

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

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 no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

NOR : MESA9921086A

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,

Vu la loi no 75-535 modifiée du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, notamment son article 5-1 ;

Vu le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret no 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997, notamment son article 6 ;

Vu le décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 1999 ;

Vu l'avis de l'assemblée des présidents des conseils généraux de France en date du 8 janvier 1999,

Arrêtent :

Art. 1er. - Le cahier des charges prévu à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée figure en annexe du présent arrêté.

Art. 2. - Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 avril 1999.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre Chevènement

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Jean Glavany

Le secrétaire d'Etat à la santé
et à l'action sociale,
Bernard Kouchner

A N N E X E I

CAHIER DES CHARGES DE LA CONVENTION PLURIANNUELLE PREVUE A L'ARTICLE 5-1 DE LA LOI No 75-535 MODIFIEE DU 30 JUIN 1975

Préambule

En introduisant, par son article 23-I, un nouvel article 5-1 dans la loi du 30 juin 1975 précitée, la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président de conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Ladite convention doit notamment :

1. Définir « les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil » ;

2. Préciser « les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation ».

Le premier alinéa de l'article 5-1 précise notamment que cette convention doit respecter un cahier des charges conjointement arrêté par le ministre chargé des personnes âgées et le ministre chargé des collectivités territoriales.

Le présent cahier des charges répond à un quadruple objectif :

1o Préciser les caractéristiques générales auxquelles doivent répondre les conventions et définir les recommandations relatives aux principaux critères que devraient présenter les établissements pour entrer prioritairement dans le nouveau dispositif conventionnel ;

2o Détailler les principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents ;

3o Définir les recommandations concernant les objectifs d'évolution de l'établissement au cours de la période couverte par la convention et préciser les nécessaires adaptations des moyens et des financements permettant d'atteindre graduellement les objectifs précités ;

4o Proposer une liste d'indicateurs utilisables afin d'évaluer les modalités d'exécution du dispositif conventionnel.

I. - LES RECOMMANDATIONS GENERALES

1. Les conventions devront être conclues au cours de la période s'ouvrant le 27 avril 1999, date de publication du décret relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, et se clôturant à la date fixée par le second alinéa de l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 précitée.

2. Conformément aux dispositions de l'article 9 de ce même décret, la durée de la convention tripartite est fixée à cinq ans.

Afin de concilier au mieux le caractère pluriannuel de la convention :

- d'une part, avec le principe de l'annualité budgétaire en vigueur, tant pour les conseils généraux que pour l'autorité compétente pour l'assurance maladie (application de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires, prévu chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale),

- d'autre part, avec les aléas pouvant survenir au titre du fonctionnement de l'établissement, des avenants annuels à la convention pourront être conclus par les parties contractantes, à savoir le directeur de l'établissement, le préfet ou son représentant (ou le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation s'agissant des services de soins de longue durée), le président du

conseil général ou son représentant, afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires au titre des éléments précités.

3. La convention doit prévoir les conditions de sa résiliation par un ou plusieurs des contractants. La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée aux autres signataires de la convention. Ladite résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

II. - LES RECOMMANDATIONS VISANT A GARANTIR LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

1. Problématique générale

Il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d' « assurance qualité » garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour.

Dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées au sein de chaque institution, la qualité sera appréciée au regard :

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

Les recommandations décrites ci-après constituent des références qualitatives souples. Elles sont assorties dans une quatrième partie d'indicateurs permettant d'apprécier les différents éléments concourant à un bon niveau de qualité des prises en charge. La convention tripartite pluriannuelle déterminera les efforts à consentir par chacun des contractants pour atteindre graduellement ces objectifs de qualité.

Ces recommandations se distinguent des normes techniques de fonctionnement qui seront ultérieurement édictées par décret. Alors que les normes techniques présentent un caractère obligatoire dont le respect est directement lié à l'autorisation de fonctionnement, les présentes recommandations laissent aux contractants une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement.

2. Les recommandations relatives à la qualité de vie des résidents

2.1. Les objectifs à atteindre

Afin de garantir à chaque résident un bon état de santé et la plus grande autonomie sociale, physique et psychique possible, il convient de satisfaire aux objectifs suivants :

- maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social ;
- préserver un espace de vie privatif, même au sein d'une vie en collectivité, en garantissant un sentiment de sécurité, y compris contre les agressions éventuelles d'autres résidents ;
- particulièrement pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle, concilier une indispensable sécurité avec une nécessaire liberté ;
- maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité du résident (nom, prise en compte de l'histoire individuelle, mobilier dans sa chambre, assistance au culte possible...) ;
- mettre à disposition, chaque fois que possible, des éléments techniques (téléphone, télévision...) dans chaque chambre, sans contrainte horaire telle la fermeture d'un standard... ;
- maintenir ou retrouver certaines relations sociales pour le résident (participation aux activités, rôle propre, ouverture à la vie locale et à l'évolution de nos sociétés...) ;
- apporter les aides (directes ou incitatives) pour les activités de la vie quotidienne ;
- permettre et favoriser l'accès à certaines prestations extérieures : coiffure, esthétique...

