



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

PROMOTION 1999 – 2001

Date du Jury : 26, 27 et 28 février 2001

LA DEMARCHE QUALITE DANS LES UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE DU MORBIHAN

Marie-Christine LE NAOUR GOUZOUGUEN

SOMMAIRE

L'INTRODUCTION

LA METHODOLOGIE

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

LES BESOINS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

L'évolution démographique : le vieillissement de la population

Le contexte national

Le contexte local

Le concept de dépendance

La notion de dépendance / handicap / autonomie

L'accroissement de la dépendance physique et psychique des personnes âgées

LA REPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : L'OFFRE DE SOINS

L'aspect quantitatif

L'offre de soins au regard de la carte sanitaire

L'évolution des capacités

L'aspect qualitatif de prise en charge des résidents dans les structures

La notion de la qualité dans le sanitaire

L'émergence de la qualité

L'appréciation de la qualité de vie en long séjour

L'ETAT DES LIEUX DES SOINS DE LONGUE DUREE

L'activité

Les journées réalisées

Le taux d'occupation les transferts

Les hospitalisations

La population accueillie

- L'origine géographique des résidents
- Les bénéficiaires de l'aide sociale
- La répartition selon les affections et les dépendances
- L'âge des résidents
- La répartition

Le personnel

- Le personnel libéral
- Les effectifs par fonction et selon la section soins ou hébergement
- Les ratios de personnel
- La proportion AS/ASH
- Le taux d'absentéisme
- La formation continue
- Le personnel de nuit
- La sous-traitance
- La gestion prévisionnelle des emplois

Le descriptif des établissements

- L'implantation des établissements
- L'équipement des établissements
- Les services de restauration
- La date de construction des bâtiments
- Le plan architectural

L'ASPECT DEMARCHE-QUALITE

Attentes et satisfaction des résidents et des familles

- Accueil et admissions
- Droits et libertés
- La restauration
- La vie sociale : animation

Les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie

- Le maintien de l'autonomie
- L'organisation des soins
- Aides et soins spécifiques

- L'hôtellerie
- Le personnel

- Les établissements et leur environnement
 - L'ouverture sur l'extérieur
 - La sécurité et la maintenance
 - Le projet institutionnel

DEUXIEME PARTIE : L'ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS

LES DYSFONCTIONNEMENTS GENERES PAR UN SYSTEME DE TARIFICATION INADAPTE

- Le cadre législatif et réglementaire
 - L'insuffisance des budgets
 - Le financement des soins
 - Le financement de l'hébergement
 - Les dépenses réelles
 - Les coûts

- Les imperfections de la prestation Spécifique Dépendance
- Autres difficultés

UNE QUALITE DE VIE PERFECTIBLE DANS LES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE

- L'introduction d'une démarche qualité dans les établissements
- Le choix de l'implantation des établissements
- Une architecture pas toujours adaptée
- Une prestation repas de meilleure qualité
- L'absence de participation des familles dans le fonctionnement des structures
- L'organisation du travail

TROISIEME PARTIE : LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES UNITES ET SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE

LE PLAN GERONTOLOGIQUE

LES CONTRATS DE PLAN

L'ENTREE DANS LA REFORME DE LA TARIFICATION

Le nouveau dispositif législatif et réglementaire

Un engagement dans une démarche d'assurance-qualité

Une sensibilisation des USLD à la démarche d'auto-évaluation

ELLE DOIT S'ACCOMPAGNER D'UNE REVISION DE LA PSD

Le droit des personnes âgées dépendantes

Les propositions du rapport SUEUR

LA REDEFINITION DES SOINS DE LONGUE DU REE

Les grandes lignes de la réforme

L'attente de la réforme constitue un frein à l'entrée dans la réforme de tarification

Le point de vue des gériatres

CONCLUSION

La Bibliographie

L'INTRODUCTION

Le thème de la dépendance des personnes âgées reste plus que jamais d'actualité. Face à la perspective d'un vieillissement de la population, l'année 1999 a été marquée par l'ouverture de nombreux chantiers qui doivent concourir à préserver le plus longtemps possible le libre choix par la personne âgée de son mode de vie, à domicile comme en établissement.

Historiquement, le législateur a fait coïncider la vieillesse avec l'âge légal de départ à la retraite : aujourd'hui, on est vieux à partir de l'âge de 60 ans : preuve en est qu'à cet âge on possède une carte vermeil. Toutefois, avec l'accroissement de la longévité, l'entrée en structure d'hébergement a lieu à un âge beaucoup plus avancé, souvent à la suite d'une perte d'autonomie qui caractérise l'apparition de la dépendance. La loi du 24 janvier 1997 portant création d'une prestation spécifique dépendance définit la dépendance comme "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière".

De manière évidente, la vieillesse renvoie à des représentations sociales négatives, ce qui pose la question de la valeur de la personne âgée dans notre société. C'est bien cette question qui sous-tend l'analyse que nous allons présenter.

Le niveau de prise en charge auquel nous sommes parvenus connaît ses avancées et limites. Les réponses institutionnelles émanant des pouvoirs publics, organismes d'assurance maladie, collectivités locales ou associations sont de plus en plus nombreuses. Les mesures de soutien à domicile, embryonnaires il y a quelques années commencent à s'organiser et à se développer, de manière différenciée selon les bassins de vie.

Au-delà de l'Hexagone, la mobilisation est tout aussi importante et les difficultés similaires.

L'année 1993 a été déclarée par le Conseil des Ministres de la Communauté Européenne "Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations". L'année 1999 fut à son tour consacrée "Année Internationale des personnes âgées" par l'organisation des Nations Unies autour du thème "une société pour tous les âges" qui fût l'occasion de rappeler l'utilité sociale des personnes âgées qui doit être reconnue et valorisée. Cette prise de conscience collective témoigne à la fois de détermination et de réalisme. Les mesures amenées par le Gouvernement le 30 novembre 1999 lors de la clôture en France de l'année internationale, notamment la mission confiée à Jean-Pierre SUEUR, maire d'ORLEANS, sur les conditions de prise en charge de la dépendance, ont marqué une profonde réorientation de la politique en leur faveur.

La situation actuelle se caractérise par la coexistence de générations successives dont la vision du monde et les comportements économiques diffèrent. Parce que leur mode de vie et leurs préoccupations ne sont pas les mêmes, l'appréhension du vieillissement de ces générations successives ne peut se poser dans les mêmes termes. Dans l'immédiat, ce sont les deux premières générations qui sont utilisatrices de dispositifs d'aides aux personnes âgées, mais déjà des infléchissements significatifs sont perceptibles. Les exigences de confort sont plus importantes. Cela se traduit par le refus des chambres à deux lits, mais aussi des chambres trop exiguës qui ne permettent pas une personnalisation du logement.

Une réticence à entrer en établissement est également observable qui se traduit par une érosion des listes d'attente, et par une élévation de la moyenne d'âge d'entrée en établissement.

La prise en charge de la dépendance devient une préoccupation majeure des établissements. Les générations futures vont probablement imposer définitivement une personnalisation de la prise en charge. Il s'agira non seulement de proposer hébergement et soins diversifiés, mais aussi une vie culturelle et sociale intense. Elles exigeront probablement des unités de plus petites dimensions, des formules alternatives, le maintien à domicile sera leur priorité. Elles seront plus participatives et voudront maîtriser leur destin, y compris jusqu'à la phase ultime des soins palliatifs.

Ce sont toutes ces hétérogénéités entre les générations, les comportements, les niveaux de vie, qu'une politique départementale active, incitative, et imaginative se doit d'appréhender.

Dans ce contexte, la **situation du Morbihan revêt une acuité particulière puisque le poids des plus de 60 ans représente 24,6%** de la population totale dont 8,5% de plus de 75 ans selon les résultats du recensement du 8 mars 1999. (21,3% au niveau national et 23,8% pour la Bretagne).

La vieillesse constitue un véritable enjeu des débats politiques mais force est de constater les difficultés de prise en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, et plus particulièrement dans les structures de soins de longue durée. Face à l'accroissement de la dépendance physique et psychique des personnes âgées, qui s'accroîtra dans les années à venir compte-tenu des perspectives démographiques, les services de soins de longue durée sont confrontés à des difficultés majeures : le nombre de demandes d'admission augmente sans que le nombre de lits s'accroisse concomitamment. Mais l'objectif est moins quantitatif que qualitatif. Il s'agit d'adapter les établissements existants aux besoins et attentes des personnes hébergées, de plus en plus âgées et dépendantes et de leurs familles, ainsi que le propose Paulette Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, aux termes de son rapport remis le 1^{er} octobre 1999 au Premier ministre et qui fait

l'objet de 43 propositions pour notamment améliorer les réponses hospitalières et réorganiser le financement de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Face au risque de saturation tant sur le plan de la capacité d'accueil des services que sur celui de la qualité de prise en charge, la recherche de solutions se heurte inévitablement aux problèmes du financement et aux dysfonctionnements générés par le système actuel de financement. Organisée par les décrets du 26 avril 1999, la réforme de la tarification introduite par la loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance, privilégiant la dimension qualitative, s'applique également aux soins de longue durée.

C'est pourquoi, la première partie de l'étude s'attache à dresser un bilan exhaustif de la situation actuelle de l'ensemble des unités de soins de longue durée située dans les secteurs sanitaires 3 et 4 dont le découpage répond à la notion de bassin d'emploi et non pas sur les limites départementales.

Dans une seconde partie seront analysés les dysfonctionnements qui constituent un frein à l'évaluation avant d'aborder dans une troisième partie les solutions visant à améliorer la qualité des prises en charge.

LA METHODOLOGIE

1. La problématique

La perspective de redéfinition des soins de longue durée ou plus encore leur entrée dans la réforme de la tarification au même titre que les autres EHPAD, structures médico-sociales ont poussé la DDASS du MORBIHAN à s'interroger sur les conséquences budgétaires tant pour l'assurance maladie que pour les résidents, générées par l'entrée dans la réforme de ces structures , et le souci de mieux appréhender l'état actuel de l'avancée des établissements dans la démarche qualité.

Au préalable il importe de bien situé le contexte : comment se présentent les établissements de soins de longue durée dans la prise en charge des personnes âgées très dépendantes : une première étude réalisée au regard des données disponibles dans les services de la DDASS (absence d'enquête sur ce type de structure, des budgets qui ne reflètent pas la réalité de fonctionnement des structures) a favorisé une analyse de terrain exhaustive : questionnaires, visites et rencontres avec les responsables et acteurs ont été largement privilégiées.

2. les objectifs de la démarche

La méthode retenue permet de dresser un état des lieux exhaustif des établissements de soins de longue durée. Cette démarche vise à sensibiliser les personnels des établissements aux principes de l'auto-évaluation et plus largement de les familiariser avec la mise en œuvre de l'accréditation. En raison des délais impartis, ce premier diagnostic a été effectué par des équipes restreintes, mais tous les établissements sont invités à poursuivre la démarche selon les recommandations et les principes méthodologiques préconisés dans le Guide d'évaluation élaboré par la mission Marthe.

3. Les outils méthodologiques

a) une recherche bibliographique et documentaire ciblée

- données statistiques : INSEE, DREES, DRASS; ARH
- données sociologiques : CREDES,
- données générales : centre de documentation de l'ENSP, de la DDASS 56

- données budgétaires (comptes administratifs, budgets primitifs et exécutoires) et rapports d'activité disponibles à la DDASS puis complétés par les responsables des établissements de santé.
- Lecture de documents divers.

Cette recherche bibliographique a permis de constater qu'il n'existe à ce jour, en dehors de S.A.E, aucune enquête nationale sur la clientèle ou encore le fonctionnement des unités de soins de longue durée. Des études portant sur certains établissements hospitaliers ont été réalisées mais aucune étude globale. De ce fait peu de données comparatives existent permettant une analyse de ces structures

b. les questionnaires

L'outil d'auto-évaluation «ANGELIQUE» et le rapport d'évaluation "Améliorer la qualité" ont été adressés par la DDASS, à l'ensemble des établissements de santé des secteurs sanitaires 3 et 4 disposant d'une unité de soins de longue durée ***en date du 28 août 2000.***

La saisie des données a été réalisée à compter du 15 novembre en fonction du retour des questionnaires qui s'est poursuivi jusqu'au 6 décembre.

Le traitement : à défaut d'un produit informatisé d'ANGELIQUE, actuellement en cours de préparation au Ministère, le traitement a été fait à partir du logiciel statistique ITEM, et du tableur EXCEL complété par le logiciel EHPAD pour l'aspect budgétaire permettant d'estimer les conséquences financières de l'entrée dans la réforme de la tarification à partir du coût réel des longs séjours.

c. Rencontre avec les responsables et visites des sites :

- Début octobre des contacts ont été pris avec les responsables des établissements afin de planifier et d'organiser ces rencontres. Tous les établissements ont été sollicités en vue de la validation des données concernant notamment les éléments contenus dans l'outil d'auto-évaluation. Deux rencontres ont parfois été nécessaires avec certains établissements en raison de l'importance des questions et du dédoublement des sites géographiques. Au terme de cette étude **tous les services de soins de longue durée** ont fait l'objet d'une visite permettant un échange avec les équipes soignantes.

1 - PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

1.1 LES BESOINS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : UN REGARD SUR CES VIEUX QUE LA SOCIETE NE VEUT PAS VOIR

1.1.1.1 L'évolution démographique : le vieillissement de la population

1.1.1.2 le contexte national

Au 1^{er} janvier 1998, la population totale de la France métropolitaine est estimée à **58,7** millions d'habitants dont **11,9** millions de personnes de **60 ans ou plus**; parmi celles-ci, **4** millions de personnes ont 75 ans et plus mais en 2010, ils seront **10** millions soit 17% de la population.

Avec l'accroissement de l'espérance de vie, le poids des personnes âgées continuera d'augmenter. Au début du XIX^{ème} siècle, les hommes vivaient en moyenne **33 ans** et les femmes **37 ans**. L'espérance de vie est aujourd'hui de **75 ans** pour les hommes et **83 ans** pour les femmes.

Le vieillissement de la population dans l'ensemble des pays européens est un phénomène démographique dont on mesure encore mal les effets. En 1999, les personnes âgées de 60 ans et plus, représentent **21,3%** de la population française. En 2020, si l'on s'en tient aux prévisions de l'INSEE, la proportion sera de plus d'une personne sur quatre. Le nombre de personne de plus de **85 ans** devrait croître également de façon significative pour atteindre **un million** en l'an 2020.

Un des problèmes majeurs de ces prochaines années sera dès lors la réponse à apporter en matière d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Des estimations publiées par le SESI soulignent qu'à l'horizon 2020, le nombre des personnes âgées

dépendantes augmentera pour atteindre 760 000 à 1,2 millions de personnes selon les hypothèses retenues.

Au cours des années passées, les établissements ont déjà été contraints de s'adapter en se médicalisant. Des formules nouvelles ont vu le jour notamment avec le développement des résidences d'hébergement temporaire et des services de soins à domicile qui permettent d'éviter des hospitalisations prolongées. En France, la très grande majorité des personnes âgées, soit **94%** vit à domicile.

L'hébergement collectif semble, très souvent une réponse au grand âge, à la dépendance, à la solitude. Près de **sept** personnes hébergées en institution sur **dix** ont plus de 80 ans, neuf sur dix sont seules et la moitié d'entre elles présente une forte dépendance physique, à laquelle s'ajoute souvent une dépendance psychique.

QUELQUES INDICATEURS DE DEMOGRAPHIE GENERALE

	France	BRETAGNE	MORBIHAN
Superficie en km ²	543.963	27.209	6.823
Population recensement 1990	56.615.125	2.795.638	619.838
Population recensement 1999	58.518.748	2.906.197	643.873
Taux d'évolution 1990-1999	(+3,36%)	(+3,95%)	(+3,88%)
Densité en hab./ km ²	108	107	94
Taux de natalité 1998 (pour 1000 hab.)	12,6	11,9	11,4
Taux de fécondité (pour 1000 femmes de 15-49 ans)	50,4	49,9	48,4
Taux brut de mortalité pour 1000 hab.	9,2	10,1	10,2
Indice de vieillissement au 01.01.99 (1)	60,6	70,3	69,0
Population âgée de + de 75 ans	3.974.500 (6,79%)	214.500 (7,38%)	45.900 (7,12%)
Personnes âgées de + de 85 ans	1.190.400 (2,03%)	56.200 (1,93%)	11.500 (1,79%)

(1) Indice de vieillissement = 65 ans et plus pour 100 personnes de – de 20 ans

Source : INSEE – DRASS de BRETAGNE – Article Le Monde du 11 novembre 2000

1.1.1.3 le contexte local

Situé sur la façade atlantique de la région de Bretagne, le Département du Morbihan compte à la date du recensement de mars 1999, **644.095 habitants.** et se place en troisième position des départements bretons. L'évolution démographique se traduit par une augmentation de 130.647

habitants en trente ans, soit + **19,17%** de 1968 à 1999 mais contrastée entre la partie littorale et de la partie intérieure du département.

Le Morbihan se distingue par une forte représentation des personnes âgées de plus de 60 ans, soit **24,6%** de la population contre **23,8%** pour la Bretagne, et **21,3%** pour la France. On observe également une part plus importante des personnes de plus de 75 ans en Bretagne et dans le Morbihan. Mais le poids des plus de 85 ans est moindre au niveau régional et départemental. **Globalement, la population est plus âgée dans notre région et dans le département mais les gens y meurent plus jeunes.**

Les perspectives d'évolution tendent à montrer que le nombre de personnes de plus de 80 ans doublera dans les 20 prochaines années passant de 23.326 en l'an 2000 à 46.041 en 2020, représentant respectivement 3,6% et 6,7% de la population morbihannaise. Cette tranche d'âge se caractérise par une croissance très élevée et beaucoup plus importante qu'au niveau national et régional

Le découpage par secteur sanitaire :

Dans le cadre du Schéma régional d'Organisation Sanitaire et Sociale de Bretagne, les soins de longue durée relèvent des secteurs sanitaires. Le découpage des secteurs, calqué sur la notion de bassin d'emploi a modifié le champ d'intervention des DDASS dans le domaine sanitaire. Ainsi la DDASS du Morbihan est compétente pour les secteurs sanitaires 3 et 4, auxquels est rattaché un ensemble de communes dont certaines sont extérieures au département.

