

Approche de la qualité de la prise en charge dans les établissements médicalisés pour personnes âgées non EHPAD

décembre 2005

Conformément aux exigences réglementaires, les établissements autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes doivent s'engager dans la réforme de la tarification et passer une convention tripartite pluriannuelle (CTP) avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie.

L'arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, s'attache à définir précisément la «démarche qualité » dans laquelle doivent s'engager les partenaires conventionnels.

A peine la moitié des structures au niveau national ont signé une Convention Tripartite depuis la mise en œuvre de la réforme en avril 1999. Au 31 décembre 2004, la région des Pays de la Loire compte 281 établissements conventionnés sur 743 signataires potentiels soit 37,8 % en 5 ans.

Par le biais de cette étude médico-administrative, l'Assurance Maladie cherche à mieux identifier les causes responsables de la position d'attente de certains établissements et évaluer corrélativement la qualité de la prise en charge des résidents.

L'étude, composée d'un volet médical et d'un volet administratif, porte uniquement sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées dotés d'une section de cure médicale, n'ayant ni signé de conventions tripartites ni déposé un dossier de demande de conventionnement auprès des autorités compétentes (*hors USLD*).

115 établissements ont été enquêtés par voie de questionnaire (*10 critères médicaux et 10 administratifs inspirés du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999*).

Les résultats de cette étude permettent également de mieux connaître les éléments les plus préoccupants quant à la qualité de prise en charge des résidents dans les établissements non signataires de la Convention Tripartite.

Départements	Nombre d'établissements enquêtés
Loire-Atlantique	40
Maine et Loire	28
Sarthe	25
Vendée	20
Mayenne	2
TOTAL	115

Les établissements étudiés se composent très majoritairement de maisons de retraite (75 %) et de logements-foyers (17 %).

L'échantillon d'établissements enquêtés est majoritairement composé de structures publiques (*environ 2/3*) et de structures privées associatives (*environ 1/3*). Le privé commercial est très peu représenté (*seulement 2 institutions*), la plupart ayant déjà signé la convention tripartite.

ANALYSE ADMINISTRATIVE

Analyse par critère

Le registre du personnel

Ce registre est apparu comme le critère le moins effectif dans les structures de la région : moins de 40 % des établissements en possèdent un.

Cette absence est relevée dans tous les départements.

La procédure formalisée de pré-admission

Présente au niveau régional dans seulement 56 % des cas, cette procédure formalisée est nécessaire à une bonne information de l'usager. Sa formalisation permettra la transmission d'une même information pour tous.

Dans la région, la Sarthe et la Vendée sont les départements les moins bien placés : la procédure y est présente dans moins d'un établissement sur deux. Exception faite des 2 établissements mayennais qui affichent cette procédure (100 %), c'est la Loire-Atlantique qui a le plus fort taux d'adhésion à ce critère (65 %).

Cependant, il faut noter qu'à défaut d'être formalisée, cette procédure peut exister dans la plupart des institutions.

Appartenance à un réseau gérontologique ou CLIC

Seulement 60 % des institutions de la région participent à un réseau gérontologique ou collaborent avec un CLIC.

Le Maine et Loire et la Sarthe ont des efforts particuliers à effectuer dans ce domaine puisque seulement une structure sur deux respecte ce critère.

Le projet de vie formalisé

Il n'existe que dans 62 % des structures de la région. Il est pourtant le garant d'une prise en charge de qualité. Tous les départements possèdent des difficultés dans ce domaine. La meilleure moyenne d'établissements respectant cet item n'est que de 68 % (*Loire-Atlantique*) et de seulement 50 % pour la Vendée.

Le délai entre la fin du dîner et le petit déjeuner compris entre 12 et 13 h

Respecté dans 70 % des cas dans la région, il ne semble a priori pas poser de problèmes.

Cependant, une distinction est à opérer entre les résidents en chambre et ceux qui prennent leurs repas en salle à manger; le premier groupe étant servi avant le second, ce délai est quasiment toujours dépassé pour les résidents en chambre. Ce délai exclut un jeûne trop important toujours plus préjudiciable aux plus faibles donc les 70 % d'adhésion à cet item ne sont pas satisfaisants. D'autant plus qu'un département, la Vendée, se détache de la moyenne régionale pour ne respecter ce délai que dans 50 % des cas.

Le programme de formation continue du personnel

Existant au niveau régional dans près de 80 % des institutions, il atteste de l'intention de conserver un personnel qualifié à même d'appliquer les méthodes les plus appropriées à l'accueil des personnes âgées.

Seule la Vendée se démarque puisqu'une structure sur deux n'en possède pas.

