



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2002 - 2003**

**AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES ÂGÉES PAR L'INDIVIDUALISATION
DES PRESTATIONS HÔTELIÈRES**

L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL LOCAL DE HOUDAN

BIARD Laurence

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de direction de l'hôpital local de Houdan dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation, et particulièrement Monsieur Patrice LORSON, chef d'établissement, et Madame Virginie AUBIN, directrice adjointe et maître de stage. Cet établissement sert de base à la réflexion qui guide ce mémoire.

Je voudrais remercier aussi particulièrement Madame Corinne BERRE, cadre chargé de la qualité hôtelière, Madame Emilie ROBIN, diététicienne, ainsi que Madame Pascale OUVRE, cadre chargé de l'animation, pour leur active contribution à la réalisation de l'enquête sur les prestations hôtelières effectuée auprès des résidents de l'hôpital local de Houdan.

Enfin, je souhaite vivement remercier Madame Hélène MAÇON, tutrice de mémoire, pour sa disponibilité, son écoute et la pertinence de ses questions qui ont fait mûrir ma réflexion.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 QUELS RÉSIDENTS ET QUELS BESOINS ?.....	5
1.1 L'hôpital local de Houdan : ses structures et leur intérêt pour les résidents.....	5
1.1.1 Une offre de services diversifiés et complémentaires	5
1.1.2 Caractéristiques fondamentales des résidents accueillis.....	9
1.2 Les besoins des résidents en matière d'hôtellerie	14
1.2.1 Les moyens utilisés afin de déterminer les besoins des résidents	15
1.2.2 Quels besoins et demandes à satisfaire?.....	18
2 UN DÉBUT DE RÉPONSE AUX BESOINS INDIVIDUELS DES RÉSIDENTS..	26
2.1 Pourquoi individualiser ?.....	26
2.1.1 L'individualisation comme moyen de limiter les risques de désorientation spatio-temporelle et affective liés à l'entrée et à la vie en maison de retraite	27
2.1.2 L'individualisation comme moyen de participer à l'épanouissement personnel de chaque résident.....	30
2.2 État de l'individualisation à l'hôpital local de Houdan	33
2.2.1 Les moyens employés pour l'individualisation.....	33
2.2.2 Les limites de l'individualisation à l'hôpital local de Houdan	40
3 LES MOYENS D'OBTENIR UNE RÉPONSE INDIVIDUALISÉE PERMANENTE AUX BESOINS ÉVOLUTIFS DES RÉSIDENTS.....	47
3.1 Améliorer la participation des résidents	47
3.1.1 Des modalités institutionnelles à développer.....	48
3.1.2 Les autres moyens « continus » plus individualisés.....	54
3.2 La mise en place d'une cellule « qualité ».....	57
3.2.1 Les objectifs d'une cellule « qualité » à l'hôpital local de Houdan	57
3.2.2 Les modalités de la mise en place et du fonctionnement de la cellule « qualité »	63

.

CONCLUSION	69
Bibliographie	71
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CE : Conseil d'Établissement

CLAN : Comité de Liaison Alimentation-Nutrition

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CVS : Conseil de la Vie Sociale

ETP : Équivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressource

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Points

PDCA : Plan – Do – Check – Act

PNNS : Plan National Nutrition-Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

INTRODUCTION

Les hôpitaux locaux, comme tout établissement de santé, doivent rentrer dans une démarche d'accréditation depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière. « L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé. »¹ Cette obligation juridique recouvre une réalité riche de potentialités.

En effet, les hôpitaux locaux, par le biais de l'accréditation, ont l'opportunité de rentrer dans une démarche générale d'amélioration continue de la qualité. Les experts-visiteurs mandatés par l'ANAES pour réaliser l'évaluation externe d'un établissement de santé vérifient que ce dernier met en œuvre les moyens nécessaires afin de répondre aux critères établis dans le manuel d'accréditation. Ils insistent particulièrement sur la dynamique qualité développée par l'hôpital lui permettant de toujours mieux répondre aux critères posés par l'ANAES, mais aussi et surtout – et c'est bien là l'essentiel – d'améliorer les prestations qu'il offre aux patients qu'il reçoit. En d'autres termes, la mise en œuvre d'une dynamique qualité est une des garanties de l'adaptabilité de l'établissement à la demande, et ce dans le respect des règles de sécurité.

L'hôpital local de Houdan, dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation, a développé depuis plusieurs années une réelle dynamique d'amélioration de la qualité, tant dans les services de médecine, de soins de suite et de soins palliatifs directement concernés par l'accréditation, que dans les services de gériatrie. Aussi, la préparation de la visite d'accréditation prévue fin septembre 2003 est venue souligner cette dynamique et la renforcer en faisant prendre conscience à l'ensemble des participants à l'auto-évaluation que les progrès réalisés par chaque service peuvent et doivent bénéficier à l'ensemble de l'établissement. C'est ainsi que la dynamique d'amélioration continue de la qualité, qui a été structurée au moment de l'auto-évaluation, concernera dans l'avenir non seulement les services de soins visés par l'accréditation, mais aussi l'ensemble des services de l'hôpital local, y compris la maison de retraite.

Naturellement, les spécificités de chaque service font que les progrès réalisés par l'un dans la prise en charge des personnes accueillies ne sont pas systématiquement transposables en l'état aux autres. Ainsi, les services de gériatrie ont pour particularité d'être non seulement des lieux de soins mais aussi des lieux de vie où les personnes âgées demeurent plusieurs mois, voire plusieurs années, avant d'y décéder. Les résidences deviennent alors le nouveau « chez soi » des personnes qui y sont accueillies.

Pour faire de ces services de véritables lieux de vie, il est nécessaire de « reconnaître chaque résident comme personne unique, singulière. »² Cela signifie donc que l'individualisation des prestations doit être systématiquement recherchée. « La démarche d'évolution des institutions doit s'articuler sur le maintien de la continuité identitaire de chacun, ce qui veut dire que le développement d'une approche globale se préoccupant des différentes dimensions de la personne (physique, sociale, psychologique, culturelle) est incontournable. »³

Dans les résidences pour personnes âgées, les prestations hôtelières (ménage des chambres, entretien du linge et restauration) occupent une place prépondérante, d'une part parce qu'elles constituent en quelque sorte la « vitrine » de l'établissement aux yeux des familles, et d'autre part, parce qu'elles rythment la vie des résidents et favorisent donc l'appropriation de nouveaux repères. En cela, l'importance des prestations hôtelières contribue à faire des résidences de véritables lieux de vie.

Des prestations hôtelières de qualité sont donc un minimum requis dans des résidences pour personnes âgées. Mais elles peuvent aussi – et doivent – participer à l'amélioration de la prise en charge globale de chaque personne. Pour cela, comme chaque prestation, il est préférable qu'elles soient individualisées.

Ce mémoire s'attachera à démontrer la place centrale qu'occupent les prestations hôtelières dans cet enjeu d'évolution que constitue l'individualisation de la prise en charge globale des personnes âgées hébergées en institution. Nous verrons comment l'individualisation des prestations hôtelières participe à l'amélioration de la prise en charge

¹ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Février 1999, p.11.

² BADEY-RODRIGUEZ C. L'entrée en institution des personnes âgées. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Avril 1998, n°6, p.7.

³ Ibid.

globale de chaque résident. Ma démonstration s'appuiera sur l'exemple qu'il m'a été donné de vivre lors de mon stage de professionnalisation à l'hôpital local de Houdan.

Depuis plusieurs années, l'hôpital local de Houdan manifeste la volonté d'individualiser les prestations qu'il rend aux résidents, notamment les prestations hôtelières de ménage dans les chambres des résidents, d'entretien du linge et de restauration. Certaines sont déjà en partie individualisées, au moins en théorie. Mais l'individualisation a du mal à être réalisée dans les faits.

Plusieurs hypothèses combinées peuvent peut-être expliquer cet état :

- un déficit en personnel (en nombre et/ou en qualification)
- un défaut dans l'organisation
- l'absence relative de projet institutionnel
- un déficit dans la définition des besoins individuels.

Ainsi, je commencerai par déterminer les besoins des résidents à l'hôpital local de Houdan (première partie) en me basant sur une étude réalisée auprès des personnes âgées elles-mêmes ainsi que sur la littérature existant dans ce domaine. Ensuite, j'étudierai l'organisation des résidences pour personnes âgées de l'hôpital local de Houdan. J'y verrai de quelle manière l'établissement a commencé à répondre aux besoins individuels des résidents (deuxième partie). Enfin, je formulerai deux propositions permettant à l'établissement, à mon sens, de répondre en permanence aux besoins évolutifs de chaque résident : développer la participation des résidents et mettre en place une cellule qualité (troisième partie).

Je précise ici que la pertinence des propositions que je formulerai n'a pu être vérifiée *in situ* pendant la durée de mon stage dans la mesure où la mission principale qui m'a été confiée fut la conduite de la démarche d'accréditation. Celle-ci fut pour moi l'occasion de m'interroger sur le sens de cette démarche dans un hôpital local où se côtoient des services sanitaires et des services médico-sociaux. Elle fut surtout l'occasion d'interroger la notion de qualité qui prédomine à cette démarche. Or, «la qualité est d'abord la redécouverte des valeurs fondatrices d'une institution ou d'un service. Une démarche qui ferait l'économie de cette étape est condamnée à s'enliser dans la problématique des moyens, au détriment de celle des fins. Le débat sur la méthode ou sur les processus de la qualité – dont la clarté et la pertinence s'avèrent pourtant indispensables – ne saurait

se substituer à la question du sens de l'action. Il s'agit avant tout de promouvoir un débat et un discours sur l'homme : ses besoins, ses attentes, ses demandes. »⁴

⁴ DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Gap : Seli Arslan, 2000. P.10.

1 QUELS RÉSIDENTS ET QUELS BESOINS ?

Afin de pouvoir déterminer le plus précisément possible les besoins des résidents de l'hôpital local de Houdan, je m'intéresserai d'abord à l'hôpital lui-même. Cela permettra de le connaître et de comprendre en partie ce qui fait son attrait pour les résidents. Puis, j'étudierai plus en détails les besoins des résidents en matière d'hôtellerie.

1.1 L'hôpital local de Houdan : ses structures et leur intérêt pour les résidents

L'hôpital local de Houdan offre une palette de services diversifiés et complémentaires. Cela participe à expliquer les caractéristiques des résidents qui y viennent.

1.1.1 Une offre de services diversifiés et complémentaires

Après avoir réalisé une description sommaire de l'activité de l'hôpital dans son ensemble, je mettrai l'accent sur les liens existant entre les différents services, ce qui rend cohérente l'action de tous les acteurs.

A) Description générale

Tout d'abord, comme tout hôpital local, l'hôpital de Houdan a une vocation de prise en charge sanitaire de la population de proximité. L'hôpital est situé en zone rurale, aux confins ouest des Yvelines (île-de-France). Son attractivité s'étend sur 20 kilomètres à la ronde. Cela s'explique par le fait qu'il a développé non seulement des services sanitaires classiques tels qu'un service de médecine / soins de suite / soins palliatifs, mais encore un centre de santé. Celui-ci permet à la population locale d'avoir recours à une permanence de médecine générale et à des consultations de médecins spécialistes. La population locale a donc peu à se déplacer dans les grands centres urbains pour accéder aux soins.

Par ailleurs, en plus de ses missions sanitaires, l'hôpital a développé des activités externes permettant le maintien à domicile des personnes âgées : une coordination gériatrique existe depuis plusieurs années et est labellisée Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) de niveau 3, une équipe médico-sociale est chargée de

l'évaluation de la dépendance des personnes à domicile demandant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) a récemment vu sa capacité étendue de 65 à 70 places. Ainsi, certaines personnes âgées qui arrivent en hébergement ne sont pas des inconnues pour l'établissement.

Une fois qu'elles sont dans les murs de l'hôpital, les personnes accueillies vont bénéficier des services d'hébergement et aussi des autres services hospitaliers.

a) *Médecine / soins palliatifs / soins de suite*

Ce service, sous la responsabilité d'un même cadre de santé, est composé de 15 lits de médecine, 11 lits de soins de suite et 5 lits de soins palliatifs.

Médecine

Ce secteur est un service de médecine de proximité. Les médecins généralistes libéraux agréés y hospitalisent les patients qu'ils suivent en cabinet pour une durée moyenne de séjour de 10,84 jours en 2002.

Grâce au centre de santé, des médecins spécialistes peuvent intervenir rapidement auprès des patients hospitalisés. Cela a permis de développer certaines prises en charge particulières, telles que l'alcoologie et la diabétologie.

Soins de suite

Ce secteur a une orientation de rééducation et d'évaluation gériatrique. La durée moyenne de séjour y était de 23,85 jours en 2002. Les patients proviennent des centres hospitaliers environnants.

Soins palliatifs

L'unité de soins palliatifs a vocation à traiter des symptômes associés à des pathologies, notamment la douleur.

La plupart des patients sont en fin de vie, certains arrivent mourants. D'autres sont stabilisés et peuvent rentrer à leur domicile ou être réorientés vers des soins de longue durée. Enfin, certains sont admis afin de donner quelques jours de répit à leur famille.

b) *Centre de santé*

Le centre de santé assure une permanence de médecine générale tous les jours de la semaine de 8 heures à 20 heures et le samedi de 8 heures à 13 heures. Des spécialistes y assurent des consultations du lundi au vendredi.

Ce centre de santé est équipé d'une salle de radio et d'échographie.

Le plateau technique et la palette de consultations qu'il offre permet à l'ensemble des services de soins et d'hébergement de l'hôpital de bénéficier de ces atouts sans recourir à des transports sanitaires externes, ce qui constitue un gain de temps et des économies substantielles. Cela améliore surtout la prise en charge des patients et résidents.

c) *Service de Soins Infirmiers A Domicile*

Ce service prend en charge des patients requérant des soins à domicile plus ou moins lourds et complexes. Certains patients sont handicapés.

La coopération avec un réseau de soins palliatifs à domicile permet au service de s'occuper de patients en fin de vie.

La coopération avec le CLIC et l'équipe médico-sociale permet d'assurer la continuité de la prise en charge à domicile.

d) *Services d'hébergement*

Les services d'hébergement sont constitués de 191 lits (50 lits de soins de longue durée et 141 de maison de retraite).

Ces lits sont répartis entre deux bâtiments. Le premier, appelé « La Roseraie », date des années 1970. Il peut héberger 70 personnes en maison de retraite. Le second, nommé « Les quatre saisons », peut accueillir 121 personnes (50 en soins de longue durée et 71 en maison de retraite). Dans ce bâtiment, les lits ne sont pas identifiés « soins de longue durée » ou « maison de retraite ».

Seules dix chambres sont doubles.

Toutes les chambres sont médicalisées : appel malade, oxygène et vide, salle de douche avec barres d'appui et sol antidérapant, lit à hauteur variable, etc.

Le bâtiment des quatre saisons, bâti en 1997-1998, est divisé en six unités de vie. Quatre accueillent 24 personnes. Une unité de 14 lits est consacrée à l'accueil de personnes atteintes de troubles sévères du comportement. La dernière unité est composée de 11 personnes.

Le bâtiment de la Roseraie n'est pas divisé en unités de vie aussi petites. Il est composé de deux ailes et trois niveaux. L'organisation est pensée par aile où se trouvent environ 35 personnes.

Les services d'hébergement accueillent et accompagnent les personnes âgées jusqu'au terme de leur vie.

Les actions entreprises visent à maintenir le degré d'autonomie des résidents le plus longtemps possible en stimulant leurs capacités.

B) Liens entre les services

L'ensemble des services de l'hôpital travaille en coordination les uns avec les autres de façon à assurer la continuité des soins nécessaires à une prise en charge de qualité. De plus, chaque service fait bénéficier les autres de ses atouts et expériences, dans la mesure du possible. Cela confère une dynamique générale à l'établissement.

a) *La logique de continuité des soins*

Obligation du service public hospitalier, la continuité des soins se décline de plusieurs façons à l'hôpital local de Houdan.

D'abord, les personnes prises en charge dans le cadre du SSIAD, du CLIC ou de l'équipe médico-sociale bénéficient d'un suivi facilité lorsqu'elles doivent être hospitalisées ou hébergées. Ainsi, les services d'accueil ont une connaissance approfondie et précise de la situation sociale et médicale de ces personnes, ce qui permet une meilleure prise en charge sur place. Cela facilite aussi l'appréciation de l'orientation future.

Ensuite, les transferts de personnes entre les services de l'hôpital sont favorisés afin de les dépayser le moins possible. C'est ainsi que des personnes de médecine ou de soins de suite peuvent aller en hébergement. Des personnes d'hébergement peuvent parfois devoir faire un séjour en médecine, voire en soins de suite, après une opération par exemple. L'existence du centre de santé dans les locaux de l'hôpital permet à tous les services des consultations de spécialistes et des radios rapides.

Enfin, il faut noter que la continuité des soins est largement favorisée par la situation géographique de l'hôpital. En effet, tous les bâtiments sont situés sur un même lieu et ils communiquent tous entre eux.

b) *La logique de réciprocité du bénéfice des expériences*

Un lien fort unit les services entre eux lorsqu'il s'agit de régler un problème ou d'améliorer une situation ou une organisation.

C'est ainsi que les services sanitaires peuvent faire bénéficier les services d'hébergement de leurs expériences. Par exemple, des protocoles de soins ou d'hygiène peuvent être « exportés » du service de médecine vers les services d'hébergement.

Inversement, certaines expériences des services d'hébergement peuvent bénéficier aux services sanitaires, tels que les protocoles de nettoyage de certains locaux, par exemple. Ces échanges d'expérience permettent d'entretenir une dynamique de progrès dans l'ensemble des secteurs de l'établissement. Ils ne sont rendus possibles que grâce à une communication simple et fréquente des responsables de services. Ce principe de réciprocité permettra à la démarche qualité, structurée grâce à l'accréditation des services sanitaires, de bénéficier aussi aux services d'hébergement de l'hôpital.