De ce fait, il convient de tenir compte de la démographie par secteur sanitaire ainsi qu'il suit :

Tranches d'âge	Secteur sanitaire n° 3		Secteur sanitaire n° 4	
	Nbre hab.	%	Nbre hab.	%
Les – de 20 ans	63.924	23,9%	78.282	24,4%
Les + de 60 ans	65.769	24,6%	78.218	24,4%
Les + de 75 ans	23.048	8,6%	26.443	8,2%
Les + de 80 ans	11.450	4,3%	12.936	4,0%
Population totale	267.431		320.381	

Source : données ARH de Bretagne calculées à partir du recensement de 1999.

Au-delà de ce mouvement de vieillissement général, la part des personnes très âgées augmente et va continuer à augmenter sensiblement dans l'avenir. Ce phénomène a pour conséquence d'accroître la proportion d'individus susceptibles de se trouver en état de dépendance. En effet, la notion de dépendance qui renvoie à l'idée d'un besoin en soins de santé mais aussi en assistance à la vie quotidienne, est fortement liée à l'âge. La fréquence de la dépendance s'élève fortement avec ce dernier – avec une rupture entre 80 et 85 ans.

1.1.2 le concept de dépendance

Vieillesse et dépendance ne sont pas synonymes, mais il est clair que la prévalence augmente de façon significative avec l'âge de l'individu. Il importe donc de bien différencier les notions de dépendance, d'incapacité et d'autonomie.

1.1.2.1 Notions de Dépendance / Incapacité / Autonomie

Si les progrès médicaux ont permis l'augmentation de la durée de vie, ils ne garantissent pas malheureusement toujours la qualité de ces années supplémentaires. La **dépendance** est plus que jamais un sujet d'actualité de plus en plus préoccupant. Notre système de protection sociale s'est progressivement construit en prenant en charge les risques sociaux d'accidents du travail, de maladies et de vieillesse. Il se trouve aujourd'hui confronté à un nouveau risque croissant de dépendance des personnes âgées, jusqu'ici pris en charge par le biais de l'Allocation Compensatrice pour Tierce personne (ACTP). La création de la Prestation Spécifique dépendance (PSD) constitue une avancée significative en terme de reconnaissance de ce nouveau fait de société, mais le problème d'accès et de financement reste entier et, la loi est certainement à revoir. Selon la classification internationale du handicap, "**l'incapacité** correspond à toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Les activités retenues pour repérer l'incapacité sont en particulier la locomotion, les soins corporels, la communication, etc..."

La **dépendance**, quant à elle, est "définie par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante." Les données actuellement disponibles reposent sur une définition de la dépendance qui se fonde sur les travaux du Docteur Colvez. Sont ainsi recensées comme dépendantes physiquement :

- les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil (niveau I),
- celles qui nécessitent l'aide d'une tierce personne pour la toilette et l'habillage (niveau II).

- Les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution où elles vivent
- Les autres personnes

Les personnes qualifiées de lourdement dépendantes sont celles qui appartiennent aux deux premiers groupes et représentaient en 1995; environ **700 000** : 270 000 dans les établissements pour personnes âgées, 430 000 vivant à domicile. Elles relèvent des groupes 1 à 3 de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressource) retenue pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance.

Par ailleurs, pour la dépendance psychique qui n'est pas abordée dans la grille de Colvez, les enquêtes EHPA repèrent les personnes dépendantes psychiquement comme celles qui présentent des troubles du comportement ou des difficultés d'orientation dans le temps ou l'espace. La démence sénile n'est donc prise en compte que dans la mesure où elle entraîne des incapacités à accomplir des gestes élémentaires de la vie quotidienne : par exemple, la personne démente peut se laver seule, mais il faut qu'un tiers le lui rappelle.

(Etudes et Résultats – N° 40 – novembre 1999 publication de la DREES)

Ces besoins relèvent globalement du champ de la protection sociale – il s'agit de services sociaux et de services de santé – et ne sont pas indépendants les uns des autres. Ainsi, la prise en charge de la dépendance s'exerce de manière concomitante à la prise en charge médicale. Aujourd'hui, sur les 8 millions de personnes de 65 ans ou plus, on estime à plus de 1 million le nombre de personnes âgées dépendantes, dont 750 000 victimes d'une incapacité majeure. Mais des incertitudes subsistent sur le nombre de personnes dépendantes dans le futur et sur le développement des pathologies liées au vieillissement. Elles pourraient être deux fois plus nombreuses à l'horizon 2020. Plus de 2 millions de français seront alors âgés de 80 ans et plus.

1.1.2.2 accroissement de la dépendance physique et psychique des personnes âgées

En raison des perspectives démographiques, la dépendance physique et psychique des personnes âgées va s'accroître dans les années à venir .

La situation sera fonction de l'effectif des personnes âgées mais aussi de l'augmentation – ou de la diminution- de l'espérance de vie sans incapacité. En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé, des incertitudes demeurent.

Les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, depuis vingt ans, ont fait reculer le nombre de décès liés aux maladies physiques. Mais les cas de démence sénile ou d'affection neurologique de type maladie d'Alzheimer sont de plus en plus courants et faute de recul suffisant et en l'absence d'éléments précis, le recul de l'incapacité ne peut être chiffré précisément.

L'accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question de la qualité des années de vie ainsi gagnées, avec la crainte qu'elle soit assortie d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Quels seuils d'âge retenir pour apprécier la vieillesse ?

Dans la plupart des études les personnes âgées sont définies par le seuil de 60 ou 65 ans. Or, il est communément admis que la notion de vieillissement est relative, historique et culturelle et que ces seuils ne sont pas adaptés pour l'analyse de toute une série de problèmes. Les définitions prédominantes de la vieillesse sont donc d'ordre administratif puisqu'elles renvoient à la notion de retraite. Plusieurs types d'indicateurs ont été proposés dans la recherche de prise en compte de la santé. Le plus simple consiste à choisir un âge à partir duquel il est considéré que les risques tendent à s'accroître de manière significative. C'est d'ailleurs, la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus qui est retenue habituellement par le schéma gérontologiques départementaux. Avant 75 ans la plupart des personnes vit chez elle et est **autonome**.

Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : **1,7%** des personnes entre 65 ans et 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoins d'aide pour la toilette ou l'habillage, c'est le cas de **9%** des personnes de 80 ans, de **20%** de celles de 85 ans et de **35 %** de celles âgées de 90 ans.

Selon les résultats de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) de 1998, plus de 87% des personnes de 75 ans et plus vivent chez elles ou chez un membre de leur famille (73% de celles de 85 ans et plus).

L'environnement socio-familial joue un rôle déterminant dans le maintien à domicile. Néanmoins, l'accueil en structure d'hébergement collectif permet de prendre en charge des personnes âgées qui ne souhaitent plus ou ne peuvent plus rester chez elles ou dans leur famille en raison de leur état de santé ou de leur isolement familial ou social. Début 1999, plus de 663 000 personnes vivent dans des établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées et dans les services de soins de longue durée. La tendance au vieillissement des résidents et à l'aggravation de la dépendance à l'entrée en institution paraît inéluctable, et laisse présager une croissance de la proportion des personnes hébergées lourdement dépendantes.

Parmi les 75 ans et plus, **3%** vivent en foyer-logement et **9%** vivent en maison de retraite. Chez les 85 ans et plus, les proportions sont plus élevées, soit **5%** en foyer-logement, **19%** vivent en maison de retraite et **3% en service de soins de longue durée**, destinés à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante.

1.2 LA REPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : L'OFFRE DE SOINS

1.2.1 l'aspect quantitatif :

1.2.1.1 l'offre de soins de longue durée au regard de la carte sanitaire :

Au 1^{er} janvier 1999 : les capacités et les taux d'équipement se traduisent ainsi qu'il suit :

STRUCTURES HEBERG.	FRANCE	BRETAGNE	MORBIHAN	SECT.SANIT.N°3	SECT.SANIT.N°4
(1) M.de Retraite	416.029	21.646	4.519		
Dont SCM	148.995	8.130	1.647		
(2) Log . Foyer	156.781	13.492	3524		
Dont SCM	6.316	757	176		
(3) Héberg. Temp.	7.366	933	72		
Taux Equipement (1+2+3)	145.97	168,16	177,23		
Services Soins à Domicile	60.435	4116	669		
Tx Equipt SSAD	15,21	19,19	14,58		
Soins de Longue Durée	83.215	6.161	1.263	524	669
Tx Equipt SLD	22,94	28,72	27,52	22,73	25,30
Taux Equipt(SCM + SLD)	60,01	70,15	67,23		

Le taux d'équipement : nombre de places pour 1000 habitants de 75 ans et plus

Les données par secteur sanitaire résultent des données actualisées au terme de l'étude menées au cours du dernier trimestre 2000.

Au 1^{er} janvier 1999, parmi les **663.391 places d'hébergement** pour personnes âgées, la France recensait **83.215 lits** de soins de longue durée soit un taux d'équipement national de **22,94 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus**.

Au 1^{er} septembre 2000, avec ses **6 487 lits** de SLD, la Bretagne affichait un taux d'équipement de **28,04 lits/ 1 000** habitants de plus de 75 ans :

- dont **524** lits de soins de longue durée pour le secteur sanitaire n° 3 "LORIENT-HENNEBONT", qui couvre la partie Ouest du département (23.048 personnes âgées de plus de 75 ans) et s'articule autour du pôle de référence de LORIENT, soit un taux d'équipement de **22,73** lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans.

- et dont **669** lits pour le secteur sanitaire n° 4, "VANNES-AURAY", qui s'étend à l'est du département (26.443 personnes âgées de 75 ans et plus) avec comme pôle de référence VANNES, soit un taux d'équipement de **25,30** lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans.

1.2.1.2 l'évolution des capacités

Elle se traduit par une baisse des capacités de court séjour au profit des lits de long séjour, évolution qui reflète notamment l'adaptation de l'offre à la demande croissante de soins des personnes âgées.

Selon une étude de la DREES, les capacités en soins de longue durée qui représentaient **10%** de l'offre d'hospitalisation complète en 1987, sont en 1997 de **16%**

Les unités de long séjour, qui accueillent presque exclusivement des personnes âgées dépendantes, mais ne nécessitant pas, dans la majorité des cas, une surveillance médicale constante, ont partiellement bénéficié de la reconversion de lits de médecine : plus de **22 000** lits ont ainsi été ouverts dans les unités de long séjour depuis 1997.

Ces unités sont surtout installées dans les centres hospitaliers (54,6% des lits) et dans les hôpitaux locaux (16,6% des lits). L'offre publique représente dans son ensemble plus de 90% de l'offre totale. Les coefficients d'occupation des lits sont très élevés, ce qui reflètent la saturation des capacités d'accueil. Concomitamment, la dépendance lourde tend à s'accroître parmi les personnes hébergées en institution, en raison du vieillissement des résidents et d'un niveau de dépendance plus élevé à l'entrée.

Dans le cadre de l'étude réalisée, l'ensemble des établissements disposant d'un service de soins de longue durée ont été sollicités, soit 12 entités juridiques représentant 15 sites géographiques distincts qui regroupent un total de **1193 lits installés pour 1238 autorisés**, répartis ainsi qu'il suit :

SECTEUR SANITAIRE N° 3

Etablissements	Statut Juridique	Nombre de lits			
		Autorisés	Installés	Financés	dt habilités aide sociale
C.H.B.S					
Lorient	Public	200	200	200	200
Hennebont	Public	90	90	90	90
CHS de CAUDAN	Public	50	50	50	50
C.H de PORT LOUIS					
Port-Louis	Public	102	78	102	102
Riantec			24		
LE DIVIT – PLOMEUR	Privé non PSPH	40	42	40	40
C.H de QUIMPERLE	Public	40	40	40	40
Total		522	524	522	522

SECTEUR SANITAIRE N° 4

Etablissements	Statut juridique	Nombre de lits			
		Autorisés	Installés	Financés	dt habilités aide sociale
C.H.B.A					
Vannes	Public	206	180	180	180
Auray	Public	110	109	109	109
H.L de JOSSELIN	public	60	60	60	0
H.L de MALESTROIT	Public	75	75	75	75
H.L LE PALAIS – BELLE ILE	Public	40	40	40	40
C.H de PLOERMEL	public	97	97	93	97
H.L de la ROCHE-BERNARD	Public	30	10	10	10
C.H.S de SAINT-AVE	Public	98	98	98	98
Total		716	669	665	609

TOTAL GENERAL		1238	1193	1187	1131
---------------	--	------	------	------	------

A ce jour, **45** lits de soins de longue durée ne sont pas installés. Seuls **40** lits relèvent du secteur privé, soit environ **3%** pour **10%** en moyenne au niveau national.

Globalement, sur l'ensemble de la France, les soins de longue durée représentent en 1997, **16%** de l'offre de l'hospitalisation complète, contre **10%** en 1987.

1.2.2 l'aspect qualitatif de prise en charge des résidents dans les structures.

1.2.2.1 La notion de la qualité dans le sanitaire

Il n'y a pas si longtemps, l'institution offrait une survie plus qu'une vie. Cela existe encore, hélas. Cette survie était destinée d'abord à ceux que la dépendance économique empêchait de vivre de façon autonome. A l'époque s'était déjà souvent les vieux qui allaient ainsi finir à l'hôpital. Plus récemment se fut le désencombrement de l'hôpital. mais la gérontologie est passée par-là et a amené un progrès éthique. Recréer une qualité de vie en institution n'est plus un luxe critiqué. C'est enfin considéré comme une nécessité, comme un droit, comme la raison d'être de l'accueil en institution.

Beaucoup objectent la subjectivité de la notion de qualité de vie qui rendrait vaine sa mesure. L'intérêt de réfléchir sur des instruments est de se poser la question "quelle qualité de vie pour chaque institution – en collectif- et pour chaque résident de façon individuelle.

La qualité de vie c'est d'abord la santé ou en être le plus proche possible : guérir, compenser le handicap, soulager la douleur y compris morale. Il ne faut pas oublier le soin à la base de la qualité de vie. La qualité de vie, c'est la liberté : c'est choisir son repas, sa compagnie, son horaire, avoir son espace de déambulation, c'est aussi et c'est là une gageure, ne pas avoir sa liberté altérée par celle de son voisin. C'est disposer de ses ressources restantes, disponibles, y compris pour un certain gaspillage. La qualité de vie c'est aussi un certain confort matériel qui ne soit pas un minimum mesquin. Un certain degré de superflu fait partie de la qualité de vie.

C'est aussi une atmosphère conviviale, une vie sociale; mais vivre c'est aussi le droit à l'intimité, voire à la solitude.

La notion de qualité de vie comporte donc à la fois des composantes objectives (équipements et environnement matériel apportant le confort, l'hygiène...c'est-à-dire des conditions de vie décentes et agréables) et des composantes subjectives.

La qualité de vie c'est avoir un projet de vie autre que de déjeuner, dîner et dormir. Mais la principale qualité de vie, c'est le respect de la dignité de la personne, sa dignité d'être humain, malgré l'attente de son corps et de son esprit.

La qualité de vie en institution, c'est d'abord pouvoir faire confiance à toutes les personnes d'une équipe, en sachant que chacun respecte la dignité du soigné, quelles que soient ses défaillances.

Selon la définition de l'OMS dans le champ sanitaire, la qualité "permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".

1.2.2.2 l'émergence de la qualité dans le sanitaire :

Qualité de vie et long séjour hospitalier sont deux expressions a priori antinomiques.

L'ouverture des longs séjours hospitaliers a correspondu à la fin des hospices, symbole de la réclusion et de l'exclusion des personnes âgées dépendantes.

La médicalisation des établissements, dans le contexte actuel de limitation des ressources, a conduit à une grande disparité entre établissements dans la pratique liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le comportement des usagers s'est modifié, ils sont mieux instruits, plus à même de définir les critères de qualité et les besoins nouveaux, et ce sont eux personnes âgées et familles qui sont les financeurs. Parallèlement une **culture qualité** s'est développée avec l'évolution de la législation concernant les personnes âgées.

Depuis une dizaine d'années on observe une évolution des établissements qui passent progressivement d'un lieu de soins à un lieu de vie et se traduit par l'élaboration de la Charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes à l'instigation de la fondation nationale de Gériatrie en 1997, confirmée par le rapport Gunchard-Kunstler ***"il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie, il faut ajouter de la vie à la vie"***.

La qualité est un concept qui se situe au carrefour de la médecine, de la psychologie, des sciences économiques et sociales., et regroupe à la fois :

- le besoin de la communication
- la possibilité d'exprimer des choix
- le respect de l'intimité"
- le respect de la dignité
- le respect du rythme de vie

La démarche qualité fait de la satisfaction de l'utilisateur, une priorité née dans le monde de l'entreprise. Elle a été récemment introduite à l'hôpital, propulsée par l'affaire du sang contaminé ou encore les infections nosocomiales. Mais dans les établissements où elle existe, elle concerne presque exclusivement les malades hospitalisés en service de court séjour. Or à l'heure où l'on évoque de plus en plus les droits et libertés des personnes âgées, il semble primordial d'appliquer la démarche qualité aux résidents des longs séjours hospitaliers. En effet, alors que le malade des services d'urgence ne passe à l'hôpital que quelques jours, la personne âgée en long séjour y reste parfois plusieurs années. L'hôpital constitue pour elle l'ultime domicile, l'endroit où elle est appelée à vivre les derniers moments de son existence. Dès lors, mener une politique de qualité en long séjour, prend un sens bien particulier : il s'agit de faire du long séjour un lieu de vie. Avoir une démarche qualité en long séjour, c'est donc promouvoir une meilleure qualité de vie.