Les procédures de change régulier du linge plat et d'entretien des locaux

Respectivement 70 et 83 % des structures de la région ont déclaré les posséder. Ces procédures garantissent un minimum d'hygiène, il est donc nécessaire que ces conditions d'hébergement soient présentes dans toutes les institutions.

Cependant des procédures non formalisées existent et peuvent donner lieu à un niveau de qualité quasi-équivalent. A noter cependant la spécificité de la Vendée où 57 % des institutions n'ont pas déclaré avoir de procédure de change régulier du linge plat.

L'accessibilité de la structure et le programme d'animation

Environ 90 % des structures de la région disent respecter ces deux items. Tous les départements affichent de très bons résultats (*environ 90 %*) en ce qui concerne l'existence d'un programme d'animation.

Dans le Maine et Loire, l'accessibilité de l'ensemble de la structure aux personnes à mobilité réduite n'est possible que dans 68 % des cas. Les autres départements respectent cet item sans difficultés (*à + de 90 %*).

ANALYSE MÉDICALE

Analyse par critère

Existence d'un médecin responsable de la section de cure médicale

Plusieurs situations ont été rencontrées : difficulté de recruter médecin coordonnateur, le médecin coordonnateur en place n'est pas gérontologue et exerce en secteur libéral.

Existence d'un projet de soins écrit ou en cours d'écriture

Son élaboration, sa mise en place, son évolution incombent à l'équipe médico-sociale entraînée par le médecin coordonnateur et l'infirmière.

L'absence du médecin dans l'équipe, au moment de l'élaboration de ce projet de soins, est un double handicap :

- absence de référent médical obligeant souvent le directeur à suppléer dans un domaine qui n'est pas le sien ;
- difficulté, pour le médecin, à s'approprier un outil qu'il n'a pas conçu puisqu'il est recruté après coup.

Existence d'un dossier médical formalisé pour chaque résident

Chaque résident doit posséder un dossier médical formalisé.

Le médecin coordonnateur s'engage à l'élaborer avec les médecins traitants, à veiller à sa bonne tenue et, avec le chef d'établissement, à en protéger la confidentialité.

Au niveau régional, 70 % des établissements l'ont mis en place.

Ce dossier doit être toujours accessible aux professionnels de santé concernés.

Existence d'un dossier infirmier formalisé pour chaque résident

Chaque résident doit posséder un dossier infirmier formalisé.

Il est un peu moins formalisé que le dossier médical (60 %), les éléments infirmiers étant souvent dispersés, sauf lorsque la structure dispose d'un dossier de soins informatisé.

Existence d'un cahier de transmission accessible à l'ensemble du personnel

Ce cahier est le lien entre les membres de l'équipe et contribue à un même niveau d'information.

Existence de protocoles de suivi formalisés

Chaque thème du projet de soins doit faire l'objet d'un protocole pour une qualité optimale de prise en charge des résidents et la sécurité des professionnels.

Une petite moitié des établissements a mis en place au moins 2 protocoles de suivi formalisés. Ces procédures sont des outils vivants en constante évolution.

Procédure écrite à suivre en cas d'urgence

Cette procédure doit être écrite, affichée, appliquée. Une simple liste de numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence ne peut être considérée comme une procédure.

Existe-t'il une convention signée avec un établissement de soins ?

La moitié des établissements a signé au moins une convention avec un établissement de soins, hormis ceux du Maine et Loire (*moins d'1/3 des établissements ont passé une convention*).

Mise en place formalisée d'un suivi bucco-dentaire

Cet item n'est pas extrait des recommandations figurant sur l'arrêté du 26 avril 1999 mais dans le cadre d'une enquête sur la qualité, il a semblé important de l'ajouter.

Ce suivi n'est présent que dans 4 % des structures.

Mise en place d'un protocole de suivi de l'entretien des appareils auditifs

Comme l'item précédent, celui-ci a été rajouté. Au même titre que l'hygiène bucco-dentaire, une bonne correction du déficit auditif participe à la qualité de vie d'une personne âgée.

Ce suivi est présent dans près de 8 % des établissements (*Sarthe : 12 %*).

SITUATION RÉGIONALE

Au regard des critères administratifs, les établissements de la région offrent un niveau correct de qualité : ils valident en moyenne 7 critères sur 10. En revanche, la moyenne des critères médicaux atteint à peine 5.

Par ailleurs, seulement 6 % des établissements valident la totalité des items du questionnaire administratif et 1 % ceux afférents au questionnaire médical, ceci peut être une des raisons pour lesquelles ils n'ont pas encore formellement exprimé leur intention d'entrer dans la réforme.

