



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement sanitaire  
et social public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

---

**L'amélioration de la prise en charge en  
soins de la personne âgée en  
institution : une priorité pour un  
directeur d'établissement**

**L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU BASSIN DE THAU**

---

**Sophie TORT**

---

# Remerciements

---

Je remercie tout d'abord Monsieur Pierre Gaillard, directeur général du Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau (CHIBT), pour son accueil et son aide pour mon intégration au sein de l'équipe de direction.

J'adresse toute ma reconnaissance à Monsieur Bernard Arnal, directeur des établissements, de l'accréditation et des réseaux du CHIBT, pour son aide à la définition de ce sujet de mémoire et tout au long de la rédaction, mais aussi pour la confiance qu'il m'a accordée pendant mon stage et pour l'humanité dont il a fait preuve. Je remercie également toute l'équipe de direction pour ses enseignements.

Je remercie Monsieur Alain Colvez, directeur de mémoire et enseignant au master 2 de gérontologie, pour sa disponibilité et son aide dans la rédaction du mémoire.

Ma reconnaissance se porte aussi aux professionnels, médecins, cadres, soignants et administratifs du CHIBT. A tous ceux qui m'ont consacré du temps, apporté de l'aide et m'ont permis d'enrichir ma réflexion par des conseils pertinents et des idées aussi différentes qu'intéressantes, je pense en particulier à Pascal Pauzes.

Merci à Blanche, Paul, Laurent, Béatrice, Delphine et Emmanuelle pour leurs commentaires avisés, chaleureux et pour leur soutien. Une pensée enfin pour Margot et Juliette pour leur patience.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La vision de la vieillesse dans notre société rend sa prise en charge en institution imparfaite et sa prise en compte dans notre système de santé encore insuffisante .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Autour de la vieillesse : des notions incontournables et ambiguës.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Une définition difficile de la vieillesse : il n'existe pas « une » mais « des » vieilleses .....	7
1.1.2 La vision de la vieillesse dans la société : reflet des comportements en institution .....	9
1.1.3 L'institution pour les personnes âgées et son environnement : une rupture avec le monde extérieur .....	10
1.1.4 Les disciplines du vieillissement : la gérontologie et la gériatrie.....	11
<b>1.2 Le soin chez la personne âgée : une notion plurielle dans son acception et dans sa prise en charge.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Une définition du soin : un concept large qui va bien au-delà de l'aspect médical .....	13
1.2.2 La qualité des soins : une notion difficile à appréhender .....	15
1.2.3 Le développement d'un panel de services représente des modes de prise en charge différents : l'institution reste l'ultime recours.....	16
1.2.4 Les pratiques institutionnelles tentent de s'adapter aux évolutions sociétales et aux contraintes fortes .....	17
<b>1.3 Les pouvoirs publics et la prise en charge en soins : une volonté d'amélioration toujours prégnante mais encore imparfaite .....</b>	<b>18</b>
1.3.1 Une évolution législative importante pour une amélioration des soins des personnes âgées... ..	18
1.3.2 Qui laisse cependant entrevoir des difficultés persistantes .....	21
<b>2 Constat de terrain : La prise en compte du soin au CHIBT .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Comment le CHIBT se situe-t-il par rapport à la prise en charge en soins des résidents ?.....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Présentation du CHIBT et de son environnement .....	23
2.1.2 Etat des lieux fait à partir de mesures de terrain .....	24

2.1.3	La problématique des EHPAD et USLD gérés par un centre hospitalier .....	28
<b>2.2</b>	<b>Des problématiques rencontrées au CHIBT pouvant être généralisées à l'ensemble des structures pour personnes âgées .....</b>	<b>29</b>
2.2.1	Un conflit social : reflet du malaise du personnel .....	29
2.2.2	Un manque de personnel : un mythe ou une réalité ? .....	30
2.2.3	Une probable démotivation du personnel .....	31
2.2.4	Une faible attractivité du secteur .....	31
2.2.5	Des locaux pas toujours adaptés .....	33
<b>2.3</b>	<b>Les outils pour assurer une bonne qualité des soins au CHIBT .....</b>	<b>33</b>
2.3.1	Une volonté institutionnelle commune ... ..	34
2.3.2	qui se concrétise par une dynamique prouvant une réelle volonté d'améliorer la qualité des soins .....	35
<b>3</b>	<b>Des préconisations complémentaires pour des soins de qualité.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Une adaptation des locaux et un matériel spécialisé : un préalable indispensable pour des soins adaptés .....</b>	<b>39</b>
3.1.1	Une architecture qui doit s'adapter au secteur .....	39
3.1.2	Un matériel qui doit répondre aux besoins .....	42
<b>3.2</b>	<b>Des mesures à mettre en place en faveur du personnel .....</b>	<b>43</b>
3.2.1	Une nécessaire reconnaissance de la spécialisation en gériatrie .....	43
3.2.2	Des mesures incitatives à développer .....	45
3.2.3	Une participation des équipes à susciter .....	46
3.2.4	Des professionnels spécialisés à recruter .....	47
<b>3.3</b>	<b>Des mesures à mettre en place pour améliorer les soins .....</b>	<b>48</b>
3.3.1	Des actions de prévention à favoriser .....	48
3.3.2	La prise en charge de la fin de vie à renforcer .....	50
3.3.3	Des modes de pratiques simples à expérimenter .....	50
	<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>55</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ANESM Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale  
ANFH Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier  
ANGELIQUE Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la  
Qualité pour les Usagers des Etablissements  
APA Allocation Personnalisée d'Autonomie  
AS Aide Soignant  
ASH Agent de Service Hospitalier  
CAE Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi  
CASF Code de l'Action Sociale et des Familles  
CFP Congé de Formation Professionnelle  
CGT Confédération Générale du Travail  
CHIBT Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau  
CHSCT Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail  
CLACT Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail  
CMRR Centre Mémoire de Ressource et de Référence  
CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CREDOC Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie  
CRUQPC Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge  
CSP Centre de Soins Polyvalent  
CVS Conseil de la Vie Sociale  
DAF Direction ou directeur des Affaires Financières  
DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique  
DRHAM Direction ou directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales  
DTESL Direction ou directeur des Travaux, des Equipements et des Services Logistiques  
EGEM Equipe Mobile de Gériatrie  
EHPA Etablissement pour Personnes Agées  
EHPAD Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes  
ENSP Ecole nationale de santé publique, Ecole nationale de santé publique  
ETP Equivalent Temps Plein  
FMESPP Fond pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés  
FO Force Ouvrière  
GIR Groupe Iso Ressources