Peu d'efforts ont été entrepris dans ce domaine, notamment du fait de la difficulté d'apprécier les besoins et les souhaits des personnes accueillies. Elles ne sont plus aptes pour la plupart à exprimer la moindre volonté. Il est donc d'autant plus difficile d'appliquer la notion de qualité de vie en long séjour que celui-ci accueille des individus très diminués physiquement que psychologiquement.

1.2.2.3 l'appréciation de la qualité de vie en long séjour :

L'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées en institution pose des problèmes éthiques (choix de vie) et de santé publique (qualité des soins et de la prise en charge) et doit tenir compte du fonctionnement des établissements.

Evaluer c'est apprécier objectivement l'efficacité d'une démarche et en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, fournir les éléments favorisant l'amélioration. Il s'agit donc d'un processus d'aide à la décision. En particulier pour une affectation pertinente des ressources, mais dont le principe n'est pas toujours accepté sans réticence? L'évaluation est un préalable à l'introduction d'une démarche qualité. Dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, la modalité retenue est celle de l'auto-évaluation.

L'étude a été réalisée à partir de l'outil d'auto-évaluation qui est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE, composé de représentants des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'Ecole Nationale de Santé Publique.

Elaboré à partir du cahier des charges prévu par **l'arrêté en date du 26 avril 1999**, il a été enrichi par les tests et remarques des professionnels travaillant en établissement, des organismes

représentatifs, de conseils généraux et représentants de l'assurance maladie, des DDASS et DRASS.

Il a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager les points forts et les points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention.

Cet outil permet à l'établissement d'effectuer la synthèse des objectifs «qualité » qu'il propose de détailler dans le projet de convention ainsi que les évaluations périodiques annuelles permettant de vérifier le niveau de réalisation des objectifs.

Pour assurer son caractère nécessairement évolutif, l'outil fera l'objet d'un suivi de son utilisation par l'ensemble des partenaires, afin de l'actualiser. Il doit devenir l'outil préférentiel utilisé par les EHPAD.

L'objectif de la démarche poursuivie auprès des établissements de septembre à décembre 2000, tendait à dresser un premier diagnostic qualitatif des unités de soins de longue durée situées dans les secteurs sanitaires 3 et 4, mais la démarche doit se poursuivre en suivant les principes définis dans le guide d'accompagnement et avec l'ensemble de l'équipe, l'amélioration de la qualité des aides et soins impliquant une démarche participative.

1.3 L'ETAT DES LIEUX DES SOINS DE LONGUE DUREE

Avant de dresser un bilan qualitatif des soins de longue durée dans les secteurs sanitaires 3 et 4, il importe de s'interroger au préalable sur l'activité réalisée par ces structures.

1.3.1 l'activité

1.3.1.1 les journées réalisées

Au regard de l'activité recensée par l'enquête nationale SAE au titre de l'exercice 1999, le nombre de journées réalisées en Bretagne est de : **2 240 238** dont **174 905** journées dans le secteur 3 et **238 387** dans le secteur 4.

A l'échelon national le nombre de journées réalisées était de 29.50.000 au 31 décembre 1998 et l'activité des soins de longue durée enregistrait une augmentation de + 1,3% par rapport à l'exercice précédent selon les données de la DREES « Etudes et résultats » N°60 – avril 2000.

Marie-Christine LE NAOUR-GOUZOUGUEN – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

Hormis la mise en place des lits de longue durée sur un des sites qui génère une augmentation des journées de 1997 à 1998 de **+ 0,64%**, l'évolution de l'activité se traduit par une diminution des journées réalisées au cours du dernier exercice de **- 0,08%**.

Les journées réalisées au titre de l'aide sociale qui représentaient en 1997 et 1998 respectivement 13,57% et 15,49%, ne constituent plus en 1999 que **11,61%**. Cependant, tous les établissements n'ont pas répondu à cette question. Il convient donc d'être très prudent sur l'interprétation de ces résultats, surtout si l'on se réfère au nombre de bénéficiaires déclarés (22,63%).

1.3.1.2 le taux d'occupation

A l'exception de l'hôpital de Belle Ile qui enregistre un taux d'occupation de 87,44%, tous les établissements affichent des taux d'occupation élevés de 97,44% à plus de 100%. Le taux moyen des deux secteurs confondus est de 97,74% soit proche du taux d'occupation national qui est de 97,52% ou encore du taux national qui est de 97,45%. Il est toutefois en deçà du taux de la Bretagne qui atteint 99,3% selon les résultats de la SAE –exercice 1999

1.3.1.3 les mouvements :

- **les premières admissions en N-1** : un seul établissement n'a pas fourni l'information, Sur l'ensemble des autres établissements, 440 premières admissions ont été recensées en 1999, ce qui représente plus d'un tiers des capacités totales (38,2%) et qui correspondent au nombre de décès enregistrés au cours de l'année 1999.

- **le nombre de décès** : au cours de l'année 1999, 406 décès ont été enregistrés dans les établissements auxquels se rajoutent 35 résidents décédés à l'extérieur de la structure dont 163 dans le secteur 3 et 243 dans le secteur 4.

- **les entrées totales (SAE)** : les données issues de la l'enquête nationale SAE, font apparaître 778 entrées totales entre les deux secteurs sachant que dans la plupart des établissements, toutes les sorties et entrées des résidents sont comptabilisées, y compris à l'occasion des hospitalisations.

TAUX D'OCCUPATION, PREMIERES ADMISSIONS, ENTREES, DECES
SECTEUR SANITAIRE N° 3

Etablissements	T.O 31/12/N-1	C.O Moyen en N-1	Premières admissions en N-1	Entrées Totales (SAE-99)	Décès dans étab. en N-1	Décès hors étab. en N-1
C.H.B.S.						
Lorient	99,50%	99,69%	88	185	59	0
Hennebont		98,16%			45	0
CHS de CAUDAN - LANESTER	98,00%	100,42%	10	12	8	3
C.H de PORT LOUIS						
Port-Louis	100,00%	99,63%	34	53	34	2
Riantec						
LE DIVIT – PLOMEUR	0,00%	0,00%	0	24	0	0
C.H de QUIMPERLE	99,20%			274	17	2
Total			132	548	163	7

SECTEUR SANITAIRE N° 4

Etablissements	T.O 31/12/N-1	C.O Moyen en N-1	Premières admissions en N-1	Entrées Totales (SAE-99)	Décès dans étab. en N-1	Décès hors étab. en N-1
C.H.B.A						
Vannes	98,33%	97,74%	76	128	71	7
Auray	99,00%	98,00%	46	53	45	1
H.L de JOSSELIN	100,00%	98,40%	46	91	21	3
H.L de MALESTROIT	97,33%	97,80%	39	69	32	7
H.L LE PALAIS – BELLE ILE	87,44%	87,91%	11	11	5	1
C.H de PLOERMEL	100,00%	97,44%	57	118	45	6
H.L de la ROCHE-BERNARD	99,53%		4	4	2	1
C.H.S de SAINT-AVE	100,00%	99,60%	29	30	22	2
Total			308	504	243	28

TOTAL GENERAL		97,74%	440	778	406	35
---------------	--	--------	-----	-----	-----	----

1.3.1.4 les transferts

On observe très peu de transferts, soit une centaine au total dont 30 vers une autre structure et 50 vers le domicile. Néanmoins, un établissement totalise à lui seul plus du tiers des transferts.

1.3.1.5 les hospitalisations

186 séjours d'hospitalisation ont été réalisés en 1999 pour l'ensemble des établissements dont **9 fois sur 10** en court séjour. Les séjours en psychiatrie ne représentent que **7%** des hospitalisations.

1.3.2 la population accueillie

1.3.2.1 l'origine géographique des résidents

Sur les **1180** résidents des services de soins de longue durée, **1114** soit **94,40%**, sont originaires du département d'implantation de la structure dont **41,18%** sont issus de la ville ou du canton.

1.3.2.2 les bénéficiaires de l'aide sociale

Les **267** bénéficiaires de l'aide sociale dont seulement 3 relevant d'un autre département représentent **22,63%** des personnes âgées accueillies.

Beaucoup d'établissements ne connaissent pas la situation des personnes âgées au regard de l'allocation logement.

1.3.2.3 les bénéficiaires de la Prestation Spécifique Dépendance

Un résident sur quatre bénéficie de la PSD, soit un total de 312 résidents (26,44%).

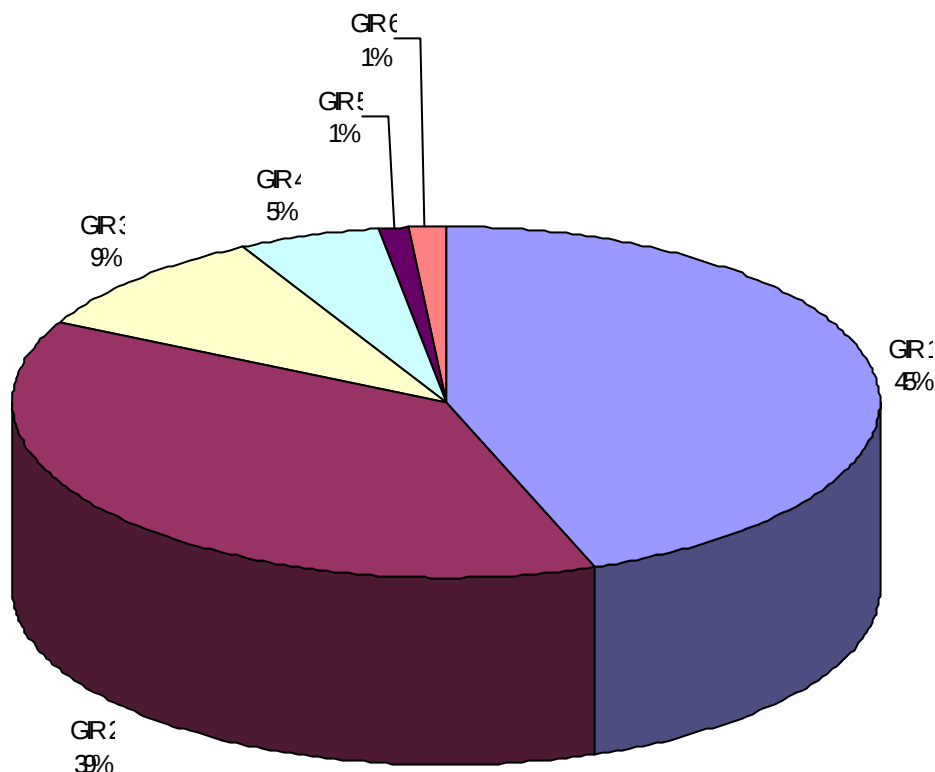
1.3.2.4 la répartition des résidents selon le degré de dépendance

La répartition par GIR fait apparaître une prépondérance du GIR 1 et du GIR 2 : en effet, 44,32% des résidents sont classés en GIR 1 et 38,30% en GIR 2 soit un total de 82,62%.

	points GIR	secteur 3	GIR sect.3	secteur 4	GIR sect.4		GIR
GIR 1	1 000	236	236 000	287	287 000	523	523 000
GIR 2	840	200	168 000	252	211 680	452	379 680
GIR 3	660	48	31 680	64	42 240	112	73 920
GIR 4	420	29	12 180	35	14 700	64	26 880
GIR 5	250	5	1 250	8	2 000	13	3 250
GIR 6	70	3	210	13	910	16	1 120
TOTAL		521	449 320	659	558 530	1 180	1 007 850
GIR moyen Pondéré :		862,42		847,54		854,11	

Le calcul des GIR sur l'ensemble des établissements de soins de longue durée fait apparaître un GIR Moyen Pondéré de **854,11**.

REPARTITION DES RESIDENTS PAR GE



1.3.2.5 l'âge des résidents

On note une hétérogénéité dans l'âge moyen des résidents d'un établissement à l'autre qui va de 71 à 87 ans, tandis que l'on recense 59 résidents de moins de 60 ans, soit environ 5%. A l'échelon national, l'âge moyen des résidents en institution (tous EHPAD confondus) est de 83 ans et les femmes représentent les trois quarts de la population. (Référence: données sur la situation sanitaire et sociale en France 1999 – Ministère de l'emploi et de la solidarité – documentation française DREES "Collection Etudes et Statistiques")

1.3.2.6 la répartition selon les affections et les dépendances

sortant à l'extérieur	ne pouvant marcher seul	confinés au lit/fauteuil	désorientés / déments
302	508	476	547
25,59%	43,05%	40,34%	46,36%

Incontinents	syst.absrb pdt 24h	syst.absorb de nuit	porteur sonde urinaire
334	608	158	142
28,31%	51,53%	13,39%	12,03%

recevant antalgiques	escarres dans instit.	escarres hors instit.	plus de trois médic/jour
158	155	151	566
13,39%	13,14%	12,80%	47,97%

porteurs de sonde gast,	aide au repas	contention physique	fracture liée à une chute
146	512	329	157
12,37%	43,39%	27,88%	13,31%

Les causes de dépendances les plus couramment rencontrées chez les personnes âgées des soins de longue durée sont la marche(43,05%), la désorientation/démence (46,36%), et l'aide au repas(43,39%). Par ailleurs, un résident sur deux est porteur d'un système absorbant 24 heures sur 24 ou encore consomme plus de trois médicaments par jour.

Sur le plan national, en moyenne dans l'ensemble des institutions, **quatre** résidents sur dix souffrent de troubles mentaux, cette proportion étant deux **fois plus importante** dans les services de soins de longue durée

Les résidents confinés au lit ou au fauteuil représentent en moyenne **40,34%** de la population accueillie (62% au niveau national entre les soins de longue durée et les maisons de retraite).

20% des résidents ont besoin d'une aide pour sortir de l'institution tant sur le plan national que local.

A l'échelon local, **46,36%** des personnes sont atteintes de dépendance psychique contre **55%** à l'échelon national.

1.3.3 le personnel

1.3.3.1 le personnel libéral :

Quatre établissements du secteur sanitaire n° 4 déclarent faire appel à des médecins libéraux et 2 établissements à des masseurs kinésithérapeutes.

3.2.LES EFFECTIFS PAR FONCTION ET SELON LA SECTION SOINS OU HEBERGEMENT

CDDI et CDI (en ETP)	Effectifs			%	
	Soins	Hébergt	total	Soins	Hébergt
Direction – Administration	0,00	3,69	3,69	0,00%	100,00%
Animation	0,00	7,00	7,00	0,00%	100,00%
Personnel auprès du résident					
dont médecin	8,35	0,00	8,61	100,00%	0,00%
dont infirmiers	88,01	0,80	90,31	99,10%	0,90%
Dont aides-soignants	195,38	19,25	231,78	91,03%	8,97%
Dont AMP	3,00	3,00	6,00	50,00%	50,00%
dont masseurs kiné	4,60	0,00	5,10	100,00%	0,00%
dont pédicures	0,20	0,00	0,20	100,00%	0,00%
dont orthoptistes	0,00	0,00	0,00		
Dont ASH	2,01	122,78	131,64	1,61%	98,39%
Dont autre	2,06	3,52	5,83	36,86%	63,14%
Sous-total	303,61	160,04	492,66	65,48%	34,52%
Lingerie	0,00	2,50	2,75	0,00%	100,00%
Cuisine	0,00	6,00	6,50	0,00%	100,00%
Ateliers	0,00	1,00	1,25	0,00%	100,00%
Personnels techniques	0,00	5,75	5,75	0,00%	100,00%
Sous-total	0,00	15,25	16,25	0,00%	100,00%
TOTAL	303,61	175,29	508,91	63,40%	36,60%
Autres contrats					
Direction – administration	0,00	0,00	0,00		
Animation	0,00	0,00	0,00		
Personnel de soins	0,00	4,00	4,74	0,00%	100,00%
Lingerie	0,00	0,00	0,00		
Cuisine	0,00	1,00	1,00	0,00%	100,00%
Ateliers	0,00	0,00	0,00		
Personnels techniques	0,00	0,00	0,00		
Sous-total	0,00	5,00	5,74	0,00%	100,00%
TOTAL GENERAL	303,61	180,29	514,65	62,74%	37,26%

Au total, les services de soins de longue durée (hors CHBA) emploient **514,65 ETP** dont **303,61** émargent au tarif «soins », soit **62,74%** et **180,29** à la section «Hébergement », soit **37,26%**. Les chiffres peuvent être parfois différents selon les rubriques remplies ou pas par les établissements.

A l'échelon national, les services de soins de longue durée, qui représentent à peine **13%** de la capacité d'accueil de l'ensemble des établissements, rassemblent **20%** des emplois (en E.T.P).

Les établissements recensent très peu de personnel de cuisine, lingerie ateliers et personnel technique soit un total de **16,25%**.

CDD ET CDI	Nombre	ETP
Effectif total propre	356	480,86
dont CDI titulaires	262	250,48
dont CDI stagiaires	6	5,5
dont CDD poste permanent	17	13,48
CDD (remplaçants)	57	50,89
Sous-total	698	801,21
Autres contrats		
Intérimaires	0	0
CES	57	27,67
CEC	6	4,5
Emplois Jeunes	2	1,25
Autres (apprentis...)	0	0,25
Sous-total	65	33,67
TOTAL	763	834,88

Si les emplois-jeunes ne sont pas l'apanage des services de soins de longue durée (deux seulement), à contrario, le nombre de contrats Emploi Solidarité n'est pas négligeable (57)

Les personnels hors CDD et CDI ne constituent que **5,74 ETP**.

