

GUIDE COLLECTIF

L'auto-évaluation des conventions tripartites
de première génération

Synthèse des échanges
issus des travaux 2007 - 2008
de la commission régionale
« Personnes âgées en établissement »
de l'URIOPSS de Basse-Normandie



GUIDE COLLECTIF

(Les remarques et positions collectives collectées dans ce guide sont inscrites en noir)

Preamble :

Les remarques et positions collectives collectées dans ce guide sont présentées au regard du support d'auto-évaluation « Angélique » préconisé dans les démarches de renouvellement des conventions tripartites. Elles ne se substituent en aucun cas aux démarches d'auto-évaluation que mènent chaque association ou établissement et qui nécessitent d'être appropriées par chaque secteur en référence à chaque projet associatif ou d'établissement. Par contre, elles ont la prétention de contribuer à enrichir les pratiques :

- En identifiant ce qui s'avère être particulièrement performant ou au contraire à éviter
- En favorisant le partage des expériences et des outils utilisés
- En constituant un socle de recommandation commun aux établissements privés non lucratifs.

L'URIOPSS remercie l'ensemble des responsables associatifs qui ont participé aux travaux et permis la formalisation de ce guide

➤ 1^{ère} recommandation :

Signer la convention au 1^{er} Janvier de l'année, le système de proratisation s'étant parfois avéré défavorable aux associations.

➤ 2^{ème} recommandation :

Etablir son budget en exprimant des besoins réels, de façon à ce que qu'ils soient au moins connus si ce n'est entendus (ne pas ajuster les besoins aux moyens annoncés).

➤ 3^{ème} recommandation :

Au niveau des médicaments, éviter les dotations globales qui entraînent le non fonctionnement des mutuelles des résidents.

➤ Besoins humains :

- « Qualité » : le besoin d'un 0,5 ETP de Responsable Qualité est identifié par tous et ce, quelque soit la taille de l'association ; le besoin n'est pas lié au nombre de lits mais à la démarche elle-même. Il est conseillé de répartir ce poste sur les 3 budgets, en évitant surtout de le faire porter par le seul budget hébergement.

- Encadrement : les postes d'encadrement font cruellement défaut partout, y compris l'encadrement infirmier.

- Besoins très importants de temps infirmiers et aides-soignants. Concernant ces derniers, les difficultés rencontrées le sont également par l'actuelle nécessité du double accord Conseil Général/ DDASS

➤ Besoins spécifiques :

L'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'accueil Alzheimer font appel des réponses spécifiques et donc à des moyens supplémentaires à inscrire sur le budget soins.

Les travaux menés mettent également en évidence, les difficultés dues à l'inadéquation entre moyens alloués et charges de travail, constatée à propos de plusieurs items par une majorité des responsables associatifs travaillant au sein de la commission.


Les plaintes reçues à la DDASS

Nombre de plaintes reçues au cours des cinq dernières années, Principaux motifs invoqués, Suivi éventuel apporté au traitement de ces plaintes.




Cet item qui n'a en soi que peu de valeur objective, semble souvent être à l'origine des contrôles effectués par les pouvoirs publics. A l'instar de ce qui se fait dans l'Orne, il serait opportun d'orienter les familles plaignantes vers les représentants des familles du Conseil de Vie Sociale de l'établissement concerné.


Existe-t-il une liste d'attente, comment celle-ci est-elle gérée et sur quels critères s'effectue l'admission des résidents ?

 La notion de gestion de liste d'attente ne semble pas être très juste ; il s'agit plus exactement de gérer une demande plus importante que l'offre en ayant comme objectif central de maintenir un équilibre au niveau du groupe de résidents permettant ainsi d'assurer une prise en charge de qualité ; ceci équivaut à gérer la croissance du GMP. S'articulent autour de cet objectif, des critères d'admission liés à la gestion de la mixité, des locaux, de l'antériorité de la demande et de l'urgence.


Comment dans la pratique est accueilli un nouveau résident ?


 L'accueil n'est pas et ne doit pas être un moment ponctuel T ; il s'agit d'une phase nécessaire d'environ un mois destinée à favoriser l'intégration de l'arrivant.


Le livret d'accueil est-il régulièrement actualisé ?
Quelle est sa pertinence ?

 Quelquefois appelé plaquette d'information, il a une valeur informative sur l'établissement ; à ce titre, il est possible de le remettre à la personne avant son admission.

Comment est négocié le contrat de séjour ?
Existe-t-il un règlement de fonctionnement ?


 Il a une valeur contractuelle ; il est donc remis au moment de l'entrée, accompagné du règlement de fonctionnement.


 Des lettres de consentement ou projets de vie sont quelquefois demandés à la personne afin d'avoir un éclairage sur son degré d'adhésion à l'entrée en établissement.