Après avoir décrit succinctement l'activité de l'hôpital local de Houdan, je vais m'attarder à présent sur les caractéristiques des résidents de la Roseraie et des Quatre Saisons.

1.1.2 Caractéristiques fondamentales des résidents accueillis

Deux sortes de caractéristiques décrivent grossièrement les personnes accueillies dans les résidences de l'hôpital local de Houdan : les données socio-démographiques décrivant l'origine, l'âge et le sexe et les données médico-sociales décrivant l'état de santé, de dépendance et la durée moyenne de séjour.

A) Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques permettent de connaître l'origine géographique des résidents, leur âge et leur sexe. Ces renseignements ont une incidence relative sur les besoins hôteliers.

a) Un recrutement de bassin de vie

Le propre d'un hôpital local est que ses usagers appartiennent à son bassin de vie. Les deux résidences pour personnes âgées faisant partie d'un hôpital local, cette règle s'y applique donc.

Le tableau ci-dessous souligne ce fait. Il retrace pour l'année 2002 l'origine géographique des résidents qui ont séjourné dans les services d'hébergement.

Tableau 1: Origine géographique des résidents de l'hôpital local de Houdan – année 2002

Origine géographique	Soins de Longue Durée	Maison de Retraite	Total
Canton de Houdan	22	76	98 (38,73%)
Yvelines hors canton de Houdan	18	47	65 (25,69%)
Sous-Total Yvelines	40	123	163 (64,42%)
Canton d'Anet (28)	2	16	18 (7,11%)
Eure-et-Loir hors canton d'Anet	2	5	7 (2,77%)
Autres départements	26	39	65 (25,69%)
Total	70	183	253

Source : Service des admissions de l'hôpital local de Houdan.

La population accueillie est, pour l'essentiel, originaire des Yvelines. Le recrutement est donc un recrutement de proximité. La proximité s'entend non seulement en distance, mais aussi en temps.

Ainsi, la situation de Houdan sur un grand axe routier (la nationale 12 : Versailles – Dreux) et sur la ligne de train Paris - Dreux explique une partie de l'attrait de l'hôpital et le fait que le département d'Eure-et-Loir tout proche soit aussi représenté parmi les résidents.

Cette notion de proximité est primordiale dans la mesure où elle permet aux résidents de conserver autant que possible leurs repères sociaux, culturels et affectifs dont l'importance sera étudiée plus avant dans la seconde partie de ce mémoire.

b) Âge

En 2002, la moyenne d'âge en maison de retraite était de 84 ans. Celle en soins de longue durée était de 82 ans.

Ces données prouvent que les résidences de l'hôpital de Houdan accueillent des personnes du « quatrième âge ». Ce seul fait ne constitue pas en lui-même une révolution puisque c'est le cas de la plupart des établissements similaires. Mais il a néanmoins une influence sur l'hôtellerie.

En effet, les personnes très âgées qui sont reçues en hébergement ne vont pas pouvoir forcément manger la même chose que des personnes plus jeunes, par exemple.

c) Sexe

En 2002, 24% seulement des résidents accueillis étaient des hommes. 76% étaient des femmes. Cela non plus n'a rien d'étonnant étant donné que c'est la tendance générale observable dans la plupart des institutions pour personnes âgées.

Le tableau suivant retrace précisément ces données.

Tableau 2 : Répartition des résidents de l'hôpital local de Houdan par sexe et par section – année 2002

	Soins de Longue Durée	Maison de Retraite	TOTAL
Hommes	21	39	60 (23,72%)
Femmes	49	144	193 (76,28%)
Total	70	183	253

Source : Service des admissions de l'hôpital local de Houdan.

De même que l'âge, le sexe a une influence sur les besoins en hôtellerie, particulièrement sur la restauration et la nutrition.

B) Données médico-sociales

Les données médico-sociales retracent l'état des résidents hébergés, par le biais de leur niveau de dépendance, des pathologies les plus couramment rencontrées dans les services d'hébergement et par le biais de la durée moyenne de séjour dans ces services. Ces données ont une influence directe sur les capacités des résidents et, par voie de conséquence, sur leurs besoins hôteliers.

a) *Niveau de dépendance*

Le niveau global de dépendance dans l'établissement est assez élevé et tend à s'accroître.

Le tableau suivant retrace le niveau de dépendance des personnes hébergées au 1^{er} octobre 2002 en fonction du Groupe Iso-Ressource auquel elles appartiennent.

Tableau 3 : Répartition des résidents de l'hôpital local de Houdan par GIR au 1^{er} octobre 2002

GIR	Soins de Longue Durée			Maison de Retraite			Total
	+ 60 ans	- 60 ans	Total	+ 60 ans	- 60 ans	Total	
1	13	1	14	6	0	6	20
2	25	1	26	18	0	18	44
3	7	0	7	37	0	37	44
4	3	0	3	49	1	50	53
5	0	0	0	20	2	22	22
6	0	0	0	3	0	3	3
Total	48	2	50	133	3	136	186
GMP	830,83	920,00		536,32	306,67		

Source : Secrétariat de la commission départementale de coordination médicale des Yvelines.

Ce niveau très élevé de dépendance a des conséquences directes sur l'hôtellerie. Par exemple, une personne peu dépendante sera plus active qu'une personne très dépendante et aura tendance à salir davantage sa chambre lors de ses divers déplacements. Une telle personne pourra peut-être aussi participer à son ménage pour maintenir ses capacités physiques.

b) *Pathologies les plus courantes*

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les services d'hébergement de l'hôpital local de Houdan sont associées au grand âge de la population : désorientation spatio-temporelle et démences. L'aggravation de la désorientation peut être aussi bien la cause de l'entrée en institution que l'une de ses conséquences. Nous verrons plus loin que l'individualisation des prestations peut concourir à diminuer cette aggravation souvent constatée en établissement.

D'autres pathologies se rencontrent souvent dans les services d'hébergement : les accidents vasculaires cérébraux dont il faut prendre en charge les conséquences, les insuffisances cardiaques, les séquelles de fractures du col du fémur et les diabètes, insulino-dépendants ou non.

Ces pathologies ont en commun de rendre difficiles les gestes de la vie courante et demandent un suivi médical régulier. Ce sont plus ces conséquences sur la vie quotidienne que les maladies elles-mêmes qui sont la cause de l'entrée en institution pour personnes âgées. Elles viennent accroître la dépendance des personnes qui en sont victimes. Elles ont donc, comme nous l'avons vu dans le précédent paragraphe, une incidence sur les besoins hôteliers.

c) *Durée moyenne de séjour*

La durée moyenne de séjour en 2002 était de 3 ans 6 mois et 18 jours pour les résidents en section de soins de longue durée. Elle était de 4 ans 5 mois et 16 jours pour ceux en maison de retraite.

Ces données permettent donc de constater que de nombreux résidents restent longtemps dans l'établissement. Au cours du temps, ils vont évoluer et, par voie de conséquence, leurs besoins aussi. Les équipes vont être obligées de s'adapter à ces besoins évolutifs. La constatation d'une durée de séjour assez longue permet de penser qu'elles le font déjà, du moins en partie.

Par ailleurs, si l'individualisation des prestations hôtelières est réalisée, la durée moyenne de séjour pourra éventuellement servir d'indicateur de réussite de cette démarche, à pathologies les plus fréquentes identiques. En effet, une durée moyenne de séjour en hébergement qui augmenterait après la mise en place de l'individualisation montrerait que celle-ci a une influence positive sur les résidents par l'accélération de la construction des nouveaux repères qu'elle permet, comme nous le verrons dans la seconde partie de ce mémoire.

Ainsi, l'hôpital local de Houdan a de nombreux services. Ils permettent d'offrir une large palette de soins à la population locale âgée. Le regroupement de ces services en un seul lieu facilite la continuité des soins. De plus, les caractéristiques essentielles des personnes âgées accueillies dans les deux résidences de l'hôpital permettent de pressentir déjà les besoins hôteliers qui leur sont propres. Il va de soi que l'utilisation de

ces données devra aboutir à une mise en adéquation des prestations hôtelières offertes avec les besoins qu'elles sous-entendent.

1.2 Les besoins des résidents en matière d'hôtellerie

« Redonner une place centrale à l'usager suppose de creuser la distinction entre besoins et demandes exprimées. Les premiers recourent les prestations souhaitables. Les secondes relèvent des interventions sollicitées par la population. Demandes et besoins peuvent être fort différents, voire en opposition.

Évitons l'angélisme qui consiste à penser que la demande exprimée par l'usager aurait valeur d'injonction. Pour diverses raisons, il ne peut en être ainsi : la perception de la personne malade ou en difficulté est souvent altérée, elle ne dispose pas toujours des éléments nécessaires à un choix éclairé.

Évitons à l'inverse l'attitude positiviste selon laquelle la notion de besoin objectif existerait à tout coup, éventuellement contre la perception et l'avis de l'usager. Il s'agirait alors de faire son bonheur malgré lui.

L'objectif sera de maintenir le cap entre ces deux écueils en conservant à l'esprit l'impérieuse nécessité de prendre en compte à la fois la demande exprimée et le besoin. »⁵

Les besoins peuvent donc être de deux ordres : ceux qui sont exprimés par le résident (demande exprimée) et ceux qui ne le sont pas mais qui sont des besoins malgré tout (besoins objectifs). Les deux ne coïncident pas toujours. Mais il est de mon rôle de directrice de m'attacher à essayer de satisfaire les deux.

Se pose alors la question de savoir comment, je peux déterminer ces besoins. D'autres personnes avant moi ont déjà réfléchi à ce sujet, à commencer par les équipes de l'hôpital local de Houdan. Elles ont en effet tenté de réaliser un projet de vie en 1997. Plusieurs groupes de travail avaient alors été constitués. Malheureusement, les principaux concernés, à savoir les résidents, n'étaient pas représentés dans ces groupes. Aussi, il m'est apparu opportun de commencer par recueillir leur avis sur leurs besoins. J'ai donc réalisé une enquête auprès d'un certain nombre d'entre eux.

⁵ Ibid. p.92.

De plus, j'ai complété ces apports par la lecture de différents ouvrages et articles sur ce thème.

1.2.1 Les moyens utilisés afin de déterminer les besoins des résidents

Deux moyens ont été appliqués sur le terrain de stage afin de déterminer les besoins particuliers des résidents hébergés à l'hôpital local de Houdan. Le premier a consisté dans l'étude du pré-projet de vie de l'établissement. Le second fut la réalisation d'une enquête auprès des résidents.

A) La réflexion autour du projet de vie

Lors de la construction du bâtiment « Les quatre saisons », en 1997-1998, une réflexion a été menée par le personnel de l'établissement afin de formaliser un projet de vie institutionnel. A cette occasion, le personnel a donc réfléchi, en groupes de travail, à la prise en charge des résidents en matière d'hôtellerie. Le service hôtelier a été conçu sur les bases de cette réflexion.

La direction a eu recours à un consultant extérieur pour finaliser le document « Projet de Vie ». Malheureusement, la version que celui-ci en a donné ne respectait pas suffisamment l'esprit des groupes de travail. Aussi, aucun projet de vie n'a réellement vu le jour.

Cependant, les principes qui avaient été évoqués par les groupes de travail ont le plus souvent été mis en pratique :

- l'observation,
- les discussions entre l'équipe professionnelle et l'entourage du résident pour connaître ses habitudes de vie (particulièrement au moment de l'entrée),
- les réunions de synthèse,
- la conversation entre le personnel et le résident,
- la fiche de goût permettant de connaître les aliments que n'aime pas le résident,
- le recours à des enquêtes et questionnaires divers.

Ces différents principes sont entrés dans les pratiques professionnelles des équipes des résidences. Ils permettent de connaître certains besoins des personnes accueillies.

B) L'enquête sur les besoins hôteliers

Afin de pouvoir réaliser ce mémoire, j'ai moi-même souhaité recueillir l'avis des résidents sur leurs besoins. Pour cela, j'ai effectué une enquête auprès de trente d'entre eux.

a) *Méthodologie retenue*

J'ai opté pour la technique de l'entretien individuel. Le but était de laisser les résidents s'exprimer le plus possible.

J'ai élaboré le questionnaire de base⁶ en collaboration avec le cadre responsable de la qualité hôtelière et la diététicienne de l'établissement. Ces deux personnes étaient en effet directement concernées par l'enquête puisque celle-ci portait sur le ménage des chambres, l'entretien du linge et les repas. C'est ainsi que l'on a convenu, ensemble, que trente entretiens commenceraient à être représentatifs des résidents.

Les cadres de santé ont ensuite élaboré la liste des personnes de leur service pouvant me répondre. Je n'ai pas interviewé tout le monde. J'ai pris au hasard, parmi les listes, les personnes que j'allais interroger. Dans certains services, le choix a été limité par le nombre même de personnes inscrites sur la liste du cadre de santé.

Tous les services d'hébergement, excepté celui accueillant des personnes atteintes de troubles sévères du comportement, ont fait l'objet de l'enquête.

J'ai commencé par réaliser, seule, deux entretiens. Malheureusement, le temps que j'ai dû y consacrer fut beaucoup trop long (1h30). Cela ne me permettait pas de réaliser les trente entretiens pendant la durée de la fin de mon stage. Aussi, lorsque la responsable de l'animation me proposa de conduire les entretiens avec moi, j'acceptais immédiatement. Le résultat fut concluant dans la mesure où elle « canalisa » l'attention des résidents sur l'enquête, chose que je n'étais pas parvenue à réaliser. Elle rebondit aussi à plusieurs reprises sur les questions, permettant d'approfondir les réponses.

⁶ Voir annexe n°1.

L'ensemble de l'enquête a pu être effectué au mois d'avril 2003.

Enfin, j'ai rendu compte des résultats de l'enquête auprès de la direction, des cadres de santé, de celui de la cuisine, de celui chargé de la qualité hôtelière et de la diététicienne. Malheureusement, mon stage touchant à sa fin, je ne sais pas de quels effets fut suivie cette enquête.

b) Limites

La forme de l'étude de besoins est très difficile à manier avec des personnes âgées. En effet, certaines n'osent pas s'exprimer. Beaucoup ont de réelles difficultés à dire leurs besoins. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'établissement semble satisfaire déjà en grande partie les besoins des résidents. Une des explications possibles est que les personnes âgées ne désirent pas « faire de vagues » et qu'elles souhaitent s'inscrire dans l'organisation de la maison. Il faut remarquer que ces désirs-là correspondent aussi à des besoins individuels de socialisation dans un contexte de vie partiellement communautaire. Aussi, cette étude, qui se voulait au départ une enquête de besoins servant de point de départ à une réflexion sur l'amélioration des prestations hôtelières, est devenue très rapidement une étude de satisfaction.

De plus, une partie de la restitution que j'ai réalisée a été globale et non individualisée, ce qui va à l'encontre de la philosophie dans laquelle j'ai effectué cette étude. Mais cela va dans le sens que les résidents lui ont donné : une étude de satisfaction.

Enfin, je n'ai pas réalisé d'entretien auprès de personnes ayant de grosses difficultés à communiquer, ce qui limite la portée de cette étude et ce qui laisse entière la question de savoir comment communiquer avec de telles personnes.

Il appartient maintenant à chaque responsable de service de se servir des résultats de cette enquête, à la fois globaux et individuels, pour améliorer le quotidien de chaque résident.

Malgré ces limites, cette enquête fait apparaître néanmoins quelques caractéristiques des besoins des personnes âgées à l'hôpital local de Houdan en matière d'hôtellerie. Couplée à l'étude de la littérature sur le sujet et à celle du pré-projet de vie, elle permet de dresser un état des besoins et demandes des résidents.

1.2.2 Quels besoins et demandes à satisfaire?

Bien que le thème de ce mémoire est l'individualisation, il ne peut être question de nommer des résidents. De plus, il ne serait pas très intéressant pour les lecteurs de savoir que Monsieur X a besoin de manger sans sel et qu'il préfère la viande au poisson, par exemple. Aussi, les besoins ci-après déterminés resteront d'ordre général.

A) Ménage et entretien du linge

Les prestations «ménage des chambres » et « entretien du linge » ont en commun que leur réalisation répond aux mêmes besoins : un besoin d'hygiène et un besoin de confort.

a) *Hygiène*

L'objectif premier des prestations « ménage des chambres des résidents » et « entretien du linge qu'ils utilisent », est la recherche d'une bonne hygiène. C'est ce que souligne le Docteur SQUINAZI, directeur du laboratoire d'hygiène de la ville de Paris : « Si l'objectif du nettoyage des locaux et équipements est de donner un aspect agréable et un niveau de confort et de propreté, il doit dans un établissement de santé assurer aussi l'hygiène des patients, des visiteurs et des personnels. »⁷

L'objectif recherché est donc la sécurité des résidents et la prévention des infections nosocomiales.

Cet objectif va tellement de soi dans l'esprit de chacun que les résidents ne l'ont même pas exprimé lors de l'enquête que j'ai menée auprès d'eux. Du moins n'ont-ils pas parlé d'hygiène mais plus exactement de propreté, que ce soit pour le ménage de leur chambre ou pour l'entretien du linge de maison et du linge personnel. Ce terme semble recouvrir plusieurs réalités pour eux : une hygiène parfaite et un aspect agréable.

⁷ JAUDON P. / Inhni/Ministère de l'Éducation Nationale (ed.). *Hygiène et propreté des surfaces en établissements de santé*. Bayeux : Pyc Livres.com, 2002. Collection guides pratiques. Préface.