1.3.3.2 les ratios de personnel

Avec un taux d'encadrement au lit du malade de **0,50 agents par lit**, les secteurs morbihannais sont légèrement en-deça du taux d'encadrement national qui est de 0,53 au 31 décembre 1998.

Hormis le CHBA pour lequel nous ne disposons pas des données, nous notons des disparités entre les établissements :

- 5 établissements ont un taux situé entre 0,50 et 0,57 agents / lit
- 4 établissements ont un taux de 0,44 à 0,48 agents/lit
- 3 établissements (psychiatriques et Le Divit) ont un taux de supérieur de 0,60, voire de 0,70 pour l'un d'eux.

Les personnels administratifs sont que très rarement comptabilisés dans les effectifs des soins de longue durée.

Les personnels médicaux sont également peu représentés dans les longs séjours.

Le personnel d'animation est également sous représenté, voir inexistant dans certaines structures.

1.3.3.3 **La proportion AS/ASH** : les résultats concernant le rapport AS/ASH sont très hétérogènes, variant de un pour un à quatre pour un, ce qui se traduit sur le plan global à **deux pour un** en moyenne sur l'ensemble des établissements.

1.3.3.4 **le taux d'absentéisme** : Il est très variable d'un établissement à l'autre : soit de 0,76% à 24,50%.

1.3.3.5 **la formation continue** : sur les 7 USLD qui ont répondu à cette question, 236 agents ont reçu une formation au titre de l'exercice 99. Ces données traduisent la volonté des établissements de mener une politique de formation à l'égard des agents.

1.3.3.6 **Le personnel de nuit:**

Nombre de lits	Effectifs de nuit	Qualité des personnels
50	2	1 IDE + 1 AS
102	5	2 IDE + 3 AS
40	2	2 AS
40	2	1 IDE + 1 AS
60	2	1 AS + 1 ASH
75	4	1 IDE + 3 AS
40	2	1 AS + 1 ASH
97	4	3 AS + 0,5 IDE
10	0	0,125 IDE + 0,25 AS
98	4	1 IDE + 3 AS

Globalement, on obtient un agent par tranche de 20 à 25 lits. Tous les établissements n'ont pas d'infirmier la nuit.

1.3.3.7 **La sous-traitance** : est un mode très utilisé, notamment en cuisine, lingerie et le nettoyage.

1.3.3.8 **la gestion prévisionnelle des emplois** : dans les cinq ans à venir, **65 départs** à la retraite sont prévus concernant des emplois dans la fonction « soins »

1.3.4 le descriptif des établissements :

DESCRIPTIF DES ETABLISSEMENTS	SR	OUI		Non	
		Nbre	%	Nbre	%
1. Environnement de l'établissement					
Implantation en milieu urbain	0	12	80,00%	3	20,00%
Signalétique extérieure					
aux abords de l'étab.	0	15	100,00%	0	0,00%
intégrée à la signalétique routière	0	13	86,67%	2	13,33%
Implanté à - de 500 m des commerces	1	9	64,29%	5	35,71%
accessible par transports en commun	0	11	73,33%	4	26,67%
Plan d'accès à l'établissement	6	6	66,67%	3	33,33%
2. Equipement de l'établissement					
pharmacie à usage intérieur	0	10	66,67%	5	33,33%
local pour les soins	0	15	100,00%	0	0,00%
cabinet médical	0	10	66,67%	5	33,33%
salle de kiné	1	14	100,00%	0	0,00%
3. Dispositifs de prévention des risques					
diagnostic de présence d'amiante	1	14	100,00%	0	0,00%
prévention des risques de légionellose	0	11	73,33%	4	26,67%
4. Autres aspects					
Oxygène en poste	0	13	86,67%	2	13,33%
Oxygène mobile	2	11	84,62%	2	15,38%
Aspirateurs de mucosités	0	14	93,33%	1	6,67%
Electrocardiographe	1	13	92,86%	1	7,14%
Couverture de survie	3	5	41,67%	7	58,33%
Source d'énergie	0	13	86,67%	2	13,33%
Existence de points d'eau (lavage mains)	0	13	86,67%	2	13,33%
5. Mise à jour des plans					
pour l'alimentation en eaux	0	13	86,67%	2	13,33%
pour l'évacuation des eaux usées	0	11	73,33%	4	26,67%
pour l'évacuation des eaux pluviales	0	11	73,33%	4	26,67%
Sources d'eau non potables	0	15	100,00%	0	0,00%

1.3.4.1 l'implantation des établissements :

80% des établissements sont implantés en milieu urbain et dispose systématiquement d'une signalétique extérieure aux abords de l'établissement, et intégrée à la signalétique routière dans la plupart des cas ;

Cependant, **5** établissements sur 14 ayant répondu à la question, sont situés à plus de 500 mètres des commerces.

Le quart des établissements ne sont pas accessible par transports en commun.

1.3.4.2 l'équipement des établissements

Tous les établissements sont équipés d'un local pour les soins, d'une salle de kinésithérapie-/ergothérapie, mais un tiers d'entre eux n'ont pas de pharmacie à usage interne et autant n'ont pas de cabinet médical.

Les dispositifs de prévention des risques dans le cadre des dispositifs réglementaires : si tous, ont réalisé un diagnostic de présence d'amiante, dans un quart des établissements, la prévention des risques de légionellose n'est pas prise en compte.

Globalement, les établissements sont équipés en postes d'oxygène, aspirateurs de mucosités, électrocardiographe, de source d'énergie (groupe électrogène...) mais seulement **40%** disposent de couverture de survie.

A l'exception de deux établissements, on trouve des points d'eau dans les services permettant un lavage des mains respectant les règles d'hygiène.

Par ailleurs, les plans pour l'alimentation en eaux sont à jour dans **87%** des structures. Toutefois, les plans d'évacuation des eaux (usées et pluviales) ne sont pas à jour dans le quart des établissements.

1.3.4.3 les services de restauration :

Dans la moitié des établissements, les repas sont réalisés dans la structure (**7** établissements sur **14**).

Les horaires des repas :

- *le petit déjeuner* est servi :
 - entre 7 heures et 7 heures 30 dans 8 établissements,

- et entre 8 heures et 9 heures dans les 5 autres.
- *le service du déjeuner* est réalisé entre 11 heures 30 et 13 heures, sachant que dans 11 établissements, il est servi à 12 heures.

Un établissement ne dispose pas de salle à manger. Si un effort est fait par la majorité des établissements pour que le maximum de résidents prennent ce repas en salle, cet effort mérite d'être poursuivi sur l'ensemble des structures.

- Dans 7 établissements *le dîner* est servi à partir de 18 heures, dans 4 autres, il l'est entre 18h15 et 18h30 mais dans 3 d'entre eux, le service du soir commence à 17h30-17h45.

1.3.4.4 la date de construction des bâtiments :

Hormis un établissement qui date de 1658-1659 mais qui a fait l'objet d'une réhabilitation en 1979 :

- huit établissements ont été construits dans les années 1976-1981
- quatre autres sont des créations plus récentes (un en 1987, deux en 1994 et un en 1999)

mais seulement quatre établissements ont fait l'objet de rénovations partielles entre 1992 et 1998.

1.3.4.5 le plan architectural,

Sur le plan architectural, la plupart des établissements sont des constructions à plusieurs étages, desservis généralement par 1 ou 2 ascenseurs :

- Plain-pied : 1
- un étage : 1
- deux étages : 7
- trois étages : 3
- plus de 3 étages : 3

*** la description quantitative des chambres :**

SECTEUR SANITAIRE N° 3

Nombre de chambres				%chambres doubles
à 1 lit	à 2 lits	> à 2 lits	Total	
70	65	0	135	
24	24	6	54	
13	20	0	33	65,00%
11	41	0	52	80,39%
26	26	0	52	50,00%
42	0	0	42	0,00%
26	15	0	41	36,59%
212	191	6	409	46,70%

SECTEUR SANITAIRE N° 4

Nombre de chambres				%chambres doubles
à 1 lit	à 2 lits	> à 2 lits	Total	
120	30	0	150	20,00%
21	36	0	57	63,00%
12	24	0	36	66,60%
27	24	0	51	47,06%
10	14	0	24	58,33%
59	23	2	84	27,38%
4	3	0	7	42,86%
34	32	0	66	48,50%
287	186	2	475	39,16%

499	377	8	884	42,65%
-----	-----	---	-----	--------

La quasi totalité des chambres est accessible en fauteuil roulant (exceptés deux sites)

Deux sites sur les **quinze** ne disposent pas de chambres avec cabinet de toilette. Parmi les **13** établissements qui disposent de chambres avec cabinet de toilette, **9** ne sont pas (ou partiellement seulement) équipées de douche.

LA PROPORTION DES CHAMBRES DOUBLES DEMEURE ENCORE TRES IMPORTANTE, SOIT GLOBALEMENT 42,64% ET DEUX ETABLISSEMENTS DISPOSENT ENCORE DE CHAMBRES A 3 OU 4 LITS

L'aspect qualitatif des chambres

SURFACE DES CHAMBRES	Ch.à 1 lit	Ch.à 2 lits	> à 2 lits	Total
Inférieur à 12 m ²	76			76
12 à 16 m ²	205	10		215
16 à 18 m ²	64	3		67
18 à 20 m ²	154	58		212
20 à 22 m ²		103		103
22 à 25 m ²		126	2	128
25 à 30 m ²		54	6	60
30 à 35 m ²		23		23
35 m ² et plus				0
	474	333	8	815

43,24% des chambres à un lit ont une surface entre 12 et 16m² tandis que **32,49%** disposent d'une surface de 18 à 20 m².

Parallèlement, **68,77%** des chambres à deux lits ont une surface comprise entre 20 et 25m².

Néanmoins, on constate que **9,3%** des chambres ont une surface inférieure à 12m².

La surface des chambres est un élément d'autant plus important qu'il constitue en soins de longue durée, l'espace de vie parfois exclusif, de la personne âgée dépendante.

Par ailleurs, ce critère est déterminant pour l'octroi de l'allocation logement. Il paraît inconcevable qu'un résident hébergé dans une chambre à 3 ou 4 lits ne puisse pas bénéficier de cette aide au logement alors même que le tarif hébergement est le même pour tous dans l'établissement .

1.4 L'ASPECT DEMARCHE-QUALITE

Les résultats obtenus s *à partir de l'outil d'auto-évaluation "ANGELIQUE"* se décompose en quatre parties :

- les attentes et satisfactions des résidents et familles ;
- les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins ;
- l'établissement et son environnement
- la démarche qualité.

1.4.1 ATTENTES ET SATISFACTION DES RESIDENTS ET FAMILLES.

1.4.1.1 accueil et admissions

- les renseignements :

La réponse à une demande externe de renseignements y compris téléphonique est globalement organisée mais pas formalisée ou formalisée avec un suivi partiel.

Cependant si une réponse peut-être obtenue en journée dans l'ensemble des établissements, elle devient plus aléatoire la nuit et le week-end.

Si 11 établissements sur les 13 ayant répondu, soit **85%**, disposent d'un livret d'accueil, 7 d'entre eux seulement, soit **54%**, ont élaboré un règlement intérieur ou encore un contrat de séjour, ces deux documents étant néanmoins en cours dans la plupart des services. Le livret d'accueil est remis au résident avant l'entrée dans la structure dans **70%** des établissements.

Lorsque ces documents existent, ils précisent notamment les tarifs en vigueur et les prestations offertes.

- le cadre de vie

Le cadre de vie de l'institution sur plan visuel, olfactif, auditif et de la température des locaux

est plutôt bien perçu par l'ensemble des établissements :

- 4 établissements sont très satisfaits (cotation A)
- 5 établissements sont satisfaits en grande partie (cotation B)
- 4 établissements ne sont satisfaits que partiellement (cotation C)

L'admission du résident se fait par le biais d'un registre des entrées et des sorties dans tous les établissements, qui est actualisé. La pré-admission se fait généralement dans le respect

des critères proposés : rencontre et visite préalables de l'établissement par le résident ou la famille, au vu d'un avis médical externe et réalisation d'une évaluation globale :

- cotation A pour 4 établissements
- cotation B pour 8 établissements
- un établissement n'a pas répondu.

Il existe une procédure systématique d'admission dans 92% des cas mais elle n'est écrite que dans la moitié des établissements.

- les référents :

Les référents institutionnels sont clairement identifiés dès l'admission dans la plupart des établissements (77%) et un référent au sein de la famille est désigné systématiquement ou tout au moins reconnu dans toutes les structures, ses coordonnées sont tenus à jour.

1.4.1.2 Droits et libertés

- les principes de la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendantes ne sont connus systématiquement que dans un établissement sur deux et appliqués dans à peu près la même proportion (**46 %**). Un établissement reconnaît qui plus est, que les principes ne sont pas du tout connus.

- la pratique d'un culte : Tous les établissements organisent les moyens permettant aux résidents de pratiquer la religion catholique : présence d'un aumônier, organisation des messes mais un seul établissement a pris des dispositions pour d'autres cultes.

- la protection juridique des résidents est analysée régulièrement, un certain nombre d'entre eux étant placé sous-tutelle. Une procédure formalisée de la protection des biens existe dans **62%** des établissements (8 sur 12) aussi bien durant le séjour que lors du décès.

- le registre des plaintes : dans **69%** des établissements, il n'existe pas de système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents

- le conseil d'établissement : Dans **70%** des établissements (9 sur 13), le conseil d'établissement n'a pas été mis en place et quand il existe, il se réunit au moins une fois par semestre dans 23% des structures. Par ailleurs, la plupart des établissements n'organisent jamais

de réunions d'information entre les usagers et le personnel (70% des établissements ont coté D) mais les rencontres avec les familles se font spontanément à l'occasion des visites.

- l'assurance responsabilité civile : Cette assurance est exigée à l'entrée dans la plupart des établissements mais à défaut, une information est faite par l'établissement auprès des résidents en vue d'une souscription.

- le respect de la personne : dans **9** établissements sur **12** répondants, les résidents peuvent apporter du **mobilier**. Néanmoins, ce mobilier est extrêmement réduit (commode, guéridon) en raison de la surface des chambres. Certaines chambres sont personnalisées avec des **objets personnels** qui se réduisent la plupart du temps à des cadres, des photos. Il apparaît que dans la moitié des établissements, l'intimité des résidents n'est pas préservée (chambre double, portes ouvertes par sécurité...). 46% des établissements ne disposent pas de **locaux ou d'aménagement permettant de recevoir la famille ou l'entourage** dans l'intimité. Dans 70% des établissements, les résidents ne peuvent pas disposer de la **clé** de leur logement.

Généralement il n'existe pas de dispositif permettant de recueillir l'avis des résidents quant à leur sentiment de sécurité au sein de l'établissement ou dans leur espace privatif. Seuls deux établissements ont mis en place un tel dispositif. Tous les établissements à l'exception d'un seul, disposent de **système d'appel** pour les résidents dans les chambres et dans les cabinets de toilettes. Les lieux communs en sont que rarement équipés. Et le port d'un système par les résidents eux-mêmes n'est utilisé par aucun établissement. Cependant dans 8 établissements, une réponse rapide est garantie.

Dans l'ensemble des établissements, à l'exception d'un seul, chaque chambre est équipée d'un dispositif permettant de brancher une **télévision**. Le poste appartenant parfois à l'établissement mais le plus souvent au résident.

Dans **8** établissements sur **12**, les résidents peuvent disposer d'un **téléphone avec ligne directe 24H/24**, mais en réalité au regard de leur état, peu de résidents sont en mesure de l'utiliser. Un seul établissement ne dispose pas de prise téléphonique dans les chambres.

Les résidents portent une **tenue de ville le jour** dans la totalité des établissements. Cependant, tous les résidents ne sont pas levés tous les jours notamment le week-end, en raison des effectifs de personnel réduits. Dans un établissement, les personnes âgées ne sont levées qu'un jour sur deux.

Les résidents ont **accès** librement à leur chambre et aux lieux collectifs toute la journée dans 92% des institutions. Concernant la question : « le personnel frappe t-il à la porte de la chambre avant d'entrer ? », les réponses sont très hétérogènes :

- cotation A par 4 établissements,
- cotation B par 5 «
- cotation C par 3 «

De même, une réponse n'est pas toujours attendue avant d'entrer : cotée A par 2 établissements, B par 4, C par 3 et D par 3.

Dans **54%** des établissements, les toilettes et les soins sont effectués la porte fermée (cotation A) mais 23% des établissements ont coté B, et 2 l'ont coté C.

Les expressions de familiarité (tutoiement, appellation par un surnom...) sont très peu utilisées dans l'ensemble des structures (coté A ou B).

- l'information des résidents et leur famille du fonctionnement de l'établissement : dans **61%** des établissements, ils sont informés mais sans une diffusion systématique de l'organigramme. La diffusion ou l'affichage du **calendrier des animations** est assuré dans 61% des établissements mais le port du badge est respecté dans 85% des institutions. Une sensibilisation des professionnels à la confidentialité des informations contenues dans les dossiers des résidents a été réalisée dans **70%** des établissements soit 9 sur 12. D'une façon générale, les résidents sont informés des soins qui leur sont proposés ou délivrés, dans le respect de leur état de santé et des règles de déontologie.

1.4.1.3 la restauration

Les attentes et besoins des résidents ne font pas l'objet d'un **dispositif de recueil**.

- Cotation A par 3 établissements
- Cotation B par 2 «
- Cotation C par 5 «
- Cotation D par 3 «

Cependant ces informations sont prise en compte dans la plupart des institutions.