 La demande de caution est assez répandue, du fait de ses effets symboliques en termes d'engagement. Le versement d'une caution semble générer moins de dégradations. La question pose toutefois la question de l'accès aux plus démunis.

Attention, il s'agit d'un domaine particulièrement sensible à l'insuffisance de moyens humains.

L'alimentation ... Quels horaires ?- Les résidents sont-ils associés et participent-ils effectivement à une commission repas ? Est-il fait appel à un diététicien ? Les repas sont-ils pris en salle à manger ou dans les chambres ? Comment sont aidés ceux qui ne peuvent pas s'alimenter seuls ? Qui vérifie que la personne âgée a bénéficié d'une ration alimentaire équilibrée par rapport à ses besoins personnels ?

 Le cuisinier semble être le pivot central de l'alimentation dans des systèmes souvent quasi individualisés


 Les commissions repas ne font pas l'unanimité, peu de résidents s'y exprimant; lui sont préférées des rencontres moins formelles (toutes les trois semaines ou mensuelles) avec le cuisinier, intégrées dans le cadre de l'animation ou tout simplement à l'issue d'un repas.


 Les rares nécessités de recours à un diététicien font l'objet de conventions avec des établissements hospitaliers.

Une très grande vigilance est particulièrement recommandée autour des deux questions suivantes :

- Comment est-on certain que la personne a bien mangé ?
- Comment sont aidés ceux qui ont des difficultés à manger seuls ?

L'hygiène corporelle le rythme des toilettes est-il suffisant ? Des équipements adaptés pour les toilettes des personnes âgées dépendantes sont-ils assez nombreux et utilisés régulièrement ? Utilisation systématique des changes... un protocole est-il appliqué?)

 Comme pour le point Alimentation, il est rappelé qu'un fonctionnement de qualité, s'appuie sur la culture et la spécificité de chaque personne ; cela signifie bien que le protocole suggère un cadre général, mais qu'il doit pouvoir être adapté à chacune des situations humaines.

 L'intérêt du travail avec les familles est particulièrement souligné dans ce domaine de l'hygiène, notamment en ce qui concerne le problème des changes, souvent mal vécu.


Il est fondamental d'envisager la question des locaux selon la clef de l'usage qui en est recherché, compte tenu du projet d'établissement et de la prise en compte de l'ensemble des résidents. Il s'agit du contraire d'une démarche de normalisation à tout craindre au profit de l'adaptation à la personne.


Comment les chambres sont-elles réparties ?


Comment est organisée l'appropriation des chambres par les résidents ?


Descriptif des locaux communs (salon, salle à manger, jardins, terrasses).

Quelle accessibilité ?
Existe-t-il des zones de déambulation sécurisées ?

 La surface « idéale » d'une chambre : il faut revendiquer les moyens relatifs à un « minimum vital », sans que cela empêche d'adapter en fonction des personnes ; certaines peuvent se sentir perdues dans de trop grands espaces... L'idéal semble être d'avoir des chambres plus ou moins grandes, adaptables en fonction de chacun.

 Débat sur les chambres à deux lits : la majorité des établissements appliquent un tarif unique, que la chambre comporte un ou deux lits ; d'autres, moins nombreux, différencient le tarif et observent que certaines personnes font leur choix en fonction de la différence de coût. Ceci pose la question de fond de l'accès en établissement des personnes très démunies.

 Par ailleurs, un travail de communication est à effectuer auprès des familles, dont la représentation idéale de la chambre est celle de la chambre spacieuse à un lit. Enfin, plus que le partage de la chambre, c'est le partage de la salle de bains qui quelquefois pose problème.

 La rotation fait qu'il faut une douche dans chaque chambre, ce qui ne veut pas dire que la douche doit être journalière pour tous.


 Unités Alzheimer : il est rappelé qu'elles ne supposent pas forcément de localisation spécifique.


Les inconvénients des unités localisées sont nombreux :

- Supposent un changement de chambre au moment du diagnostic Alzheimer
- Posent la question du devenir des locaux spécifiques dans x années, quand la prise en charge de la maladie aura évolué
- Empêche le mixage des populations en « parquant » les cas les plus lourds.


Par contre, cette solution, à priori moins satisfaisante qu'un accueil disséminé au sein de l'établissement avec prise en charge et animation spécifiques, a un coût moins élevé que la seconde...

Le projet d'établissement ? Quels sont les objectifs définis par ce projet ? A quelle date a-t-il été établi ?


 Attention : toujours tenter de construire le projet sur la base des besoins et des objectifs, sans l'ajuster aux moyens, qui de fait, s'avèrent souvent réducteurs.

 Le projet d'établissement doit articuler le projet de vie de l'établissement, le projet de soins et le projet associatif (ex-projet « institutionnel »). Il doit, dans une démarche d'élaboration qui associe l'équipe et le Conseil d'Administration, faire ressortir les objectifs sur 5 ans.