2.2. Les principaux éléments de mise en oeuvre pour atteindre les objectifs précités

2.2.1. Le projet institutionnel

Il convient d'élaborer un document dans lequel sont définis les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins ; ce dernier, défini par l'équipe soignante et le médecin coordonnateur, doit préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants.

Dans le cas où l'établissement fait appel à des médecins généralistes et des infirmiers d'exercice libéral, ces professionnels doivent adhérer au projet institutionnel.

D'autres éléments doivent clairement préciser les modalités permettant de recueillir les attentes des résidents (mise en place de procédures régulières de concertation) et de garantir la plus grande transparence des règles régissant la vie de l'établissement.

La direction de l'établissement doit fournir à la personne âgée et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'institution, les droits et les obligations du résident, ses conditions d'accueil et de prise en charge, notamment lors de l'entrée en institution, à l'occasion de la remise au résident ou, le cas échéant, à son représentant légal du livret d'accueil, du règlement intérieur et du contrat de séjour.

Le responsable de l'établissement doit également informer le résident ou son représentant légal de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile et peut, à cette occasion, proposer aux résidents qui n'en sont pas titulaires d'y souscrire.

2.2.2. La qualité des espaces

Les espaces destinés aux personnes âgées dépendantes doivent être conçus et adaptés de

manière à ce qu'ils contribuent directement à lutter contre la perte d'autonomie des résidents, à favoriser le mieux possible leur sociabilité et instaurer une réelle appropriation de l'institution par l'usager, que ce soit le résident lui-même ou son entourage. Il convient en particulier de veiller à une signalétique claire et adaptée aux résidents.

La conception des espaces doit être la traduction de la spécificité d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes, en maintenant un juste équilibre entre ses trois principales composantes :

- être d'abord un lieu de vie, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social tant entre les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches ;
- être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun ;
- être un lieu de prévention et de soins où sont prodiguées de façon coordonnée les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents.

Le projet architectural doit en outre favoriser des modes d'accueil à la fois diversifiés et individualisés, en cohérence avec les objectifs fixés par le projet institutionnel.

Ces exigences de qualité induisent la définition de recommandations minimales, notamment en ce qui concerne l'espace privé de la personne âgée résidant en établissement. De telles prescriptions n'induisent pas nécessairement une augmentation de la surface globale de l'établissement car il peut y être répondu par une meilleure adéquation et répartition des espaces privés et collectifs.

Il convient toutefois de distinguer les constructions récentes ou ayant bénéficié d'une importante rénovation de celles qui n'ont fait l'objet d'aucune modernisation et qui présentent des carences notables en matière de sécurité, de fonctionnement et de qualité d'usage, tant au sein des espaces privés que pour les espaces collectifs.

a) Les espaces privés

L'espace privatif doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident.

Il doit pouvoir être personnalisé et permettre aux personnes âgées qui le souhaitent d'y apporter du mobilier personnel, autre que cadres, photographies et objets familiaux. Les résidents doivent ainsi disposer d'un lieu privé, qu'ils peuvent pleinement s'approprier, leur permettant s'ils le souhaitent d'organiser comme ils l'entendent l'aménagement de l'espace qui leur est dévolu. L'espace privatif doit également permettre à chaque résident de recevoir dans l'équivalent d'un chez-soi, facilitant ainsi ses relations sociales, notamment avec sa famille et son entourage.

L'espace privé, qui doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes, requiert une surface suffisante permettant par ailleurs de moduler l'organisation de cette surface en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution, évitant ainsi des transferts géographiques pouvant induire une perte des repères du résident.

Sans préjudice des recommandations qui suivent, aucune chambre, et ce quelle que soit sa surface, ne devrait être occupée par plus de deux personnes et la proportion de chambres à deux lits ne devrait pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale d'un établissement, étant

entendu qu'il apparaît plus adapté de prévoir des chambres individuelles pouvant communiquer.

Les recommandations relatives aux constructions neuves ou concernant les établissements nécessitant une rénovation lourde :

La conception de l'espace privatif doit s'apparenter à celle d'un logement afin de conforter l'identité et la sociabilité du résident. Il comprendra toujours un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaires) et pourra être doté d'une kitchenette. Il est recommandé que la surface minimale atteigne :

18 à 22 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement individuel adapté à l'état de la personne ;
30 à 35 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement pour deux personnes : l'espace privatif devant être adapté à l'accueil d'un couple ou de deux personnes âgées ne souhaitant pas vivre seules.

Les recommandations relatives aux autres établissements :

L'espace privé, comprenant toujours un cabinet de toilette intégré, doit tendre vers un objectif de surface minimale de :

16 à 20 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'une chambre à 1 lit ;
22 à 25 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'une chambre à 2 lits ;
20 à 22 mètres carrés, lorsqu'il s'agit d'un logement doté d'une kitchenette.

b) Les espaces collectifs

Ces espaces concourent à maintenir des liens sociaux et permettent à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement. Le traitement de ces espaces doit favoriser la convivialité. Leur implantation doit concourir à améliorer le confort, la qualité de vie des résidents et éviter leur isolement.

Les espaces collectifs sont de deux types :

Les espaces de vie collective correspondant notamment aux lieux de restauration, de repos et de rencontres, d'activités et d'animations.