Dans 8 établissements sur 13, il existe une réponse alternative satisfaisante lorsque le plat ne convient pas au résident même si celui-ci se résume bien souvent au « jambon purée ».

La convivialité de la salle à manger : Dans **69%** des établissements, la salle à manger dispose d'une place pour chaque résident. Seul un établissement n'est pas équipé d'une salle à manger. Les résidents sont généralement placés selon leurs affinités.

Le délai maximal entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner est très variable :

- 12 heures ou moins dans 4 établissements,

- entre 12 et 13 heures dans 4 «
- entre 13 et 14 heures dans 4 «
- plus de 14 heures dans 1 «

Dans **62%** des institutions, les résidents peuvent avoir s'il le souhaite une collation après le repas du soir mais rarement sollicitée.

- la nutrition

Dans tous les établissements il existe un suivi des risques de dénutrition ou à risque de déshydratation.

Dans **8** établissements sur **12**, il existe une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre. L'état de nutrition fait l'objet d'un suivi avec pesée à l'admission et régulièrement dans la plupart des structures et ceci une fois par trimestre ou plus dans 7 établissements. Dans deux établissements il n'y a aucun suivi.

La composition des menus fait l'objet d'un avis médical ou d'un autre professionnel compétent, en principe une diététicienne. Par ailleurs, les **régimes** font l'objet d'une prescription et d'un suivi médical dans 77% des établissements.

Par contre, les **repas mixés** ne font pas l'objet d'un suivi médical systématique : dans 6 établissements sur 12.

- l'hygiène alimentaire

Le dernier procès verbal des services vétérinaires n'a pas fait l'objet de réserves dans 5 établissements sur 11, mais qui ont été levées dans tous les cas, certaines faisant l'objet d'un échéancier.

1.4.1.4 la vie sociale : animation

Dans **69%** des établissements, il existe un **réfèrent** chargé de coordonner l'animation. Par ailleurs, le **projet d'animation** existe dans 61% des établissements mais il n'est écrit que dans 46% d'entre eux. Ses principes sont bien inclus dans le projet institutionnel mais il n'est généralement pas présenté aux instances, ni validé. Il n'est ni proposé aux familles, ni évalué mais l'ensemble du personnel participe à son élaboration.

Les propositions d'activité pour lutter contre les pertes de relations sociales sont très hétérogènes d'un établissement à l'autre, ainsi :

- *à l'intérieur de l'établissement* : les activités de la vie quotidienne (ménage, courrier jardinage..), les ateliers de créativité, les groupe de parole, les fêtes anniversaires, la lecture du journal, sont évalués ainsi : cotation A dans 4 établissements, B dans 3 et C dans 5.

- *à l'extérieur de l'établissement* : les promenades, le marché, les courses, le repas au restaurant; le théâtre le culte avec un accompagnement des familles, bénévoles ou membres du personnel sont cotés : A dans 5 établissements, B dans 1, C dans 3, et D dans 3.

- *la participation à la vie civile* : (élections, journaux locaux...) est jugée A dans 3 établissements, B dans 3, C dans 3 et D dans 1, sachant que la participation aux élections se fait généralement par procuration.

Ces activités sont généralement proposées de façon incitative, à date fixe et modulables mais pas imposées.

- les échanges inter générations ne se font que dans **38%** des établissements (5 sur 8). La participation des familles et amis des résidents aux activités de l'institution est peu développée dans la plupart des établissements malgré la cotation suivante : A pour 2 établissements, B pour 4, C pour 4 et D pour 3.

- les bénévoles : La présence de bénévoles est organisée dans à peu près un établissement sur deux, mais repose que très rarement sur une convention écrite (deux cas seulement).

Par ailleurs, dans l'ensemble des établissements, les résidents ont accès au **coiffeur**, plus rarement aux soins esthétiques

1.4.2 LES REPONSES APORTEES AUX RESIDENTS EN TERME D'AUTONOMIE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS

1.4.2.1 le maintien de l'autonomie

- l'accessibilité des locaux : dans tous les établissements, les personnes handicapées y compris celles au fauteuil roulant peuvent se déplacer à l'intérieur de l'institution aussi bien dans les couloirs, les sanitaires, les locaux collectifs que dans les ascenseurs.

Cependant deux structures ne disposent pas de salle de bains collectives accessibles aux personnes handicapées à tous les étages. Dans la plupart des établissements, les résidents en fauteuil roulant peuvent se déplacer aux abords de l'institution aussi bien dans le jardin qu'en dehors. L'équipement au niveau de l'éclairage des espaces de circulation (accessibilités des commutateurs, éclairage permanents...) semble satisfaisant (cotation A ou B dans 9 établissements).

- la prévention des chutes

Une majorité d'établissement (8 sur 13) dispose de **barres d'appui** systématiques dans les espaces de circulation, les autres étant équipés partiellement. Si 6 établissements considèrent que la nature des sols et leur entretien prend en compte la prévention des chutes, les 7 autres ont des avis très partagés : cotation A pour 6 établissements, B pour 2, C pour 2 et D pour 3.

En matière de **signalétique des espaces** (taille des caractères, pictogrammes, éclairages...) des efforts restent à faire puisque **12** établissements estiment qu'elle n'est **pas adaptée** aux résidents et encore moins aux mal voyants (le braille est inexistant).

Par ailleurs, **11** établissements sur 12 permettent aux résidents de bénéficier de **soins de pieds** chaque fois que nécessaire.

- la prévention par rapport au maintien à l'autonomie

S'il existe des plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (toilettes, déplacements, port de prothèses) basés sur des évaluations individuelles, dans tous les établissements, ils ne sont généralement pas formalisés et il n'y a pas d'évaluation périodique excepté dans 3 établissements.

- le projet de vie

Le projet de vie individualisé tenant compte des souhaits n'existe pas dans la plupart des établissements. Il n'existe que dans 3 établissements sur 12.

Si dans la majorité des structures SLD, il existe des **activités à visée thérapeutique** (ateliers mémoire, gymnastique favorisant la mobilisation), les activités spécifiques pour les personnes présentant une **détérioration intellectuelle**, sont peu organisées.

L'avis de la personne âgée est pris en compte dans le cadre d'une procédure préalable dans un établissement sur deux concernant aussi bien les sorties temporaires, les hospitalisations que les changements d'institution (tout au moins quant cela est possible).

1.4.2.2 l'organisation des soins

- le médecin coordonnateur

Dans tous les établissements, il existe un médecin coordonnateur :

- dans **7** établissements, il est compétent en gériatrie **et** expérimenté
- dans **4** établissements, il est titulaire d'un diplôme **ou** expérimenté
- Dans **2** établissements, il n'est ni diplômé, ni expérimenté.

Il participe à l'élaboration du **projet institutionnel** dans tous les établissements à l'exception d'un seul. Il participe également aux réunions de la direction sauf dans trois établissements.

Dans **tous** les établissements sauf un, la permanence des soins médicaux interne ou externe incluant les urgences existe et elle est formalisée. De même, l'organisation des soins permet un recours rapide chaque fois que nécessaire à l'O.R.L., à l'Ophtalmologiste et au chirurgien dentiste.

Par ailleurs, un **cadre référent** est désigné dans chaque structure.

Dans **un établissement sur deux** en moyenne, le médecin coordonnateur contribue à l'information gériatrique des salariés de l'établissement, sur l'ensemble des thèmes : médicaments, prévention des incapacités, des infections, des règles d'hygiène, des troubles du comportement, de la prévention des chutes ou encore de la nutrition. Toutefois, dans 11 établissements sur 13, le rapport d'activité médicales annuel n'est pas élaboré par le médecin coordonnateur.

- le projet de soins

Dans **62 %** des structures, le projet de soins **existe** mais il n'est écrit et élaboré par le médecin coordonnateur que dans **3** établissements. Il est plus souvent réalisé par l'infirmier référent et l'équipe soignante, sans les intervenants libéraux. Il ne précise les protocoles de prise en charge des résidents selon leurs grandes spécificités (mobilité, incontinence, états démentiels, diabète, douleur...) que dans **4** établissements sur 11.

Cependant, dans **7** USLD sur 11, il est basé sur des bilans individuels périodiques des résidents et il précise l'organisation des soins et aides apportés aux résidents. Il prend en compte les règles d'hygiène et la prévention des risques iatrogènes médicamenteux.

Dans tous les établissements, il existe une procédure formalisée et systématique de transmission à chaque changement d'équipe.

- les locaux de soins

Dans **5** établissements sur 12, les locaux semblent permettre une organisation des soins adaptés à l'état des résidents (cotation A), dans 5 autres, la réponse est cotée C (et un établissement en B et un autre en D. En général, les **médicaments** sont rendus inaccessibles aux résidents et professionnels non concernés sauf dans un établissement.

- le dossier individuel du résident

Le contenu du dossier repose sur l'identification du médecin traitant, les antécédents médicaux importants, les allergies et contre-indications médicamenteuses, une évaluation globale de la personne, les affections, l'état de dépendance et les traitements mis en œuvre, leur suivi et l'évaluation. A contrario, les protocoles de soins et d'aide mis en œuvre, et les synthèses périodiques ne figurent pas systématiquement au dossier.

Dans **11** établissements sur **12**, il existe un **dossier type** élaboré principalement par l'équipe soignante et l'infirmier référent, moins souvent par le médecin coordonnateur et très rarement avec les intervenants libéraux.

En règle générale, les prescriptions des médecins sont écrites, lisibles et signées ; un seul établissement échappe à cette règle.

Il existe généralement une **liste type actualisée des médicaments** prescrits au sein de l'institution et neuf fois sur douze, elle est élaborée avec le médecin coordonnateur. Dans les **2/3** des établissements, une procédure a été mise en place permettant de vérifier le suivi des traitements prescrits pour chaque résident tenant compte de la prise effective, de l'efficacité et des effets secondaires.

1.4.2.3 Aides et soins spécifiques

- la prise en charge de la nutrition

Le calendrier alimentaire pour les personnes à risque de dénutrition existe dans **11** établissements sur **12**. En cas de survenue d'une dénutrition, celle-ci fait l'objet d'une prise en charge adaptée s'appuyant sur un protocole dans **9** établissements sur **12**. Les sondes gastriques font systématiquement l'objet d'un suivi médical mais sont rares en SLD.

L'hydratation des résidents fait l'objet d'une surveillance régulière dans **10** établissements sur **12** avec un suivi systématique et individualisé des apports hydriques des résidents à risque.

- l'incontinence

Dans **6** établissements sur **11**, les personnes ayant posé l'indication d'un système absorbant ne sont pas clairement identifiées pour chaque résident incontinent. Par ailleurs, un bilan étiologique est rarement effectué pour les résidents présentant un problème d'incontinence (**3** établissements sur **12** seulement).

- la politique de prévention des chutes

Dans la plupart des établissements, les chutes ne font pas l'objet d'une politique de prévention formalisée (9/13). Cependant le signalement par écrit se fait presque systématiquement. (11/13) mais les causes ne sont analysées que dans un établissement sur 2. Neuf établissements n'ont pas de protocole de prise en charge directement défini. Par conséquent, le suivi des personnes ayant eu des fractures secondaires à une chute n'y est pas inclus.

- la prise en charge des détériorations intellectuelles

Sur les treize établissements, **huit** seulement déclarent que les personnes atteintes de détérioration intellectuelle ont bénéficié d'un bilan diagnostique (bilan cognitif, recherche de causes curable). Il existe au sein des institutions, à l'exception d'un seul, des prestations de type psychiatrique et/ou psychologique avec des moyens internes pour **7** d'entre eux et des moyens externes pour les 12 établissements. Dans la majorité des établissements (**7/13**), les personnes atteintes de détérioration intellectuelle bénéficient d'un projet de vie spécifique visant au maintien de leur autonomie psychique et physique en tenant compte de la possibilité de déambuler. L'accompagnement et les soins à ces personnes sont prodigués au sein d'espace spécifique la journée dans **5** établissements seulement sur 12, et 24 heures sur 24 dans un seul. Dans – établissements, leur prise en charge est assurée par du personnel dont une partie a reçu une formation spécifique. La plupart des établissements (9/12) prend en compte les problèmes psychiatriques des résidents autres que ceux liés à des détériorations intellectuelles (états dépressifs, psychoses...).

- la prise en charge de la douleur

Bien que la douleur ne fasse pas l'objet d'une évaluation systématique dans l'ensemble des établissements (seulement 6/13), elle fait l'objet :

- d'une prise en charge spécifique des résidents dans **11** établissements sur 12.
- d'actions de formation du personnel dans **10** établissements.

- la prise en charge des escarres :

Les escarres font l'objet d'un suivi institutionnel dans tous les établissements, qui repose sur :

- Un protocole écrit et actualisé de prévention dans seulement 7 établissements sur 13.
- Un protocole écrit et actualisé de leur traitement dans 8 établissements.

Par ailleurs, le suivi et l'évaluation de leur application n'existent que dans 4 établissements

- le recours à la contention physique :

Pratiquement tous les USLD (11/12) ont recours à la contention physique, mais qui n'intervient qu'au terme d'une discussion en équipe et qui s'appuie que rarement sur une prescription médicale motivée mais qui s'accompagne d'une information préalable du résident et accord de la famille.

- la prise en charge de la fin de vie :

Dans tous les établissements la fin de vie fait l'objet d'une prise en charge spécifique des résidents (soins d'accompagnement adaptés incluant si possible la famille dans le respect des convictions religieuses etc...) qui repose que rarement sur une convention avec une équipe mobile (deux établissements bénéficient des prestations de l'Association JALMAV) ou une unité de soins palliatifs mais qui fait l'objet d'actions de formation du personnel.

Tous les établissements tiennent compte des souhaits du résident et de sa famille relatifs aux décès.

1.4.2.4 l'hôtellerie

- la rénovation :

Dans 9 établissements sur 13, il n'existe **aucun plan de rénovation formalisé**. Deux établissements seulement présentent un plan avec 100% de chambres individuelles ou communicantes et deux autres avec moins de 10% de chambres doubles.

- l'hygiène alimentaire

La méthode de maîtrise des risques type **HACCP** a été mise en œuvre sur la chaîne alimentaire au sein de 12 établissements (analyse des risques, amélioration des pratiques, formation du personnel, analyses bactériologiques, utilisation pertinente des résultats,...).

- le linge

La procédure du change du linge à plat, n'existe que dans un établissement sur deux, mais la procédure concernant les circuits et le stockage du **linge propre et du linge sale** est adoptée dans 10 établissements sur 12. Quant au **linge souillé ou contaminé**, il est soumis à une procédure particulière dans l'ensemble des établissements.

La prise en charge du linge personnel des résidents est en principe assurée par l'établissement mais sans donner lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...).

- l'hygiène des sols et surfaces

Il existe dans tous les établissements une **procédure d'hygiène** des sols et des surfaces concernant aussi bien les chambres que les espaces communs. Dans l'ensemble cette procédure prévoit des délais entre chaque nettoyage et permet le nettoyage en cas d'incident, en dehors des heures de ménage (dans 10 établissements sur 13).

- le stockage et l'élimination des déchets :

Une procédure concernant la restauration existe dans les $\frac{3}{4}$ des établissements (10/13). Elle est généralisée en ce qui concerne les activités de soins.

1.4.2.5 le personnel

- l'organisation des missions à assurer

L'organisation au sein des établissements précisant le rôle de chacun des agents (administration, hôtellerie, restauration, aides et soins...) n'est pas clairement défini dans un certain nombre d'établissements : Cotation A dans 4 établissements, cotation B dans 3, C dans 5 et D dans 1.

A contrario, **le suivi et encadrement des stagiaires** sont très satisfaisants dans 10 établissements, satisfaisant dans 2 et moyennement satisfaisant dans 1.

- les actions de formation du personnel

Dans tous les établissements des actions de formation continue du personnel sont organisées et adaptées généralement à la nature des postes et aux besoins des personnels.

Il existe des plans de formation concernant des formations qualifiantes de longue durée dans 11 établissements sur 12 (formation d'Aide Médico-psychologique notamment).

La formation des agents aux gestes de survie est très hétérogène : cotation A dans 4 établissements, B dans 4, C dans 4 et D dans 1.

- la formation en matière d'hygiène

. pour les personnels de service concernant l'hygiène des sols et du linge : **7** établissements sont très satisfaits (cotation A)

. pour les personnels d'aide et de soins, ils ont reçu une formation concernant le lavage des mains et l'hygiène générale des soins qui semble pleinement satisfaisante dans **8** établissements sur 13.

- l'évaluation des pratiques professionnelles est réalisée :

- au sein de l'équipe dans **8** établissements,
- lors de réunion d'équipe dans **9** établissements

- à l'occasion d'entretiens individuels dans **11** établissements,
- Lors d'évaluation externes dans **5** établissements seulement.

- l'organisation d'actions de soutien psychologique au personnel

Elles sont organisées avec des moyens internes dans **5** établissements, avec des intervenants extérieurs dans **4** établissements, sur des thématiques dans ***un établissement sur deux***.

- le recueil et prise en compte de ***l'avis des professionnels*** sur l'amélioration de la vie quotidienne des résidents est très divergente : cotation A dans 3 établissements, B dans 3, C dans 3 et D dans 3.

- l'organisation des visites d'établissement ou de service, des échanges de personnel ou de formations conjointes varient beaucoup selon les établissements : Cotation A dans 3 établissements, B dans 4, C dans 2 et D dans 4.

1.4.3 LES ETABLISSEMENTS ET LEUR ENVIRONNEMENT

1.4.3.1 l'ouverture sur l'extérieur

- le conventionnement

Sept établissements ont passé une ***convention*** avec au moins un établissement de santé prévoyant les modalités d'accueil et de prise en charge en service de médecine ou de chirurgie. Pour les autres établissements cette question est bien souvent sans objet car ils disposent de ces disciplines au sein même de la structure. Trois établissements seulement ont une convention avec un ***service ou une consultation gériatrique*** permettant de bénéficier d'évaluation individuelle ou d'un suivi gériatrique cette question étant également sans objet pour plusieurs établissements.

