientraitance en établissement : Valérie Létard mise sur le contrôle et la formation*, Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2578, page 7

Décembre 2008, *Des internautes en herbe*, La Pause des Hospitaliers, n°22, page 6

Thèses et mémoires :

LAFON Sophie, 2007, *L'impact des conventions tripartites 1^{ère} génération dans les EHPAD de la Charente-Maritime : une démarche qualité inachevée au vu des enjeux de santé publique*, mémoire de fin de formation d'IASS, ENSP, 66 pages

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

Sites Internet :

www.travail-solidarite.gouv.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.insee.fr

www.agevillagepro.com

www.fhf.fr

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'évaluation des conventions tripartites de 1^{ère} génération

Annexe II : Tableau récapitulatif des grilles d'évaluation

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

Identification de l'établissement :			
Date de la visite :	Effectuée par :		
En présence de :			
GMP :	Date de la validation :	PMP :	Date de la validation :

PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE :**L'admission**

<input type="checkbox"/> Règlement de fonctionnement	
<input type="checkbox"/> Contrat de séjour	
<input type="checkbox"/> Livret d'accueil	
<input type="checkbox"/> Tarifs	
<input type="checkbox"/> Dossier des résidents	
<input type="checkbox"/> Registre des admissions (liste d'attente)	
<input type="checkbox"/> Procédure d'inscription	
<input type="checkbox"/> Liste d'attente	
<input type="checkbox"/> Protocole d'admission	
<input type="checkbox"/> Protocole d'accueil	
<input type="checkbox"/> Protection juridique	

La vie quotidienne

Visite et participation des familles :	
<input type="checkbox"/> horaires	
<input type="checkbox"/> accompagnement	
Restauration :	
<input type="checkbox"/> PV DSV	
<input type="checkbox"/> Menus (mois de la visite)	
<input type="checkbox"/> Commission des menus	
Cadre de vie :	
<input type="checkbox"/> PV commission de sécurité	
<input type="checkbox"/> Plan Bleu	
<input type="checkbox"/> Autres contrôles :	
<input type="checkbox"/> Protocoles de ménage	
<input type="checkbox"/> Protocoles lingerie (propre et sale/changement du linge à plat/ traitement du linge personnel)	
<input type="checkbox"/> Déroulement de la journée :	
-Horaires des levers et toilettes	
-Horaires des repas : petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner (à vérifier auprès des résidents et du personnel)	
-Horaires des siestes et des couchers	
Hygiène corporelle :	
<input type="checkbox"/> Nombre de toilettes par jour (cahier de douches)	
<input type="checkbox"/> Protocole de change	

Les locaux

<input type="checkbox"/> Adaptation des locaux en matière de confort et de maintien de l'autonomie (équipement des chambres, locaux communs, accessibilité, zones de déambulation sécurisées)	
<input type="checkbox"/> Surfaces	
<input type="checkbox"/> Projet architectural	
<input type="checkbox"/> Répartition des chambres à 1 et 2 lits	

Le fonctionnement des instances Loi 2002-2

<input type="checkbox"/> Affichage de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	
<input type="checkbox"/> PV des 3 dernières réunions du CVS	
<input type="checkbox"/> Projet d'établissement	
<input type="checkbox"/> Autres formes de participation	

La gestion des dysfonctionnements

<input type="checkbox"/> Dernière enquête de satisfaction	
<input type="checkbox"/> Suivi, enregistrement et traitement des plaintes orales ou écrites	
<input type="checkbox"/> Règles de « bienveillance » consignées : respect de l'intimité, ne pas entrer dans les chambres sans frapper... (à demander aux agents et résidents)	
<input type="checkbox"/> Mesures d'identification et de correction des attitudes de maltraitance (protocoles, formations)	

Le personnel

<input type="checkbox"/> Règlement intérieur du personnel	
<input type="checkbox"/> Fiches de poste	
<input type="checkbox"/> Personnel de nuit : nombre d'agents, qualification et organisation des soins	
<input type="checkbox"/> Réunions de service (nature, fréquence, objectifs, ordres du jour, comptes-rendus)	
<input type="checkbox"/> Point sur l'effectif (départs / recrutement / emplois précaires)	
<input type="checkbox"/> Nombre de CDD sur un an	
<input type="checkbox"/> Plan de formation (de l'année en cours)	
<input type="checkbox"/> Point sur les arrêts de travail	
<input type="checkbox"/> Inventaire des risques pour la santé et la sécurité du personnel	
<input type="checkbox"/> Contrôle des tours de nuit	
<input type="checkbox"/> Supervision d'équipe (contrôle extérieur)	
<input type="checkbox"/> Registre du personnel	
<input type="checkbox"/> Diplômes	
<input type="checkbox"/> Organisation des astreintes	