Outre le fait qu'il est souhaitable qu'il existe un ou plusieurs espaces de restauration collective, selon la capacité de l'établissement, il est par ailleurs recommandé que l'établissement dispose d'espaces de vie collective dont le nombre, la taille et la vocation sont fonction du projet de vie.

Ces divers éléments seront à prendre en compte dans le projet institutionnel de l'établissement, au titre de la promotion d'une bonne sociabilisation des résidents.

Les espaces de circulation, qu'ils soient horizontaux (hall, couloirs, ...) ou verticaux (escaliers, ascenseurs), doivent garantir une bonne accessibilité à l'ensemble des divers lieux, intérieurs comme extérieurs, destinés aux résidents.

Les espaces de circulation doivent être dimensionnés en tenant compte des difficultés de déplacement des résidents. L'utilisation des itinéraires de circulation par les résidents comme lieu de déambulation, voire de promenades, exigent une attention particulière. Ils doivent par ailleurs bénéficier le plus possible d'un éclairage en lumière naturelle.

Ils doivent être conçus de manière à pouvoir y circuler en fauteuil roulant et y faire circuler aisément des chariots nécessaires à l'entretien et, s'il y a lieu, à la restauration dans les espaces privatifs.

c) Les espaces spécifiques

Les espaces de soins.

Ces espaces doivent être la traduction architecturale des caractéristiques du projet de soins adopté par l'établissement dans le cadre de son projet institutionnel : individualisation d'un local approprié pour organiser les soins paramédicaux et préparer les prescriptions et, le cas échéant, d'espaces permettant la réalisation des prestations de rééducation ou de réadaptation, voire d'un cabinet médical, afin d'adapter les réponses aux besoins réels et évolutifs des résidents.

Les autres espaces.

Afin de répondre aux différents aspects du projet institutionnel, notamment intergénérationnels, des locaux spécifiques pourront parfois exister (crèche, etc.) ou, selon les besoins locaux : salon d'esthétique, de coiffure, salle de réunions permettant également de recevoir des populations extérieures à l'institution.

d) L'accessibilité

La réglementation a fait de l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite une obligation nationale conformément à l'article 49 de la loi no 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Ces dispositions ont été complétées et renforcées par la loi no 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

e) La sécurité

Sécurité incendie : le responsable de l'établissement devra produire le dernier procès-verbal de la commission de sécurité.

Sécurité des personnes : une attention particulière sera portée à la prévention des accidents (obstacles créés par des éléments mobiliers mal installés ou du matériel de service tels que chariot, etc.). La formation des intervenants et leur réflexion en équipe constituent un bon garant de la sécurité des usagers tout en respectant leur liberté.

Sécurité des biens des résidents : celle-ci devra être organisée en lien avec les familles et l'établissement.

f) L'hygiène : l'établissement devra se conformer à la réglementation en vigueur concernant l'alimentation et l'hôtellerie.

3. Les recommandations relatives à la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents

3.1. Les objectifs à atteindre

Afin de conserver, selon les souhaits du résident, ses liens avec sa famille, il convient de satisfaire aux objectifs suivants :

a) Lors de l'entrée en institution :

Organiser l'entrée en définissant des procédures claires : l'entrée d'une personne en institution relève de sa décision et de celle de sa famille, laquelle doit être pleinement éclairée par une information précise sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins (appel à des intervenants extérieurs selon le choix du résident et/ou intervenants salariés tel qu'indiqué dans le livret d'accueil, dispositions prévues en cas de nécessité d'hospitalisation en urgence).

Désigner, le cas échéant, un référent familial et si possible même en cas de conflits internes familiaux.

b) Au cours du séjour dans l'établissement :

Donner une place à la famille au sein du projet institutionnel et ce chaque fois que possible. Dans tous les cas, il conviendra de ne pas la cantonner dans un rôle de visiteur ;

Organiser impérativement l'information des familles tant sur le plan administratif et financier qu'en ce qui concerne les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie et des pathologies ;

Tenir compte de l'absence de famille pour certains résidents.

c) Lors du décès :

L'établissement joue un rôle important pour garantir la dignité de la personne : accompagnement du mourant, respect de ses convictions religieuses.

Une procédure institutionnelle permettant le respect du mort, qui appartient à la famille, devrait être instaurée.

3.2. Les éléments de mise en oeuvre contribuant à satisfaire les objectifs précités

A ce titre, il convient de :

Mettre en place des procédures permettant de recueillir les attentes des usagers et de leurs familles ;

Diffuser la composition et le mode de fonctionnement du conseil d'établissement ;

Ouvrir l'institution aux familles, amis ou personnes bénévoles ;

Mettre en place des modalités permettant de recueillir les avis des familles sur l'institution, d'échanger des informations entre les familles et le personnel ;

Permettre la participation des familles et/ou de l'entourage à certaines activités, même de façon très occasionnelle, de prendre des repas avec leur parent. Le règlement intérieur ne doit pas être un obstacle à cette participation, par exemple au travers d'horaires de « visites » réglementées ;

Offrir la possibilité de chambres d'hôtes : dans l'établissement ou à proximité ;

Prévoir des lieux permettant d'avoir une intimité avec son parent âgé (chambre seule, salon,

tisanerie...)

Envisager les modalités d'un éventuel accompagnement psychologique de la famille.