GMP *Gir Moyen Pondéré*  
GMPS *Gir Moyen Pondéré Soins*  
HAS *Haute Autorité en Santé*  
IDE *Infirmier Diplômé d'Etat*  
INSEE *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*  
INSERM *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*  
LFSS *Loi de Financement de la Sécurité Sociale*  
MARTHE *Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées*  
MCO *Médecine, Chirurgie, Obstétrique*  
OMS *Organisation Mondiale de la Santé*  
ONDAM *Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*  
PPI *Plan Pluriannuel d'Investissement*  
PSD *Prestation Spécifique Dépendance*  
RASP *Réseau d'Accompagnement Social et Professionnel*  
SSR *Soins de Suite et de Réadaptation*  
T2A *Tarification à l'activité*  
USLD *Unité de Soins de Longue Durée*  
VAE *Validation des Acquis de l'Expérience*

## Introduction

Le thème abordé dans ce travail s'attache à la qualité de la prise en charge en soins des personnes âgées. Le soin va être considéré au sens large du terme et ne sera pas réduit à une définition qui le cantonnerait à son seul aspect médical. En effet, au-delà de l'acte du professionnel qui prodigue un soin sur un patient, l'acception du mot est avant tout « *prendre soin* » qui veut dire s'occuper avec respect de quelqu'un et dont le nom signifie l'application, l'attention. C'est pourquoi, il est difficile d'obtenir une définition stricte et consensuelle du soin. Chaque soignant, selon sa spécialité, selon sa sensibilité a une approche de l'acte thérapeutique qui lui est singulière. De même, la personne qui reçoit le soin a une conception qui lui est propre, correspondant ou pas à celle du soignant. Cette subjectivité est d'autant plus évidente que le soin s'adresse à une personne âgée souvent atteinte de poly-pathologies chroniques. En effet, si le soin chez la personne atteinte d'une pathologie aiguë a pour vocation, dans la majorité des cas, de la guérir et de fait, trouve un consensus dans sa réalisation, pour la personne âgée, il peut revêtir des formes très variables et faire entrevoir un large spectre de pratiques. A cette définition subjective, se rajoute le concept complexe de qualité qui lui est rattaché et qui peut, lui aussi, laisser une palette d'interprétations très variables.

Ainsi, les directeurs d'établissement pour personnes âgées doivent intégrer ces difficultés de définition et assurer malgré tout à leurs résidents des soins « de qualité ». Pour autant, il est important de ne pas omettre la vocation première de ces structures qui est d'être un lieu de vie avant tout pour le résident. Le défi de concilier établissement de soin et établissement qui doit s'apparenter à un nouveau domicile pour les personnes qui entrent en institution, est difficile à réaliser. C'est pourtant un enjeu majeur qui doit être constamment à l'esprit des directeurs d'établissements. Ce défi va être d'autant plus difficile à relever dans les années à venir que l'entrée en institution se fait de plus en plus tard<sup>1</sup> et que les besoins en soins ne cessent d'augmenter. En effet, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques<sup>2</sup> (DREES) note que les personnes hébergées dans les Etablissements pour Personnes Agées (EHPA) sont de

---

<sup>1</sup> Etude réalisée par C. Delbes.

<sup>2</sup> Résultat de l'enquête EHPA 2003. Enquête concernant les établissements médico-sociaux qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit, pour l'exercice 2003

plus en plus dépendantes<sup>3</sup>. En 2003, 81 % des résidents sont classés dans les Groupes Iso Ressources (GIR) 1 à 4, contre 57 % en 1998 (hors logements foyers). En outre, une place sur six dans les Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est réservée aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle. Cette enquête montre également un accroissement sensible de l'offre médicalisée, avec un taux d'équipement de 76 places médicalisées pour 1 000 personnes âgées. Ainsi, la place du soin est de plus en plus prégnante dans un établissement qui doit rester un lieu de vie.

De fait, après avoir mis en évidence ces constats, mes interrogations se sont portées vers la qualité des soins et plus largement la qualité de la prise en charge thérapeutique. Après avoir passé quelques semaines sur mon lieu de stage, je me suis rapidement aperçue que malgré les efforts du personnel et de la direction, la qualité de la prise en charge des soins était parfois très insuffisante. Dès mon arrivée, j'ai été frappée par l'inquiétude de mon maître de stage et par celle du médecin chef de service qui soulevait le problème du manque de kinésithérapeutes dans le service depuis plusieurs semaines. Je me suis donc posée les question suivante : pourquoi la qualité de la prise en charge en soins est-elle insuffisante ?

De plus en plus de textes législatifs et règlementaires font de la qualité une obligation majeure en demandant aux établissements que celle-ci soit une préoccupation de premier plan. Les droits des usagers et le respect de l'individu sont en effet régulièrement renforcés. Pourtant la corrélation entre les exigences règlementaires d'une part, et l'amélioration de la qualité de la prise en charge d'autre part, n'est pas toujours certaine, ni systématique. Spontanément, il m'a semblé avoir des réponses évidentes à ces problématiques faisant apparaître une insuffisance de qualité.

Une explication par le manque de moyens régulièrement décrié par les partenaires sociaux, s'est tout de suite profilée. En effet, même si les pouvoirs publics affichent clairement des volontés ambitieuses (notamment dans le plan solidarité grand âge),

---

<sup>3</sup> Le terme de « *dépendance* » est formellement explicité par la loi qui a institué en 1997 la prestation spécifique dépendance (PSD) et par la loi du 20 juillet 2001 qui a créé L'APA (allocation de prestation à l'autonomie)



les mesures d'économies imposées annuellement par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)<sup>4</sup> appellent à des efforts de chacun des acteurs du système de santé. Dans ce contexte, il paraît donc délicat de répondre à un manque de moyens qui consisterait notamment à augmenter le ratio de personnel.

Ensuite, une réponse plus sociologique est venue renforcer la première hypothèse. La vieillesse aujourd'hui dans notre société ne bénéficie pas toujours d'une image très positive. « La vieillesse cesse d'être une époque normale de la vie pour se transformer en une maladie mortelle à éviter à tout prix en ne devenant pas vieux et en ne fréquentant pas des vieux ... »<sup>5</sup>. Dans cette société qui rejette autant la mort et la vieillesse et qui réduit la relation avec ses aînés à une simple charge, il semble difficile de pouvoir mettre la discipline gériatrique au cœur des préoccupations de la médecine d'aujourd'hui et de façon plus générale, de donner une place digne aux personnes âgées.