Au cours de cette période de 5 ans, l'accent est mis sur la pertinence d'une auto-évaluation permanente de l'atteinte des objectifs et de leur réajustement si nécessaire.

 L'intérêt de l'auto-évaluation collective permettant d'identifier les freins communs à l'atteinte de ces objectifs est mis en avant.

Le conseil de la vie sociale.

 A l'instar de ce qui se fait dans l'Orne, il serait opportun que les Pouvoirs publics orientent les familles plaignantes vers les représentants des familles du Conseil de Vie Sociale de l'établissement concerné.

Les autres formes de participation.

- Groupes de paroles, constitués en direction des résidents et/ou des familles, le plus souvent encadrés par un psychologue. Peuvent être préparés par des questions écrites remises préalablement par les résidents.

Les groupes peuvent être thématiques (fin de vie, Alzheimer, etc.) ou transversaux.

- Commissions « repas »
- Commissions « travaux » : une expérience très positive rassemble les résidents d'un établissement autour des questions d'aménagement des locaux.
- Au-delà des séances plus ou moins formelles d'expression collective, il est important de ne pas négliger le recueil de l'expression individuelle : c'est, selon l'établissement, le rôle du référent, de l'animateur ou de l'ensemble de l'équipe sensibilisée à cette posture d'écoute.
- Enfin, concernant le personnel : réunions (souvent hebdomadaires, de 30 minutes à 2 heures) des représentants de chaque service. Ces réunions font l'unanimité de tous ceux qui les organisent.

Comment sont suivies et enregistrées les réclamations et les plaintes orales ou écrites reçues par l'établissement ?



Il est souligné, qu'au même titre qu'il est important de garder une trace des plaintes et de leur suivi, il est important pour l'établissement et pour les personnes qui y travaillent de garder également les écrits de satisfaction.

Par ailleurs, face aux comportements de violences de certains résidents, les plaintes des salariés ne doivent pas être négligées et nécessitent également d'être prises en compte.

Plutôt qu'un système de registre à sens unique, certains préconisent un outil de type cahier de transmission par résident qui permet les échanges réciproques entre celui-ci et l'ensemble des équipes intervenant autour de lui

Quelles sont les mesures mises en place pour identifier les attitudes de maltraitance et les corriger : protocole, formations ?

Des règles de « bien-traitance » sont-elles consignées (ex : ne pas entrer dans les chambres sans frapper, respecter l'intimité des personnes) ?

A noter, la permanente culpabilisation des équipes de professionnels, alimentée par les médias, consistant à opposer le domicile supposé forcément douillet et bientraitant à l'établissement-mouroir et maltraitant.

A l'issue des échanges sur la maltraitance, il ressort que :

Trois types de maltraitance	TYPE 1 Actes répréhensibles par la loi	TYPE 2 Maltraitance liée à une insuffisance de prise en compte des attentes de la personne (négligence pouvant aller jusqu'à l'indifférence)	TYPE 3 Maltraitance institutionnelle liée à un déficit d'accompagnement du fait de l'insuffisance de moyens humains
Avec trois niveaux de responsabilités	Responsabilité individuelle du salarié ou du bénévole	Responsabilité associative des dirigeants et des encadrants	Responsabilité des pouvoirs publics*
Et trois types de réponses à envisager	Signalement auprès du procureur	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de règles de base dans le projet d'établissement - Groupes de parole et formation - Techniques spécifiques d'animation type « Mes 10 commandements » - Recueil du projet de vie individualisé 	*Attention toutefois que soit bien fait état auprès des financeurs des besoins réels et des insuffisances constatées liées à la non prise en compte de ces besoins.

Quelles sont les conclusions résultant de l'exploitation des plannings sur une période minimum d'un mois : présence de personnel qualifié en permanence, présence de nuit...

Détailler le personnel présent la nuit et comment sont organisés les soins de nuit - quelle est la qualification du personnel


Vérification de la liste du personnel permanent avec sa qualification corroborée par la présence du diplôme dans le dossier.



Personnel de nuit : faut-il le distinguer en tant que tel sur les tableaux de bord ? Oui sur le principe mais, pour beaucoup d'établissements, cela met en lumière le problème de l'insuffisance de ce personnel : dans ce cas, il est donc nécessaire de rappeler les causes financières de cette insuffisance.

Concernant la qualification du personnel de nuit, celle-ci varie d'un établissement à l'autre : AMP, Aide-soignant mais aussi veilleur de nuit.

Un extrait du casier judiciaire est-il présent dans les dossiers des personnels intervenant auprès du résident?

 Il est demandé par la MRIICE pour tous les salariés même embauchés antérieurement aux circulaires de 2001 et 2002.