4. Recommandations relatives à la qualité des personnels exerçant dans l'établissement

4.1. Les objectifs à atteindre

Il convient de prodiguer des soins et aides de qualité tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne, notamment au moyen des éléments suivants :

a) L'organisation générale du travail :

tout en respectant la réglementation en vigueur, il sera souvent utile de préciser la participation du personnel à des actions visant à améliorer la vie quotidienne des usagers, comme par exemple l'organisation des repas et leur composition ;

b) Le programme de formation :

Des formations diplômantes, afin d'améliorer le degré de qualification du personnel : CAFDES (certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social) ou tout autre diplôme au moins de même niveau et sanctionnant une formation préparant à la direction d'institutions à caractère sanitaire, social ou médico-social pour le directeur... ;

Diplôme d'Etat d'infirmier ;

DPAS (diplôme professionnel d'aide-soignant) ;

CAFAMP (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique) ;

BEP, CAP, BTS concernant les champs médico-sociaux et les services (hôtellerie, restauration...).

Les actions de formation continue, le plus souvent ciblées et ponctuelles : préparation des repas, manutention des personnes, communication verbale et non verbale... Des visites d'autres établissements ou services, voire des échanges de personnel ou des formations conjointes avec d'autres institutions ou services gériatriques sont à favoriser ;

c) De meilleures conditions de travail améliorent souvent la motivation du personnel ;

d) La présence d'un médecin coordonnateur dont le rôle est précisé en annexe II ;

e) Le soutien psychologique du personnel :

Celui-ci s'avère indispensable du fait de l'état de dépendance physique et surtout psychique de la population accueillie, et du grand nombre de décès dans ces établissements. Il nécessite

souvent un travail en équipe avec des personnels externes à l'institution, tel le secteur psychiatrique et/ou l'intervention d'un psychologue exerçant au sein de l'institution.

4.2. Les éléments de mise en oeuvre pour répondre aux objectifs précités

a) Le responsable de l'établissement

Chargé de la direction et de la gestion de l'établissement, il doit être un véritable animateur impulsant un projet institutionnel dynamique, au bénéfice des résidents, mis en oeuvre par l'ensemble des personnels.

L'accomplissement de ses missions suppose un niveau de compétences et une réelle expérience professionnelle. Cette compétence pourra être utilement attestée par les diplômes précédemment mentionnés.

b) Le médecin coordonnateur

L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins.

Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins, à la formation gériatrique continue du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins.

c) L'infirmière référente

Il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gériatriques de qualité.

d) Les autres membres de l'équipe soignante

La perte d'autonomie des résidents est compensée au quotidien dans ses deux dimensions soins et dépendance. Ce sont essentiellement les infirmiers salariés et libéraux qui assurent la composante soins de la prise en charge en collaboration avec les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les autres personnels psycho-éducatifs. L'aspect dépendance domestique sociale et relationnelle est assuré par les agents de service et pour partie par les aides-soignants, dans le respect des dispositions du décret no 93-345 du 15 mars 1993 susvisé. Dans le cadre d'un projet assurant une prise en charge globale de la personne, ces différents professionnels travaillent en étroite relation.

5. Recommandations relatives à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés

5.1. Les objectifs à atteindre

Il convient de développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local concernant :

- le soutien à domicile : accueil de jour, de nuit, de week-end, hébergement temporaire... ;
- la collaboration interétablissements, sanitaires ou médico-sociaux, en matière d'organisation des soins, mise en commun de moyens, notamment en personnel soignant... ;
- l'intervention d'équipes psychiatriques au sein de l'établissement, par exemple grâce au secteur psychiatrique, tant pour une amélioration de l'état de santé des résidents ayant une détérioration intellectuelle ou une autre pathologie mentale, que pour prodiguer, en lien avec le médecin coordonnateur, aides et conseils au personnel de l'établissement ;
- la nécessité d'accessibilité de l'établissement (transports...).

5.2. Les éléments de mise en oeuvre pour satisfaire ces objectifs

Il est souhaitable que la politique d'admission de l'établissement et son projet institutionnel soient clairement définis et connus de l'ensemble des partenaires.

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes devraient passer une convention avec au moins un établissement de santé public ou privé, dispensant des soins en médecine, chirurgie et disposant d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs, en privilégiant les services les plus orientés vers la gérontologie.

Il convient également de développer les collaborations avec d'autres institutions et services, y compris les clubs du troisième âge : afin de conforter les projets d'animation, promouvoir des formules d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire communs, procéder à des échanges de personnel...

III. - LES RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX OBJECTIFS D'EVOLUTION DE L'ETABLISSEMENT ET AUX ADAPTATIONS DE SES MOYENS ET DE SON FINANCEMENT PERMETTANT D'ATTEINDRE GRADUELLEMENT LES OBJECTIFS PRECITES

1. Le préalable : les principales données à prendre en compte pour caractériser la situation initiale de l'établissement entrant dans le dispositif conventionnel

La liste des données qui suivent doivent porter sur les trois derniers exercices connus, à l'exception de celles mentionnées à la rubrique 1.4 :

1.1. Les données générales

Capacité totale autorisée, nombre de places « médicalisées » autorisées sous forme de sections de cure médicale ou de forfaits de soins courants, nombre de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale...