Enfin, une dernière réflexion s'est portée vers notre système de santé français. Malgré une politique qui renforce la prévention<sup>6</sup>, la médecine actuelle reste très centrée sur des pratiques curatives. Aussi, ce mode de fonctionnement ne permet pas, semble-t-il, une prise en charge complètement satisfaisante<sup>7</sup> qui nécessite une prise en compte globale de la personne et une individualisation de l'offre de soins.

L'ensemble de ces constats, de ces interrogations et de ces ébauches de réponses m'a donné envie, à travers le travail demandé pour le mémoire, de pousser plus loin ma réflexion et de profiter de ces 8 mois de stage de professionnalisation pour analyser cette question de la qualité de la prise en charge en soins des personnes âgées. Ainsi, il me semblait important de comprendre comment un directeur pouvait surmonter certains paradoxes.

---

<sup>4</sup> Le ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction publique, Eric Woerth annonce lors de la LFSS un déficit en 2007 de 11,6 milliards d'euros pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale et 6,2 milliards pour la seule branche assurance maladie. Il indique que l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) doit s'accompagner de réformes structurantes passant notamment par la Tarification à l'activité (T2A) et la maîtrise médicalisée

<sup>5</sup> MAISONDIEU J., janvier 1996, *Le crépuscule de la raison : comprendre, pour les soigner, les personnes âgées dépendantes*, éditions Bayard, 246p.

<sup>6</sup> La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reprend la notion de prévention définie par la loi du 4 mars 2002 mais la replace dans un cadre plus large de santé publique. Elle définit des objectifs nationaux de santé publique, exprimés en résultats sur l'état de santé de la population

<sup>7</sup> C'est la raison pour laquelle la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fait de la prévention un objectif prioritaire : arrêter d'opposer prévention et soin

Le premier repose sur le fait de pouvoir concilier une prise en charge individualisée aux résidents avec un respect des normes collectives édictées par la vie de l'institution. Le deuxième s'attache au maintien des lieux de vie qui sont les domiciles des résidents avec une médicalisation grandissante des établissements.

De surcroît, ce travail de recherche correspond bien à l'une des missions définie initialement avec mon maître de stage. Le renouvellement de la convention tripartite des établissements pour personnes âgées du CHIBT doit s'effectuer à la fin de l'année 2008. Aussi, ce travail, qui vise à comprendre comment dans une institution la qualité des soins peut être améliorée, sera un moyen pour analyser davantage la situation et ainsi négocier avec les autorités de tarification des budgets nécessaires en s'appuyant sur des arguments plus solides.

Après avoir exposé la méthodologie utilisée, il sera étudié la place de la vieillesse dans notre société, sa prise en charge en institution et sa prise en compte dans notre système de santé (1). Au CHIBT, la volonté d'améliorer la qualité des soins chez les personnes âgées est une réalité. Cependant elle se heurte à plusieurs problématiques et contraintes (2). Des préconisations complémentaires peuvent être envisagées (3).

#### METHODOLOGIE :

Même si ce travail paraît très axé sur les soins et la prise en charge des personnes âgées, à l'heure où le besoin en soins devient plus important, il me semble primordial, pour un directeur d'établissement d'assurer aux résidents une qualité de soins la meilleure possible dans un contexte économique, sociologique et politique pas toujours favorable. A travers sa politique managériale, ses stratégies de projet, son dynamisme, le directeur d'établissement doit réussir à impulser aux soignants une dynamique qui améliore constamment la qualité des soins.

Le but de ce travail s'attache, une fois la problématique sur l'insuffisance de qualité des soins dépassée, à trouver des pistes d'amélioration qui, dans mon futur métier, me seront très utiles.

Pour répondre à mon questionnement, le travail et les investigations se sont appuyés sur des recherches bibliographiques, des documents internes à l'établissement, des sites Internet et des réunions qui se sont déroulées tout au long du stage.

Un questionnaire a ensuite été élaboré par mes soins et présenté à mon maître de stage et à son adjoint afin qu'ils apportent certaines corrections. Outre les professionnels, ce sont les résidents qui semblent légitimement les mieux placés pour parler des soins et pour manifester leur perception par rapport aux soins. Il semble donc important de les impliquer dans ce travail notamment à travers le remplissage du questionnaire. Cependant, pour faire une analyse intéressante, le nombre de réponses des seuls résidents n'aurait pas été suffisant étant donné que beaucoup d'entre eux, du fait de leur pathologie, n'avaient pas la faculté de renseigner ces documents. Aussi, l'enquête a dû s'étendre aux familles des résidents. Il s'agit d'une enquête anonyme et personnelle. Le questionnaire a été envoyé à tous les résidents et aux familles sur l'ensemble des 4 sites du CHIBT. Cela représente un total de 351 questionnaires. Il est demandé aux enquêtés de remettre ce document à l'accueil de chacun des établissements. Afin de faciliter le renseignement du questionnaire, un accompagnement a été proposé aux résidents en difficulté. A l'EHPAD de Vias, le cadre de santé et toute l'équipe d'aides-soignants, ont organisé une aide pour les résidents qui le désiraient. Sur le site des « *Pergolines* », mon aide a été proposée aux résidents demandeurs. Enfin, sur le site de Marseillan une réunion avec le cadre de santé, certains membres du personnel et les résidents a été organisée afin de réaliser une aide collective.

Le taux de retour des questionnaires est de 24%. Sur 300 documents envoyés aux familles des résidents, 72 ont été retournés à l'accueil de chacune des structures. Parallèlement, l'aide du personnel envers les résidents qui le souhaitaient a permis de renseigner 51 questionnaires sur les 392 résidents présents sur l'ensemble des sites. Ce qui représente 13,5%, pourcentage qui n'est pas pertinent de mettre en évidence en raison du faible nombre de personnes pouvant participer à cette démarche. Au total, 126 questionnaires ont été collectés et analysés, puis traités à partir du logiciel SPHINX.

# **1 La vision de la vieillesse dans notre société rend sa prise en charge en institution imparfaite et sa prise en compte dans notre système de santé encore insuffisante**

La place que réserve la société aux personnes âgées (1.1) permet de comprendre la complexité de leur prise en charge en institution (1.2) et leur difficile prise en compte dans le système de santé français par les pouvoirs publics (1.3).

## **1.1 Autour de la vieillesse : des notions incontournables et ambiguës**

Avant de s'attacher à la qualité des soins en institution, il est important de réfléchir aux questions qui touchent la vieillesse. Aussi, il semble nécessaire de la définir et de mettre en évidence les débats qui l'entourent (1.1.1). Il est également opportun de s'intéresser à la place qu'elle occupe dans notre société actuelle (1.1.2) et important d'étudier le rapport de l'institution avec son environnement (1.1.3). Enfin, le dernier paragraphe, sera consacré à la description des différentes disciplines s'intéressant à la vieillesse (1.1.4).