La question de la conduite à tenir auprès de salariés embauchés de longue date si cet extrait n'est pas vierge a été posée en CROSMS du 13/03/2008 au Médecin-Inspecteur de la DRASS ; la réponse écrite est la suivante : « En cas de problème significatif, le licenciement peut être opéré. L'Etat est garant de la sécurité, de la santé et du bien-être de la population. »

Au cas par cas, nous incitons toutefois à être prudent et à se rapprocher de la MRIICE de façon à ce qu'une décision soit prise dans le respect du code du travail...

Comment sont organisées les procédures de recrutement ?



Deux types de difficultés rencontrés dans notre région :

➤ Problème de démographie médicale en ce qui concerne les infirmières et les médecins coordonnateurs. Concernant les infirmières qui n'ont pas exercé depuis de nombreuses années, il est souvent constaté un besoin important de remise à niveau avant de pouvoir envisager une embauche.

➤ Problème de turn-over concernant les psychologues, difficiles à fidéliser.



Face à ces difficultés, la mutualisation des offres et l'échange de CV peut être un début de réponse. La mutualisation des compétences permettant d'articuler plusieurs temps partiels sur différents établissements et la constitution de réseaux gériatologiques peuvent en être également. A suivre...

L'organisation de l'animation (Comment est-elle prise en charge au sein de l'établissement? - Par quels intervenants? - des sorties à l'extérieur de l'établissement sont-elles programmées ou réalisées à la demande?).

Si des bénévoles interviennent dans l'établissement, des conventions ont-elles été négociées et sur quels aspects?



Bien que les deux dimensions soient souvent très liées, il apparaît important de distinguer ce qui relève de l'animation et qui doit être systématiquement encadré par des professionnels ou des personnels formés, de ce qui relève de la présence affective et qui fait appel aux qualités humaines de toute personne intervenant dans l'établissement, qu'il soit salarié, intervenant professionnel, bénévole ou même visiteur du compagnon de chambre...

➤ Sur l'axe animation, les établissements font appel prioritairement à leurs salariés formés et mettent l'accent sur l'intérêt de leur polyvalence. Interviennent également des associations, des bénévoles, les paroisses (offices religieux), des structures publiques ou para-publiques (bibliothèque, Atelier mémoire/CMP...).

➤ Sur le deuxième axe, sont notamment cités : les services des aumôneries, certaines associations de visiteurs (dont les Petits Frères des pauvres), le rôle important des équipes et particulièrement celui des agents hôteliers, ainsi que les moments de convivialité inter-établissements.

Concernant le cadre conventionnel des interventions de bénévoles, une « charte des bénévoles » est disponible à l'Uriopss.

La transmission des consignes entre les équipes est-elle suffisamment développée ?



Écrites ou orales, les transmissions doivent permettre d'une part la continuité du soin au sein de l'équipe soignante et d'autre part l'articulation de ce soin avec les autres services. Tous s'accordent sur la nécessité d'un minimum d'écrit et souligne l'intérêt du système mixte (transmission écrite doublée d'un « tuilage » oral ou de réunions transversales) même si celui-ci est quelquefois difficile à organiser.

Préalablement à toute transmission informatisée, que celle-ci s'appuie sur un logiciel ou un support de type tableur réalisé en interne, il est prudent de faire une déclaration simplifiée auprès de la CNIL.

A terme, la DRASS conseille une informatisation de toutes les transmissions afin de réduire l'utilisation du papier et de « sécuriser » l'information.

Les partenariats négociés avec le secteur de la psychiatrie sont-ils effectifs ?

Les partenariats négociés avec un établissement de santé hors psychiatrie.

Les partenariats négociés avec une équipe de soins palliatifs.



Même si leur utilité effective est contestée, les conventions formalisant le partenariat avec le secteur des soins sont néanmoins obligatoires. (conventions disponibles à l'URIOPSS).

Le partenariat est quelquefois rendu difficile voire impossible de part l'absence de réponse ad'hoc sur le territoire (soins palliatifs, CSI...).

Il est noté que la MRIICE et les Conseils Généraux désavouent les interventions de services d'aide à domicile en établissement mais qu'en pratique, celles-ci ne peuvent être formellement interdites du fait de demandes de certains résidents ou de leur famille parfois trop importantes au vu des possibilités limitées de temps d'intervention du personnel des établissements. En outre, elles favorisent la continuité du lien domicile/établissement.

Comment est organisé le circuit du médicament ?



Nécessité de prévoir un protocole (exigence rappelée par la MRIICE) « Que faire en cas d'erreur de distribution des médicaments ? »

Le système mécanisé (mis en place dans un établissement) est globalement satisfaisant mais suppose une coopération réactive du pharmacien local ; il ne supprime toutefois pas complètement le risque d'erreurs de distribution.