1.2. Les données relatives à l'activité de l'établissement

Nombre de journées théoriques, prévisionnelles et réalisées, réparties selon la nature des places mentionnée à la rubrique 1.1 ci-dessus.

1.3. Les données financières et de personnel

a) Récapitulation des dépenses et des recettes autorisées, réparties entre la part « hébergement » et la part « soins ».

b) Répartition du tableau des effectifs par catégorie de personnels, assorti de la ventilation des postes qui émargent respectivement au tarif hébergement et au tarif soins.

c) Evaluation la plus précise possible par les caisses des actes et prescriptions des professionnels libéraux intervenant le cas échéant dans l'établissement.

1.4. Les données relatives à l'état de dépendance des personnes âgées accueillies dans l'établissement, lors de la période de négociation de la convention.

En application des dispositions de l'article 12 du décret relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

a) Répartition des populations accueillies dans les six groupes iso-ressources (GIR) retenus par la grille nationale définie à l'article 6 du décret no 97-427 du 28 avril 1997 susvisé ;

b) Calcul du « GIR moyen pondéré » de l'établissement.

2. Les éléments et documents à prendre en compte pour caractériser les perspectives d'évolution de l'organisation de l'établissement, lors de la période de cinq ans couverte par la convention

2.1. Formalisation dans un document de la définition du projet institutionnel mentionné à la

rubrique 2.2.1 du point II de la présente annexe et de l'option tarifaire choisie, telle que définie à l'article 9 du décret précité, en cohérence avec le projet institutionnel précité.

2.2. Formalisation dans un tableau récapitulatif (cf. point IV relatif à l'évaluation) du plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs sur cinq ans, en application de l'article 21 du décret précité.

2.3. Formalisation dans un document du plan de formation pluriannuel des personnels, assorti de son échéancier financier prévisionnel sur cinq ans.

2.4. Elaboration du plan pluriannuel des investissements immobiliers et mobiliers et détaillant les charges financées par autofinancement (incluant le cas échéant des cessions d'actifs) ou par recours à l'emprunt lié, le cas échéant, à un schéma formalisé d'évolution architecturale de l'établissement.

2.5. Description des modalités d'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique et de soins coordonnés mentionné à la rubrique II-5 de la présente annexe, incluant notamment le projet de convention devant être conclu entre l'établissement et un établissement de santé public ou privé, au titre de la continuité des soins.

2.6. Définition de la place de l'établissement au sein du schéma gérontologique départemental relevant du schéma social et médico-social mentionné à l'article 2-2 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 susvisée.

2.7. Définition des modalités de l'évaluation périodique et du contrôle de la classification des résidents dans les six groupes iso-ressources, en application des articles 12 et 13 du décret précité.

2.8. Le cas échéant, description des modalités de réduction des écarts constatés entre la valeur nette du point GIR de l'établissement et la valeur nette du point GIR départemental pour ce qui concerne la dépendance et les soins, en application des articles 18 et 19 du décret précité.

2.9. Formalisation dans un document du plan de mise en oeuvre de la clé de répartition définie à l'article 6 du décret précité.

2.10. Echancier financier prévisionnel sur cinq ans de la mise en oeuvre de la convention.

IV. - L'EVALUATION DU DISPOSITIF CONVENTIONNEL

1. Les principes généraux

Les modalités de l'évaluation doivent être proposées par chaque institution dans le cadre d'un rapport formalisé, prenant ainsi en compte ses spécificités. L'ensemble des personnels doivent

être concernés par celle-ci.

Les EHPA s'engagent dans une démarche d'évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'institution. Celle-ci concourt à assurer la satisfaction des résidents et de leurs familles ainsi que celle du personnel, en assurant aux usagers l'autonomie sociale, physique et psychique la plus importante possible. Il convient de préciser la méthodologie, les indicateurs, références et outils utilisés pour l'analyse de la démarche qualité mise en oeuvre.

La périodicité de cette évaluation peut être annuelle ou à tout le moins liée à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle. Elle donne lieu à la production d'un rapport formalisé.

2. Les principaux indicateurs recommandés au regard de la qualité des prises en charge

Les indicateurs qui suivent, regroupés par thèmes, ont pour objet d'aider à apprécier les différents éléments concourant à la qualité de la prise en charge, et notamment la mise en oeuvre de certaines recommandations de nature à assurer celle-ci. Selon le thème, il sera souvent utile de consulter en particulier les ouvrages référencés dans l'addendum.

2.1. Vie dans l'institution

De nombreuses formules d'organisation sont envisageables, mais doivent toutes être reliées au projet de vie, élaboré par l'équipe et mis en oeuvre par celle-ci.

a) Le rythme de vie des résidents

Régularité d'une tenue vestimentaire soignée (habits propres et différents le jour et la nuit).

Activités : sont-elles proposées à date fixe, à la carte, modulables ou imposées ?

Le déroulement de la journée : il doit permettre des temps de repos possibles pour les résidents.