### **1.1.1 Une définition difficile de la vieillesse : il n'existe pas « une » mais « des » vieilleses**

Peut-on avoir une réelle définition de la vieillesse? S'il on en croit l'arrêté publié au journal officiel le 14 juillet 1985, « *la personne âgée est une personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit* ». Cette définition du seuil d'entrée dans la vieillesse est pour le moins très vague.

Robert Rochefort<sup>8</sup> complète cette vision basée sur le seul critère de l'âge par une définition fondée sur trois notions associées : sanitaire (l'état de santé et le niveau de dépendance), sociale (les liens familiaux et sociaux) et psychologique (la capacité à se projeter dans l'avenir et à agir).

D'autres définissent plus simplement la vieillesse comme « *l'affaiblissement des facultés mentales* »<sup>9</sup>. Si plusieurs définitions persistent et suscitent le débat, certaines normes ont toutefois été édictées par la société pour caractériser la vieillesse. En effet, au-delà des désaccords qui peuvent subsister, le seuil des 60 ans reste immuablement considéré comme seuil d'entrée dans la vieillesse et le classement actuel de

---

<sup>8</sup> Robert Rochefort, né le 19 septembre 1959, est directeur du Centre de Recherche pour l' Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC)

<sup>9</sup> Définition retenue par le Petit Robert

l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>10</sup> (OMS) retient un découpage de celle-ci en trois périodes. Ainsi, la France compte désormais plus de 13 millions de personnes de plus de 60 ans<sup>11</sup>, soit plus de 20% de la population. Les plus de 75 ans représentent aujourd'hui 8% de la population et selon les projections de l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), ils seront 12% en 2030 et plus de 15% en 2050.

Contrairement à ce que les différents critères d'appartenance à la vieillesse pourraient montrer, la catégorie « *des personnes âgées* » n'est pas homogène : elle présente un éventail de situations presque aussi varié que les individus qui la composent.

On peut cependant noter qu'il existe 3 modalités d'avancée en âge. La bonne correspond à des personnes qui, en mesurant un certain nombre de leurs capacités (mémoire, fonction rénale, fonction respiratoire...), ont une trajectoire de leurs fonctions assez constante en vieillissant ou du moins, ont une déclinaison très faible. On parle alors de vieillissement réussi. Cette notion est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit dans la perspective d'un accroissement de la longévité de l'espérance de vie. Une moins bonne modalité d'avancée en âge, fait apparaître une trajectoire plus déclinante, sans forcément que la diminution des fonctions soit due à une maladie, on parle alors de personne fragilisée. La troisième, la plus médiocre, montre une trajectoire très déclinante avec une altération très importante des fonctions mesurées qui est directement liée à une ou plusieurs pathologies.

Ainsi, le vieillissement est biologiquement et médicalement très différent d'une personne à l'autre, il est en outre socialement relatif. L'état de santé est, en effet, très dépendant du niveau d'instruction, de l'activité professionnelle et du revenu. L'espérance de vie est très différente en fonction du niveau social dans lequel on vit. Les ouvriers, par exemple, sont face à une double réalité : leur espérance de vie est plus courte que celle d'un cadre et au sein de cette vie plus courte, le taux d'incapacité est plus important<sup>12</sup>. Ces facteurs renforcent de fait l'hétérogénéité des situations. La vieillesse n'est donc qu'un mot, et ne correspond pas réellement à un âge biologique de la vieillesse.

Ce qui finalement rapproche les « *personnes âgées* », c'est avant tout leur position commune dans le parcours des âges, et donc leur condition de retraités.

---

<sup>10</sup> L'OMS découpe la vieillesse en 3 périodes : de soixante à soixante-quatorze ans, « *les personnes âgées ; de soixante-quinze à quatre-vingt-neuf ans* », « *les vieillards ; au-delà de quatre-vingt-dix ans, « les grands vieillards* »

<sup>11</sup> Chiffre INSEE 2007. Ces 13 millions se répartissent en 8 millions de personnes entre 60 et 74 ans, 3,8 millions entre 75 et 84 ans et 1,3 millions de personnes de plus de 85 ans

<sup>12</sup> CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE JM., janvier 2008, « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n°441, 4p.

Avec l'industrialisation, on a rapidement fait coïncider le seuil de la vieillesse avec celui de la retraite<sup>13</sup>. La représentation de la vieillesse semble ainsi pour la société, commencer vers l'âge de soixante, soixante-cinq ans, correspondant à une période de la vie où la plupart des personnes sont retirées de la vie active.

Dans une société construite autour du travail, cette conception de la vieillesse synonyme de retraite, par opposition au travail, ne pourra pas bénéficier longtemps d'une empreinte positive.

De la multiplicité des définitions de la vieillesse et de l'hétérogénéité des situations, peut cependant émerger une idée assez consensuelle de la place de la vieillesse dans la société.

### **1.1.2 La vision de la vieillesse dans la société : reflet des comportements en institution**

La vision de la vieillesse dans la société est largement négative même si aujourd'hui des concepts plus positifs commencent à émerger.

Il n'y a réellement jamais eu d'âge d'or de la vieillesse. Cependant, jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'image de la vieillesse conserve une notion ambivalente. Pour la plupart des sociétés pauvres, « *les vieux* » étaient inutiles et abandonnés alors que les sociétés plus riches les respectaient pour leur connaissance, leur mémoire<sup>14</sup>...De même, pour de nombreuses ethnies africaines, le vieux est encore considéré comme la personne de référence du village parce que la personne âgée symbolise aux yeux de tous, la sagesse, le savoir. Aujourd'hui, cette ambivalence s'est largement effacée au profit d'une vision empreinte de stéréotypes et d'idées reçues. Les qualités sociales ou morales qui permettaient aux personnes âgées d'être des sujets de savoir et de respect sont globalement tombées en désuétude. Devant l'effondrement des valeurs religieuses et face à la peur de la maladie, de la vieillesse et de la mort, il semble que la société ait décidé d'exclure celles et ceux qui tendent à en donner un reflet et en renvoyer une image bien sombre. La société rejette la mort et tout ce qui s'en approche au profit d'un culte démesuré pour la jeunesse. Ce phénomène est d'autant plus renforcé que le vieillissement démographique est important dans les pays industrialisés. La vieillesse est souvent envisagée dans sa seule dimension biologique, assimilée à une maladie. La conception de l'avancée en âge comme déclin universel est encore dominante.