En ce qui concerne le ménage des chambres, il est recommandé par le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales de l'Ouest (CCLIN Ouest) de réaliser au moins une fois par semaine un nettoyage complet⁸ afin d'assurer une hygiène adéquate aux personnes âgées vivant en institution. Selon le même organisme, la chambre du résident représente un local au risque infectieux faible, voire modéré si le résident y reçoit des soins.⁹

Par ailleurs, le linge de maison doit être changé régulièrement et entretenu de façon spécifique pour éviter au maximum les transmissions bactériennes entre résidents. L'entretien du linge personnel doit répondre à ce même objectif d'hygiène.

b) Confort

A travers l'enquête réalisée auprès des usagers, il ressort que le confort est le principal besoin revendiqué par les résidents.

En effet, les résidents aiment que leur chambre paraisse propre (confort visuel) et sente bon (confort olfactif).

De même, ils apprécient que le linge qu'ils utilisent reste en forme lorsqu'il est lavé et repassé, conserve ses couleurs, soit doux et sente bon.

Il est donc nécessaire que les prestations de ménage des chambres et d'entretien du linge procurent des sensations agréables aux résidents car c'est cela qu'ils en attendent.

Les deux prestations (ménage des chambres et entretien du linge) répondent donc à deux besoins : l'hygiène (besoin peu exprimé) et le confort (besoin exprimé).

B) Restauration

La prestation restauration va répondre à des besoins quelque peu différents et plus complexes. En effet, il faut bien manger pour vivre. C'est là une condition *sine qua non* de bonne santé. Mais le repas recouvre aussi une dimension plus psychologique et sociale.

⁸ CCLIN Ouest. Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Techniques hospitalières*, Mars 2003, n°674, p.40.

⁹ Ibid. p.39.

Comme le souligne Monique FERRY, « la nutrition est un facteur important de santé et de bien-être. »¹⁰

a) *Se nourrir et être en bonne santé*

« Chez une personne âgée, comme chez tout autre individu, il n'y a aucun doute sur le fait que se nourrir permet le maintien du meilleur état de santé possible. »¹¹ Cela n'est vrai que si les aliments sont exempts de risques bactériologiques. Pour qu'il en soit ainsi, l'établissement doit respecter les normes HACCP obligatoires depuis l'arrêté du 29 septembre 1997 sur la restauration collective.

De plus, en établissement, la restauration doit répondre aux besoins nutritionnels de ce public particulier que constituent les personnes âgées. Il s'agit donc de nourrir les résidents en fonction de leurs besoins particuliers, la nutrition étant un facteur primordial de la santé.

« Il est prouvé que la dénutrition a un impact délétère sur l'état de santé. Ses complications sont multiples et parfois mortelles : infections, anémie, escarres, troubles de la mémoire, tristesse voire même dépression, frilosité importante, faiblesse musculaire, chutes, fractures, etc. »¹² Pour éviter la dénutrition, fréquente chez les personnes âgées en institution (environ 55% des personnes âgées en institution)¹³, il est donc nécessaire de mettre en adéquation les apports journaliers avec les besoins journaliers individuels. Ces besoins varient en fonction de l'activité physique et de l'âge.

En effet, la masse maigre du sujet âgé diminue naturellement. Cette diminution est aggravée par la baisse de l'activité physique. « Cela participe donc à une diminution des capacités fonctionnelles et donc à la perte d'autonomie. »¹⁴ L'enjeu de la nutrition est donc considérable. Un homme âgé requiert 2 000 calories par jour ; une femme en requiert 1 800. En-dessous de 1 500 calories par jour, le risque de dénutrition existe.¹⁵

¹⁰ FERRY M. et al. *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*. Paris : Berger-Levrault, 1996. p.11.

¹¹ COTI P. ROULET M. GUÉX E. RAPIN C.-H. Limites éthiques de la nutrition artificielle chez la personne âgée. *La revue du généraliste et de la gériatrie*, Juin 2002, n°86, p.304.

¹² Ibid.

¹³ BALAS D. et al. La dénutrition chez la personne âgée : un problème de santé publique. Évaluation bioclinique et exploration dynamique en hôpital de jour. *La revue de gériatrie*, Novembre 1997, n°9, p.608. Citée dans MOTTE M. *La qualité hôtelière en restauration : l'exemple du centre de gériatrie Les Abondances*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique de directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 2002. P.1.

¹⁴ FERRY M. Besoins nutritionnels : les acquis, le futur. *Gérontologie et société*, Décembre 1997, n°83, p.7.

Par ailleurs, il est nécessaire que l'alimentation soit adaptée aux personnes âgées, de façon à accompagner le vieillissement et à prévenir certaines détériorations. Ainsi, l'avancée en âge s'accompagne bien souvent :

- d'un vieillissement bucco-dentaire¹⁶ (50% des sujets âgés présentent une édentation totale) qui modifie le choix des aliments (réduction de la consommation de viande, de fruits frais et de légumes). D'ailleurs, lors de l'enquête sur les besoins hôteliers, nombre de résidents m'ont affirmé que la viande était trop dure. Nous comprenons ici l'importance de l'appareillage, des soins et de l'hygiène bucco-dentaire.
- D'une perturbation du goût¹⁷, donc de l'appétit, avec un risque d'anorexie.
- D'un vieillissement de l'appareil digestif¹⁸ entraînant des risques d'anorexie qu'aggrave un état de malnutrition.

Certaines de ces conséquences du vieillissement peuvent être diminuées grâce à une bonne alimentation tout au long de sa vie, du plus jeune âge jusqu'au plus âgé. La nutrition est donc un enjeu de santé publique. C'est à ce titre que le ministère délégué à la santé en a fait une priorité d'action en 2001. Il a impulsé le Plan National Nutrition-Santé (PNNS) 2001-2005¹⁹. Celui-ci s'adresse à l'ensemble de la population et se décline en neuf objectifs nutritionnels prioritaires en terme de santé publique :

- augmenter la consommation de fruits et légumes,
- augmenter la consommation de calcium,
- réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux,
- augmenter la consommation de glucides,
- réduire l'apport d'alcool,
- réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne,
- réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes,
- réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité et
- augmenter l'activité physique.

Le PNNS décline aussi neuf objectifs nutritionnels spécifiques à certaines populations dont deux concernent directement les personnes âgées. Il s'agit d'améliorer le statut en calcium et en vitamine D et de prévenir, dépister et limiter la dénutrition.

¹⁵ Ibid. p.8.

¹⁶ FERRY M. et al. *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*. Paris : Berger-Levrault, 1996. pp.19-21.

¹⁷ Ibid. pp. 23-26.

¹⁸ Ibid. pp. 27-33.

¹⁹ Circulaire DGS/(SD5A) N° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé [en ligne]. Disponible sur internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>

En effet, de nombreuses personnes âgées sont victimes de fractures qui sont l'une des conséquences de l'ostéoporose. Le PNNS préconise une supplémentation alimentaire en calcium et vitamine D qui aide à fixer le calcium. On pourrait aussi imaginer augmenter les apports journaliers de calcium, en d'autres termes, les produits laitiers. Cela a été fait récemment à l'hôpital de Houdan : la diététicienne a introduit un laitage au repas. Il ressort de l'enquête effectuée auprès des résidents que ce fromage est considéré bien souvent comme un second dessert et cela fait trop pour les personnes âgées. Par ailleurs, j'ai demandé aux trente personnes interviewées si elles désiraient avoir un laitage au goûter, seules douze semblent intéressées par l'idée. Le point positif qui ressort est que toutes les personnes âgées interrogées disent aimer les laitages. Reste à trouver le bon moment et la forme adéquate pour qu'elles acceptent d'en manger. Ceci n'empêche pas la supplémentation.

De plus, afin d'agir contre la dénutrition, le PNNS préconise pour les hôpitaux la création d'un comité d'orientation, structure transversale de liaison sur l'alimentation et la nutrition. Ce comité devra faire évoluer les pratiques des professionnels pour mieux prendre en compte les attentes des personnes âgées et renforcer la démarche qualité dans la fonction restauration nutrition.

Les établissements de santé sont aussi encouragés à embaucher des diététiciens et à pratiquer une estimation de l'indice de masse corporelle grâce à l'utilisation de disques spécifiques.

De plus, le nouveau gouvernement en place depuis 2002 a prolongé l'idée de faire de la nutrition un enjeu de santé publique. Il a mis l'accent sur les personnes âgées grâce à un programme spécifique : le programme national « bien vieillir » 2003-2005.²⁰ Ce programme est, pour l'instant, expérimental.

Il s'adresse aux personnes de plus de 55 ans. Il complète le PNNS par la promotion d'une activité physique adaptée à son âge. C'est ainsi qu'une activité modérée, au-delà de 80 ans, permettrait de limiter la survenue de chutes et la dénutrition.²¹

Il préconise aussi le développement de programmes associant activité physique et alimentation équilibrée dans la prévention des pathologies ostéo-articulaires (arthrose, ostéoporose, chutes)²².

²⁰ SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES ÂGÉES / MINISTÈRE DES SPORTS. *Programme national "Bien vieillir" 2003-2005*. Mars 2003, 39 p.

²¹ Ibid. p.11.

²² Ibid. p.23.

Ainsi, il apparaît évident aux scientifiques, aujourd'hui, « qu'au cours de l'avancée en âge, les risques nutritionnels sont de plus en plus liés à la carence et de moins en moins à la pléthore. La malnutrition protéino-énergétique et les fractures liées à l'ostéoporose en sont les exemples les plus fréquents et particulièrement préoccupants en terme de santé publique. De même, en cas de diminution des apports exogènes en protéines, l'organisme compense le déficit au détriment des tissus musculaires, entraînant une fonte musculaire à l'origine d'incapacités, de morbidité et d'impact sur la qualité de vie. La nécessité d'une alimentation variée est d'autant plus importante que la consommation alimentaire est plus faible.

La prévention et le dépistage des carences nutritionnelles sont donc primordiaux mais il faut garder à l'esprit qu'au-delà des aspects liés à la santé, la dimension psychologique et sociale de l'acte alimentaire est essentielle : plaisir et convivialité sont aussi importants que la couverture des besoins nutritionnels. »²³

b) *Un acte social et de plaisir*

Les résidents souhaitent que les repas soient un moment de convivialité, répondant ainsi à un besoin de socialisation. Pour preuve, à la question « où souhaitez-vous manger » de mon enquête, la totalité des personnes a répondu qu'elles souhaitaient prendre le repas du midi dans la salle à manger de l'unité. 28 souhaitent dîner au même endroit et 23 souhaitent y prendre leur petit-déjeuner.

« Le repas s'apprécie bien au-delà de ce que l'on trouve dans l'assiette. Le repas est d'abord un acte social et même quand il est pris en solitaire, il doit au moins refléter le respect dû à la personne âgée et reconnaître sa place dans notre société. Il est l'occasion de la solliciter, de lui donner des marques d'attention et de lui permettre d'exprimer son individualité. »²⁴

²³ Ibid. p.16.

²⁴ ABRAMOVICI C. Le goût de la vie. *Gérontologie et société*, Décembre 1997, n°83, pp.85-86.

Les repas rythment la journée. Lorsqu'ils sont pris en salle à manger, ils permettent aux résidents de paraître et de tenir leur statut social. Ils se regardent. Les femmes se maquillent. La salle à manger devient alors un lieu où ils existent aux yeux d'autres personnes. Le repas pris en commun permet aussi de discuter. Le repas est donc un lien social entre les résidents.

Il l'est aussi entre résidents et personnel puisque les résidents sont servis à table, comme au restaurant. Des assiettes bien remplies à la présentation soignée sont des marques d'attention et de respect qui indiquent que le personnel éprouve de la considération pour les résidents.

Le repas doit être aussi un moment de plaisir (gustatif, olfactif et visuel). « Le bien manger demeure un acte essentiel du bonheur vécu au quotidien. »²⁵ La qualité des plats est donc essentielle. Leur variété aussi, tout comme leur aspect, leur présentation et leur odeur.

« On a toujours faim pour ce que l'on aime et même si tous les goûts sont dans la nature, il existe tout de même de grandes tendances gustatives chez les personnes âgées aujourd'hui. »²⁶ C'est ainsi que les personnes âgées ont tendance à se désintéresser du salé et préfèrent nettement le sucré. Malgré cela, le goûter, repas sucré par excellence, n'est dégusté que par les 2/3 des personnes interrogées à l'hôpital de Houdan. Je pense qu'ils ont d'autres moments où s'adonner au sucré, tels que les desserts ou les viennoiseries au petit déjeuner, deux fois par semaine.

Ainsi, les repas ne seront dégustés que si les besoins sociaux et psychologiques sont remplis par l'institution. Sinon, au mieux, ils seront avalés et au pire, ils resteront dans les assiettes.

Ainsi, entre littérature et personnes, il est difficile de cerner les besoins individuels des résidents, même si de grandes tendances se détachent. Nous avons vu que des besoins d'hygiène et de confort vont gouverner les prestations de ménage des chambres et d'entretien du linge. D'autres besoins – se nourrir, être en bonne santé, avoir une vie

²⁵ ROSSIGNOL J.-M. Éditorial. *Gérontologie et société*, Décembre 1997, n°83, p.3.

²⁶ ABRAMOVICI C., op.cit, p.85.

sociale et prendre du plaisir – vont présider à la prestation restauration. Tous ces besoins se vérifient à l'hôpital local de Houdan.

Celui-ci en a conscience et l'organisation quotidienne de la vie des résidents essaie de les prendre en compte. C'est ainsi que l'hôpital local de Houdan parvient à répondre à certains besoins individuels des résidents qui y sont accueillis.

2 UN DÉBUT DE RÉPONSE AUX BESOINS INDIVIDUELS DES RÉSIDENTS

« Reconnaître le résident comme un être singulier, c'est tout simplement lui permettre de se reconnaître lui-même dans le contexte de dépersonnalisation lié à l'institutionnalisation. »²⁷ Ainsi, avant de voir comment l'hôpital local de Houdan essaie d'individualiser les prestations hôtelières qu'il offre, il est nécessaire de réfléchir aux raisons mêmes de l'individualisation.

2.1 Pourquoi individualiser ?

« La perte de certaines capacités ou de repères renvoie à un sentiment de diminution. Cet effet de vieillissement est lié avant tout à la place du sujet dans son environnement social, à la solidité de ses liens affectifs et de son insertion sociale, à son autonomie.

Ceci est vrai pour toute personne adulte : les phénomènes brutaux de vieillissement apparaissent souvent dans des situations de rupture. »²⁸

Il est important de connaître le phénomène du vieillissement accéléré consécutif à des ruptures. En effet, il est assez évident que l'entrée en établissement pour personnes âgées constitue une rupture. Elle modifie considérablement l'environnement psychosocial de la personne âgée et risque de modifier, si le directeur, les médecins et les équipes n'y prennent pas garde, les liens affectifs du résident.

L'individualisation peut permettre de réduire ces risques et participe aussi à l'épanouissement personnel des résidents, contribuant ainsi à maintenir leur élan vital.

²⁷ BADEY-RODRIGUEZ C. , op.cit, p.9.

²⁸ ZRIBI G. SARFATY J. et al. *Handicap mental et vieillissement*. Paris : CTNERHI – PUF, 1990. p.40.

2.1.1 L'individualisation comme moyen de limiter les risques de désorientation spatio-temporelle et affective liés à l'entrée et à la vie en maison de retraite

L'entrée en maison de retraite constitue une rupture dans la vie de la personne âgée. Cela est d'autant plus vrai qu'elle survient souvent après d'autres ruptures : dégradation de l'état de santé, hospitalisation longue, décès du conjoint, etc.

La personne âgée affaiblie par son âge et les événements qu'elle vient de vivre va devoir faire un effort considérable pour s'adapter à la vie de l'établissement qui l'accueille : elle change de lieu de vie, de voisins, d'habitudes de vie, troque un appartement ou une maison pour une chambre beaucoup plus petite dans une résidence où la vie en collectivité a une large place, doit abandonner une partie de sa solitude, ne peut amener avec elle que quelques meubles et quelques souvenirs, etc. En d'autres termes, tous ses repères sont modifiés, qu'il s'agisse des repères spatio-temporels ou des repères affectifs. Il revient à l'institution de prévenir la perte de ces repères qui favorise le vieillissement accéléré de la personne.

A) La prévention du risque de perte des repères spatio-temporels

Les repères spatio-temporels sont ceux qui permettent à une personne de se situer dans le temps et dans l'espace.

Par exemple, les repas viennent rythmer la journée de chacun. Ils permettent de savoir à quel moment de la journée nous sommes. Ils se prennent, globalement, toujours aux mêmes endroits en fonction de la période de la vie (ex : le petit déjeuner se prend à la maison, le déjeuner à la cantine de l'école, puis sur le lieu de travail ou au restaurant, donc la plupart du temps dans un lieu lié à l'activité principale de la personne et avec des camarades ou des collègues, et le dîner se prend à la maison et en famille).

Les repères spatio-temporels constituent donc des habitudes de vie propres à chacun. Ils constituent aussi des repères sociaux et culturels.

Par exemple, la façon dont une personne âgée va se vêtir lui permettra de se situer dans le temps (le matin, la saison, la météo), dans l'espace (on ne s'habille pas en France comme on s'habille en Chine), et par rapport aux autres générations (elle ne s'habillera pas en jean et baskets).

L'entrée en maison de retraite va venir détruire partiellement les repères spatio-temporels de la personne. Mais, parallèlement, la vie institutionnelle créera de nouveaux repères pour la personne.

En effet, la résidence a son rythme propre, dicté par les toilettes, les soins, les repas et les animations. En y entrant, le résident perd souvent les activités qu'il menait encore parfois à l'extérieur et va devoir s'adapter à son nouveau mode de vie. Pour qu'il prenne ses repères, il est donc nécessaires que ces activités soient régulières dans le temps et dans l'espace.