Repas : outre leur qualité nutritive, il convient de regarder si :

- le temps accordé aux repas est suffisamment long, permettant, chaque fois que possible, de stimuler les personnes afin qu'elles puissent s'alimenter de façon autonome ;
- le temps séparant le repas du soir et le petit déjeuner est inférieur à 12 heures ;
- il existe une possibilité de prendre ses repas avec sa famille, dans un lieu permettant une possibilité d'intimité ;
- les horaires des repas sont aménagés de façon à tenir compte au mieux des habitudes antérieures des résidents, en particulier le petit déjeuner et le dîner.

b) Les activités proposées

Elles doivent respecter les désirs de la personne :

A l'intérieur de l'établissement :

- rappelant la vie quotidienne antérieure : participation à la confection des repas, vaisselle ;

- avec la participation d'autres générations ;
- atelier de créativité (peinture, modelage) ;
- activités physiques ;
- ateliers divers (journal d'établissement, lecture à thème ou non, jeux de société).

A l'extérieur de l'établissement :

- organisation de temps hors de l'institution : simples promenades, sorties au marché, au cinéma, au théâtre, au lieu de culte, avec la famille, des bénévoles, des membres du personnel... ;
- possibilité de sorties en famille pour un ou plusieurs jours, de vacances...

A visée thérapeutique :

- de type stimulation cognitive, en particulier pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle ;
- personnel affecté à ces activités : qualification, temps consacré...

c) Le personnel

Les indicateurs suivants permettent d'apprécier la qualité de la prise en charge et la cohérence avec le projet institutionnel :

- pourcentage de personnel qualifié : titulaire d'un diplôme reconnu d'infirmier, d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique, du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD)... ;
- pourcentage de personnel pour lequel le poste correspond à la qualification ;
- pourcentage de personnel ayant bénéficié d'une formation continue dans l'année précédente, y compris les personnels sous contrat précaire, sur quel(s) thème(s), durée moyenne par agent ;
- stabilité du personnel : ancienneté du personnel ;
- taux d'absentéisme : jours d'arrêt par agent hors congés de maternité ;
- interventions du personnel libéral (fréquence, conditions...) ;
- recours à la sous-traitance : préciser pour quels services, l'existence ou non de critères d'évaluation de la qualité du service fourni ;
- pourcentage de personnels ayant des contrats précaires en distinguant selon les fonctions : personnel administratif, d'hôtellerie...

d) Les relations avec l'environnement immédiat et l'intégration dans la vie sociale

Il s'agit en particulier des activités à l'extérieur de l'établissement, mentionnées précédemment, mais aussi des interventions des personnels libéraux, médicaux ou paramédicaux.

e) Autres indicateurs

Les odeurs existant au sein de l'établissement constituent un indicateur :

- Agréables et conviviales comme celles des repas ;
- Désagréables et à éviter comme celles liées à une mauvaise gestion de l'incontinence de certains résidents.

D'autres indicateurs peuvent être mentionnés :

Nombre de journées d'hospitalisation, nombre de résidents concernés et motifs de ces hospitalisations ;

Durée moyenne de séjour des résidents dans l'établissement ;

Nombre de décès, dans et hors de l'institution.

2.2. Quelques axes spécifiques liés à l'état de santé des résidents

a) Les résidents présentant une détérioration intellectuelle

Pour ces résidents, il convient de préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique par l'entretien et la stimulation des fonctions cognitives ; le maintien des capacités relationnelles au travers de différents ateliers pédagogiques (cuisine, lecture de journaux, jeux...) voire d'activités spécifiques (art-thérapie, musicothérapie...) sera formalisé dans le cadre de la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident concerné.

Il s'agit de ne pas faire de l'animation un impératif artificiel. Pour de nombreux résidents, le temps de la toilette et de l'habillage constituera un temps essentiel de stimulation. Il convient en outre de développer toutes les possibilités de communication non verbales, surtout aux stades avancés de la maladie.

Il convient de préciser certains éléments :

- existence ou non d'une prise en charge spécifique ;
- au moyen ou non d'activités spécifiques ;
- au sein ou non d'unité(s) spécialisée(s) ;
- existe-t-il des espaces adaptés à la problématique de la déambulation de ces résidents ?

Concilient-ils sécurité et liberté pour les usagers ?

b) Les résidents incontinents

L'incontinence urinaire est un symptôme révélateur d'une affection sous-jacente, ne touchant pas exclusivement les personnes âgées. Elle peut être plus ou moins curable, selon les cas, grâce à une prise en charge adaptée : bilan, diagnostic, traitements médicamenteux, rééducation.

Certains éléments donnent une indication de la prise en charge proposée à ces personnes :

- nombre, localisation et signalétique des toilettes par rapport aux chambres et aux lieux de vie ;
- bases du diagnostic ?
- nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge adaptée : catalogue mictionnel, accompagnement aux toilettes, rééducation ?
- nombre de personnes bénéficiant de systèmes absorbants ?
- qui a posé l'indication de recours aux systèmes absorbants ?

c) La prévention et le traitement de la douleur

De quelles façons la douleur est-elle prise en compte ? Tous les résidents qui souffrent ont-ils un traitement ?

Lorsqu'un traitement antalgique est prescrit, son efficacité est-elle suivie en particulier par une méthode type « échelle visuelle analogique » ?