---

<sup>13</sup> Le démographe Alfred Sauvy en 1928 propose un seuil de la vieillesse superposé à la cessation d'activité

<sup>14</sup> Mythe du vieillard sage et noble du bon grand père abondamment dépeint par Victor Hugo

Il n'y a pas de mot pour décrire la bonne santé des personnes âgées. Elle paraît ne pas exister alors même qu'il semble qu'on puisse être vieux et en bonne santé. Seules quelques personnes âgées définies comme exceptionnelles peuvent faire état de leur bonne santé et sont montrées en exemple dans les médias, précisément parce qu'elles sont exceptionnelles. Les vieux sont donc physiquement des personnes handicapées dont la société se persuade qu'elles le sont affectivement et intellectuellement. Pour bon nombre de personnes, la vieillesse est synonyme de dégradation, pathologie, incapacité et coût pour la société. En 1963, Brel illustre bien dans sa chanson « *Les vieux* » la dégradation des personnes âgées, leur faible distraction et finalement leur inutilité dans la société aux yeux de tous. On ne fait plus attention à ce que « *les vieux* » ont à dire, il semblerait qu'ils ne servent décidément plus à rien. Parallèlement, grâce à l'allongement de la durée de vie et à la réduction de la mortalité infantile, la jeunesse est adulée parce qu'elle a la vie, une vie de plus en plus longue, devant elle. Contrairement à la vieillesse, elle a droit à tous les égards.

Néanmoins, force est de constater que les personnes âgées sont aujourd'hui une force économique pour le pays. En effet, le développement de services les concernant, contribue largement à la création d'une palette d'emplois. En outre, le dynamisme de certaines de ces personnes contribue à développer la création de services spécifiques destinés à répondre à leurs besoins et à gérer leur temps libre. Ainsi, face aux récentes aspirations des personnes âgées, à la recherche de nouveaux rôles sociaux et à leur place économique dans le pays, l'image sociale de la vieillesse commence à se modifier et sa diffusion se fait à travers plusieurs expressions comme « *nouvelle jeunesse* », « *retraite sportive* », « *l'âge des loisirs* »...

La solidarité entre les générations et la prise en charge des personnes âgées en institution se nourrissent des images sociales et des représentations de la vieillesse. Beaucoup de comportements anormaux restent encore trop souvent considérés comme des symptômes du vieillissement normal ou pathologique. Aussi, tant que ces idées ne seront pas effacées de nos pensées, les institutions conserveront des pratiques qui favorisent l'adaptation des résidents à une image qui est déjà préfabriquée par la société en général et par les professionnels en particulier.

### **1.1.3 L'institution pour les personnes âgées et son environnement : une rupture avec le monde extérieur**

La vision de la vieillesse dans la société ne facilite pas le développement d'une image favorable des institutions et n'impulse pas spontanément l'ouverture des établissements sur l'extérieur.

Si le passage à la retraite est souvent un facteur d'affaiblissement des rôles sociaux, tant que la personne âgée a une existence sociale et familiale, elle est toutefois

globalement intégrée dans la société. Dès lors qu'elle devient dépendante et grabataire, son intégration se fragilise, or c'est souvent à ce moment là que son entrée en institution est une nécessité pour elle-même et pour sa famille. Malgré la volonté des pouvoirs publics d'éviter le phénomène de ghettoïsation des anciens et malgré la dynamique de nombreux établissements de communiquer avec leur environnement, le risque d'écarter la personne âgée de son entourage dès son entrée en institution est très important. Sans avoir une vision aussi extrémiste que celle de Jean Maisondieu<sup>15</sup> qui qualifie les maisons de retraite de véritables « *gagatorium* » à l'écart de la société, l'addition du phénomène de dépendance et de l'épreuve, notamment psychologique, d'un déménagement qui coupe souvent la personne âgée de son environnement proche et connu, rend les rapports du résident avec le monde extérieur relativement difficiles. Rares sont ceux qui, lorsqu'ils entrent en institution, continuent régulièrement à réaliser des gestes de la vie courante aussi simple que l'achat d'un journal ou celui de notre célèbre baguette française! Ce phénomène est d'autant plus marqué que l'établissement offre souvent une prise en charge complète à ces résidents et que le besoin d'aller à l'extérieur est très relatif. Pourtant, les rapprochements entre les EHPAD et d'autres structures en lien avec la société, comme des crèches ou des écoles sont fréquents. Cependant, ces relations restent artificielles. En effet, ces initiatives, certes très louables, ne peuvent à elles seules effacer l'image sombre dont bénéficie la vieillesse. Ainsi, il n'est pas rare d'avoir une certaine appréhension lorsqu'on franchit le seuil d'une maison de retraite. L'ouverture de l'institution sur l'extérieur se fait plus naturellement avec le développement des différentes formes d'accueils tels que les accueils de jour ou les accueils temporaires. Néanmoins, ces modes de pratique sont encore insuffisamment présents sur le territoire et leur fonctionnement reste encore un peu chaotique.

Si l'image des anciens n'est pas très bonne et leur place assez marginale, l'émergence de plusieurs disciplines qui reconnaissent le vieillissement en tant que tel, est aujourd'hui une réalité.

#### **1.1.4 Les disciplines du vieillissement : la gérontologie et la gériatrie**

La gérontologie et la gériatrie sont deux disciplines complémentaires et souvent confondues. La gériatrie s'inscrit dans le champ de la gérontologie. Toutes deux visent à la connaissance du vieillissement humain et des pratiques permettent d'en améliorer le cours.

---

<sup>15</sup> MAISONDIEU J., 2007, « Qu'on se le dise : la gériatrie est maltraitante ! », *L'observatoire*, n° 55 pp.51-55 « Et finalement parqués dans des « *gagatorium* » à l'écart de la société pour qu'ils ne dérangent pas trop les autres... »



La gérontologie dépasse largement le champ médical. « *Cette discipline regroupe l'ensemble des connaissances issues tant des sciences humaines que de la biologie et des données statistiques* »<sup>16</sup>. A ce titre, elle concerne des sociologues, anthropologues, ethnologues, philosophes, historiens, démographes, économistes...qui se retrouvent aux côtés des biologistes et des médecins. Cette diversité implique qu'il n'y a pas de gérontologues engagés de façon égale dans toutes ces composantes mais aussi qu'il n'y a pas de gérontologues exclusifs.

L'objectif principal de la gérontologie est le vieillissement réussi. Les progrès réalisés par les chercheurs se situant dans ce champ sont susceptibles d'y contribuer. Pour l'individu, il convient de promouvoir le développement d'une prévoyance des aléas inhérents à l'avancée en âge et la possibilité d'en minorer les conséquences. C'est ainsi, qu'il est primordial de développer une véritable culture gérontologique prenant en compte la place des anciens et des relations intergénérationnelles dans la société.