<input type="checkbox"/> Qualification du directeur	
<input type="checkbox"/> Extrait du casier judiciaire dans le dossier du personnel	
<input type="checkbox"/> Procédure de recrutement	
<input type="checkbox"/> Tableau des effectifs : le contrôle des plannings du personnel (le mois de la visite) et des fiches de paie	

RELATIONS AVEC L'ENVIRONNEMENT – L'ANIMATION – LES SOINS

Les intervenants extérieurs

<input type="checkbox"/> Interventions de personnes extérieures	
<input type="checkbox"/> Charte du bénévolat, convention avec des bénévoles	

L'animation

<input type="checkbox"/> Projet d'animation	
<input type="checkbox"/> Organisation de l'information sur les déplacements à l'extérieur	
<input type="checkbox"/> Programme d'animation	

Les soins

Existence d'un espace de soins spécifique, servant également à la préparation des médicaments, au rangement des dossiers médicaux, espace pouvant être fermé à clé	
Médecin coordonnateur : <input type="checkbox"/> fiche de poste (à demander) <input type="checkbox"/> formation (à préciser) <input type="checkbox"/> rapport d'activité médicale annuel (fournir le dernier rapport) <input type="checkbox"/> horaires / missions en adéquation avec la fiche de poste <input type="checkbox"/> respect du décret n°2005-560 des missions du MC du 27/05/2005, respect du décret 2007-547 relatif au temps d'exercice	
<input type="checkbox"/> Permanence médicale et modalités de prise en charge des urgences médicales	
<input type="checkbox"/> Projet de soins Actualisation du projet de soin	
<input type="checkbox"/> Procédure d'admission, dossier médical d'admission, formalisation de l'avis du médecin coordonnateur Description et remise des documents	
<input type="checkbox"/> Projet de soin individuel, modalités de mise en place	
<input type="checkbox"/> Dossier de soins infirmiers type Outil en place, standard Prendre un exemplaire si formalisé	
<input type="checkbox"/> Dossier médical type Outil en place, standard Prendre un exemplaire si formalisé	
<input type="checkbox"/> Protocoles de soins / de prévention Citer les protocoles formalisés Dates de mise en place Modalités d'appropriation de ces protocoles par le personnel Existence d'un protocole contre les bactéries multirésistantes ?	

<p>Protocole autour d'un cas de tuberculose (résidant et/ou patient) ?</p> <p>Protocole de lutte contre la grippe ?</p> <p>Procédure de signalement de foyers de cas groupés d'infections respiratoires aiguës ?</p> <p>(circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/ SD2/2006/489 du 22/11/2006 relative à la conduite à tenir devant une infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées</p>	
<p><input type="checkbox"/> Protocoles prévus ou en cours d'élaboration qui ne sont pas encore mis en place (à citer)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Procédure d'élimination des déchets de soins y compris le stockage - Description</p> <p>Remarque : seule l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique est recommandée</p>	
<p><input type="checkbox"/> Procédure de gestion, distribution, prise et suivi des médicaments</p> <p>Description de la procédure</p> <p>Existence d'une liste type de médicaments</p>	
<p><input type="checkbox"/> Protocole d'accompagnement en fin de vie</p> <p>Décrire les principaux dispositifs mis en place pour l'accompagnement en fin de vie</p>	
<p><input type="checkbox"/> Prise en charge spécifique des personnes psychologiquement dépendantes</p> <p>Projet spécifique à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, partenariats développés ?</p>	
<p><input type="checkbox"/> Maltraitance</p> <p>Démarches mises en place pour repérer la maltraitance, pour la prévenir (dispositifs)</p> <p>Application des recommandations ANAES/HAS concernant la contention physique ?</p>	
<p><input type="checkbox"/> Organisation des transmissions</p> <p>Description de l'organisation, circuit d'informations médicales et paramédicales</p>	
<p><input type="checkbox"/> Réunions d'équipe (compte rendus, dates, périodicité, participants, suivi)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique des résidents, des familles et du personnel, rôle du psychologue, modalités de son fonctionnement (lien avec l'équipe de soins)</p> <p>Description</p>	
<p><input type="checkbox"/> Médecins libéraux et autres professions libérales</p> <p>Modalités de relation avec ces professionnels, adhésion au règlement intérieur de la structure</p>	
<p><input type="checkbox"/> Conventions avec partenaires extérieurs (centres hospitaliers, secteur psy / soins palliatifs / réseau gérontologique, CLIC...)</p>	