Le recours au secteur psychiatrique :

- 4 établissements y ont recours régulièrement avec une organisation formalisée
- 6 pratique un recours régulier mais non formalisé
- et 3 ont un recours occasionnel.

- la collaboration

Peu d'établissements collaborent avec un autre établissement de santé pour des problèmes spécifiques :

- . pour la prise en charge de la douleur : **3** établissements
- . pour les soins palliatifs : **2** établissements
- . pour la consultation mémoire : **2** établissements
- . pour les troubles du comportement : **5** établissements
- . pour la nutrition : **3** établissements.

- la coordination

Pour dix établissements, il n'existe ***pas de collaboration*** avec les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (associations, club du troisième âge...). **Quatre** établissements seulement ***font partie d'un réseau*** ou d'un système de soins coordonnés.

Par ailleurs, peu d'établissements proposent des ***formules complémentaires*** à l'hébergement permanent pour les personnes âgées vivant à domicile aux alentours.

- pas d'accueil de jour,
- hébergement temporaire dans **6** établissements sur 13
- hébergement de week-end ou de semaine : **2** établissements
- service de soins à domicile : **5** établissements ont leurs SSAD.

- suivi de la réglementation :

Un établissement sur deux assure un suivi organisé de l'évolution de la réglementation.

1.4.3.2 la sécurité et la maintenance :

- Sécurité / accessibilité

Dix établissements sur 12 ont un ***avis favorable de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité***. Les deux établissements ayant fait l'objet d'un avis défavorable ont tenu compte des remarques formulées.

- Sécurité incendie

Dans l'ensemble des établissements, le personnel est informé des consignes en matière de sécurité incendie, et le personnel a reçu une formation spécifique excepté dans une structure. Cependant, les exercices ne sont effectués que dans un établissement sur deux.

- Hygiène sécurité

Les ***protocoles d'hygiène*** (lavage des mains, circuits propres et sales) et les protocoles sur les conduites à tenir en cas d'exposition au sang existent dans tous les établissements excepté

un. Par ailleurs, dans deux institutions les produits d'entretien de désinfection et les produits dangereux ne sont pas systématiquement rendus inaccessibles aux résidents et personnel non concernés.

Les locaux techniques présentant un danger pour les résidents sont signalés dans 9 établissements sur 12 mais sont rendus inaccessibles dans tous.

- entretien réparations

Dans tous les établissements le suivi des réparations et petits travaux quotidiens fait l'objet d'une organisation fonctionnelle.

Il n'existe un plan d'actions destiné à la prévention des accidents que dans **3** établissements sur 12. Toutefois, tous les établissements à l'exception d'un seul, disposent de **système d'appel** pour les résidents dans les chambres et dans les cabinets de toilettes. Les lieux communs en sont que rarement équipés. Et le port d'un système par les résidents eux-mêmes n'est utilisé par aucun établissement. Cependant dans **8** établissements, une réponse rapide est garantie.

1.4.3.3 le projet institutionnel

Dans **huit** établissements sur 13, **il existe** un projet institutionnel qui comprend les caractéristiques générales des projets de vie et de soins. Il est formalisé mais le suivi de sa mise en œuvre n'est assuré que dans quatre établissements.

Le projet de vie individuel de chaque résident n'est élaboré avec le résident que dans deux structures sur 12. Le projet institutionnel prend en compte les souhaits et besoins des résidents et de leur famille dans seulement un établissement sur deux. Il est rarement soumis au conseil d'établissement puisque celui-ci n'est pas mis en place dans la plupart des structures mais dans 5 d'entre eux il a été soumis aux autres instances (Conseil d'administration, conseil médical d'établissement ...)

De même, il existe un dispositif permettant d'adapter le projet institutionnel à l'évolution de l'état des résidents dans 5 établissements sur 11.

Cependant, les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles ainsi que **l'analyse des réclamations et plaintes** sont utilisés par la moitié des établissements pour améliorer les prestations fournies mais il n'y a que deux établissements qui considèrent que l'organisation des espaces et le fonctionnement de l'établissement sont conformes au projet de vie (cotation A) tandis que 6 ont coté D.

La réalisation de ce premier diagnostic permet de faire ressortir un certain nombre de dysfonctionnements au sein des établissements. Ces observations soulèvent une réflexion afin de

déterminer les difficultés auxquelles se heurtent les établissements et qui constituent un frein à la prise en charge de qualité des personnes âgées dépendantes.

2 - DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS

2.1 LES DYSFONCTIONNEMENTS GENERES PAR UN SYSTEME ACTUEL DE TARIFICATION INADAPTE

Pour bien comprendre ces dysfonctionnements, un rappel des bases législatives et réglementaires s'impose.

2.1.1 le cadre législatif et réglementaire :

Tandis que la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 vise exclusivement les institutions sociales et médico-sociales, sur le plan législatif, les soins de longue durée ont été définis aux termes de l'article L.711-2 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991: "les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser : ...des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien."

En application des dispositions de l'article L.716-5 du Code de la Santé Publique, la tarification comporte deux éléments :

- ***un tarif journalier de soins***, pris en charge par l'assurance maladie et dont le montant est fixé par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, dans la limite d'un forfait de soins plafond fixé annuellement par arrêté interministériel, soit 270,30 F au titre de l'année 2000.
- ***et un tarif journalier d'hébergement*** assuré par l'usager ou éventuellement l'aide sociale départementale et fixé par le Président du Conseil général.

Les dépenses de soins sont couvertes par un forfait annuel global de soins et prennent en charge :

- . les personnels assurant les soins
- . les charges liées aux prescriptions médicales et petit matériel médical

. les amortissements et frais financiers du matériel médical et équipements concourants aux soins

Les opérations d'exploitation concernant l'activité des soins de longue durée, de même que celles relevant de la loi du 30 juin 1975, font l'objet d'un budget annexe conformément à l'article R.714-3-9 du Code de la santé.

Dès le début des années quatre-vingt, **le rapport Henrard** dénonçait déjà les principes de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes avec la nécessité de fonder cette tarification sur l'état de la personne accueillie, indépendamment de la nature juridique de l'institution qui l'hébergeait. Si cette tarification binaire était à une certaine époque adaptée aux personnes qui entraient en maison de retraite plus jeunes et surtout valides, elle est aujourd'hui obsolète et il importe aujourd'hui de tenir compte de l'état de **dépendance** des personnes accueillies.

Les diverses prestations liées à la dépendance domestique, sociale et relationnelle de la personne, qui ne sont assimilables ni à l'hébergement ni aux soins proprement dits, ne sont actuellement pas prises en compte en tant que telle.

La tarification actuelle n'instaure aucune modulation liée à l'état de la personne. La dimension des actuels forfaits plafond à la charge de l'assurance maladie ne sont pas directement liés à la charge des soins réalisés dans les institutions. Les modes de tarification actuels des EHPAD constituent en même temps qu'un déni de justice, un frein au développement de prises en charge de qualité au bénéfice des résidents concernés mais il a fallu attendre la Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 pour réformer cette tarification.

Du mode actuel de tarification, découle une insuffisance des budgets pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes.

2.1.2 L'insuffisance des budgets.

Différencier ce qui relève de l'assurance maladie ou de systèmes spécifiques à la dépendance n'est pas toujours facile car les orientations prises par le gouvernement en matière de prise en charge des personnes âgées sont en lien avec le système de santé ?

Par ailleurs, la gestion de ces établissements repose actuellement sur une logique de moyens et non pas sur une logique de résultats.

2.1.2.1 le financement des soins :

En 1999, **le forfait soins** accordé par l'assurance maladie s'inscrivait dans une fourchette de **247,10 F à 262,75 F** (plafond). Au titre de cet exercice, 6 établissements ont perçu le forfait soins plafond. Pour les 7 autres établissements, le différentiel est plus ou moins important variant de -0,67 à -15,65 F.

Le forfait moyen alloué est ainsi établi à **259,60 F**.

Pour l'année 2000, un septième établissement a bénéficié du forfait plafond.

2.1.2.2 le financement de hébergement

Bien que la tarification relève de la compétence du Conseil Général, l'hébergement reste à la charge des résidents. Au titre de l'année 1999, les prix de journée appliqués à l'hébergement varie de 219,65 F à 285,85F selon les établissements. Le prix de journée moyen est donc de **256,91 F**.

2.1.2.3 les dépenses de soins et d'hébergement autorisées actuellement

La répartition des dépenses par section tarifaire « soins » et « hébergement » n'a pas été communiquée par 5 établissements sur 12 (dont informations partielles par l'un d'eux) .

Le montant des dépenses autorisées pour les établissements ayant répondu, s'élève à **94.492.248 F**,

- dont 41.811.082 pour les soins, soit **44,25%**
- et 52.681.166 F pour l'hébergement, soit **55,75%**.

Pour information, le montant de la **dotation globale allouée** par l'assurance maladie aux soins de longue durée entre les deux secteurs sanitaires, au titre de l'année 1999, était de **108.165.513 F**, et de **114.946.312 F** pour l'année 2000 (un établissement ayant ouvert cette année)

*** la répartition par groupe de dépenses autorisées au titre de l'année 1999**

La répartition par groupe de dépenses et section d'imputation a été réalisée à partir de huit établissements, les données n'ayant pas été communiquées par l'ensemble des établissements.

- les dépenses de personnel :
68% relèvent de la section soins
et 31,34% de la section hébergement
- les dépenses médicales :
99,98% relèvent de la section soins
et 0,02% de l'hébergement.
- les dépenses hôtelières :
0,50% relèvent de la section soins
et 99,50% de l'hébergement
- les dépenses financières :
6,18% relèvent du soin
et 93,82% de l'hébergement.

Globalement,

- les dépenses de personnel représentent **88,18%** des dépenses de soins, et **31,94 %** des dépenses d'hébergement,
- les dépenses médicales représentent **10,37%** des dépenses de soins et sont inexistantes en hébergement,
- A contrario, les dépenses hôtelières représentent **0,35%** des dépenses de soins mais **54,85%** de la section hébergement.
- les dépenses financières quant à elles, pèsent pour **1,10%** dans la section des soins et pour **13,20%**

2.1.2.4 les dépenses réelles

La réforme est fondée sur la prise en compte des coûts réels des structures tels qu'ils sont constatés selon les affectations de charges sincères et véritables. Une approche des charges réelles afférentes aux activités des longs séjours et des imputations et reversements faits actuellement entre le budget général et le budget du long séjour a été réalisée auprès des unités morbihannaise.

Globalement, si l'on se base sur les **neuf établissements** ayant fourni tous les éléments budgétaires, le montant des dépenses autorisées est de **163.732.819 F** pour un montant de dépenses réelles estimées à **185.621.735 F**,

soit un différentiel de **21.888.916 F**, actuellement supporté par les budgets généraux, et réparti ainsi qu'il suit :

* un écart de **+ 4 981 180 F** pour les soins (assurance maladie),

* et un écart de **- 25 519 936 F** pour l'hébergement et la dépendance.

2.1.2.5 les coûts

Le total des dépenses des soins de longue durée sur les deux secteurs sanitaires se traduit par les coûts suivants :

Le coût moyen par lit est évalué à **194.659 F** au regard des dépenses autorisées mais s'élève à **219.198 F** en termes de dépenses réelles avec des écarts de 181.743 F à 270.452 F.

Le coût moyen par journée est estimé à **540 F** en dépenses autorisées mais **612 F** en termes de dépenses réelles. Les écarts sont de 485 F à 583 F dans les dépenses autorisées et de 506 F à 749 F en dépenses réelles.

Le coût moyen par agent est respectivement de **341.823 F pour les dépenses autorisées et 384.914 F pour les dépenses réelles** sur l'ensemble des longs séjours avec des écarts de 257.026 F et 438.872 F (en dépenses autorisées) ou de 269.697 F à 504.756 F en dépenses réelles.

On constate donc de grandes disparités entre les établissements en termes de coûts.

2.1.3 les imperfections de la Prestation Spécifique Dépendance.

La Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendait, dans l'attente du vote de la loi instituant une aide personnalisée à l'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Au 31 mars 2000, un bilan de l'application de la PSD publié par la DREES, faisait apparaître un nombre de bénéficiaires de **123 000**.

Cette prestation s'est substituée à l'allocation compensatrice pour tierce personne réservée dorénavant aux personnes handicapées de moins de 60 ans. Elle est soumise à des conditions de ressources, et limitée aux personnes les plus dépendantes; son montant maximum est de **5 755 F** depuis le 1^{er} janvier 2000.

Or, de nombreuses organisations représentatives des acteurs ou des partenaires impliqués dans la prise en charge des situations de dépendance des personnes âgées sont très critiques à l'égard du dispositif actuel. Elles tiennent au fait :

- d'une part, qu'un nombre relativement faible des personnes susceptibles de bénéficier de la prestation, en bénéficie effectivement en raison des nombreux facteurs dissuasifs : plafonds de ressource, recours sur les successions et les donations mais aussi des carences quant à l'information sur le dispositif ou encore l'inégal développement de réseaux structurés susceptibles de mener une action gérontologique globale sur l'ensemble du territoire. (un cinquième ou un sixième de bénéficiaires seulement selon les estimations les plus avancées). Le dispositif n'a pas atteint ses objectifs. Il ne répond pas à une demande qui croîtra inéluctablement au cours des prochaines années.
- et d'autre part que le dispositif se caractérise par de nombreuses incohérences et de grandes inégalités entre les départements mais aussi entre les caisses de retraite.

Il n'existe donc ***pas d'égalité des citoyens*** par rapport à la PSD sur l'ensemble du territoire

Les critiques tiennent enfin au fait que le dispositif a été posé au terme de la loi de 1997 comme étant "provisoire". Il paraît donc instable, inachevé et donc fragile.

Pour rendre cohérent et équitable le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes, pour assurer une réelle égalité entre les personnes, il convient de fonder un nouveau droit qui se concrétisera par la mise en place d'une nouvelle prestation, l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)

2.1.3.1 autres difficultés

D'autres difficultés peuvent s'imposer aux établissements :

- les problèmes liés à la gestion des services : les spécificités des services peuvent générer des coûts particuliers. Cependant en dehors des structures psychiatriques, il n'y a pas de

spécificités dans les unités de soins de longue durée observées sur les deux secteurs sanitaires 3 et 4.

- le seuil critique des petites unités : des difficultés d'organisation peuvent se présenter dans les établissements de petite dimension ou la population accueillie est très hétérogène, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes désorientées, déambulantes. La mise en place de petites unités n'est pas évidente dans de telles structures.

2.2 UNE QUALITE DE VIE PERFECTIBLE DANS LES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE.

2.2.1 l'introduction d'une démarche qualité dans les établissements :

Tandis que la **Loi n° 75-535 du 30 juin 1975** vise exclusivement les institutions sociales et médico-sociales, le problème spécifique de l'hébergement hospitalier des personnes âgées était déjà posé dès 1980 dans le rapport de Rose-Marie Lerberghe et Stéphane Paul intitulé "Soins aux personnes âgées" qui affirmait la nécessité d'une politique nouvelle d'humanisation "jusqu'à présent, entreprendre l'humanisation d'un établissement sanitaire, c'était supprimer les salles communes, les dotés d'équipements modernes, assurer la propreté et la sécurité des installations En outre s'inspirer du domaine social pour atténuer la rigueur de l'univers médical, c'est offrir aux personnes âgées des conditions de vie plus proches de la normale". La circulaire du 4 février 1986 marquait une avancée décisive dans le domaine de la qualité de vie en long séjour, en mettant en avant la nécessité pour les établissements hospitaliers de prendre en compte la spécificité, à la fois psychologique et médicale des personnes âgées.

Cette circulaire avait pour objet de promouvoir dans les établissements un projet de soins et un projet de vie, destiné à favoriser la prise en charge globale de la personne en respectant avant tout sa dignité et son bien-être. Quatre impératifs étaient définis :

- veiller à l'application des circulaires relatives à l'humanisation,
- accueillir,
- se préoccuper des besoins individuels (horaires des repas choix des menus etc...)
- permettre à la famille et à l'entourage de participer;

Les responsables furent invités à s'inspirer des mesures préconisées par le décret du 17 octobre 1985 relatifs aux conseils d'établissement dans les établissements médico-sociaux. Le thème de l'animation y apparaîtrait.

Cette circulaire donnait un certain nombre d'illustrations de ce qui pouvait être fait en terme de qualité de vie en long séjour hospitalier.

Depuis une dizaine d'années, quelques projets, fruits de l'imagination et de la créativité des uns et des autres, ont été mis en œuvre en milieu gériatrique pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées hébergées et des personnels. Ils concernent notamment, les domaines de l'hôtellerie, de l'animation et de la formation.

2.2.1.1 le choix de l'implantation des établissements

Les longs séjours ne doivent seulement être des lieux de travail pour les soignants mais aussi des lieux de vie pour les personnes âgées. Tout le monde s'accorde, par exemple, sur la nécessité de restreindre la taille des unités d'hébergement pour favoriser la convivialité (80 lits au maximum selon le ministère de la santé^o). Une des priorités est d'éviter les ghettos de vieux en implantant au maximum des établissements dans les quartiers urbains pour les ouvrir sur la ville. Il est souhaitable, que les établissements soient installés là où vit la population dans le cœur des villes, de manière à ce qu'ils soient faciles d'accès pour les visiteurs, afin que les personnes âgées les plus valides puissent utiliser les commerces et autres services alentours et que l'on puisse y conduire aisément les personnes les moins valides. On constate sur les secteurs sanitaires 3 et 4 que la plupart des établissements sont bien intégrés puisque 80% sont implantés en milieu urbain mais un établissement sur trois est à plus de 500 mètres des commerces et le quart d'entre eux ne sont pas desservis par les transports en commun.