Nonobstant la définition du dictionnaire<sup>17</sup> qui qualifie la gériatrie de « *médecine de la vieillesse* » et de fait, condamne toutes les personnes âgées à être malades quelque soit leur état de santé, la gériatrie peut être définie comme la médecine telle qu'elle doit être appliquée à la personne âgée, de la prévention, au traitement et à la prise en charge. Elle s'est développée dans la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle dans la plupart des pays développés. Une approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale de la personne âgée constitue la base de la pratique de la gériatrie. Elle doit se retrouver dans la démarche individuelle du médecin et se concrétiser dans la composition des équipes pluridisciplinaires. Les objectifs de la gériatrie sont bien évidemment la guérison des maladies et, en cas d'affections chroniques, le maintien d'une qualité de vie optimale compte tenu de la situation. Au-delà de l'attitude exclusivement médicale, si la gériatrie ne doit pas s'apparenter à la gérontologie, la démarche gériatrique implique cependant une contribution à la réflexion sur le mode de vie de la personne malade, tenant compte de son histoire passée et de ses souhaits actuels. En outre, le médecin ne doit pas faire l'économie d'une prise en compte globale de la personne et l'intérêt porté par celui-ci au malade doit s'étendre à son entourage. La capacité des aidants, leur disponibilité et leurs limites physiques, psychologiques ou culturelles, doivent être envisagées de manière à pouvoir proposer du soutien en temps utile. La reconnaissance récente de la gériatrie en 2004 comme une spécialité au sens de l'exercice médical dans la médecine, a permis de mettre fin au débat. De même, la nécessité de la présence de gériatres dans toutes les structures hébergeant des personnes âgées dépendantes semble aujourd'hui faire

---

<sup>16</sup> Définition de la gériatrie et de la gérontologie- Extrait du Livre Blanc pour la Gériatrie- Pr. Francis Kuntzmann- Hôpital de la Roberstau- Strasbourg

<sup>17</sup> Définition donnée par l'édition 2007 du dictionnaire le Petit Robert

consensus. Cependant, trop souvent encore la prise en charge de la personne se réduit à une prise en charge exclusivement médicale qui entretient la méconnaissance de la discipline et qui ne permet pas à la gériatrie de s'affirmer comme une discipline au même titre que les autres spécialités de la médecine. De surcroît, certaines négligences d'application de textes<sup>18</sup> relatifs à la prise en charge gériatrique confortent l'idée que la gériatrie est une discipline qui n'est pas considérée, pour beaucoup, au même niveau que les autres. En outre, l'évolution des métiers autour de la vieillesse est le reflet de l'image des anciens dans la société et de la place qu'on leur accorde. Ce constat est le même lorsqu'il s'agit de prendre en compte les soins qui sont délivrés aux personnes âgées.

## **1.2 Le soin chez la personne âgée : une notion plurielle dans son acception et dans sa prise en charge**

Si Virginia Henderson<sup>19</sup> a défini un concept de soins à partir d'une grille de besoins, la notion de soin reste toutefois complexe. Cette difficulté de définition entraîne une importante palette d'interprétations (1.2.1). A ceci, s'ajoute le concept de qualité qui, lui aussi, semble faire l'objet d'un véritable débat (1.2.2). L'évolution de la qualité des soins paraît toutefois être une réalité perceptible. Les soins délivrés aujourd'hui aux personnes âgées ne ressemblent en rien à ceux pratiqués au temps de l'existence des hospices (1.2.3). D'une prise en charge essentiellement basée sur la satisfaction des besoins fondamentaux, nous sommes passés à des soins prenant davantage en compte les évolutions sociétales et les contraintes législatives (1.2.4).

### **1.2.1 Une définition du soin : un concept large qui va bien au-delà de l'aspect médical**

Une lecture ethno historique des fondements de l'activité soignante situe ses origines d'abord autour du feu, puis du foyer, de la maison et enfin de l'hôpital. Soigner ou « *prendre soin* » se situe ainsi dans une dimension tridimensionnelle indissociable du fondement de cette activité. Il faut en effet prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie, prendre soin de la vie du groupe car l'action soignante se situe au sein d'une communauté et enfin prendre soin de l'environnement notamment socio-économique, logistique et domestique. Dans l'histoire, trois cultures vont chronologiquement et progressivement orienter l'activité soignante. Tout d'abord, la fondation de l'hôpital crée une culture institutionnelle, ensuite les médecins s'attachent à construire la culture

---

<sup>18</sup> En 1997, la circulaire établissait la nécessité, pour les équipes des services relevant du soin gériatrique, une formation obligatoire gériatrique. Cependant il n'y a jamais eu de demande d'application

<sup>19</sup> Virginia Henderson était une infirmière américaine. Elle a, pour caractériser le rôle de l'infirmière, défini quatorze besoins fondamentaux faisant partie des courants de pensée infirmiers de 1947

médicale, enfin une culture soignante non médicale fait jour. C'est finalement à cette dernière que revient la tâche de « *prendre soin* » et de donner du sens à cette activité. La personne soignante avait et a toujours comme interlocuteurs une multitude d'acteurs de métiers différents, tous partageants l'espace-temps institutionnel. Soigner est donc « *être entre* » et nécessite d'établir des collaborations multiples. L'activité soignante n'est jamais stabilisée, elle est en perpétuelle mouvance. Elle ne doit pas se laisser enfermer dans des routines ou des protocoles, certes sécurisants, mais qui ne peuvent en aucun cas prendre en compte les besoins de la personne au moment même où le soin est délivré. Cette approche du soin, montre à quel point la notion de soin est vaste et interprétable à souhait. Si la définition du soin reste très vague, il semble que les objectifs de la pratique soignante visent essentiellement à la satisfaction des besoins de la personne qui reçoit le soin.

Ainsi, l'introduction de cette nouvelle notion de besoins nécessite de s'y attarder. Le besoin d'une personne âgée peut-il être défini ? Maslow<sup>20</sup> décrit les besoins de tout être humain selon une pyramide dont la base, correspondant aux besoins de maintien de vie, doit être solide. Ainsi, il les hiérarchise en mettant au sommet de l'échelle, le besoin d'estime de soi. Bien que la théorie de Maslow puisse servir de base aux soins destinés aux personnes de tout âge et dans tout milieu clinique, sa mise en pratique doit s'attacher aux besoins en tant que personne et ne semble pas pouvoir s'appliquer de façon rigide en respectant scrupuleusement l'échelle des besoins décrite en tant que telle. Ces travaux, réalisés dans un contexte de développement des sciences humaines, mettent en évidence que chaque individu est unique et qu'il n'est pas possible de soigner une partie sans tenir compte de l'ensemble, de la globalité de l'être. Cette globalité du soin semble prendre encore plus de sens lorsque l'on s'intéresse à la personne âgée. En effet, celle-ci reçoit des soins dans un contexte correspondant à son lieu de vie. Ainsi le soin peut se retrouver dans un acte de toilette mais aussi dans des soins esthétiques ou même dans les activités d'animation. La palette d'interprétations du soin est donc encore plus large chez la personne âgée.