Cette régularité spatio-temporelle va stimuler les capacités d'adaptation des résidents. En effet, lors de la réalisation de l'enquête sur les besoins hôteliers, j'ai été frappée par la volonté et la capacité d'adaptation dont peuvent faire preuve les résidents. Cette capacité est grande et réelle mais elle doit rapidement être relayée par la création de nouveaux repères. L'intégration des résidents en établissement n'est réussie que lorsqu'ils ont intégré à leur mode de vie ces nouveaux repères indispensables.

L'intégration est donc finalement le fruit de la rencontre entre la capacité et la volonté d'adaptation propres à chaque résident et les repères que l'institution est capable de créer pour chacun.

C'est là qu'intervient l'individualisation. En effet, l'individualisation consiste pour l'établissement à offrir à chaque résident des prestations adaptées à son rythme de vie, à ses envies, à ses possibilités. Par définition, une prestation individualisée n'est pas transposable d'une personne à l'autre.

La difficulté réside dans le fait que l'individualisation se fait dans un contexte collectif.

L'enjeu de l'individualisation consiste donc dans la création rapide de nouveaux repères afin d'accélérer l'intégration de chaque résident.

Si la création de repères spatio-temporels est relativement maîtrisable par l'établissement, la création de repères affectifs est nettement plus aléatoire.

B) La prévention du risque de perte des repères affectifs

L'entrée en maison de retraite est aussi synonyme de perte des repères affectifs. En effet, comme nous l'avons vu, le mode de vie de la personne âgée change à ce moment. Ses liens avec sa famille et son entourage risquent de s'en trouver profondément modifiés.

Par exemple, des horaires de visite rigides ne permettent pas toujours à la famille de visiter à son gré son parent. Ceci peut être un facteur d'effilochage des liens.

Le directeur se doit donc de faciliter les échanges entre le résident et l'entourage. Il peut le faire, par exemple, en instituant des horaires de visite souples, en aménageant des espaces permettant une certaine convivialité (salons des familles), en sollicitant la participation des familles à certaines activités (ex : cuisine thérapeutique et repas).

Par ailleurs, d'autres personnes ne faisant pas partie de l'entourage quotidien de la personne âgée avant son entrée en maison de retraite, le deviennent une fois que le résident est en établissement : il s'agit de l'équipe et des résidents du service dans lequel il se trouve. Ce nouvel entourage va créer, bon gré, mal gré, de nouveaux repères affectifs pour le résident.

Par exemple, lors de mon enquête, j'ai demandé aux résidents ce qu'ils pensaient du service des repas. Je m'attendais à ce qu'ils me parlent de la présentation des plats ou de la rapidité du service. Pas un n'a abordé ces sujets. Par contre, la plupart m'a dit que les hôtelières étaient très gentilles, charmantes, etc. Cela témoigne de l'existence, plus ou moins prononcée, de liens affectifs des résidents vis-à-vis du personnel. De plus, de nombreux résidents ont abordé d'eux-mêmes l'amitié qu'ils entretiennent avec d'autres résidents. J'ai aussi observé que plus ces liens affectifs avaient l'air fort, plus la personne avait l'air heureux.

Ce fait témoigne de la capacité d'adaptation de chaque résident à se faire à son nouvel environnement et à des personnes qu'il n'a pas choisies. C'est, là encore, un signe d'intégration qui sera d'autant plus réussie que le personnel saura distribuer à chacun des signes particuliers de reconnaissance.

Mais il faut aussi avoir à l'esprit que « la moindre variation dans son entourage relationnel (celui du résident) peut avoir des conséquences dramatiques. »²⁹ Ainsi, les signes de reconnaissance du personnel, créateurs de repères affectifs, doivent être stables. Un départ du personnel ou un changement de service de la personne âgée peuvent donc occasionner une rupture affective pour les résidents. Or, « il apparaît que la sécurisation affective (étayages relationnels) est une des clefs de leur capacité à exister. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que la perte « de gratification affective » joue un rôle non négligeable dans le processus de désinvestissement et dans le minage biologique de ces personnes. »³⁰ En l'espèce, Hélène MAÇON parle des personnes adultes handicapées mentales. Mais il semble qu'un parallèle puisse être établi avec les personnes âgées en institution dans la mesure où cette « sécurisation affective » participe à leur élan vital.

La réussite de l'intégration d'une personne âgée en institution dépend donc de sa capacité d'adaptation à son nouvel environnement spatio-temporel et affectif, mais aussi à la capacité du personnel et du directeur à prendre conscience des facteurs de réussite de cette intégration et à influencer positivement dessus afin de la faciliter. En cela, l'individualisation peut être un facteur de réussite de ce processus de démolition - reconstruction car elle participe à accélérer la constitution des nouveaux repères. Elle constitue donc un moyen de prévention du risque de perte des repères spatio-temporels et affectifs et, par voie de conséquence, un moyen de prévention du vieillissement accéléré. De plus, au-delà, c'est aussi un moyen de participer à l'épanouissement personnel de chaque résident.

2.1.2 L'individualisation comme moyen de participer à l'épanouissement personnel de chaque résident

Selon le grand Larousse en cinq volumes, épanouir signifie «donner à quelqu'un la plénitude de ses facultés, le rendre heureux, comblé. »³¹ L'établissement a un devoir moral d'épanouissement des résidents. Il doit en effet faire se conserver, voire se développer, certaines capacités physiques et intellectuelles des résidents afin de les rendre les plus heureux possibles en établissement. Cet épanouissement passe par deux axes essentiels : le maintien de l'autonomie et la prise en compte de la personne.

²⁹ MAÇON H. *Organiser, dans un foyer d'hébergement, un service d'accueil de jour, en réponse au désinvestissement social et professionnel des adultes handicapés mentaux*. Mémoire ENSP de Certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'un établissement social, Rennes, 1993, p.6.

³⁰ Ibid. pp 5-6.

A) Le maintien de l'autonomie

L'autonomie, c'est « la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir. C'est aussi : les possibilités pour une personne d'effectuer sans aide, les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, et de pouvoir s'adapter à son environnement. »³²

L'autonomie participe donc à l'épanouissement de la personne âgée en établissement dans la mesure où c'est une manière de « donner à quelqu'un la plénitude de ses facultés. »

L'individualisation des soins permet déjà la conservation d'une certaine autonomie physique, au sens de cette définition.

L'individualisation des autres prestations doit compléter celle des soins.

En effet, l'individualisation de la prestation de ménage, par exemple, peut participer au maintien de l'autonomie de la personne. Une personne relativement valide se verra proposer la responsabilité d'une partie du ménage de sa chambre. Par exemple, c'est elle qui fera les poussières ou passera le balai. Elle peut refuser. Ainsi, elle conserve toute son autonomie de choix et, si elle accepte, elle pourra maintenir une certaine activité physique et les capacités nécessaires au ménage plus longtemps que si elle refuse.

De même, certaines résidentes décident elles-mêmes de laver leurs sous-vêtements et leurs habits délicats. C'est leur choix. Il est respecté par les lingères. Ce lavage les rend partiellement autonomes dans un des gestes de la vie quotidienne que constitue l'entretien du linge personnel.

Ainsi, l'adaptation des prestations à chaque résident participe au maintien de certaines facultés, tant physiques que mentales, puisque les résidents exercent leur capacité de choix.

³¹ Grand Larousse en cinq volumes. p. 1109.

³² MAÇON H. Op.cit., p.28.

B) La prise en compte de la personne

Une personne est prise en compte lorsque ses choix et ses avis sont respectés. Encore faut-il qu'elle puisse les exprimer.

« L'absence ou perte de désir sont à l'origine d'un vieillissement difficile qui se présente notamment sous cet aspect :

- Perte de la capacité à faire des projets, l'absence de désir, la perte de l'élan vital.

Et qui s'accompagne :

- d'isolement : social, familial, affectif, sensoriel
- de dévaluation de soi
- de réduction de capacité d'adaptation
- de perte du sens de responsabilité et de la participation.

[...] L'institution doit donc être particulièrement vigilante pour permettre aux individus d'exprimer leur choix, leur désir. C'est-à-dire, personnaliser au maximum la prise en charge pour préserver [...] la qualité de relation nécessaire à l'expression de l'humanité. »³³

Les résidents doivent donc pouvoir exprimer des choix dans leur prise en charge, pour les soins, comme pour toutes les prestations. Ils doivent donc avoir des lieux et des temps d'expression et d'écoute du personnel. Ces choix et désirs doivent ensuite pouvoir être pris en compte dans l'organisation. C'est cela l'individualisation. Si ce n'est pas possible, il est nécessaire de prendre le temps d'expliquer pourquoi afin de préserver l'intérêt porté au résident. Cela permettra d'éviter une relative dévalorisation.

Il est peut-être temps ici de s'interroger sur l'emploi des termes suivants : individualisation et personnalisation. Selon le grand dictionnaire encyclopédique Larousse, individualiser, c'est «distinguer d'autre chose de même nature ». L'individualité, c'est «ce qui fait l'originalité, la particularité d'un individu, et l'oppose aux autres ; personnalité. » Personnaliser, c'est «donner un caractère original, moduler selon les personnes. » La personnalisation, c'est «l'adaptation d'un produit, d'un service, d'un logement, d'une mesure, etc., aux besoins, à la personnalité et aux goûts de quelqu'un. » Je trouve que la frontière entre les deux concepts est particulièrement ténue et difficile à appréhender. La

³³ Ibid. pp. 29-31.

littérature professionnelle n'explique pas la différence entre les deux concepts. Aussi, j'emploierai les deux termes comme des synonymes.

Ainsi, l'individualisation, participant à la création de nouveaux repères, est un facteur d'intégration du résident dans son nouveau lieu de vie. Elle représente aussi un facteur d'épanouissement personnel par le maintien de l'autonomie qu'elle sous-entend et la prise en compte de chaque personne, dans sa singularité, par le biais notamment de la participation que le recueil de besoins nécessite.

L'individualisation est donc nécessaire pour la personne âgée en institution, au risque de la voir dépérir et d'aller, de ce fait, à l'encontre de mes missions de directrice.

Dans ce cadre, l'individualisation des prestations hôtelières de qualité rendues directement aux résidents va participer à l'amélioration de la prise en charge globale de chacun.

2.2 État de l'individualisation à l'hôpital local de Houdan

A l'hôpital local de Houdan, l'individualisation des prestations hôtelières va participer à prévenir les risques de perte des repères affectifs et spatio-temporels, à maintenir l'autonomie de chaque résident tout en prenant en compte chacun. Malheureusement, les moyens que l'établissement met en œuvre pour individualiser les prestations hôtelières se heurtent pour l'instant à certaines limites. Tiennent-elles au personnel, au manque de projet institutionnel, à un défaut d'organisation ou à un déficit dans la définition des besoins individuels ?

2.2.1 Les moyens employés pour l'individualisation

Dans le domaine des prestations hôtelières, l'individualisation repose sur le personnel, particulièrement les aides-soignantes et les hôtelières, agents des services hospitaliers qualifiés. Elle est basée aussi sur une organisation du travail qui trouve ses fondements dans les principes énoncés dans le pré-projet de vie.

A) Le personnel

La responsabilité des prestations hôtelières revient en priorité aux hôtelières ainsi qu'aux aides-soignantes à l'hôpital local de Houdan. La responsabilisation de ces agents est

fondée sur la séparation et la spécialisation de leurs fonctions ainsi que sur la notion de référente.

a) *La séparation et la spécialisation des fonctions aides-soignantes et hôtelières*

Cette séparation a été imaginée et prévue au moment de l'entrée dans le nouveau bâtiment des Quatre saisons, en 1997-1998. Elle apparaît donc déjà dans le pré-projet de vie.

L'objectif principal était de créer des gains de temps en sectorisant la charge de travail des AS et des ASHQ. En effet, les AS s'occupaient, semble-t-il, trop de ménage, au détriment des prestations directes aux personnes, et notamment des toilettes. Les hôtelières ont donc récupéré une partie de leurs tâches.

Ainsi, les aides-soignantes ont pour missions aujourd'hui³⁴:

- d'assurer l'hygiène et l'entretien du cabinet de toilette au quotidien et de l'environnement du résident (lavabo, toilettes, miroir, lit, barrières de lit, adaptable, table de nuit, fauteuil),
- de s'assurer que le linge du résident est identifié,
- d'assurer une alimentation correcte et adaptée en collaboration étroite avec l'infirmière et l'hôtelière en tenant compte des régimes et des goûts des résidents,
- de participer à la prise des repas.

Et les hôtelières sont chargées³⁵ :

- de l'entretien des chambres (tout ce que ne font pas les aides-soignantes), de celui du sol du cabinet de toilette, de l'entretien des salles à manger, des offices,
- de la mise en place des salles à manger et
- du service de restauration des résidents.

L'entretien des chambres se fait selon un calendrier défini.

³⁴ Cf. Fiche de poste des aides-soignantes et aides médico-psychologiques des services d'hébergement de l'hôpital local de Houdan.

³⁵ Cf. Fiche de poste des hôtelières de l'hôpital local de Houdan.

Chaque agent se trouve donc responsabilisé : on sait qui fait quoi, quand et comment il doit le faire. Cette organisation permet donc de faciliter les contrôles des supérieurs et de réaliser un travail de meilleure qualité.

b) *La notion de référente*

Pour symboliser cette responsabilisation, la notion de référente a été créée pour les aides-soignantes, les hôtelières et les lingères.

Les AS et les hôtelières sont responsables de l'entretien des chambres et de la restauration des résidents tandis que la lingère est responsable du linge de tous les résidents de son unité. Pour les AS et hôtelières, la référence est donc le résident. Pour les lingères, la référence est l'unité de vie.

Ainsi, aux Quatre saisons, il existe deux lingerie-buanderies pour trois unités chacune ainsi qu'une lingerie centrale. A la Roseraie, il n'y a qu'une lingerie-buanderie pour le bâtiment.

Il faut préciser ici que le linge plat ainsi que les tenues du personnel sont entretenus par un prestataire extérieur.

Pour l'entretien du linge des résidents, les lingères s'occupent³⁶ :

- du lavage, séchage, repassage,
- du marquage,
- du raccommodage et des retouches,
- de la distribution du linge dans les chambres et du rangement dans les placards.

Cette responsabilisation accrue de chaque agent, qui s'est soldée par de nouvelles fonctions pour les hôtelières, a été accompagnée.

D'une part, le nombre d'hôtelières ne cesse d'augmenter d'année en année. Il était de 32 en 2000, de 34 en 2001 et de 36 en 2002. Cela prouve tout l'intérêt que la direction porte

³⁶ Cf. Fiche de poste du personnel de lingerie de l'hôpital local de Houdan.

à cette fonction. De plus, l'effectif total des soignants est passé de 133 en 2000 à 146 en 2002.

Cependant, l'absentéisme, en augmentation, oblige à remplacer les agents. En 2002, les mensualités assurées pour le remplacement des AS des services d'hébergement représentait 1,44 poste équivalent temps plein (ETP). Ce chiffre s'élevait à 1,06 ETP pour les hôtelières et à 0,27 ETP pour les lingères. Ces chiffres, mis à part pour les lingères, sont en forte diminution par rapport à 2001³⁷, ce qui engendre des difficultés ponctuelles dans la prise en charge.

Ainsi, même si le nombre de personnels augmente régulièrement, l'absentéisme ne permet pas de bénéficier entièrement des effets des recrutements. Une étude plus approfondie des causes d'absentéisme permettrait peut-être de trouver des solutions. Mais il ne s'agit pas là du sujet de ce mémoire.

D'autre part, la responsabilisation a été accompagnée par un gros effort de formation en hôtellerie depuis plusieurs années³⁸.

Pour exemple, en 2000, dix hôtelières ont suivi un stage qui avait pour objet de « réfléchir à la conception de l'accueil et adapter son comportement aux besoins des personnes accueillies ; améliorer la qualité de l'ambiance des repas et la satisfaction des pensionnaires ; contribuer à une meilleure image de marque de la prestation hôtelière de l'établissement. » Cette même année, le cadre chargée de l'hôtellerie a aussi suivi une formation tendant à « définir la notion de « confort hôtelier », décrire la fonction d'intendante, sa place dans l'équipe pluridisciplinaire, développer les compétences dans les domaines de l'organisation du travail et de l'animation d'équipe. »

En 2001, un groupe de huit hôtelières a participé à la même formation qu'en 2000. Il faut souligner que seize personnes s'étaient inscrites à ce stage. Huit n'ont pas été retenues parce qu'elles l'avaient déjà suivi. C'est dire l'engouement que ce stage a pu susciter !

En 2002, la totalité des hôtelières ayant été formées, la formation n'a pas été reconduite.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle un déficit en personnel (en nombre et en qualification) tiendrait en échec l'individualisation des prestations hôtelières n'est pas vérifiée.

³⁷ Cf. Bilan social 2002 de l'hôpital local de Houdan.

³⁸ Cf. Plans de formation 2000, 2001 et 2002 de l'hôpital local de Houdan.

B) L'importance du pré-projet de vie : les grands axes de la prise en charge hôtelière

Dans le pré-projet de vie datant de janvier 1998, certains grands axes de la prise en charge hôtelière qui est effectivement réalisée sont décrits. Je vais maintenant les exposer pour chaque prestation.

a) *Entretien des chambres des résidents*

Le pré-projet de vie reprend les missions dévolues aux AS et aux hôtelières dans l'entretien des chambres des résidents.

Il précise que le rythme d'entretien pour les hôtelières dépend du personnel disponible, de l'état de la personne et de la chambre ainsi que des visites prévues.