2.2.1.2 une architecture pas toujours adaptée

Sur le plan des locaux, il faut respecter l'intimité de la personne, un intérêt particulier doit être porté à l'espace personnel réservé à la personne âgée où elle puisse se retrouver. Or l'exiguïté des chambres (59% des chambres à un lit ont une surface inférieure à 16 m²) la vétusté, leur aménagement et les possibilités d'adaptation ne permettent pas toujours voire rarement à la personne âgée de recréer un univers personnel et intime. Par ailleurs, l'insuffisance des espaces collectifs dans un certain nombre ne facilite pas les relations sociales au sein de l'établissement.

Le traditionnel couloir tend à être aboli; la disposition impersonnelle des chambres est remise en cause; les espaces collectifs conviviaux sont multipliés. Mais un certain nombre d'établissements a retenu mon attention. Ils répondent aux règles d'hygiène et d'organisation en vigueur dans les années 70. c'est-à-dire, un couloir central, desservant l'ensemble des locaux constitués de chambres majoritairement à deux lits, voire à quatre lits. Les sanitaires attenants à chaque chambre

comprennent un lavabo, un bidet et un WC. Il y a généralement une baignoire collective à l'étage ou dans l'aile. La salle à manger est exigüe et ne permet pas à tous les résidents de déjeuner ensemble. Il n'y a aucun lieu de vie, sauf parfois une salle où trône un téléviseur.

2.2.1.3 Une prestation repas de meilleure qualité

L'alimentation suscite de plus en plus d'intérêt en gériatrie. La qualité des repas est également jugée comme primordiale en long séjour. Manger reste pour beaucoup de personnes âgées un des rares plaisirs qui subsistent. Moments très attendus, les repas doivent être bien préparés, bien présentés mais aussi bien servis dans un cadre agréable.

De nouvelles formules de distribution des repas peuvent être proposées : abandon du plateau traditionnel au profit du service à l'assiette, service du potage du soir en soupière, plats décorés, mise en service d'une nouvelle vaisselle, etc... L'important est de reconnaître la place centrale qu'occupe le repas en allongeant la durée des repas.

Si un effort important est réalisé par les structures pour permettre à un maximum de personnes d'accéder à la salle à manger pour le déjeuner, la prise des autres repas et notamment du dîner se fait facilement dans les chambres. On relève un certain nombre de carences dans certains établissements liées à l'insuffisance de personnel au moment des repas, insuffisance de places en salle, accès parfois difficile pour les fauteuils roulants, salles en rez-de-chaussée et unité de soins de longue durée à l'étage, salle pas toujours adaptée (31% des établissements, ne disposent pas d'une place pour chaque résident).

Les rythmes de vie doivent respecter certains principes. Il faut par exemple éviter que les horaires des repas, dictés par ceux des cuisines, soient en rupture complète avec ceux de la vie courante. En outre, le déroulement de la journée doit être équilibré, permettre des temps de repos pour les résidents et tenir compte le plus possible de leurs aptitudes antérieures. Or l'heure du petit déjeuner est généralement imposée, conditionnée par le temps de toilettes à faire dans la matinée. Le délai entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner dépassent 13 heures dans 5 établissements. Le dîner est servi trop tôt dans certains services (à partir de 17 heures 30). Par ailleurs, les résidents sont parfois couchés très tôt (à partir de 14 heures 30 dans un établissement) et ne sont pas tous levés pendant les week-ends en raison des effectifs réduits notamment le dimanche (dans un établissement, les résidents sont levés en moyenne un jour sur deux). Le principe de la sieste n'existe pas ou très peu dans la plupart des unités de soins de longue durée.

2.2.1.4 l'absence de participation des familles dans le fonctionnement des structures.

L'animation interne, la valse des chariots de nourriture, le passage des soignants et des agents de ménage, doivent rompre l'isolement et le repli sur soi. Des efforts récents ont été entrepris dans certaines structures pour recréer une domesticité et une vie sociale.

D'autres éléments sont par ailleurs à prendre en compte, tels que le degré de participation des familles et des bénévoles à la vie de la structure, l'existence d'une politique d'animation créative, le respect des droits des personnes âgées ou les modalités de prise en charge des résidents et d'accompagnement de la fin de vie. Rares sont les longs séjours qui prévoient l'accueil et l'accompagnement des familles. Aucune démarche n'est entreprise permettant des rencontres entre soignants; médecins et familles. On relève une très faible participation des familles qui s'en tiennent bien souvent au goûter de Noël. Les contacts avec les personnels sont jugés bons et se traduisent par une absence de plaintes, voire des remerciements à l'occasion des décès. L'accompagnement de fin de vie se fait naturellement par les soignants avec beaucoup de dévouement et de chaleur humaine mais sans possibilité d'isoler la personne âgée par manque de locaux. Le besoin d'un soutien psychologique pour les personnels se fait sentir dans les établissements.

Quant au problème des bénévoles, il est assez similaire à celui posé par les familles : rien n'est prévu non plus pour eux.

La mise en place du conseil d'établissement pourrait être le catalyseur d'une participation plus active des familles dans les structures et générateur d'une politique d'animation actuellement réduite dans la plupart des établissements, souvent liée à l'absence ou l'insuffisance de locaux collectifs.

2.2.1.5 l'organisation du travail

L'organisation des soins répond souvent à une vision hospitalière de la prise en charge avec une activité tournée vers la satisfaction des besoins organiques et une vision taylorienne des tâches.

Le travail des aides soignantes, bien distinct de celui de l'infirmière, est rythmé par l'organisation en équipes successives. Les repas et les toilettes se succèdent selon un rythme rapide, éprouvant pour les soignants. Il s'agit de la satisfaction des besoins vitaux et non pas de moments de plaisir ou de relation? En conséquence les personnels soignants s'épuisent sur un travail parfois vécu comme dévalorisant.

Les infirmières, seules bien souvent pour un étage, voire deux, courent d'appel en appel.

- ***la mobilisation du personnel :***

Les ratios de personnel médical et para-médical (médecin, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers...) souvent insuffisants dans les établissements ont pour effet de démobiliser les équipes, essoufflement, difficultés des tâches, locaux peu adaptés.

- ***la formation des personnels***

Bien que recevant une formation, les personnels souffrent d'un manque d'accompagnement psychologique. Une interrogation se pose également quant à l'adaptation de la formation des aides-soignants aux spécificités des personnes âgées dépendantes et aux difficultés d'intégration des Aides-médico-psychologiques dans les unités de soins de longue durée.

La formation du personnel apparaît aussi comme un moyen indirect d'amélioration de la qualité de vie en long séjour. En améliorant les conditions de vie au travail des soignants, on favorise une meilleure prise en charge des résidents. Souvent le personnel est en effet mal préparé pour affronter la vieillesse et souffre d'une dévalorisation qui le démotive, d'où la nécessité de formations adaptées. Dans tous les cas, la formation fait partie des domaines dans lesquels on peut agir pour promouvoir une amélioration de la qualité dans les USLD.

Un nécessaire soutien psychologique des soignants et des résidents : la présence d'un psychologue serait un facteur d'amélioration des conditions de vie. Un besoin d'aide psychologique se fait en effet sentir tant chez les personnels que chez les personnes âgées des longs séjours. Il serait urgent de reconnaître aux soignants, le droit d'être accompagnés et de leur donner la possibilité de pouvoir parler, échanger communiquer au travers de groupe de parole par exemple qui a pour vocation de réduire les conflits dans les relations entre les soignants et de les aider à prendre de la distance par rapport à ce qu'ils vivent dans leur travail. La généralisation de ce genre de démarche dans les services de soins de longue durée serait sans doute très profitable.

Les personnes âgées sont certes propres et dépourvues d'escarres mais sans chaleur de vie. On assiste à ce spectacle désolant de déments déambulant ou encore à celui des personnes grabataires attachés à leur fauteuil et posées devant une télévision.

Les familles culpabilisent d'avoir dû placer leur parent et viennent peu ou à reculons

En conséquence, les centres de soins de longue durée assurent aux personnes accueillies une bonne qualité de soins. Mais leur médicalisation s'est trop souvent fait au détriment de la qualité de vie et comme disait Molière "des lieux où l'on est soigné pour vivre et non où l'on vit pour être soigné"

Jusqu'à présent, malgré les efforts entrepris çà et là, les long séjours sont rarement parvenus, exceptés une minorité d'établissements, à donner d'eux-mêmes l'image de lieux de bien-être. Les contraintes de l'univers hospitalier et son fonctionnement plus orienté vers les nécessités techniques que vers le confort des pensionnaires empêchent le long séjour de devenir un véritable lieu de vie. Seules les structures construites récemment offrent aux résidents des lieux de vie adaptés.

Aujourd'hui, il semble à la fois d'autant plus nécessaire et difficile de mener une politique de qualité de vie en long séjour, que la population hébergée y est de plus en plus âgée et dépendante et que de ce fait, les unités de soins de longue durée risquent de devenir de sordides antichambres de la mort en l'absence d'initiatives dynamiques. Il appartient aux responsables des structures de mettre en œuvre des politiques visant à améliorer les conditions de vie; initiatives encouragées depuis plusieurs années, par les pouvoirs publics.

3 - TROISIEME PARTIE : LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES UNITES ET SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE

Dans pratiquement tous les pays, l'expansion des placements en institutions a touché à sa fin dans les années 80, excepté pour les personnes de plus de 80 ans. Les gouvernements européens préfèrent désormais développer le maintien à domicile et les nouveaux services de proximité. C'est dans cette direction que tend également la politique départementale du Morbihan dont les orientations font l'objet d'un plan gérontologique, et les dispositions gouvernementales pour la création de réseaux. Mais les profonds bouleversements vont se faire à partir de la réforme de la tarification, de la révision de la PSD et la redéfinition des soins de longue durée.

3.1 LE PLAN GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Dans le cadre du plan gérontologique élaboré par le Conseil Général fin 1999 et couvrant la période 2000-2005, le département découpé en 8 secteurs, affiche certaines disparités, notamment une disparité entre une région côtière de plus en plus dense et une désertification de l'intérieur du Département qui s'accroît.

Considérant que l'offre de places d'hébergement pour les personnes âgées est globalement satisfaisante sur le plan quantitatif, les grandes orientations du plan gérontologique pour les cinq années à venir, visent à :

- développer la prévention,
- développer et coordonner le maintien à domicile.
- favoriser les alternatives à l'hébergement institutionnel,
- ***améliorer la performance des établissements sur le plan qualitatif,***
- et développer une complémentarité active entre les partenaires.

“Ce plan se veut évolutif, et doit pouvoir intégrer les observations qui remonteront du terrain, et tenir compte de l'évolution des mentalités déjà perceptibles.”

Au terme de l'étude réalisée auprès des établissements de soins de longue durée, l'amélioration des conditions d'accueil passent inévitablement par des investissements importants visant une rénovation des constructions actuelles. C'est pourquoi, il importe de tenir compte des objectifs définis par les contrats de plan actuels et à venir

3.2 LES CONTRATS DE PLAN

Le contrat de plan 1994-1999 : il visait à moderniser les établissements d'accueil publics, assurant l'hébergement des personnes âgées qui pouvaient être considérés comme hospices au 30 juin 1975, que leur transformation juridique ait eu lieu ou non à cette date.

Les actions éligibles portaient sur des travaux de modernisation des établissements sans augmentation du nombre de lits, à l'exclusion des lits déjà humanisés, et des établissements de construction récente (construits à partir de 1980: date de publication des normes MAPA)

Cette modernisation peut se traduire par la réhabilitation des bâtiments existants, éventuellement par des constructions reconnues comme absolument nécessaires : extension de l'existant ou nouveaux bâtiments. Sont inclus dans la dépense, les équipements matériels et mobiliers. Le mode de financement est le suivant :

Subvention Etat : 30%

Subvention Région : 6 %

Subvention Département : 30% (le département peut abonder sa subvention ou solliciter la participation d'autres collectivités)

Le plan 1994-1998 proposait de rénover 1561 lits sur la région Bretagne, représentant un peu plus de 277 Millions de Francs dont 43 MF pour le Morbihan permettant d'humaniser 241 lits de maison de retraite (391 dans les Côtes d'Armor, 439 dans le Finistère et 490 en Ille et Vilaine).

La part du Morbihan semble particulièrement modeste et d'autant plus surprenante qu'aucune modernisation n'était prévue pour les longs séjours. Or, c'est au niveau local que la volonté d'humanisation va s'exprimer de façon cohérente et claire en dehors du champ politique.

Le contrat de plan 2000-2006 : dans le Morbihan, plusieurs hôpitaux locaux nécessiteraient des travaux de modernisation. Il est important d'offrir des établissements de qualité et répondant aux normes de plus en plus exigeantes des commissions de sécurité. Ces hôpitaux locaux ont vocation d'accueillir les personnes les plus dépendantes, en raison notamment de leur vocation plus sanitaire que sociale. 887 lits pourraient être concernés dont 432 lits de Long séjour :

La Roche-Bernard : 30 lits de LS

Josselin : 60 lits de LS

Malestroit : 75 lits de LS

Belle-Ile 40 lits de LS

Ploermel 117 lits de LS

Auray : 110 lits de LS

La mise en place du nouveau Contrat de Plan est actuellement en cours d'élaboration. Pour tenir compte de l'évolution des personnes vers une plus grande dépendance, mais également pour répondre aux exigences en termes qualitatifs des personnes âgées et de leur entourage, il est indispensable de restructurer certains établissements. Il s'agit dans un système plus concurrentiel que dans le passé, de donner à des structures la possibilité de mieux répondre aux demandes de la clientèle potentielle.

Le succès et le renforcement des actions de soutien à domicile ont considérablement élevé l'âge d'entrée en établissement. Dans le même temps, l'élévation du niveau de vie rend les utilisateurs âgés plus exigeants sur les normes de confort, (surfaces utiles, commodités sanitaires, services rendus). Pour continuer à être suffisamment attractif, de nombreux établissements devront recourir dans les années à venir à un lifting.

De nombreuses réalisations architecturales de qualité ont déjà permis un meilleur accueil des personnes âgées, mais dans ce domaine, ne plus projeter, c'est régresser, à tout le moins stagner.

3.3 LES RESEAUX DE SOINS

Depuis la circulaire Durieux du 7 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital pour les personnes atteintes d'infection par le VIH, jusqu'aux ordonnances de 1996, la mise en place de réseau et coordinations est un objectif prioritaire. A ce jour très peu d'établissements s'inscrivent nous l'avons vu, dans un réseau. Pourtant, d'une façon générale, il importe de coordonner les compétences variées, pluridisciplinaires, complémentaires sachant que les acteurs concernés agissent avec des pratiques différentes, des approches, voire des philosophies différentes. La difficulté réside dans leur coordination harmonieuse, au bon moment. Les réseaux incontournables dans le discours actuels constituent une voie privilégiée de la coordination entre les différents acteurs du système de santé. Cependant, les difficultés apparaissent dans leur mise en œuvre. Néanmoins; l'agrément récent de certains projets expérimentaux, laisse présager que les années 2000 et 2001 seront des années charnières dans l'émergence des réseaux : des solutions pragmatiques apparaissent, de nouvelles modalités de financement voient le jour. Les conditions semblent réunies pour avancer. En vue de faciliter la mise en œuvre des réseaux un guide intitulé "Principes d'évaluation des réseaux de santé" a été publié en mai 1999 par l'ANAES. La mise en place des réseaux se concrétise parfois par l'ouverture d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) comme tel est le cas sur le bassin de LORIENT.

3.4 L'ENTREE DANS LA REFORME DE LA TARIFICATION.

3.4.1 Le nouveau dispositif législatif et réglementaire :

La Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 a instauré la prestation spécifique dépendance et la réforme de la tarification dans les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes. Au terme de l'article 139 de la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et la signature des conventions tripartites introduites par la réforme devait intervenir dans un délai de deux ans soit **avant le 27 avril 2001**. A ce jour; seul un établissement morbihannais est entré dans la réforme. Il s'agit du service de soins de longue durée de Ploemeur, ouvert début 2000.

L'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle conclue entre les établissements, le président du Conseil général et l'ARH qui est l'autorité compétente pour l'assurance maladie en matière de soins de longue durée. Il détaille aussi les principales recommandations qui visent à garantir la qualité de prise en charge des PAD dans les EHPAD.

Cette réglementation introduit de façon conjointe une réforme de la tarification et la prise en compte d'une dimension qualitative dans le cadre d'une démarche conventionnelle. Elle s'accompagne de la publication de plusieurs circulaires :

La réforme de la tarification préserve trois principaux équilibres :

- Les surcoûts à la charge de l'assurance maladie seront répartis sur plusieurs exercices dans le respect des mesures de reconduction et des mesures nouvelles autorisées dans le secteur par les lois de financement de la sécurité sociale.
- Le partage actuel des compétences entre l'état et les départements est respecté : l'Etat reste le tarificateur de la part à la charge de l'assurance maladie et le département tarifiant pour sa part l'hébergement et la dépendance.
- la réforme ne conduit pas à un déport de charges sur l'utilisateur.

La répartition des dépenses se fait désormais entre trois sections d'imputation tarifaires, telle que prévue aux termes du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 : « hébergement », « dépendance » et « soins ».

- **l'hébergement** : qui correspond aux prestations hôtelières, de restauration et de services aux résidents
- La **dépendance** recouvre les prestations spécifiques « hors soins », directement liées à la dépendance des résidents.
- **les soins** : soins d'hygiène, de confort et de continuité de la vie liés à l'état de dépendance. Ces prestations recouvrent la dimension sanitaire de la dépendance des résidents.