Par ailleurs, le soignant en gériatrie se confronte souvent à une réalité difficile à accepter pour les professionnels. La vocation du soin gériatrique est rarement celle de guérir. Il est nécessaire que les professionnels intègrent une définition de la santé qui prenne en compte les spécificités du grand âge. A la différence des soins qui visent une pathologie aiguë, le soin dispensé à la personne âgée est plus souvent un acte de confort. Ainsi, soigner sans guérir et savoir affronter les nombreux décès des autres

---

<sup>20</sup> Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout, présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques, (et) sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement)

résidents, devient une tâche difficile dans les services de gériatrie. Aussi, le concept de prévention revêt une importance capitale et les professionnels doivent en prendre conscience afin de donner du sens à leur exercice. Cette notion de prévention est encore très souvent oubliée dans notre système français encore centré sur le curatif.

L'acte de soigner ne peut être que le résultat d'une analyse de situations complexes considérant la personne âgée avant tout comme un être humain dans son environnement. Cet acte ne peut se concevoir qu'au travers de la concertation d'un ensemble de professionnels. Donner du sens à son acte de soin reste un des points fondamentaux pour assurer un soin de qualité.

### **1.2.2 La qualité des soins : une notion difficile à appréhender**

La coexistence des nombreuses définitions des soins dans des services sanitaires ou médico-sociaux de qualité traduit le caractère imprécis et multiforme de la notion de qualité. Cette notion peut être perçue de manière neutre comme une caractéristique, une propriété que des services de santé ont à des degrés divers. L'évaluation de la qualité, va alors consister « à *juger dans quelle mesure un service de santé spécifique possède cette qualité* »<sup>21</sup>. Elle peut aussi revêtir une connotation élogieuse et référer aux conséquences désirables des interventions de santé : amélioration de l'état de santé<sup>22</sup> et/ou satisfaction et réponse aux attentes des populations<sup>23</sup>.

L'OMS définit la qualité comme l'ensemble des actions qui permettent de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même 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* ». Dans tous les cas, la qualité apparaît indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé de même que de l'environnement particulier dans lequel sont délivrés les soins. Le concept de soin précédemment défini fait apparaître plusieurs notions de qualité en gériatrie.

Tout d'abord, un critère de qualité semble être la réponse aux besoins de la personne. Un soin de qualité est donc fonction des différentes demandes et besoins de celle-ci. Il n'est que très subjectif et relatif en fonction de la perception de la personne. Ensuite, un préalable essentiel dans les soins gériatriques est la notion de globalité. Aussi, un gage de qualité du soin consisterait donc à fédérer une équipe autour du

---

<sup>21</sup> Donabedian A., 1980

<sup>22</sup> Vuori, 1991

<sup>23</sup> Jain, Bruce, Mensch, 1992

« *prendre soin* » de la personne devenue malade, vieille et dépendante. Cela impose que chacun clarifie son rôle autour du contenu du « *prendre soin* ». Au-delà des prérogatives de chacun, il importe que le professionnel ait conscience que le soin ne se limite pas à l'acte technique et qu'il sache que la relation soignant-soigné fait partie intégrante du soin afin qu'il lui donne un sens.

Viser la qualité ne peut toutefois se faire aujourd'hui sans prendre en compte le contexte économique et réglementaire imposé. Les établissements de santé sont soumis depuis 1996<sup>24</sup> à la procédure d'accréditation et plus récemment à celle de certification<sup>25</sup>. Depuis 2002<sup>26</sup>, les établissements médico-sociaux le sont également. La récente mise en place de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM<sup>27</sup>) montre une réelle volonté de développer une culture de la bientraitance dans les institutions<sup>28</sup>. L'ensemble de ces mesures exige de la part des professionnels une réelle maîtrise des étapes de la démarche qualité appliquée au secteur de la santé et au secteur médico-social. Ils doivent donc être capables de définir des processus de soin et avoir la volonté de systématiser leur mise en oeuvre, tout en restant pertinents au regard de la réalité gériatrique, c'est à dire, en considérant que définir puis évaluer la qualité en gériatrie, reste un problème très difficile à résoudre.

### **1.2.3 Le développement d'un panel de services représente des modes de prise en charge différents : l'institution reste l'ultime recours**

Face au vieillissement de la population, à l'augmentation du phénomène de dépendance et aux différentes facettes que peut revêtir une personne âgée, le développement d'un panel de services pour répondre aux besoins de la population vieillissante a été nécessaire ces dernières années.

---

<sup>24</sup> Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients Cette procédure, initialement conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), est désormais prise en charge par la Haute Autorité de Santé (HAS)

<sup>25</sup> La loi du 13 août 2004 qui crée la HAS introduit aussi un changement de vocable : la "certification" des établissements de santé remplace "l'accréditation"

<sup>26</sup> La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait de la qualité une obligation, l'évaluation des activités des établissements sociaux et médico-sociaux trouve désormais son fondement dans l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles

<sup>27</sup> L'article 85 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale 2007 remplace le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale par l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM)

<sup>28</sup> visées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Les soins à domicile, les hébergements temporaires, les accueils de jour, les services d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et les EHPAD sont des modes de prise en charge différents proposés aux personnes qui le nécessitent. La prise en charge, dans ces pratiques variées, a une dimension singulière qui rend le soin une nouvelle fois fonction du cadre dans lequel il est dispensé. Les différentes offres de soins donnent aux personnes âgées et à leur famille un choix de mode de prise en charge. Il est cependant important de remarquer que l'entrée en institution n'est souvent pas un choix<sup>29</sup>, mais plutôt le résultat d'un échec du maintien au domicile. Face aux limites des hébergements temporaires et des soins à domicile, la personne âgée ou sa famille, est souvent contrainte d'accepter l'idée que l'institution est le dernier recours.