Dans les faits, le rythme du passage et le type de nettoyage de la chambre sont déterminés quelques jours après l'arrivée du résident par l'hôtelière référente et le cadre chargé de la qualité hôtelière. Elles déterminent ensemble le nombre et le type de passages à assurer dans la chambre, avec un nettoyage complet tous les sept jours, au minimum, ce qui correspond à une nécessité d'hygiène.³⁹

Il existe dans l'établissement quatre types de passages :

- balayage humide
- poussières
- lavage du sol
- complet : les trois à la fois.

A chaque passage, l'hôtelière note sur une fiche individuelle ce qu'elle a fait, ce qui permet au cadre chargé de l'hôtellerie de suivre le rythme des passages et surtout d'assurer la continuité du nettoyage lorsqu'un agent est absent.

b) *Entretien du linge*

³⁹ Voir paragraphe 1.2.2.A)a) p.18.

En ce qui concerne l'entretien du linge, le pré-projet de vie de 1998 est muet, ce qui contribue à expliquer pourquoi il n'a pas abouti. Par contre, le projet de vie précédent, datant de 1996, exposait déjà le principe de personnalisation de la prestation en expliquant qu'elle serait réalisée par la création de lingeries-buanderies dans les unités de vie, au plus près des résidents.

c) *Restauration*

A l'hôpital local de Houdan, il n'existe pas de restaurant central pour les résidents. Une salle à manger a été installée dans chaque unité de vie. Elle a vocation à accueillir tous les résidents de l'unité. L'office est attenant à la salle à manger, à la façon d'une « cuisine américaine ».

Le projet de vie apporte quelques précisions sur les repas :

- le petit déjeuner :
 - est servi soit en chambre, soit en salle à manger, au choix du résident,
 - le service est réalisé par un seul agent hôtelier à partir de 8 heures,
 - le choix du type de déjeuner se fait le matin même.

Je remarque que, dans les faits, cela se passe exactement comme décrit dans le pré-projet de vie, à la nuance près que le petit déjeuner peut être servi à partir de 7h30 pour les lève-tôt.

- la collation de 10h30.

Cette collation n'est pas du tout institutionnalisée.

- le repas :
 - est un acte social, un moment de convivialité pendant lequel les résidents peuvent prendre leur temps, avec l'aide des aides-soignantes,
 - l'hôtelière assure une distribution à l'assiette,
 - la table et la salle doivent être décorées par l'hôtelière,
 - le menu est affiché
 - les résidents doivent être mis en possibilité de choisir partiellement leur menu, au moment du service.

En réalité, les hôtelières assurent bien un service à l'assiette. Le menu est aussi affiché. Cependant, les tables et la salle à manger ne sont décorées qu'à des occasions spéciales

(fêtes, anniversaires, etc.) et le résident n'a le choix qu'entre deux plats. Ce choix est réduit lorsque le résident doit suivre un régime.

- le repas du soir est pris à 19h15.

En fait, il ne l'a jamais été. Il est actuellement servi à 18h00.

- la place en salle à manger est fonction des différents entretiens, des demandes, des affinités et du passé du résident.

Nous verrons que le choix de la place revient en fin de compte au cadre de santé responsable de l'unité.⁴⁰

- les goûts et régimes du résident sont recensés à l'entrée.

En effet, au moment de l'entrée, les hôtelières demandent au nouveau résident les aliments et plats qu'il n'aime pas. Elles consignent ces renseignements sur des fiches qu'elles rangent dans un classeur. Ces « fiches de goût » ne sont pas individuelles. Par exemple, sous la rubrique « charcuterie », les hôtelières vont écrire les noms des résidents de leur unité qui n'aiment pas la charcuterie.

Je remarque que le pré-projet de vie ne dit rien sur la tenue des hôtelières. Celles-ci sont habillées d'un chemisier à manches courtes, rayé bleu et blanc, et d'un pantalon bleu marine. Elles se distinguent donc comme cela du personnel soignant.

Je remarque aussi que le document est muet quant au goûter.

Il ressort de l'ensemble du pré-projet de vie que l'établissement a la ferme intention d'individualiser les prestations hôtelières. Et même si le document est incomplet, la grande majorité des principes d'organisation qu'il évoque ont été mis en place. La pratique est venue ensuite combler ses manques. **Ainsi, l'hypothèse selon laquelle l'individualisation des prestations hôtelières serait tenue en échec par le défaut de projet institutionnel n'est pas réellement vérifiée.** En effet, il semble que la réflexion autour de ce projet de vie et les quelques propositions qu'il formule sont suffisantes pour souder les équipes autour d'une même conception de la prise en charge hôtelière. La pratique supplée ensuite le projet.

⁴⁰ Voir paragraphe 2.2.2.A)c) p.42.

Néanmoins, l'organisation hôtelière en place actuellement ne va pas jusqu'au bout de la logique d'individualisation. Ce qui est réalisé dans ce domaine est déjà bien, mais l'établissement peut encore faire mieux.

2.2.2 Les limites de l'individualisation à l'hôpital local de Houdan

En me basant sur l'étude que j'ai réalisée au mois d'avril auprès des résidents de l'hôpital local de Houdan, je vais démontrer à présent que l'organisation hôtelière proposée est efficace en terme de satisfaction mais non en terme d'individualisation. De plus, il apparaîtra que le manque d'évaluation des besoins individuels constitue aussi une des limites de l'individualisation dans cet établissement.

A) Une organisation efficace en terme de satisfaction des résidents mais qui ne va pas au bout de la logique d'individualisation

Je vais dresser plus en détails un bilan de l'organisation de chaque prestation hôtelière afin de déterminer celles qui pourraient être davantage individualisées.

a) Entretien des chambres

A la Roseraie, le ménage des chambres est effectué une fois par semaine. Il ressort de l'enquête que cette fréquence convient aux résidents, ainsi que la qualité de la prestation. Il est à noter que certains résidents (7/16) participent à l'entretien de leur chambre, surtout en faisant les poussières.

Aux Quatre saisons, les passages sont plus fréquents. Les résidents sont satisfaits de la prestation.

Il apparaît donc que le système des référentes AS et hôtelières fonctionne bien dans la mesure où l'ensemble des résidents interviewés est satisfait du ménage réalisé dans leur chambre. La fréquence et la qualité de l'entretien des chambres semblent donc répondre aux besoins des résidents.

Cependant, certains résidents ont souligné des besoins particuliers :

- attendre les hôtelières bloque l'emploi du temps,
- le ménage n'est pas fait dans les détails,

- « elles déplacent tout mais ne remettent pas en place parce qu'elles manquent de temps et ont peur de casser »,
- « on n'enlève jamais les toiles d'araignée au plafond »,
- « les carreaux, les portes et les balcons devraient être faits plus régulièrement. »

D'une façon générale, la prestation d'entretien des chambres satisfait donc les résidents. Mais il semble qu'il y a encore matière à individualiser davantage. C'est le rôle des hôtelières référentes que de tenir compte, dans leur pratique quotidienne, des détails que certains résidents ont soulignés.

b) Entretien du linge

Les résidents utilisent principalement le linge de maison de l'établissement. Parfois, certains utilisent leurs propres serviettes de toilette en éponge parce qu'elles absorbent plus et sont plus douces que celles en nid d'abeille de l'institution. Le linge plat de l'établissement (draps et serviettes de toilette) est entretenu par un prestataire extérieur. Les résidents semblent satisfaits de l'entretien que celui-ci réalise. Les serviettes personnelles sont, soit lavées par l'établissement comme tout le linge personnel, soit par la famille du résident. L'établissement est donc capable de s'adapter à chaque résident en ce qui concerne le linge de toilette.

Dans l'ensemble, l'entretien du linge personnel donne satisfaction. Il est à remarquer néanmoins que certains résidents se sentent obligés d'entretenir eux-mêmes leurs sous-vêtements ou leur linge délicat car ceux qu'ils avaient donnés à laver à l'établissement leur sont revenus trop petits, trop grands, détendus, délavés, etc. L'hôpital a donc des progrès à faire dans l'entretien du linge délicat, même si son livret d'accueil précise qu'il n'entretient pas ce linge-là.

Enfin, certains vêtements personnels sont égarés, voire perdus. Cela arrive rarement mais arrive quand même.

Il semble qu'il y ait là deux axes d'individualisation de la prestation d'entretien du linge personnel à développer.

c) Restauration

C'est incontestablement pour la prestation repas que les résidents sont les plus loquaces, preuve de l'importance de ces moments dans la vie de chaque résident.

Il ressort de l'enquête que tous les résidents mangent à leur faim, ce qui est la moindre des choses. Néanmoins, certains ont souligné qu'ils avaient peu d'appétit. Des quantités trop grandes peuvent alors les décourager à manger. D'autres ont souligné que les quantités servies étaient trop importantes. Les hôtelières devraient donc davantage ajuster les quantités des plats qu'elles servent à l'appétit du jour de chaque résident.

Par ailleurs, la moitié des résidents interrogés trouve les repas bons. Sept autres les trouvent moyennement bons. Seuls deux ne les apprécient pas. La fiche de goût trouve peut-être là ses limites. Elle est peu réactualisée, de sorte qu'un résident qui n'aime pas quelque chose n'en mange jamais. *A priori*, c'est plutôt une bonne chose, sauf qu'il peut ne pas aimer les haricots verts en général, par exemple, mais les aimer quand ils sont cuisinés d'une certaine façon. Avec une telle fiche de goût, finalement très réductrice, il ne mangerait jamais aucun haricot vert. C'est la raison pour laquelle la diététicienne engagée au mois de mars 2002 a élargi les fiches de goût en spécifiant les plats, faisant un pas de plus vers l'individualisation des repas.

Mais reste quand même le problème du plat de substitution lorsqu'un résident n'aime pas le plat principal qui est proposé. Bien souvent, le seul recours qu'il ait est de manger de la purée. Certains finissent par s'en lasser. Les résidents n'ont donc pas réellement le choix de ce qu'ils mangent. Il y aurait donc là de la place pour l'individualisation.

Les horaires des deux premiers repas (petit déjeuner à 8 heures et déjeuner à midi) semblent tout à fait convenir aux résidents, ainsi que celui du goûter (15h30). Par contre, de nombreux résidents estiment que le dîner à 18h est un peu tôt. La plupart attribue cet horaire au départ des hôtelières à 19h30. Une grande partie des résidents s'est habituée à cette heure. D'autres trouvent que cela convient. Il semble qu'il soit assez difficile de toucher à l'horaire du repas du soir. En effet, une tentative a été réalisée il y a quelques années, de façon à décaler l'horaire d'une demi-heure en reculant de quelques minutes par jour. Au final, ce sont les résidents eux-mêmes qui ont demandé à revenir à 18h. Selon moi, cela avait dû trop modifier leurs repères temporels. Ainsi, l'horaire des repas semble difficile à individualiser dans la mesure où les repas sont des moments de vie en société. Les horaires peuvent alors difficilement être « à la carte ».

Par contre, il est plus facile de personnaliser le temps que chaque résident souhaite passer à table. Effectivement, tout le monde ne mange pas à la même vitesse, certains résidents ont besoin d'être aidés par les aides-soignantes, d'autres aiment discuter en mangeant, alors que certains mangent le plus vite possible pour sortir de table rapidement. Le service doit donc s'adapter à chaque résident. D'une façon générale, le temps consacré aux repas est apprécié correctement par les résidents pour les services du petit déjeuner et du déjeuner. Par contre, il semble que les résidents soient un petit peu pressés le soir, particulièrement à la Roseraie, du fait du départ des hôtelières une heure et demie après le début du dîner. Il y aurait ici aussi de la place pour l'individualisation. Mais cela sous-entend de toucher aux horaires des hôtelières.

Il semble que le choix des résidents sur le lieu où ils souhaitent prendre leurs repas soit le mieux respecté. L'individualisation est ici tout à fait effective. Chaque résident a le choix, pour tous les repas, entre la chambre et la salle à manger de l'unité. Pour le petit déjeuner ainsi que pour le dîner, certains désirent rester dans leur chambre. Ce souhait est respecté. Par contre, alors qu'ils ont le choix, aucun résident ne désire prendre son déjeuner dans sa chambre. Tous les résidents interrogés déjeunent dans la salle à manger. Cela prouve bien le rôle de socialisation que joue le repas. Pour certains, il serait tout à fait impensable de les servir dans leur chambre, et ce quel que soit le repas. Manger avec les autres est alors un véritable besoin.

Cependant, aucun des résidents interviewés n'a pu choisir sa place à table. Ainsi, il semble que ce soit l'équipe et, au final, le cadre de santé de l'unité, qui décident de cette place et donc des voisins. Il apparaît que la réussite de ce système est aléatoire. Pour certains, optimistes de nature, c'est l'occasion de faire connaissance (« J'aime bien ma table, elle est sympathique. »). Pour d'autres, peut-être plus difficiles, le voisinage à table peut être un véritable calvaire (« Je n'ai pas envie de discuter, de raconter ma vie à mes voisins. J'ai déjà changé de table car il n'y avait pas de conversation mais on ne m'a pas demandé mon avis. J'aimerais être à une table toute seule : on est tranquille. »). Il y a donc aussi de l'espace pour l'individualisation dans le placement à table.

Enfin, le service à table semble faire l'unanimité. Les hôtelières sont très appréciées. Le service paraît chaleureux. Tout ceci confirme l'existence de liens affectifs entre les résidents et le personnel hôtelier.

Ainsi, l'organisation hôtelière répond, dans les grandes lignes, à la satisfaction des usagers, notamment parce que certaines d'entre elles sont personnalisées. Cependant,

·

dans les détails, cette satisfaction pourrait être améliorée si les prestations pouvaient répondre à des demandes spécifiques. C'est à ce moment que l'on pourrait parler de prestations totalement individualisées. L'organisation visant à l'individualisation partielle atteint là une de ces limites. **L'hypothèse selon laquelle l'individualisation serait tenue en échec par un défaut dans l'organisation est donc en partie vérifiée.**

Mais je crois que la limite essentielle réside ailleurs, dans le manque d'évaluation des besoins individuels, tant les professionnels connaissent les besoins «objectifs » des personnes âgées, au sens de Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE⁴¹.

B) Le manque d'évaluation constante et objective des besoins individuels

Les besoins hôteliers individuels des résidents ne font pas l'objet d'un recueil, si ce n'est la fiche de goût et les régimes qui sont d'ordre médical. Les ajustements se font grâce à l'observation des personnels. Mais rien dans l'organisation ne prévoit un réajustement systématique des prestations en fonction des besoins. Certes, c'est du bon sens. Mais les moyens institutionnels d'évaluation objective des besoins individuels et donc du type de prestations nécessaire n'existent pas.

a) *Entretien des chambres*

En ce qui concerne l'entretien des chambres, seuls les besoins objectifs d'hygiène sont pris en compte pour fixer le nombre et le type de passages des hôtelières, en plus du travail quotidien des aides-soignantes en la matière.

Ainsi, les souhaits des résidents, leurs demandes subjectives, ne sont pas considérés.

L'hôtelière référente et le cadre chargé de la qualité hôtelière fixent les passages nécessaires, quelques jours après l'entrée du résident, en fonction de son état et de ce qu'il est capable de faire lui-même. L'avis du résident n'est pas recherché. Il n'est pas certain non plus qu'il soit informé précisément des modalités de ménage de sa chambre.

Par ailleurs, il n'existe pas de fréquence de réévaluation de ses besoins. Elle s'effectue la plupart du temps lorsque l'état de santé du résident évolue. Cette évaluation se fait de la même façon que l'évaluation initiale.

⁴¹ Voir paragraphe 1.2. pp.13-14.

b) *Entretien du linge*

En ce qui concerne l'entretien du linge, l'avis des résidents n'est jamais recherché. Ainsi, l'établissement n'est pas en mesure de connaître les demandes des résidents en la matière, ni, consécutivement, les moyens de les combler.

c) *Restauration*

En restauration, les fiches de goût sont rarement réactualisées. Comme si un résident qui n'aime pas quelque chose ne l'aimerait jamais. Or, lors de mes entretiens, une résidente m'a affirmée qu'elle avait redécouvert les légumes depuis son entrée récente (trois mois). Donc les goûts des résidents peuvent évoluer au cours de leur séjour en maison de retraite en fonction des mets qui leur sont proposés.

L'avis des résidents est pris en compte globalement. A chaque repas, les hôtelières présentes demandent aux résidents comment ils trouvent le plat. Les agents notent ces remarques sur une fiche qu'elles transmettent à la cuisine. Une analyse globale est réalisée tous les quinze jours par le cadre chargé de la qualité hôtelière et la responsable de la cuisine. Il n'existe donc pas d'analyse individuelle de la satisfaction des résidents par rapport aux repas dans leur ensemble, ce qui va à l'encontre des prescriptions du PNNS qui dispose de « mieux prendre en compte les attentes des personnes hospitalisées. »⁴²

Ainsi, le manque d'évaluation des besoins individuels, de façon continue et objective, constitue bien une limite à la personnalisation des prestations hôtelières à l'hôpital local de Houdan. **Et l'hypothèse selon laquelle l'individualisation des prestations hôtelières serait tenue en échec par un défaut de définition des besoins individuels est vérifiée.**

En me basant sur l'enquête réalisée auprès de trente résidents de l'hôpital local de Houdan ainsi que sur le pré-projet de vie de 1998, j'ai pu constater que l'établissement

⁴² MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001-2005*. [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://sante.gouv.fr>>. p.21.

avait mis en œuvre des moyens afin d'individualiser certaines prestations hôtelières. Cependant, toutes les prestations ne sont pas concernées au même point et des écarts existent entre ce qui était prévu et ce qui est réalisé. Même si, globalement, les prestations sont de qualité satisfaisante aux yeux des résidents, le chemin vers une individualisation de toutes les prestations hôtelières est encore long car l'organisation de l'établissement n'est pas conçue pour cela, n'intégrant pas encore la notion d'évaluation continue des besoins individuels. Or, l'individualisation est un facteur essentiel de réussite de la prise en charge globale dans la mesure où elle favorise la création rapide de nouveaux repères spatio-temporels et affectifs, facteurs limitatifs du risque de vieillissement précoce consécutif à la rupture que constitue l'entrée en établissement.