Elle définit des **tarifs et des clés de répartition** des charges en conciliant deux impératifs :

- tenir compte de l'état de dépendance des personnes : détermination du degré de dépendance des personnes en six niveaux, soit un tarif unique d'hébergement mais six tarifs dépendances et six tarifs soins.
- adopter un mécanisme simple et intelligible pour l'utilisateur comme pour l'établissement.

Deux clés sont prévues à cet effet, portant sur quatre postes de dépenses.

Seules trois catégories de personnels émarginent à la fois à deux sections tarifaires :

- les Agents de service dont les charges se répartissent pour 70% sur l'hébergement et 30% sur la dépendance,
- les aides soignants et les aides médico-psychologiques dont les charges se répartissent pour 70% sur les soins et 30% sur la dépendance

Deux postes de charges d'exploitation se répartissent pour 70% sur l'hébergement et 30% sur la dépendance

- Le compte 6281 : blanchissage à l'extérieur
- Le compte 6283 : nettoyage à l'extérieur

L'application systématique de la clé 70% et 30% pourrait conduire dans certains établissements à un déport de charge sur l'utilisateur, dès lors que les forfaits soins actuels couvrent parfois la totalité ou plus de 70% des charges d'aide soignants exerçant dans l'institution. C'est pourquoi l'arrêté d'application au décret tarifaire prévoit un clapet anti-retour permettant de maintenir dans le nouveau régime les crédits d'assurance maladie alloués lorsque ces derniers couvrent à ce jour plus de 70% des charges d'aides soignants.

Elle instaure par ailleurs, un droit d'option tarifaire respectant le projet institutionnel de chaque établissement : le tarif partiel ou le tarif global.

Et elle prévoit une progressivité dans la mise en œuvre de la nouvelle tarification.

L'application des clés de répartition de façon systématique 70% et 30% se traduirait par un déport de charge sur l'utilisateur, avec les tarifs :

- ***pour le GIR 1 : de 288,62 F à 447,62 F***
- ***pour le GIR 3 : de 205,71 F à 415,06 F***

pour un tarif d'hébergement moyen actuellement de 265,20 F et variant de 266,40 F à 293,90F.

Les tarifs de soins s'échelonnent actuellement **entre 258,33 F et 270,30 F** pour un forfait soins moyen de **267,16 F**, sachant qu'en 2000 seuls quatre établissements n'ont pas perçu le forfait plafond.

Après la réforme et en tenant compte de l'application de clapet anti-retour, les tarifs soins s'établiront ainsi :

- pour le GIR 1 : **de 247,41 F à 403,04 F**
- pour le GIR 2 : **de 216,42 F à 344,31 F**

Les tarifs hébergement et dépendance (la charge de l'usager) seront ainsi définis :

- pour le GIR 1 : de **236,67 F à 427,13 F**
- pour le GIR 2 : de **205,71 F à 389,28 F**

Le tarif unique d'hébergement évoluera de **202,87 F à 354,59 F** d'un établissement de l'autre.

Le clapet anti-retour permet en effet de maintenir dans le nouveau régime les crédits d'assurance maladie alloués alors que ceux-ci couvrent à ce jour plus de 70% des charges d'aides-soignants, ce qui est le cas de tous les établissements exceptés deux. Il permet d'éviter un report de charges sur l'usager.

3.4.2 un engagement dans une démarche d'assurance-qualité

L'élaboration d'outils permettant aux établissements de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité doit permettre de tendre vers une priorité : la prise en charge **de qualité** des personnes hébergées. L'engagement dans une telle démarche résulte :

-de la nécessité de délivrer à la personne âgée et fragilisée des prestations de qualité sans cesse améliorées en raison notamment de l'exigence grandissante des résidents et familles,

- des impératifs de qualité technique et de sécurité entourant la prise en charge de la dépendance et des soins,
- De l'introduction de véritables changements et en particulier la mise en place d'une évaluation des dispositifs, avec des notions d'évaluation externes et d'auto-évaluation dans l'avant-projet de rénovation de la Loi du 30 juin 19975. A défaut de normes de fonctionnement précises, ces évaluations s'appuieront sur des références et des recommandations de bonne gestion et de bonnes pratiques professionnelles,
- Du contenu du cahier des charges de la convention tripartite prévue par la réforme de la tarification, dont les recommandations visent à garantir et améliorer la qualité des prises en charges des résidents. Il qualifie d'impératif l'engagement dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgées dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

3.4.3 une sensibilisation des unités de long séjour à la démarche d'auto-évaluation

Le bilan réalisé auprès des services de soins de longue durée a permis d'établir où en sont les établissements par rapport à la démarche-qualité.

- la démarche

Les réponses à ce questionnaire ont été discutées avec les équipes soignantes par **3** établissements seulement. Dans les autres services, c'est une équipe restreinte qui a procédé au remplissage du questionnaire.

- la gestion de la qualité

Dans **7** établissements sur **13**, la direction a défini une politique et planifié les objectifs pour l'amélioration de la qualité, avec une démarche structurée dans 6 d'entre eux permettant une amélioration continue de la qualité associant résidents et professionnels.

Des enquêtes de satisfaction ne sont menées auprès des résidents et des familles que dans 4 établissements sur 13, concernant principalement la nutrition.

Dans un établissement sur deux, il existe une **démarche d'évaluation périodique des pratiques**.

Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font l'objet d'une évaluation périodique dans **6** établissements sur **11**, sur la base d'un cahier des charges formalisé.

- la formation du personnel

La sensibilisation et la formation du personnel aux méthodes de l'amélioration de la qualité requièrent une cotation plutôt moyenne : cotation A dans 1 établissement, B dans 5, C dans 5 et D dans 2.

- la désignation d'un référent

Dans **7** établissements, un référent formé aux principes et méthodes de la démarche d'amélioration continue de la qualité a été désigné.

Dans **8** institutions, il existe des **groupes de travail thématiques** consacrés à l'amélioration de la qualité auxquels participent généralement le médecin coordonnateur et l'infirmier référent. L'organisation et les pratiques engageant la qualité sont identifiées dans **6** établissements sur **11** et elles sont formalisées dans **5** d'entre-eux pour être améliorées mais évaluées que dans **4** établissements.

Les incidents et accidents donnent lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition. Compte-tenu de l'avancement de la démarche qualité, les propositions d'amélioration de la qualité ne font l'objet d'une validation explicite par la direction à ce jour que dans **quatre** institutions mais donnent lieu à l'élaboration de documents adaptés pour le personnel concerné dont la diffusion fait l'objet d'un accompagnement organisé.

Dans **9** établissements sur **10**, il n'existe **pas de dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous** et qu'elles sont effectivement appliquées. Par ailleurs, le suivi périodique des indicateurs qualité n'existe que dans trois établissements. Néanmoins dans **5** établissements sur **12**, un système permanent de notification et de suivi des anomalies tant dans le champ de la vie quotidienne que dans celui du soin a été mis en place.

L'avancement de la démarche d'amélioration de la qualité fait l'objet d'un suivi régulier dans 4 établissements seulement. Toutefois, les actions d'amélioration de la qualité font systématiquement l'objet d'une communication interne et/ou externe.

L'objectif de la démarche réalisée auprès de l'ensemble des longs séjours des secteurs sanitaires 3 et 4 visait à sensibiliser les personnels des établissements aux principes de l'auto-évaluation et plus largement de les familiariser avec la mise en œuvre de l'accréditation. Lors de la restitution des résultats de l'enquête **en date du 20 décembre 2000**, la participation de dix établissements sur 12 témoignait de l'intérêt de cette étude.

3.5 ELLE DOIT S'ACCOMPAGNER CONCOMITAMMENT D'UNE REVISION DE LA PSD.

3.5.1 Le droit des personnes âgées dépendantes

La prise en charge de l'aspect dépendance doit être un **droit** pour chaque personne concernée, droit qui doit être mis en œuvre dans les mêmes conditions sur l'ensemble du territoire.

3.5.2 les propositions du rapport SUEUR

Le gouvernement a chargé Jean-Pierre SUEUR de réfléchir à une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. L'enjeu est de sortir de la logique d'aide sociale. Au cœur du dispositif proposé par le maire d'Orléans, figure une prestation légale, ***l'aide personnalisée à l'autonomie*** qui se veut plus généreuse et offre des conditions d'accès similaires sur l'ensemble du territoire. L'APA serait gérée par les départements et les caisses de retraite, avec une participation financière de l'Etat.

Pour l'essentiel, l'APA vise les personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Toutefois, elle se veut "en cohérence" avec les propositions examinées parallèlement par Jean-René Brunetière pour améliorer la prise en charge en établissement. Un plafond de ressources serait coordonnée entre domicile et établissement.

L'APA devrait reposer sur les principes suivants :

- la prestation doit demeurer individualisée pour répondre au mieux à chaque cas personnel, à domicile dans le cadre du plan d'aide institué par la loi du 24 janvier 1997 comme en établissement,
- Elle doit resté gérée au niveau départemental, dans le respect des compétences des conseils généraux et afin d'assurer un traitement de proximité des situations rencontrées par les personnes âgées.

- Son accès doit être plus largement ouvert et ne pas comporter de clauses dissuasives
- Elle devra revêtir des formes différentes à domicile et en établissement, adaptées au mieux à chacune de ces situations distinctes.
- Enfin elle pourrait ne pas être réservée aux situations de dépendance les plus lourdes mais s'étendre, dans des conditions à définir, à toutes les situations de dépendance à domicile comme en établissement.

3.6 LA REDEFINITION DES SOINS DE LONGUE DUREE.

3.6.1 les grandes lignes de la réforme

La nécessité de redéfinir les missions et le rôle des Soins de Longue Durée s'appuie sur les constats suivants :

- les 83 200 lits sont occupés essentiellement par des personnes âgées (95%), ce qui n'était pas l'objectif du législateur de 1991,
- Les personnes qui nécessitent de véritables soins de longue durée sont aujourd'hui prises en charge en court séjour ou soins de suite dont ce n'est pas la vocation.

La vocation des soins de longue durée redéfinis : plusieurs critères pourraient être retenus pour redéfinir les missions les SLD :

- la nécessité d'une surveillance médicale "permanente",
- La nécessité de soins techniques infirmiers, mais également relationnels et éducatifs, ainsi que de soins de rééducation "importants" et "continus".
- Une durée d'hospitalisation, à priori indéterminée.

A ces critères relatifs à l'état de santé des personnes, se conjuguent des critères liés à la structure et notamment la nécessité d'un plateau technique (chirurgie, soins intensifs, réanimation...) à proximité immédiate.

Ils seraient destinés à prendre en charge des personnes de tout âge atteintes de pathologies chroniques et nécessitant des soins techniques lourds et prolongés (états végétatifs chroniques, maladies dégénératives du système nerveux...), c'est-à-dire les patients hospitalo-requérants

Au sein des actuels soins de longue durée une partition s'opérera entre :

- les soins de longue durée requalifiés relevant d'une prise en charge médico-social,
- Les soins de longue durée redéfinis relevant d'une prise en charge sanitaire.

Outre la coordination avec la réforme de la tarification des EHPAD, la redéfinition des Soins de Longue Durée soulèvent certaines interrogations concernant les incidences en termes organisationnels des futurs établissements : la proximité d'un plateau technique limiterait la présence de SLD uniquement dans les établissements de capacités importantes. Ne serait-il pas préférable d'intégrer les SLD dans la notion de réseau entre établissements.

3.6.2 l'attente de la réforme constitue un frein à l'entrée dans la réforme de la tarification.

La Loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD et réformant la tarification des établissements, avait prévu que la redéfinition des soins de longue durée intervienne au plus tard le 31 décembre 1998. Un groupe de travail a été institué par la Direction des Hôpitaux destiné à élaborer les critères qui permettront de redéfinir les missions des services de soins de Longue Durée. L'absence de support législatif a entraîné un retard et la modification législative n'est toujours pas intervenue.

Cependant, ne serait-il pas opportun de coordonner ces deux réformes et de procéder préalablement à la redéfinition des soins de longue durée,

3.6.3 Le point de vue des gériatres :

La position des gériatres serait de supprimer le secteur de long séjour et non pas de le redéfinir et de garder en soins de suite, aussi longtemps que de besoin, tous les patients, quel que soit leur âge, requérant en permanence une médicalisation importante. Avant de décider de l'avenir des SLD, il paraît nécessaire d'étudier l'ampleur quantitative du problème et d'évaluer selon des critères réalistes, le nombre de patients relevant du long séjour.

Le devenir des actuels services de soins de longue durée passe par une réforme de l'ensemble des filières de soins gériatriques.

EN CONCLUSION :

Au terme de cette étude, il apparaît que la qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les acteurs des services de soins de longue durée. La prise en charge des soins avec la mise en place de protocoles, de procédures de suivis, etc... traduit le souci d'une recherche d'amélioration constante dans l'ensemble des établissements, avec une implication volontaire des équipes soignantes.

Il y a convergence de vues entre les acteurs concernés pour doter les établissements d'une réglementation sécurité incendie qui prennent mieux en compte leurs spécificités . Il y a consensus également en matière de sécurité alimentaire (implication dans une démarche selon la méthode HACCP),

Toutefois, certains aspects qualitatifs nécessitent une meilleure prise en compte : il s'agit essentiellement de l'animation et de la participation des familles au sein de l'institution. Toutefois, la mise en œuvre d'une véritable politique d'animation et d'adaptation du cadre hospitalier en lieux de vie pour personnes âgées dépendantes, suppose au préalable une amélioration des conditions architecturales et de moyens en personnel. D'importants investissements doivent par conséquent être envisagés afin de permettre aux établissements de s'inscrire dans une démarche **d'amélioration** de la qualité.

La démarche d'amélioration de la qualité qui repose sur un projet institutionnel doit se généraliser dans l'ensemble des établissements. Elle constitue un droit pour l'utilisateur et un devoir pour les professionnels. L'engagement dans cette démarche ne saurait être liée aux seules obligations institutionnelles, réglementaires ou conventionnelles. A ce jour, Il ne peut y avoir d'amélioration durable de la qualité sans évaluation, autrement dit sans mesure, de l'existant d'abord, puis des résultats obtenus ensuite. Ce n'est qu'au prix d'une réelle volonté politique et de tous les acteurs concernés que se transformera le paysage des soins de longue durée.

LA BIBLIOGRAPHIE :

Textes de loi, décrets et circulaires :

- Articles L.716.5, R 716.5.1 à 716.5.11, R 716.9.1 du Code de la Santé Publique
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975.
- décret n° 90-313 du 5 avril 1990 relatifs aux unités et centres de long séjour, modifiant le décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés PSPH.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance
- L'article 34 de la Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 relatif aux conditions d'exercice libéral en établissement.
- Le Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD
- Le Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements d'hébergement
- L'arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale chargée des questions relatives au classement des résidents par GIR (Groupes Iso ressources)
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif au 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.

- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-316.
- circulaire n° 82-13 du 7 avril 1982, dite "circulaire Franceschi".
- Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- circulaire MARTHE/DAS/DH-EO4-AF2 / n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes par les établissements de santé.
- la circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD.
- la circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-369 du 25 juin 1999 relative à la simulation sur l'exercice 1998 de l'impact pour les différents financeurs de la réforme de la tarification à partir d'un échantillon représentatif de 1000 établissements.
- la circulaire MARTHE/DAS/DH-EO4-AF2/ n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par les établissements de santé.
- la circulaire MARTHE/DAS/DH n° 99-398 du 7 juillet 1999 relative à l'évaluation de la consommation de soins des résidents en EHPAD en actes et prescriptions des professionnels libéraux, à partir d'un échantillon représentatif de 1000 établissements.
- la circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000.

- la circulaire interministérielle n° DAS/TS2/MARTHE/DGCP/6B/99/676 du 7 décembre 1999 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux.
- la lettre DAS/MARTHE n°2 du 21 janvier 2000 relative à la réforme de la tarification des EHPAD; articulation entre les articles 28, 39 et 46 du décret n° 99-317.
- la circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS N° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD; crédits sur l'ONDAM 2000

Autres documents :

- Données démographiques - sources : INSEE - DRASS
- Le plan départemental gérontologique du Conseil général du MORBIHAN
- Déconstruire la vieillesse, Saul Karsz, dans "Les cahiers de la recherche sur le travail social".
- la vieillesse : un regard historique et démographique, un handicap et vieillissement, politiques publiques et pratiques sociales, Patrice BOURDELAIS, éditions INSERM, 1996.
- les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes, Ruud H.J ter Meulen, septembre 1995.
- la construction du champ de la vieillesse dépendante 1973-1997 : le retour en force du modèle de vieillesse biomédical, Bernard ENNUYER dans la revue "PREVENIR" n° 35, 2ème semestre 1998.
- Aléas de la politique d'aide et de soins aux personnes âgées : du troisième âge à la dépendance; Jean Claude Henrard, Joël Ankri dans Handicap et vieillissement, politiques publiques et pratiques sociales, Editions INSERM, 1996.
- Rapport de Paulette GUNCHART-KUNSTLER, septembre 1999, "Vieillir en France, pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie".
- Introduction de la démarche qualité dans les EHPAD : à propos du test en Seine-Saint-Denis de la grille d'auto-évaluation élaborée par le Ministère, Mémoire MISP, avril 2000.

- Rapport de Jean Pierre SUEUR sur l'Aide personnalisée à l'Autonomie,
- Article de Marie-Anne FOURRIER dans le périodique « gérontologie et Société » – n° 173 de juin 1999
- Bulletin du système d'information mutuelle sur la protection sociale dans l'Union européenne - 1/99 "Les soins de longue durée », publication Emploi & affaires sociales de la Commission Européenne.