Le personnel a-t-il bénéficié de formations sur ce thème ?

d) Les escarres

Elles ne sont nullement inéluctables, même parmi les résidents très âgés et fragiles. La prévention nécessite une prise en charge adaptée incluant des changements de positions suffisamment fréquents. L'attention doit être particulièrement portée sur les résidents à risque, du fait d'un épisode fébrile aigu, de dénutrition ou bien sûr d'une limitation de leur mobilité.

Il convient donc de noter :

- l'existence ou non de résidents atteints d'escarres ;
- s'il en existe, leur nombre et la cause de ces escarres ; sont-ils survenus dans ou hors de l'établissement ?
- le nombre de résidents grabataires ;
- la nature des traitements mis en oeuvre.

e) Les résidents en fin de vie

Le personnel doit faire face à de nombreux décès : comment prend-il en charge ces fins de vie ? A-t-il bénéficié d'une formation plus spécifique ?

Le nombre de décès par an au sein de l'institution ; s'il en existe peu, est-ce lié à des transferts systématiques dans un autre service, à certain stade évolutif, ce qui peut révéler des difficultés de l'équipe à faire face à la mort.

La famille est-elle associée, soutenue ?

3. Les outils recommandés au regard des adaptations des moyens et des financements de l'établissement

3.1. Le tableau de bord annuel retraçant les principaux paramètres médico-sociaux économiques de l'établissement mentionné à l'article 5 du décret relatif à la tarification et au financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

3.2. Le tableau retraçant le plan pluriannuel d'évolution des effectifs (cf. modèle en annexe III).

A N N E X E I I

LE MEDECIN COORDONNATEUR : MISSIONS, FONCTIONS ET COMPETENCE PROFESSIONNELLE

I. - PRINCIPES GENERAUX

Le principe d'un médecin coordonnateur, compétent en gériatrie, répond à un objectif de santé publique par une meilleure qualité de prise en charge gériatrique, dans un cadre nécessaire de maîtrise de dépenses de santé.

Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'institution, avec qui il est souhaitable qu'il forme une équipe, celle-ci étant responsable du projet de vie de l'établissement ; il est aussi l'interlocuteur médical des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, dans le cadre de sa fonction de coordination. Il est désigné par le directeur de l'établissement, éventuellement sur proposition des différents médecins intervenant dans l'institution.

Tous les intervenants libéraux exerçant dans l'institution doivent adhérer au règlement intérieur de celle-ci, reconnaissant ainsi l'existence et les missions du médecin coordonnateur.

II. - MISSIONS ET FONCTIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le projet de soins :

Il est élaboré et mis en oeuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, des intervenants libéraux. Ce projet fait partie du projet de vie de l'institution, qui se trouve sous la responsabilité du directeur.

Le médecin coordonnateur assure au mieux la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement : professionnels de santé libéraux intervenant dans cette institution, établissements de santé publics et privés, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile...

L'organisation de la permanence des soins :

Il doit s'assurer, en liaison avec le directeur, qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment la nuit et les week-ends ; il peut participer à ce système de gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce comme soignant au sein de l'institution. Ce rôle se situe alors en dehors des fonctions de coordination.

Les admissions :

Il donne un avis permettant une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné. Il peut être directement en charge des visites d'admission.

L'évaluation des soins :

- le dossier médical :

Il élabore ce dossier, qui contient au minimum des données sur le(s) motif(s) d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et, éventuellement, les mesures de prévention mises en oeuvre et leur évaluation. Il paraît en effet souhaitable de définir un dossier type, pour l'établissement, accepté par tous les médecins traitants, qui laisseront alors les dossiers de leurs patients au sein de l'institution, dans un local permettant de préserver le secret médical.

- le dossier de soins infirmier :

Elaboré par l'équipe infirmière, sous l'égide de l'infirmière référente si elle existe, avec la participation du médecin coordonnateur, ce dossier inclut les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les personnels paramédicaux.

- pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur :

En étroite collaboration avec les médecins traitants des résidents, le pharmacien gérant de cette pharmacie et le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments pour l'institution. S'il existe des prescriptions répétées hors de cette liste, il conviendra de déterminer s'il s'agit d'un défaut d'adhésion au principe de cette liste de certains médecins ou d'une nécessité de revoir la liste, par exemple du fait de l'évolution des pathologies des résidents.

Ainsi, cette liste pourrait avoir un rôle actif sur la formation gériatrique des généralistes, et donc contribuer à une amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents.

- le rapport d'activité médicale annuel :

Il contient des éléments concernant non seulement la dépendance mais aussi les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, permettant en outre d'objectiver les motifs d'amélioration ou d'aggravation des états de santé.

L'information et la formation :

Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes ou spécialistes, des personnels paramédicaux, libéraux ou salariés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute...).

III. - PROFIL ET COMPETENCE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Il est souhaitable que le coordonnateur ait une réelle compétence en gériatrie qui prend en compte :

- sa pratique professionnelle antérieure ;

- sa formation antérieure : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'université ou capacité en gériatrie, DESC en gériatrie.

Deux situations peuvent se produire : soit le médecin répond aux critères précités lors de son recrutement, soit il s'engage à satisfaire au second de ces critères dans un délai de trois ans.

Il paraît souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement. La fonction de coordination, qui correspondra, le plus souvent à un temps partiel, pourra éventuellement être exercée dans plusieurs institutions.