Aussi, les propositions que je vais formuler à présent auront pour objectif de favoriser l'individualisation des prestations hôtelières au sein des résidences de l'hôpital local de Houdan. Mon action se focalisera sur la réduction des limites à l'individualisation identifiées, c'est-à-dire sur les moyens d'identification permanente des besoins hôteliers individuels et sur une amélioration de l'organisation des résidences.

3 LES MOYENS D'OBTENIR UNE RÉPONSE INDIVIDUALISÉE PERMANENTE AUX BESOINS ÉVOLUTIFS DES RÉSIDENTS

« Penser la démarche qualité dans les institutions sanitaires et sociales, c'est peut-être finalement, délibérément, passer d'une logique d'usager-objet à une logique d'usager-sujet, client et citoyen.

Une telle attitude nécessite alors la reconnaissance de l'usager comme :

- une personne unique, singulière dont on s'attachera à entendre les demandes, à comprendre les besoins et à respecter l'altérité ;
- dotée de droits inaliénables à promouvoir ;
- et d'une capacité de co-conception, de co-production et d'évaluation des services rendus. »⁴³

Comme je l'ai dit juste avant, l'avis des résidents est peu recherché et ne permet pas une bonne définition des besoins individuels. Un des moyens permettant la définition des besoins peut consister à améliorer la participation des résidents.

Par ailleurs, l'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité impulsée par l'accréditation de la partie sanitaire de l'hôpital local de Houdan peut avoir des répercussions sur tout l'établissement. En effet, la mise en place d'une cellule « qualité » devrait permettre à tous les professionnels de se forger une culture d'amélioration du service rendu. Les hôtelières ne devraient pas échapper à la règle. Elles devraient donc chercher constamment à améliorer, et donc à individualiser, les prestations d'entretien du linge et des chambres ainsi que les repas. Par ailleurs, la création d'une cellule « qualité », à l'occasion de l'accréditation, peut être un moyen organisationnel d'accompagnement de cette évolution culturelle permettant une réponse rapide à l'évolution des besoins individuels.

3.1 Améliorer la participation des résidents

J'ai constaté, lors de mon enquête, que les résidents éprouvaient de réelles difficultés à exprimer leurs besoins. Ils savent dire ce qui va ou ce qui ne va pas, mais ils ne savent pas dire comment améliorer ce qui ne va pas. De plus, ils ne s'expriment que si on leur

⁴³ DUCALET P., LAFORCADE M., op.cit., p.78.

demande leur avis et, d'une manière générale, ils ne sont pas très enclins à le donner. Aussi, « le risque est permanent de voir les professionnels parler pour lui (l'utilisateur). Bien que les intentions soient rarement coupables, le résultat est souvent tendancieux. »⁴⁴ Et même si l'idéal serait une expression directe et individuelle de chacun, force est de constater qu'il ne pourra jamais en être ainsi, étant donné les caractéristiques d'expression des personnes âgées en institution.

Il convient néanmoins d'essayer de développer des moyens de participation individuelle permettant le recueil continu des besoins de chacun, sans oublier de développer des moyens institutionnels d'expression, permettant aussi aux plus timides d'être entendus.

3.1.1 Des modalités institutionnelles à développer

Les méthodes institutionnelles de participation des résidents peuvent être développées. Il y en a de deux sortes : celles que j'ai appelées « en direct » et celles, plus classiques, de représentation des usagers.

A) La participation des usagers « en direct »

La participation des usagers en direct signifie qu'il n'y a pas d'intermédiaire entre chaque résident et les professionnels. Chaque résident est mis en situation de pouvoir s'exprimer. Il s'agit, d'une part, des enquêtes de satisfaction, et, d'autre part, des réunions annuelles des familles auxquelles les résidents sont conviés.

a) Les enquêtes de satisfaction

Même si les résidents ont de réelles difficultés à exprimer leurs besoins, le personnel peut identifier des besoins à partir du niveau de satisfaction des résidents. C'est la démarche que j'ai moi-même suivie lors de la réalisation de l'enquête d'avril 2003.

Il est donc nécessaire de mettre en place un système de recueil de la satisfaction des résidents.

⁴⁴ Ibid. p.52.

Une enquête de satisfaction est déjà en place depuis plusieurs années pour le service de médecine / soins de suite / soins palliatifs de l'hôpital local de Houdan. Elle est initiée par le bureau des admissions. Ce sont ses agents qui effectuent l'analyse des retours.

L'organisation d'une enquête annuelle de satisfaction en hébergement, fondée sur ces mêmes bases, est prévue.

Quelques précisions doivent quand même être apportées car une transposition en l'état de cette méthode risquerait de limiter les retours.

En effet, en médecine, un questionnaire de satisfaction est remis au patient lors de son entrée. Il doit le donner au service des admissions à sa sortie. Un deuxième questionnaire est envoyé trois mois plus tard, pour une évaluation «à froid». L'idée de plusieurs questionnaires est intéressante. Effectivement, un recueil de satisfaction à échéance régulière (à déterminer en équipe) en hébergement, permettrait de connaître l'évolution de la satisfaction et des besoins, globalement et pour chacun des résidents qui y aurait répondu. Je remarque que l'évaluation se fera forcément toujours «à chaud», contrairement au service de médecine, les personnes étant des résidents « permanents ».

Par ailleurs, il faut s'interroger sur la forme du recueil. Un envoi à tous les résidents serait le plus simple. Mais tous les résidents ne sont pas capables de lire. D'autres ne peuvent pas écrire. Les équipes des unités risqueraient d'être fortement mises à contribution pour remplir le papier, ce qui implique un risque de dénaturation des propos des résidents. Je pense que cela freinerait aussi l'envie de répondre des résidents.

Le recours à des enquêtes orales paraît donc plus adapté, d'autant que les résidents sont friands de visites. Il ne peut être question de demander aux équipes soignantes de se charger de les réaliser, pour les raisons que je viens d'évoquer. De plus, pour être significative dans le temps, l'enquête doit être renouvelée. De telles enquêtes, à l'échelle de 191 résidents, impliquent donc le recours à du personnel extérieur, ce qui sous-entend un certain coût, sauf à recourir à des stagiaires.

Les enquêtes réalisées, il pourra revenir à la cellule « qualité »⁴⁵ d'analyser globalement leurs résultats et de les retransmettre aux cadres des unités de vie afin qu'ils entreprennent l'adaptation des prestations hôtelières avec les besoins individuels identifiés.

Ainsi, le système actuellement embryonnaire de recueil de la satisfaction des usagers en hébergement pourrait être davantage développé afin de participer à l'identification des besoins individuels.

Par ailleurs, il n'y a pas de solution toute faite et il est nécessaire que l'établissement s'interroge sur le budget qu'il est prêt à consacrer à l'évaluation de la qualité de ses prestations.

b) *Les réunions annuelles avec les familles et les résidents*

L'hôpital local de Houdan a développé une autre sorte de participation « en direct » des usagers. Il s'agit de la réunion annuelle entre la direction, les familles et les résidents.

Cette réunion permet au directeur de dresser le bilan de l'année et d'exposer les objectifs futurs aux usagers. C'est aussi l'occasion pour les résidents et leurs familles d'exprimer directement au directeur leurs revendications et leurs besoins. Bien sûr, un tel mode d'expression n'est pas propice à l'identification des besoins individuels. Mais lorsqu'une personne prend la parole, il y a quand même des chances pour qu'elle parle d'elle ou de son parent.

Il serait peut-être opportun qu'un compte-rendu de cette réunion soit réalisé. Il serait diffusé, non seulement aux familles et aux résidents, mais aussi à l'ensemble des cadres responsables des unités de vie. Ceux-ci devraient éventuellement reprendre les interventions des uns et des autres afin de savoir si elles cachent un besoin individuel. Si c'est le cas, il faudra alors adapter les prestations hôtelières à celui-ci.

L'idée d'une réunion réunissant les usagers et la direction est donc très bonne en terme de communication et d'association des usagers à la vie institutionnelle mais elle pourrait être exploitée davantage afin d'identifier certains besoins, dont quelques uns peut-être individuels.

B) *La représentation des usagers*

La représentation des usagers est un domaine prévu par des textes légaux. Elle permet l'expression des résidents et leur participation à la vie collective de l'établissement. Elle peut être un facteur d'amélioration des prestations hôtelières. En matière de restauration,

⁴⁵ Voir paragraphe 3.2. p.55.

un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN) peut être créé. Dans les autres matières, un Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou Conseil d'Établissement (CE) peut suffire.

a) *En matière de restauration*

En matière de restauration, une circulaire⁴⁶ propose aux établissements de santé la mise en place, en leur sein, d'un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN). Cela va dans le sens prôné par le Plan National Nutrition – Santé.⁴⁷

Le CLAN est une structure transversale ayant pour « objectif de mieux coordonner tous les acteurs hospitaliers assurant directement ou indirectement la prise en charge de l'alimentation, qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers, des diététiciens, aides-soignants, responsables de la restauration, directeurs. »⁴⁸

« L'objectif du Comité de Liaison Alimentation-Nutrition est bien la réunion des professionnels impliqués à quelque degré que ce soit dans l'alimentation des résidents afin d'abord de les sensibiliser et ensuite d'optimiser la prise en charge nutritionnelle et la qualité de la restauration. »⁴⁹

Selon moi, la composition optimale d'un CLAN à l'hôpital local de Houdan, dont le champ d'intervention peut couvrir aussi bien les services d'hébergement que ceux de médecine / soins de suite / soins palliatifs, pourrait être la suivante :

- le chef d'établissement,
- la directrice des ressources humaines,
- un médecin,
- le pharmacien,
- le cadre supérieur de santé,
- le cadre chargé de la qualité hôtelière,

⁴⁶ Circulaire DHOS / E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition en établissements de santé.

⁴⁷ Voir paragraphe 1.2.2.B)a) p.21.

⁴⁸ Colloque « L'Alimentation-nutrition dans les établissements de santé : une politique innovante ». 7 février 2003 [consultation le 11 août 2003]. Discours de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Disponible sur Internet : <<http://www.recherche.sante.gouv.fr>>

-
- le cadre responsable de la cuisine,
- la diététicienne,
- un infirmier du service médecine / soins de suite / soins palliatifs,
- un infirmier des services d'hébergement,
- une aide-soignante du service médecine / soins de suite / soins palliatifs,
- une aide-soignante des services d'hébergement,
- une ou deux hôtelières,
- des représentants des usagers.

Un appel à candidatures devra être réalisé par le biais d'une note de service et d'une intervention du directeur ou de son représentant lors d'une réunion de transmissions.

De même, la coopération des usagers sera recherchée par le biais d'une lettre aux familles et aux résidents, relayée par l'insistance bienveillante des cadres de santé dans les services.

Le CLAN devra dresser le bilan des pratiques professionnelles en matière d'alimentation-nutrition puis fixer des objectifs d'amélioration.

La présence des usagers dans le CLAN permettra d'éviter de multiplier les structures et de constituer une commission « menu ». En effet, une telle commission, non obligatoire, a un intérêt essentiel puisqu'elle est un lieu d'expression des résidents et de recueil de leurs besoins. Comme le dit Agnès BERTRAND, directrice d'établissement sanitaire et social, « répondre aux goûts des résidents, prévoir des plats de remplacement si nécessaire, varier les menus, respecter les habitudes culinaires, n'introduire des régimes que sur stricte prescription médicale et en cas de réel danger pour la santé : ces préoccupations fondent le socle de la réflexion. La présence des résidents, d'agents de service participant aux tâches hôtelières et des personnels de cuisine dans ces réunions permet de fournir des améliorations à la prestation servie. Les résidents peuvent exprimer leurs souhaits et leurs critiques. Les personnels expliquent, quant à eux, leurs contraintes professionnelles et techniques, en particulier en terme de sécurité alimentaire. Le dialogue et la réflexion commune doivent rendre possible la mise en application d'améliorations souhaitées. »⁵⁰

⁴⁹ MOTTE M. Op.Cit. p.43.

⁵⁰ BERTRAND A. Qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées : point de vue du directeur. *Techniques hospitalières*, Mars 2003, n°674, p.31.

Ainsi, si la représentation des usagers est prévue par des textes et souvent mise en pratique dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en ce qui concerne la restauration, il n'en est pas encore ainsi à l'hôpital local de Houdan.

Cependant, d'autres formes de représentation, prévues par la réglementation, sont mises en place au sein de l'hôpital mais ne couvrent spécifiquement aucune discipline particulière.

b) Dans les autres matières

Actuellement, les usagers des maisons de retraite ont une instance de représentation obligatoire. Il s'agit du Conseil d'Établissement (CE) régi par le décret n°91-1415 du 31 décembre 1991.⁵¹

Malheureusement, les résidents et familles de résidents en soins de longue durée n'y sont pas représentés. Cela devrait être réglé par le décret d'application de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale sur le conseil de la vie sociale⁵², qui, à terme, remplacera le conseil d'établissement.

Le conseil d'établissement comprend des représentants :

- des usagers de l'établissement,
- des familles,
- des personnels,
- de la direction.

Le décret précise que « le nombre de représentants des usagers et de leur famille doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil d'établissement. »

Le CE peut faire des propositions et donne son avis sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement.

Il doit se réunir au moins deux fois par an.

⁵¹ Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

⁵² Art. 10 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, les usagers peuvent faire part de leurs besoins hôteliers à l'occasion des réunions du conseil d'établissement.

Il serait peut-être bon de faire de cet organe un lieu d'échanges et de discussions sur les besoins et attentes des résidents en matière d'entretien du linge et des chambres, à l'image du CLAN pour la restauration.

Il serait aussi envisageable que les représentants des usagers au CLAN soient issus du CE afin d'assurer une bonne liaison et une bonne cohérence entre les deux commissions.

Pour aller plus loin, on peut envisager de réunir le conseil d'établissement en CLAN, en y associant, pour l'occasion, les membres du CLAN qui ne font pas partie du conseil d'établissement. Cela permettrait de donner une plus grande légitimité aux représentants des usagers au CLAN car ils seraient alors élus, et suffisamment nombreux pour être représentatifs et pas trop impressionnés face à des directeurs, médecins et cadres de l'institution.

Ainsi, les modalités institutionnelles de participation des usagers des résidences de l'hôpital local de Houdan peuvent être améliorées de façon à concourir à un meilleur recueil des besoins hôteliers. Cependant, ces formes de participation permettent relativement peu l'identification des besoins individuels. Il s'agit davantage des besoins collectifs. Aussi, est-il important de développer d'autres moyens de participation qui permettront le recueil des besoins individuels et l'adaptation des prestations hôtelières offertes à chacun en fonction de leur évolution.

3.1.2 Les autres moyens « continus » plus individualisés

Les autres moyens permettant le développement de la participation des résidents sont leur association à la constitution de leur dossier unique partagé et l'atout que constitue la culture orale dans un établissement gériatrique. Ils paraissent davantage appropriés au recueil permanent de l'évolution des besoins individuels.

A) L'association du résident à la constitution du dossier unique partagé

A l'hôpital local de Houdan sont menées depuis plusieurs années une réflexion et des expérimentations afin de parfaire le dossier de l'utilisateur. Il n'y a qu'un dossier, que ce soit pour les résidents ou pour les patients.

Ce dossier regroupe toutes les informations utiles à une prise en charge globale. Toutes les parties (médicale, soignante, para-médicale et administrative) sont regroupées dans un document unique : le dossier unique.

Par ailleurs, tout le monde, des médecins aux hôtelières, en passant par les infirmières, cadres de santé, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeute, etc. peuvent écrire dans le dossier unique et lire, par la même occasion, les indications des autres intervenants. On peut donc parler de dossier unique partagé, facteur de réussite de la continuité de la prise en charge globale.

Au moment de la constitution initiale de ce dossier, il est nécessaire de recueillir certains éléments de la vie du résident. Ce sont des informations d'ordre social, psychologique, environnemental, sur son mode de vie actuel, son passé, les événements de sa vie, etc.

« Le but de notre outil «fichier du résident », comme l'appelle Richard VERCAUTEREN, est d'inscrire la démarche de travail dans une optique de qualité de services et d'amélioration de cette qualité, centrée sur l'identité du résident, lui-même représenté par son parcours de vie pris globalement, et différencié ainsi des autres personnes âgées de la structure. »⁵³

A l'entrée, puis tout au long du séjour, le résident est amené à participer à la constitution et au complément de son dossier. En effet, les équipes s'adressent prioritairement à lui, puis à sa famille, afin d'obtenir les renseignements nécessaires. L'observation et la discussion avec le résident permettent aussi de recueillir des données. « Le mode d'établissement de ce fichier permet d'impliquer la personne âgée elle-même ainsi que sa famille dans la constitution du recueil, ce qui renforce les liens sociaux et les échanges. »⁵⁴

Tous les renseignements sur le résident sont consignés dans le dossier unique partagé. Ils peuvent donner des indications sur les besoins du résident, y compris les besoins hôteliers. Ce dossier unique partagé fait l'objet d'une «construction permanente, afin

⁵³ VERCAUTEREN R. PREDAZZI M. LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2001. P.46. Pratiques gériatriques.