La quasi-totalité des établissements (113) se situe entre 4 et 10 critères administratifs validés. Concernant les critères médicaux, la fourchette se réduit de 3 à 8 (*101 établissements*).

Plus de 78 % des établissements sont un peu, moyennement ou très en retard sur les procédures médicales par rapport aux procédures administratives.

Le cahier de transmission est l'élément le plus présent au sein des établissements, il est quasiment mis en place partout (*109 sur 115*).

En revanche, la formalisation des dossiers médicaux et infirmiers est encore trop peu répandue (*69 % et 64 %*).

Il est à noter que 74 structures bénéficient du concours d'un médecin coordonnateur mais seulement 35 ont un projet de soins formalisé.

Le suivi bucco-dentaire ainsi que celui des appareils auditifs ne sont quasiment jamais pratiqués (*4,35 % et 7,83 %*).

Par ailleurs, il apparaît que les éléments relatifs aux conditions de prise en charge des résidents (*hébergement et vie des pensionnaires*) constituent l'effort majeur porté par les établissements.

En revanche les critères se rapportant au personnel sont nettement moins présents 71 d'entre eux (*sur 115*) ne possèdent pas de registre permettant de recueillir les avis et commentaires du personnel sur le fonctionnement global de la structure.

SITUATION SELON LE TYPE ET LE STATUT JURIDIQUE

L'étude laisse apparaître, d'une part, que les logements foyers se trouvent moins bien placés que les autres types de structures en termes de qualité (*principalement pour les critères liés au personnel*), et d'autre part, que la validation des items se fait plus souvent dans les institutions privées.

SITUATION DÉPARTEMENTALE

Départements	Nombre moyen de critères validés
Loire-Atlantique	7,4
Sarthe	6,7
Maine et Loire	6,5
Vendée	6,4
Mayenne	5,5
RÉGION	7

La Loire-Atlantique se situe très nettement comme le département le plus avancé dans la mise en place des critères retenus avec 7,4 critères validés en moyenne.

Cependant cette position est à relativiser du fait de l'écart réduit entre les nombres moyens de critères validés par les différents départements ; en excluant la Mayenne, cet écart n'est que d'1,4 critère.

La distinction entre les départements en termes de qualité est donc difficile à opérer d'autant plus qu'un petit nombre d'établissements peut grandement influencer le nombre moyen de critères respectés dans un département comme c'est le cas dans le Maine et Loire.

CONCLUSION

À l'issue de cet état des lieux, force est de constater qu'il existe une grande diversité dans l'assimilation des outils conventionnels par les structures et des difficultés de recrutement du médecin coordonnateur.

Les circonstances historiques des créations, les montages financiers de départ, la médicalisation ou pas, les choix de projet de vie (*contingement par GIR*) peuvent représenter autant de verrous ou, au contraire, être facilitateurs au conventionnement.

Les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses et seront de plus en plus exigeantes car leur vie actuelle est profondément différente de celle de leurs aînés.

La convention a été créée comme gage de qualité et l'idée en est de hisser les moins bien lotis au niveau des autres.

Le risque encouru par les « retardataires » est celui, à terme, de la marginalisation par rapport à une société qui demande toujours plus de transparence et de qualité.

Pour cela, et bien que les finances soient souvent la clé de cette qualité, les bonnes volontés, les idées innovantes, les solutions astucieuses et humaines ont largement leur place dans ce panel d'outils.

L'étude complète et cette synthèse peuvent être téléchargées sur le site internet : [www.cram-pl.fr/les affaires sanitaires/les publications](http://www.cram-pl.fr/les-affaires-sanitaires/les-publications)

Direction Régionale du Service Médical CRAM des Pays de la Loire
7 rue du Président E. Herriot 2 place de Bretagne
BP 73403 44932 NANTES cedex 9
44034 NANTES cedex 1

Bilan des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) signataires d'une convention tripartite pluriannuelle en région des Pays de la Loire au 31 décembre 2005

Libellé de la catégorie	Nombre d'établissements de la région	Nombre d'établissements concernés par une convention
Maisons de retraite rattachées à un hôpital public avec Section de Cure Médicale (SCM)	59	28
Maison de retraites publiques non rattachés à un hôpital, avec SCM et logements-foyers publics avec SCM	170	121
Maisons de retraite (lucratives ou non) avec SCM privées, logements-foyers (lucratifs ou non) avec SCM	129	88
Maisons de retraite sans SCM, publiques et privées à but non lucratif	132	61
Maisons de retraite sans SCM, privées à caractère commercial	29	18
Logements-foyers habilités ou non l'aide sociale sans SCM	150	21
Services de soins de longue durée	68	22
TOTAL	737	359