Propositions d'engagements pour la convention tripartite de 2^{ème} génération :

ANNEXE II

Objectifs de la convention tripartite de 1ère génération :	ATTEINT						ATTEINT PARTIELEMENT					TOTAL atteint/atteint partiellement	NON ATTEINT				TOTAL général en %	
	/25	Privés à but lucratif /15	Privés assoc. /5	Publics /5	TOTAL	en %	Privés à but lucratif /15	Privés assoc. /5	Publics /5	TOTAL	en %		Privés à but lucratif /15	Privés assoc. /5	Publics /5	TOTAL		
AMELIORER L'ADMISSION ET L'ACCUEIL DES FUTURS RESIDANTS																		
L'admission :																		
élaboration d'un protocole d'admission																		
mise en place d'un dossier médical d'admission																		
avis médical du médecin coordonnateur																		
mise en place d'une procédure d'inscription et de gestion de la liste d'attente																		
tenue à jour du registre des admissions																		
information sur les tarifs en vigueur et prestations offertes																		
élaboration du dossier administratif pour chaque résident																		
procédure en cas de protection juridique																		
bilan avec les familles 1 mois après l'admission																		
L'accueil :																		
élaboration d'un protocole d'accueil																		
mise en place du livret d'accueil																		
formalisation de l'avis du médecin coordonnateur																		
élaboration d'un contrat de séjour et avenants																		
mise place et évaluation périodique d'un projet de vie individuel																		
élaboration d'un règlement de fonctionnement en adéquation avec la réglementation (ex : les droits de la personne accueillie sont-ils respectés ? les modalités de la prise en charge médicale des résidents sont-elles précisées ? ce document a-t-il bien été remis à la personne lors de son admission ou à son représentant légal ?)																		
état des lieux à l'entrée du résident																		
ADAPTER LES LOCAUX EN MATIERE DE CONFORT ET D'ACCESSIBILITE																		
Les espaces communs :																		
obtenir un avis favorable de la commission de sécurité																		
adapter les locaux en matière de confort, d'accessibilité et de maintien de l'autonomie (zones de déambulation sécurisées)																		
prévoir des projets architecturaux																		
aménagement de lieux de vie conviviaux (salle à manger, bibliothèque, salle TV...)																		
aménagement des jardins																		

formations)																			
application des recommandations ANAES/HAS concernant la contention physique ?																			
RECRUTER, FORMER ET SOUTENIR LE PERSONNEL																			
mise à jour du registre du personnel																			
recrutement de personnels en nombre suffisant, diplômés, qualifiés ou en cours de formation																			
recrutement d'un directeur qualifié																			
corrélation entre les diplômes du personnel et leurs fonctions au sein de l'établissement																			
mise à disposition des personnels le règlement intérieur																			
veille à l'organisation du planning de nuit, du nombre suffisant d'agents et de leur qualification																			
organisation des astreintes																			
élaboration d'un plan de formation annuel																			
organisation de rencontres régulières (réunions de service, d'information, de sensibilisation...) + leur suivi																			
soutien du personnel avec groupe de parole et entretiens individuels, voire 1 psychologue																			
suivi des arrêts de travail																			
multiplicité des CDD - turnover																			
personnel en règle avec la législation (extrait du casier judiciaire vierge dans son dossier)																			
organigramme																			
fiche de poste																			
INDIVIDUALISER LA PRISE EN SOINS DES RESIDANTS																			
existence d'un espace spécifique aux soins fermé à clé, servant également à la préparation des médicaments, au rangement des dossiers médicaux																			
organisation du circuit du médicament																			
pièce séparée du bureau des infirmiers																			
existence d'une pharmacie à usage interne																			
armoire à pharmacie fermée à clé																			
Le projet de soins individuel :																			
élaboration et modalités de mise en place du projet de soins individuel																			
actualisation du projet de soins depuis la signature de la 1ère convention																			
Le dossier de soins infirmier :																			