⁵⁴ Ibid.

d'intégrer au fil du temps les informations confiées par les personnes et leur famille, et au-delà, toutes les informations qu'il est possible d'obtenir au quotidien. »⁵⁵

Le dossier unique partagé, en place à l'hôpital de Houdan depuis quelques mois, est donc désormais un élément important de la prise en charge soignante et médicale, notamment par la participation des résidents qu'il implique. Il reste encore à la pratique à en faire un élément déterminant de la prise en charge hôtelière. L'incitation, voire la formation, des hôtelières à son utilisation pourront aider à accélérer ce changement culturel vers l'écrit. L'utilisation du dossier unique partagé participera alors à « se situer dans une démarche professionnelle dont le but ultime est d'améliorer, d'adapter, d'individualiser et de personnaliser chaque action auprès de chaque résident. »⁵⁶

B) La culture orale au service de la prise en charge globale

Pour l'instant, la culture dominante à l'hôpital local de Houdan est une culture orale. C'est-à-dire que les personnels éprouvent quelques réticences à écrire dans les dossiers. Cette culture est en train d'évoluer puisque l'accent est mis depuis plusieurs années sur la formation aux transmissions ciblées et à l'utilisation du dossier unique partagé, écrit.

Cependant, des réunions de transmissions ont lieu tous les jours en début d'après-midi, rassemblant l'ensemble de l'équipe d'une unité, y compris les hôtelières. Les personnels se disent alors leurs impressions et observations du jour sur les résidents. Cette réunion complète les dossiers écrits.

De plus, chaque mois, une réunion de synthèse est organisée par unité entre l'équipe et les médecins référents. Elles permettent de faire le point sur l'état de chaque résident. Leur objet est essentiellement médical et para-médical mais rien n'empêcherait de l'étendre à l'hôtellerie, plus systématiquement, dans le souci d'améliorer la prise en charge globale. Il faut noter que l'établissement va déjà en partie dans ce sens dans la mesure où la nutrition fait partie de l'ordre du jour.

Par ailleurs, comme je l'ai dit précédemment, la discussion avec les résidents, au moment des soins, de la toilette, ou du ménage, est l'occasion d'obtenir des informations sur l'état

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

et les besoins des résidents. La culture orale existe donc aussi et est prépondérante dans les relations professionnels - résidents.

Ainsi, la culture orale, encore très présente en institution gériatrique, est un facteur important dans la passation de l'information entre les membres d'une même équipe, en complément de l'écriture dans le dossier unique partagé du résident. Tout ceci contribue à l'identification des besoins de chaque résident et constitue donc des moyens continus de participation des résidents à leur prise en charge globale individualisée.

Le recours à des formes plus abouties de participation des résidents peut donc permettre une amélioration de la définition de leurs besoins hôteliers, tant collectifs qu'individuels. Ces formes, qu'elles soient institutionnelles ou personnelles, ont une influence sur l'organisation de l'établissement. Les modifications qu'elles sous-entendent vont pouvoir être accompagnées et coordonnées par la mise en place d'une cellule « qualité ».

3.2 La mise en place d'une cellule « qualité »

Avant de décrire les modalités de mise en place d'une cellule « qualité » à l'hôpital local de Houdan, je vais m'attarder sur les objectifs que la direction lui a donnés et démontrer qu'un tel organe peut favorablement influencer l'individualisation des prestations hôtelières d'hébergement.

3.2.1 Les objectifs d'une cellule « qualité » à l'hôpital local de Houdan

La création d'une cellule « qualité » à l'hôpital local de Houdan est une des conséquences directes de la démarche d'accréditation initiée en 2003. Elle est composée des personnes clefs de cette démarche : le chef d'établissement, la responsable assurance qualité, la responsable de la gestion documentaire et une secrétaire de direction. La cellule va participer à impulser et à accompagner le changement culturel qu'implique l'entrée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Plus précisément, en matière d'hôtellerie, elle va devoir cadrer les efforts du personnel intéressé dans le but de pouvoir réagir rapidement aux évolutions des besoins individuels de chaque résident.

A) L'accompagnement du changement culturel

« La qualité représente pour les organisations un changement profond et ne peut se limiter à l'introduction d'outils ou de méthodes. C'est une transformation progressive des schémas culturels, des modes de fonctionnement et d'organisation. La qualité ne peut donc pas se dissocier de la stratégie et de la politique de l'hôpital. Elle doit intégrer les contraintes réglementaires, il ne s'agit pas de se centrer exclusivement sur les besoins des clients. »⁵⁷

a) *De l'obligation réglementaire...*

Pour les établissements publics de santé, la démarche d'accréditation est obligatoire depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière. L'hôpital local de Houdan est entré dans cette démarche en avril 2001. La visite d'accréditation est prévue pour la fin du mois de septembre 2003.

Lors de mon stage de professionnalisation, je me suis occupée de préparer cette visite, notamment en organisant la phase d'auto-évaluation. Un plan d'amélioration de la qualité a été rapidement établi à partir des axes d'amélioration de la qualité que les groupes d'auto-évaluation déterminaient. Mettre en place un tel plan suppose que les actions d'amélioration sont définies, que leur mise en œuvre est programmée ainsi que les moyens nécessaires, et que l'évaluation de leur réalisation est prévue. Cela constitue une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La direction et moi-même avons décidé de profiter de l'engouement qu'a suscité l'auto-évaluation pour mettre en œuvre une démarche plus générale et plus pérenne d'amélioration continue de la qualité.

Bien sûr, il est dans l'intérêt de l'établissement de mettre en place une telle démarche avant la visite d'accréditation dans la mesure où cette organisation assurera les experts-visiteurs de la dynamique qualité dans laquelle l'établissement s'est engagée. Mais ce qui est surtout le plus important, au-delà de l'opportunité créée par l'accréditation, ce sont les avantages qu'une telle démarche représente pour les patients et les résidents.

Un directeur doit profiter de la mise en œuvre d'une obligation réglementaire, telle que l'accréditation, pour créer une opportunité de développement supplémentaire. C'est ce qui a été fait à l'hôpital de Houdan.

De même, l'hôpital devra entrer dans une opération de conventionnement avec le conseil général et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Yvelines afin de s'affranchir de l'obligation énoncée dans les décrets d'avril 1999 relatifs à « la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées ». Cette réforme prévoit aussi une phase d'auto-évaluation de la qualité des prestations offertes en hébergement. Sa réalisation, le moment venu, permettra à l'hôpital local de Houdan, au-delà de l'affranchissement de la contrainte réglementaire, de réaliser une évaluation de son système qualité. J'espère que des progrès pourront alors être enregistrés par rapport aux points d'amélioration soulevés par l'accréditation.

Je sais bien que le manuel d'accréditation et les critères de qualité énoncés dans le cahier des charges de la convention pluriannuelle⁵⁸ ne portent pas sur des items identiques. Cependant, comme les démarches d'accréditation et d'amélioration continue de la qualité sont globales à l'hôpital de Houdan, l'accréditation a aussi concerné les services d'hébergement. Une évaluation des pratiques a donc été réalisée. Certains axes d'amélioration ont été identifiés. Leur réalisation permettra d'améliorer les résultats de l'auto-évaluation effectuée dans le cadre de la préparation de la signature de la convention tripartite.

b) Au changement des mentalités

Mais le plus difficile sera sans aucun doute de changer les mentalités. En effet, il faut que chaque personnel accepte que la qualité de son travail soit évaluée, non seulement au moment des auto-évaluations obligatoires, mais encore tout au long de la réalisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci devient un mode de management.

⁵⁷ GUESNIER M. FOURCADE A. RAVAUD P. GUEZ P. Qualité, Évaluation, Accréditation : les concepts. *Technologie et santé*, Décembre 1997 n°32, p.6.

⁵⁸ 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 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Comme le souligne Alain HOUYVET, « la démarche qualité est un outil de management participatif. C'est un objectif mobilisateur. Elle agit sur la motivation du personnel :

- par la définition claire des tâches
- par la responsabilisation des acteurs
- par la reconnaissance des savoir-faire.

[...] C'est un état d'esprit. »⁵⁹

Comme tout changement culturel, cela prendra du temps, même si le terreau est très fertile à l'hôpital de Houdan. En effet, il existe déjà une culture – parcellaire – de démarche qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles pour certains objets. C'est le cas, par exemple, du dossier du patient, qui a connu plusieurs moutures avant d'atteindre sa forme actuelle qui est un dossier unique partagé.

Cependant, dans le domaine de l'hôtellerie, l'objectif recherché sera non seulement d'améliorer les prestations offertes, mais encore de les individualiser.

B) Objectif en matière d'hôtellerie : pouvoir réagir rapidement aux évolutions des besoins individuels

Je vais commencer par revenir sur les principes de l'amélioration continue de la qualité en général avant de les appliquer au domaine hôtelier en particulier.

a) *Les principes de l'amélioration continue de la qualité*

Pierre DUCALET et Michel LAFORCADE insistent sur le fait que «la qualité est un cheminement, une tension permanente. Elle suppose un goût pour le doute et l'inachevé. »⁶⁰

⁵⁹ HOUYVET A. La démarche qualité à l'Hôpital PLAISIR-GRIGNON. *Technologie et santé*, Novembre 1998, n°34, p.42.

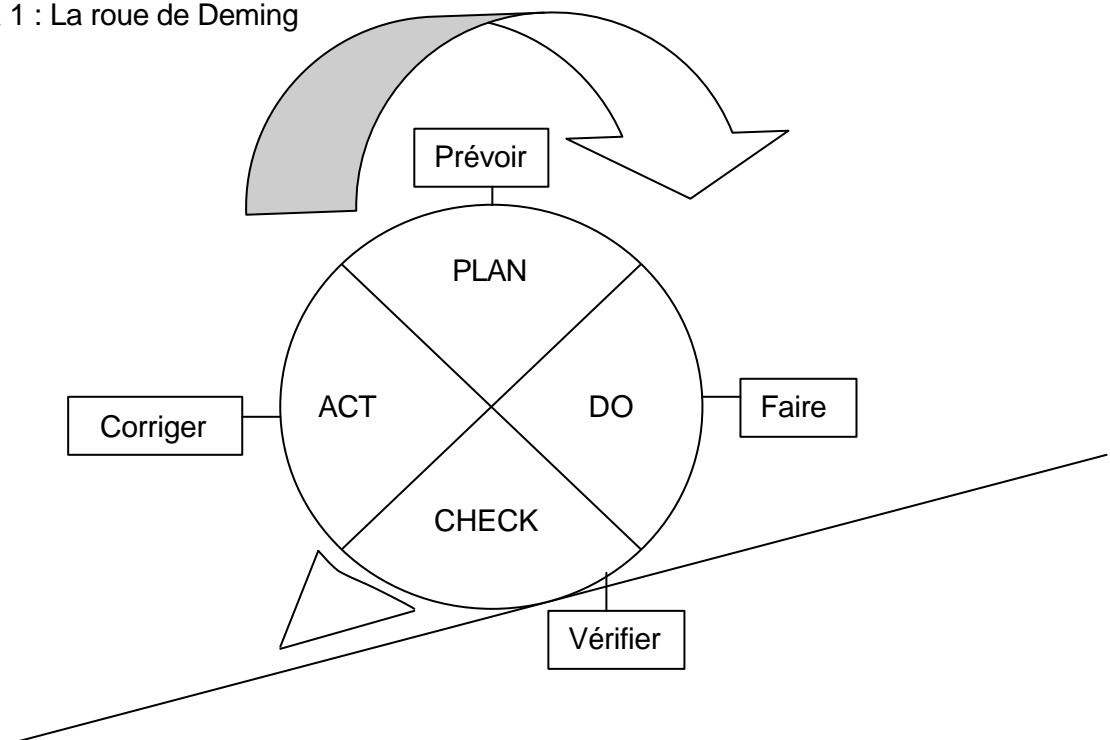
⁶⁰ DUCALET P. LAFORCADE M. Op.Cit. p. 47.

En effet, en hôpital local, la mise en œuvre du processus d'amélioration continue de la qualité suppose d'abord l'identification d'un problème. Puis, les acteurs concernés conçoivent une solution. Ensuite, ils la mettent en œuvre. Puis, au bout d'un certain temps, ils mesurent les effets de la solution sur le problème : s'il n'est pas entièrement réglé, ils doivent réajuster la solution.

Voici énoncés rapidement les principes de l'amélioration continue de la qualité. Ils sont souvent représentés par ce que l'on appelle « la roue de Deming », ou connus aussi sous les termes PDCA (Plan – Do – Check – Act).

Le schéma suivant fournit quelques explications.

Schéma 1 : La roue de Deming



.

La flèche sous la roue représente la qualité, qui ne doit que s'accroître. La mise en œuvre du PDCA fait tourner la roue dans le sens de la flèche placée en haut du schéma. Une roue qui tourne sur la pente de la qualité est une roue qui monte et qui permet une amélioration continue de la qualité. Bien entendu, l'établissement doit mettre en place une organisation ne permettant pas à la roue de redescendre, d'où la cale sous la roue. Toute amélioration obtenue doit donc être pérenne.

Il reviendra ainsi à la cellule « qualité » de mettre en œuvre le PDCA dans les actions d'amélioration envisagées.

Voyons maintenant comment appliquer ces concepts à l'individualisation des prestations hôtelières.

b) *L'amélioration continue appliquée à l'individualisation des prestations hôtelières*

Tout d'abord, sans parler encore d'individualisation, il faut savoir que le concept de l'amélioration continue de la qualité est applicable à toutes les prestations de l'hôpital. C'est un mode de management.

En matière d'individualisation des prestations hôtelières, la mise en œuvre du PDCA pourrait être déclinée ainsi :

- Plan : L'équipe planifie, en collaboration avec l'hôtesse et l'aide-soignante référentes des objectifs à atteindre pour chaque résident qui pourraient améliorer ou maintenir certaines capacités ;
- Do : Les référentes mettent en œuvre les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs ;
- Check : Au bout de quelque temps, elles évaluent la pertinence des actions au regard des objectifs ;
- Act : En fonction de l'évaluation, elles réadaptent les actions ou, en concertation avec l'équipe, les objectifs sont modifiés.

Développons un exemple. Une résidente éprouve des difficultés à se servir de ses mains. D'autre part, elle souhaite que sa chambre soit toujours absolument impeccable. Cette dame est par ailleurs assez autonome.

L'équipe détermine donc les besoins suivants :

- besoin médical de rééducation des mains,
- besoin hygiénique d'entretien de sa chambre : un complet deux fois par semaine ;
- demande d'une chambre toujours propre.

Ces trois besoins caractérisent les trois objectifs à atteindre. En complément d'une thérapie adaptée ainsi que des séances de rééducation avec les kinésithérapeutes, l'équipe décide donc que l'hôtesse référente assurera un entretien complet de la chambre deux fois par semaine et qu'elle mettra à la disposition de la résidente du matériel et des produits nécessaires à l'entretien quotidien. La résidente accepte cette proposition. Au bout de deux mois, une évaluation de la situation est réalisée par le cadre de santé de l'unité. Cette évaluation révèle que la dame a récupéré une partie de son autonomie manuelle (objectif premier atteint partiellement), que l'hygiène de la chambre est assurée (objectif second atteint totalement) mais que la chambre n'est cependant pas toujours aussi propre que la résidente le désirerait (objectif troisième atteint partiellement). Après analyse de la situation, il ressort qu'il est nécessaire de prescrire de nouvelles séances de rééducation. Une discussion avec la résidente fait apparaître qu'elle n'aime pas utiliser le produit de dépoussiérage parce qu'il lui dessèche les mains. L'équipe décide de maintenir les objectifs et de donner des gants à la résidente pour l'utilisation de ce produit. L'aide-soignante lui appliquera aussi tous les matins une crème hydratante sur les mains. Une évaluation de ces mesures sera réalisée un mois plus tard.

Nous constatons donc que l'application du PDCA aux prestations hôtelières peut concourir à leur individualisation permanente en favorisant l'évaluation et l'adaptation rapide de l'organisation aux besoins et attentes des résidents.

L'existence d'une cellule « qualité » dans l'organisation de l'hôpital local de Houdan va permettre de diffuser une certaine culture de la qualité dans l'ensemble des services. A terme, chaque personnel devra être capable de se demander en permanence si ce qu'il fait est souhaitable pour le résident et souhaité par le résident. L'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que le réajustement continu aux objectifs déterminés seront les deux priorités de la cellule. Elle sera garante de la bonne application du PDCA dans tous les services et dans tous les domaines.

3.2.2 Les modalités de la mise en place et du fonctionnement de la cellule « qualité »

Pour pouvoir ajuster rapidement les prestations offertes aux besoins, il est nécessaire que la cellule « qualité » soit relativement petite. Cependant, il n'est pas question qu'elle se substitue aux équipes des unités de vie. Elle aura donc un rôle d'impulsion, de formation

et d'assistance des équipes et devra être relayée dans les services par d'autres professionnels.

A) Composition

Ainsi, la cellule « qualité » aura une composition *stricto sensu* mais bénéficiera aussi du concours d'autres relais institutionnels qui auront l'occasion d'intervenir régulièrement dans le système qualité de l'hôpital local de Houdan.

a) *Composition stricto sensu*

Dans le courant de l'auto-évaluation de l'accréditation, au printemps 2003, la direction de l'hôpital de Houdan et moi-même avons commencé à réfléchir sur la façon de pérenniser une organisation favorisant l'amélioration continue de la qualité dans tous les domaines d'activité de l'établissement.

Une idée s'est imposée d'elle-même : s'appuyer sur les structures qui avaient été mises en place pour mener l'accréditation. Un groupe « conduite de projet », constitué du cadre supérieur de santé de l'établissement nommé responsable assurance qualité, une secrétaire de direction et moi-même, directrice stagiaire, était chargé de coordonner l'ensemble de la démarche d'accréditation. Le cadre du centre de santé était responsable de la gestion documentaire.

Au vu de la pertinence de ces structures au sein de l'hôpital local de Houdan, la cellule « qualité » a donc été constituée de la façon suivante :

- le chef d'établissement dont une des missions fonctionnelles est la qualité,
- la responsable assurance qualité,
- la responsable de la gestion documentaire et
- la secrétaire de direction.