A N N E X E I I I

PLAN PLURIANNUEL D'EVOLUTION DES EFFECTIFS

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 98 du 27/04/1999 page 6256 à 6263

ou en cliquant sur l'icône facsimilé

ADDENDUM

QUELQUES OUVRAGES DE REFERENCE

I. - LA DEMARCHE DE PROJET D'HABITAT ET DE VIE DES PERSONNES AGEES

L'Habitat des personnes âgées (guide de programmation et de conception), ministère de l'équipement, du logement, de l'aménagement et des transports, 1987.

Personnes âgées et habitat : guide technique et juridique, ministère des affaires sociales et de l'intégration ; ministère du logement et du cadre de vie, Le Moniteur 1992.

Personnes âgées et habitat : fiches d'opérations, ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville ; ministère du logement, 1994.

Guide pratique de l'adaptation des maisons de retraite associatives : repenser leur cadre de vie, UNIOPSS, 1997.

L'habitat des personnes âgées (technique de conception), Le Moniteur 1997.

Handicap et construction, Le Moniteur 1996.

Alain Dupont, Marie-Pierre Hervy, Nadine Lyon, Evaluation de la qualité de vie en institution, FNG-GERSHE 1988.

RAI méthode d'évaluation du résident, Fondation nationale de gérontologie, 1993.

Une démarche de promotion de la qualité des soins et de formation gérontologique : le RAI, Echange santé-social no 80, décembre 1995.

Projet de vie : des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement, étude du réseau de consultants en gérontologie, Fondation de France, 1995.

Accueil temporaire des personnes âgées : le droit au répit des familles, UNIOPSS 1994.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, ministère de l'emploi et de la solidarité, FNG, Imprimerie nationale, 1999.

II. - NUTRITION ET PERSONNES AGEES

Guide technique : L'Alimentation collective des personnes âgées à domicile ou en institution, ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 1988.

Le Praticien et les toxi-infections alimentaires collectives, ministère chargé de la santé et de la famille, DGS, 1988.

Toxi-infections alimentaires collectives, déclaration, investigation, conduite à tenir, Journal officiel de la République française no 1487.

F. Baudier, L. Barthelemy, C. Michaud et L. Legrand, Education nutritionnelle : équilibres à la carte, CFES, La Santé en action, 1995.

Dr M. Ferry, Dr E. Alix, Dr P. Brocker, Dr T. Constans, Dr B. Lesourd, Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux, Berger-Levrault 1995.

Nutrition et personnes âgées, colloque international sous le haut patronage du ministère de la santé, CERIN 1997.

Retraite : l'équilibre est dans l'assiette, Editions CFES.

III. - LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

1. La détérioration intellectuelle

Détérioration intellectuelle et établissements d'hébergement pour personnes âgées, éléments de réflexion, ministère des affaires sociales et de l'intégration, 1992 et actualisation à paraître.

Adaptation des établissements hébergeant des personnes âgées en vue d'une amélioration de la qualité de vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle, direction de l'action sociale, direction des hôpitaux, 1999.

Vivre au Cantou : exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées, Fondation de France, Les Cahiers no 7, 1993.

A. Colvez, K. Ritchie, B. Ledésert, J. Ankri, H. Gardent, A. Fontaine, Cantou et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile.

Les Editions INSERM.

R. Sabourin, Des outils du quotidien, les cinq sens dans la vie relationnelle, Edition Erasmé 1995.

Psychogériatrie : cahier Fondation nationale de gérontologie no 46, Gérontologie et Société 1988.

2. L'incontinence urinaire de l'adulte

Recommandations pour la pratique clinique : évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte, ANDEM, 1995.

Comprendre, prévenir, guérir l'incontinence urinaire de l'adulte, ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, CFES, 1987.

Dr M.-F. Maugourd-Bizien, Dr Vetel, Dr A. Bizien, L'Incontinence urinaire, 1989.

3. La douleur

Soigner et accompagner jusqu'au bout : « L'Aide aux mourants », ministère des affaires sociales et de l'emploi, Bulletin officiel no 86-32 bis.

La Douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement, ministère des affaires sociales et de la solidarité, Bulletin officiel no 91-3 bis.

Soigner et accompagner jusqu'au bout : soulager la souffrance, ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 1994.

Circulaire DGS/DH 94 no 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques, ministère des affaires sociales et de la solidarité.

Rapport sur les structures d'évaluation et de traitement de la douleur, ANDEM, novembre 1995.

Circulaire DGS/DH no 98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle, ministère de l'emploi et de la solidarité.

Circulaire DGS/DH no 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, ministère de l'emploi et de la solidarité.

4. Les autres stratégies

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, évaluation de la prévention des escarres, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, juin 1998.

B. Barrois, D. Colin, S. Desjobert, L'Escarre, évaluation et prise en charge, Editions Frison-Roche.

Ostéoporose, stratégies de prévention et de traitement, expertises collectives, INSERM, 1996.

Prescrire un médicament aux personnes âgées, ministère/ CNAMTS, Documentation française 1988.

Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée : guide à l'attention des médecins et des pharmaciens d'officine, ministère du travail et des affaires sociales, secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, 1996.

La Prescription médicamenteuse aux personnes âgées, OMS, 1987.