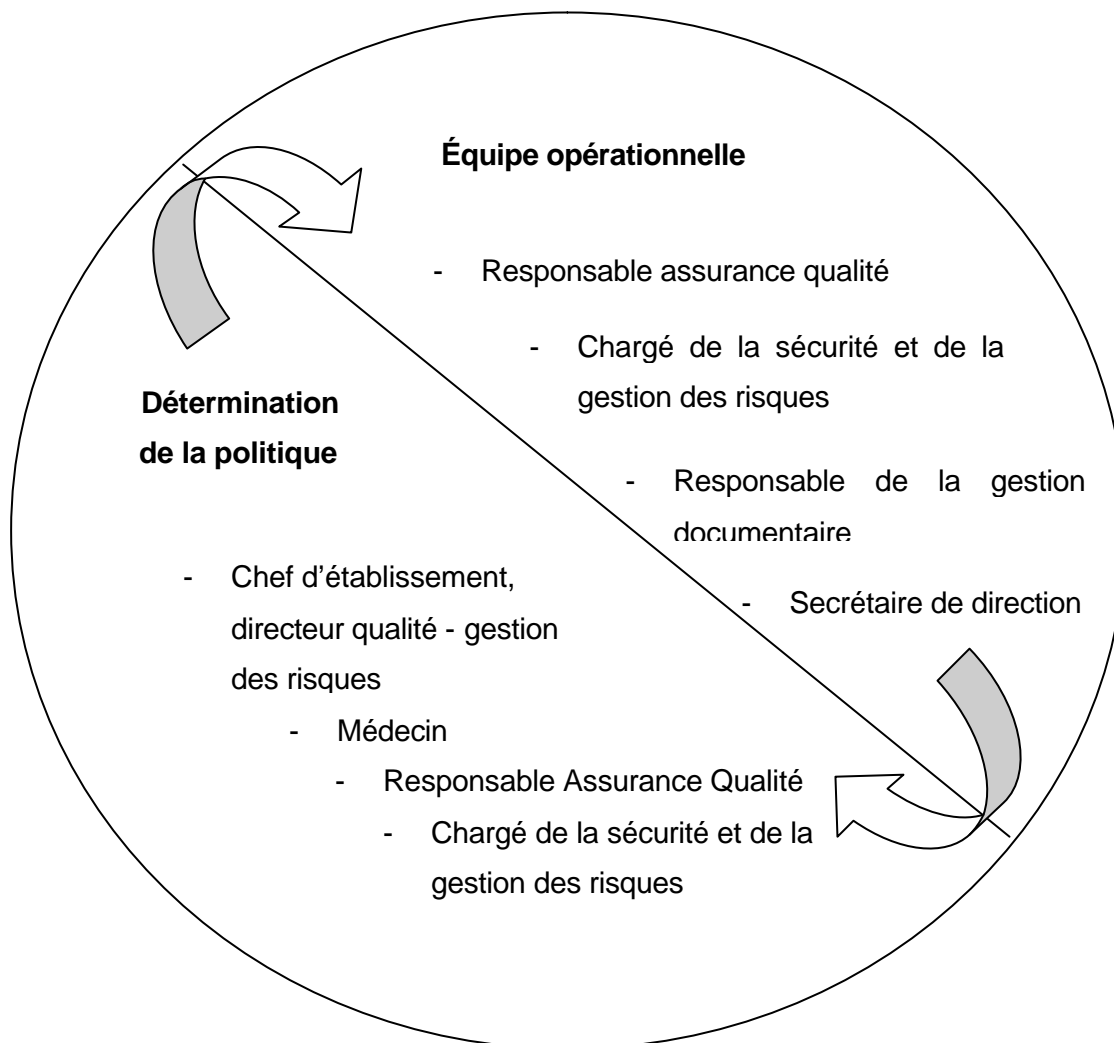
Pour ces personnes, la cellule « qualité » constitue le prolongement logique de la démarche d'accréditation. Elles ont été choisies pour faire partie de la cellule « qualité » parce qu'elles ont démontré leur intérêt et leurs connaissances pour la qualité et leur savoir-faire en matière de gestion de projet.

Par la suite, intégrant les informations de la fin de l'auto-évaluation, l'équipe de direction a décidé d'élargir la cellule « qualité » afin qu'elle devienne aussi une cellule de gestion des

risques. Cela paraît logique dans la mesure où il est difficile de parler de qualité alors que des risques subsistent. Les deux sont intimement liés.

Ainsi, la cellule a été étoffée. Le schéma suivant permet de comprendre sa composition et son fonctionnement interne :

Schéma 2 : Cellule « qualité et gestion des risques » à l'hôpital local de Houdan.



Il faut remarquer, chose importante en hôpital local, qu'un médecin, en l'occurrence le président de la commission médicale d'établissement, est associé à la définition de la politique qualité.

D'autre part, deux membres font partie des deux parties de la cellule, ce qui permettra une mise en œuvre rapide et fidèle de la politique définie. Il s'agit de la responsable assurance qualité et du chargé de la sécurité et de la gestion des risques.

Ainsi, petite par sa taille (six personnes), la cellule « qualité et gestion des risques » possède un atout incontestable de réactivité.

Cependant, pour être efficace dans la réalisation de ses missions, d'autres acteurs vont intervenir autour de la cellule.

b) *Les acteurs intervenant régulièrement dans le système qualité de l'hôpital*

La mission première de la cellule « qualité – gestion des risques » sera de mettre en œuvre le plan d'amélioration de la qualité. Celui-ci est constitué, pour l'instant, des actions d'amélioration identifiées par les groupes d'auto-évaluation dans le cadre de l'accréditation.

Ce plan se découpe en plusieurs projets, d'inégale importance. Il y a un projet pour chaque action d'amélioration envisagée.

Chaque projet est détaillé dans une fiche-projet qui retrace :

- le constat de départ motivant la création d'un projet,
- la date du constat,
- l'objectif recherché,
- les moyens envisagés,
- l'évaluation de la réalisation du projet, avec critères et fréquence d'évaluation,
- la personne responsable de la mise en œuvre du projet,
- la date de réalisation du projet.

Le plan d'amélioration de la qualité est donc le support de la démarche d'amélioration continue de la qualité. C'est un document à l'image de la démarche elle-même : dynamique.

Des responsables de projet interviendront donc régulièrement dans le système qualité, en relation avec la cellule « qualité – gestion des risques », et sur sa délégation. C'est-à-dire que la cellule désignera le responsable de projet.

On peut se poser la question de l'association de représentants des usagers dans la cellule. Il ne me semble pas adapté d'inscrire dans la composition de la cellule des représentants des usagers. D'une part, parce qu'ils ont déjà d'autres organes de représentation. D'autre part, parce qu'en multipliant les membres, je prends le risque de

ralentir la cellule, ce qui irait à l'encontre de ses missions et de la philosophie de l'amélioration continue de la qualité.

Cependant, la cellule travaillera de concert avec les instances représentatives des usagers et la commission des relations avec les usagers, organe de recueil et de traitement des plaintes pour tout l'établissement.

Ainsi, la composition *stricto sensu* de la cellule « qualité – gestion des risques » est assez réduite. Elle implique néanmoins tous les grands secteurs d'activité de l'établissement : médical, soins, sécurité et management. Son rayonnement, à travers les responsables de projet, s'étendra sur l'ensemble des services. C'est ainsi que la culture d'amélioration continue de la qualité entrera dans toutes les pratiques professionnelles.

B) Missions

La première mission de la cellule « qualité – gestion des risques » sera de prioriser les actions prévues dans le plan d'amélioration de la qualité.

Cette priorisation doit rechercher le meilleur consensus possible. Aussi, la cellule devra travailler avec les différentes instances de l'établissement. Certaines seront directement concernées par certains projets du plan. Ainsi, l'avis du comité technique d'établissement, de la commission médicale d'établissement, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi que du comité de lutte contre les infections nosocomiales peut parfois être requis par la cellule. L'avis des chefs de service et des cadres de santé peut aussi être recherché à travers les réunions de chefs de service et les réunions de cadres de santé, mensuelles toutes les deux à l'hôpital local de Houdan.

L'autre rôle fondamental de la cellule sera d'impulser l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment par le biais de l'évaluation des protocoles. La veille documentaire permettra de dresser un calendrier des évaluations prévues dans les protocoles.

Bien sûr, un gros travail doit être réalisé pour prévoir, dès la conception d'un projet ou d'une procédure, les critères de leur évaluation. La responsable assurance qualité a d'ores et déjà suivi une formation spécifique sur ce sujet.

Un autre mode d'évaluation, complémentaire du précédent, est le recours aux enquêtes de satisfaction. Il reviendra à la cellule de les impulser, d'en suivre le déroulement et d'en analyser les résultats.

A la suite des évaluations, la cellule devra réfléchir à la politique à mettre en œuvre afin d'améliorer davantage les résultats pour atteindre les objectifs. En d'autres termes, elle devra mettre en œuvre le PDCA.

Au-delà de son rôle direct dans la réalisation des projets, la cellule « qualité – gestion des risques » devra participer au recueil des besoins de formation en matière de qualité. Si possible, elle pourra assurer elle-même certaines formations. Pour d'autres, elle aura recours à des prestataires spécialisés. Les membres de la cellule ont déjà commencé à bénéficier de formations.

Enfin, elle assurera des actions de communication interne auprès des professionnels afin de modifier progressivement la culture de l'hôpital dans le sens de l'amélioration continue de la qualité. Elle s'appuiera pour cela sur les circuits internes de communication existant déjà : journal trimestriel, réunions de services, notes d'information.

Ainsi, la cellule « qualité – gestion des risques », par la culture qu'elle contribuera à changer, participera à l'amélioration des prestations hôtelières et à leur individualisation accrue.

Ainsi, le développement des moyens de participation des résidents devrait rendre possible une identification permanente des besoins individuels et la cellule « qualité » devrait permettre, à terme, une réponse adaptée immédiate de l'organisation des résidences aux besoins individuels des personnes âgées. Les deux moyens proposés sont donc complémentaires l'un de l'autre.

CONCLUSION

Nous savons à présent que l'hôpital local de Houdan désire individualiser les services qu'il rend aux usagers de ses deux résidences pour personnes âgées.

Nous savons aussi que l'individualisation des trois prestations hôtelières (entretien de la chambre du résident, du linge qu'il utilise et restauration) n'est pas limitée par le défaut d'écriture d'un projet de vie institutionnel. Il n'est pas non plus prouvé que les moyens humains, en nombre et en qualification, soient à l'origine d'un défaut d'individualisation.

Par contre, nous savons que l'individualisation est tenue partiellement en échec par un déficit dans l'identification permanente des besoins individuels, qu'ils correspondent à un « besoin objectif » ou à une demande ainsi que par une organisation qui ne va pas jusqu'au bout de la logique d'individualisation.

Je propose donc de remédier à ces deux difficultés par un développement des moyens de participation des résidents afin d'identifier mieux et plus rapidement leurs besoins individuels, et par la création d'une cellule « qualité » prônant et mettant en œuvre les principes de l'amélioration continue de la qualité dans tous les domaines d'activité de l'établissement, y compris les prestations hôtelières individuelles.

L'objectif de l'individualisation est de concourir au processus d'intégration du résident dans son nouvel environnement et de limiter, de ce fait, les risques de vieillissement accéléré dû au phénomène de rupture souvent observé à l'entrée en établissement.

La difficulté, pour le directeur, sera de garantir la pérennité du système d'individualisation qu'il met en place. En effet, la réussite de l'individualisation dépend beaucoup de la participation des résidents à l'identification de leurs besoins individuels. Le résident peut être pleinement acteur de sa prise en charge, à tous les niveaux : médical, soignant, hôtelier et social. Il peut exercer sa volonté et son choix sur tous les domaines de sa nouvelle vie. Par ailleurs, le système mis en place devra toujours s'interroger sur le sens de son action et sur son adaptation aux désirs des résidents. Le directeur devra donc faire preuve d'une grande qualité d'écoute, garante de l'adaptabilité de l'établissement. En d'autres termes, pour être évolutif, ce projet devra prévoir ses formes d'évaluation et d'adaptation à tout changement de situation du résident, c'est-à-dire qu'il devra intégrer dans son processus interne les principes de l'amélioration continue de la qualité.

Bibliographie

Texte législatifs et réglementaires :

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

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 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire DGS/(SD5A) n° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>

Circulaire DHOS / E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition en établissements de santé [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://www.recherche.sante.gouv.fr>>

Articles de périodiques :

ABRAMOVICI C. Le goût de la vie. *Gérontologie et société*, Décembre 1997, n°83, pp.83-87.

BADEY-RODRIGUEZ C. L'entrée en institution des personnes âgées. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Avril 1998, n°6, pp.7-9.

BERTRAND A. Qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées : point de vue du directeur. *Techniques hospitalières*, Mars 2003, n°674, pp.29-31.

CCLIN Ouest. Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Techniques hospitalières*, Mars 2003, n°674, pp.35-53.

COTI P. ROULET M. GUEX E. RAPIN C.-H. Limites éthiques de la nutrition artificielle chez la personne âgée. *La revue du généraliste et de la gériatrie*, Juin 2002, n°86, pp.304-307.

FERRY M. Besoins nutritionnels : les acquis, le futur. *Gérontologie et société*, Décembre 1997, n°83, pp. 7-11.

GUESNIER M. FOURCADE A. RAVAUD P. GUEZ P. Qualité, Évaluation, Accréditation : les concepts. *Technologie et santé*, Décembre 1997 n°32, pp.5-10.

HOUYVET A. La démarche qualité à l'Hôpital PLAISIR-GRIGNON. *Technologie et santé*, Novembre 1998, n°34, pp.41-42.

ROSSIGNOL J.-M. Editorial. *Gérontologie et société*, Décembre 1997, n°83, pp.3-4.

Ouvrages :

DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Gap : Seli Arslan, 2000. 272 p.

FERRY M. et al. *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*. Paris : Berger-Levrault, 1996. 227 p.

JAUDON P. / Inhni/Ministère de l'Éducation Nationale (ed.). *Hygiène et propreté des surfaces en établissements de santé*. Bayeux : Pyc Livres.com, 2002. 157 p. Collection guides pratiques.

VERCAUTEREN R. PREDAZZI M. LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2001. 198 p. Pratiques gériatriques.

ZRIBI G. SARFATY J. et al. *Handicap mental et vieillissement*. Paris : CTNERHI – PUF, 1990. 123 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Février 1999, 232 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Ministère délégué à la santé. *Programme National Nutrition Santé PNNS 2001-2005*. Disponible sur internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>. 40 p.

SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES ÂGÉES / MINISTÈRE DES SPORTS. *Programme national "Bien vieillir" 2003-2005*. Mars 2003, 39 p.

Mémoires :

MAÇON H. *Organiser, dans un foyer d'hébergement, un service d'accueil de jour, en réponse au désinvestissement social et professionnel des adultes handicapés mentaux*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique de Certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'un établissement social, Rennes, 1993, 86 p.

MOTTE M. *La qualité hôtelière en restauration : l'exemple du centre de gérontologie Les Abondances*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique de directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 2002. 60 p.

Sites internet :

ANAES : <http://www.anaes.fr>

CCLIN Ouest : <http://www.cclinouest.com>

Club francophone gérontologie et nutrition : <http://www.mapage.noos.fr/cfgn>

Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr>

Ministère des affaires sociales : <http://www.social.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe n°1 :

Questionnaire, support de l'enquête de besoins réalisée au mois d'avril 2003 auprès de 30 résidents de l'hôpital local de Houdan

ÉTUDE DE BESOINS

NOM :

Prénom :

Service :

Entretien effectué le :

LE MÉNAGE

1. Voudriez-vous que votre chambre soit nettoyée plus souvent ? Pourquoi ?

2. Voudriez-vous qu'elle soit mieux nettoyée ?

3. Avez-vous des souhaits particuliers en matière de ménage ?

LE LINGE

1. Choisissez-vous les vêtements que vous portez ? Si non, pourquoi et voudriez-vous les choisir ?

2. Aimez-vous ce que vous portez ?

3. Avez-vous des vêtements qui ne vous appartiennent pas ?

4. Avez-vous eu du linge égaré ?

5. Voudriez-vous que vos vêtements soient nettoyés plus souvent ? Pourquoi ?

6. Voudriez-vous qu'ils soient mieux nettoyés ?

7. Avez-vous des souhaits particuliers en matière d'entretien de vos vêtements ?

8. Le linge de maison est-il suffisamment changé ?

9. Voudriez-vous qu'il soit nettoyé plus souvent ? Pourquoi ?

10. Voudriez-vous qu'il soit mieux nettoyé ?

11. Avez-vous des souhaits particuliers en matière de nettoyage du linge de maison ?

LE REPAS

1. Mangez-vous à votre faim ?

2. Aimez-vous ce qui est servi ?

3. Avez-vous le choix de ce que vous mangez ?

4. Que préférez-vous ? »

Les crudités ?

La charcuterie ?

La viande ?

Le poisson ?

Les œufs ?

Les légumes verts ?

Les féculents ?

Les fruits ?

La pâtisserie ?

5. Aimez-vous les laitages ?

6. Souhaiteriez-vous avoir un laitage au goûter ?

7. Buvez-vous assez ?

8. Que souhaiteriez-vous boire ?

9. A quelle heure souhaiteriez-vous manger (pour les 4 repas) ?

10. Combien de temps souhaiteriez-vous rester à table (pour les 4 repas) ?

11. Où voulez-vous manger (pour les 4 repas) ?

12. Avec qui voudriez-vous manger ?

13. Comment voudriez-vous être servi ?

Souhaiteriez-vous donner votre opinion plus souvent ? Comment ?