Si la détérioration de l'état de santé joue un rôle décisif dans le placement en institution, d'autres facteurs, interviennent assurément. On peut citer en premier lieu l'importance du tissu familial. L'absence de conjoint, de fratrie ou d'une descendance fait partie des « *désavantages* » qui ne favorisent sans doute pas le maintien à domicile, lorsqu'une situation de dépendance survient<sup>30</sup>. Aussi, l'admission devient un moment fondamental à ne pas minimiser afin que la personne voit dans la démarche d'entrée en institution plus une aide qu'une contrainte et que la fréquente culpabilité des familles s'atténue au fur et à mesure de la connaissance de la structure. Le constat qui fait apparaître des entrées de plus en plus tardives dans les établissements a pour conséquence la présence de personnes de plus en plus âgées et de fait, de plus en plus dépendantes. Ainsi, une évolution des modes de pratique est indispensable.

#### **1.2.4 Les pratiques institutionnelles tentent de s'adapter aux évolutions sociétales et aux contraintes fortes**

L'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est due à plusieurs phénomènes.

Tout d'abord, les besoins ont beaucoup évolué. En effet, les personnes âgées d'aujourd'hui ne ressemblent en rien à celle d'hier. Les évolutions considérables du XX<sup>ème</sup> siècle telles que les progrès de la médecine et l'amélioration des technologies, ont permis de faire un grand bond en avant. Ces avancées se concrétisent de façon générale par des modes de vie différents et, dans les institutions, par une exigence en terme de prise en charge bien supérieure à celle requise au début du XX<sup>ème</sup> siècle.

---

<sup>29</sup> BILLE M., 2005, « l'entrée en institution : dernière mise en demeure ? », *Gérontologie et société*, n°112, pp.63-72

<sup>30</sup> DESEQUELLES A., BROUARD N., 2003, « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, p.201-227

Le deuxième phénomène, plus récent, est une conséquence directe de l'allongement de l'espérance de vie. Il se traduit par des entrées en institution de plus en plus tardives, avec des personnes qui présentent des dépendances plus lourdes. Ainsi, le niveau de médicalisation ne cesse d'augmenter dans les institutions<sup>31</sup> rendant difficile la place à ce que l'on peut qualifier de lieu de vie des résidents.

Enfin, un troisième phénomène réside dans l'évolution des contraintes qui sont nombreuses et variées. Le cadre économique, réglementaire, sécuritaire, statutaire, architectural et culturel dont une institution doit tenir compte sont autant de motifs que de freins à une prise en charge individualisée. Ainsi, ces exigences tendent à « homogénéiser » les pratiques ne tenant pas réellement compte du caractère multiforme du concept de soin, de celui de la qualité du soin et des différents besoins des individus. Pour autant, les pouvoirs publics conscients du phénomène, tentent d'apporter régulièrement une amélioration dans la prise en charge des personnes âgées en institution.

### **1.3 Les pouvoirs publics et la prise en charge en soins : une volonté d'amélioration toujours prégnante mais encore imparfaite**

Par souci d'amélioration continue de la qualité dans la prise en charge des personnes âgées en institution, une évolution législative s'est régulièrement déroulée (1.3.1). Néanmoins, face aux exigences sécuritaires, financières et culturelles recherchées par la société actuelle, la qualité des soins et de la prise en charge en général de tous les établissements, sont encore à améliorer (1.3.2).

#### **1.3.1 Une évolution législative importante pour une amélioration des soins des personnes âgées...**

Le développement des sciences humaines, l'évolution de l'information des usagers par l'apparition des nouvelles technologies, la nécessité de rationaliser les coûts dans un contexte de lutte contre l'inflation et de déficit de la sécurité sociale, incitent constamment les pouvoirs publics à s'interroger sur la pertinence des mesures législatives en place.

##### **A) L'année 2002 : un tournant législatif**

L'année 2002 donne une nouvelle impulsion dans les pratiques des acteurs médico-sociaux et sanitaires. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la

---

<sup>31</sup> Résultat de l'enquête EHPA 2003. Enquête concernant les établissements médico-sociaux qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit, pour l'exercice 2003

qualité du système de santé sont des tournants législatifs dans les pratiques institutionnelles respectivement médico-sociales et sanitaires. Avec la loi n°2002-2, le législateur entend donner une impulsion nouvelle à l'évaluation, en définissant un cadre qui peut paraître contraignant, avec l'idée d'obtenir la garantie que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels. Déjà en 2000, un instrument de mesure de la qualité a été mis en place : le référentiel Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements (ANGELIQUE<sup>32</sup>). Il constitue à ce jour, le seul référentiel validé dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cependant, la loi n°2002-2 fonde, dans l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, l'obligation pour les établissements et services de réaliser une évaluation interne de leurs pratiques tant au niveau de leur activité que de la qualité des prestations. D'autre part, l'article L.312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) crée le cadre de l'organisation de l'évaluation externe des établissements. Ainsi, l'évaluation interne tous les cinq ans, doit être doublée d'une évaluation externe tous les sept ans. En outre, la loi n°2002-2 renforce le droit des usagers. Elle tente de donner une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et les libertés individuelles des usagers du secteur social et médico-social<sup>33</sup>, puis en fournissant des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits<sup>34</sup>. Il ne suffit cependant pas d'un beau cadre institutionnel, il faut également des professionnels en nombre suffisant et de qualité pour compléter les améliorations. C'est ainsi que le II de l'article L.312-1 du CASF inclut le principe suivant : les prestations délivrées par les établissements ou les services concernés par la loi « *sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées* », sous la direction de « *professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret ...* ». Cette référence à la notion de qualification est d'une grande importance pour un secteur qui utilise un grand nombre de « *faisant fonction* ».

Parallèlement, on note la même évolution dans le champ sanitaire. C'est d'ailleurs ce dernier qui ouvre la voie au secteur médico-social, avec la mise en place de la procédure d'accréditation<sup>35</sup>. Néanmoins, c'est la loi du 4 mars 2002 qui renforce les nombreuses évolutions précédemment vues, dans le domaine social et médico-social. Il s'agit de l'amélioration de la qualité, de la reconnaissance des droits des usagers ou encore du renforcement de la qualification du personnel et de ses spécialités.

---

<sup>32</sup> Cet outil a été mis en place par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées (MARTHE), en collaboration avec l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP aujourd'hui Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), un groupe d'experts et la quasi-totalité des organisations représentant les établissements et le monde gériatrique.

<sup>33</sup> Article L.311-3 du CASF.

<sup>34</sup> De l'article L.311-4 à l'article L.311-9.

<sup>35</sup> Procédure introduite par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996



L'année 2002 est également l'année de l'entrée en vigueur de l'Allocation Personnalisée d'autonomie<sup>36</sup> (APA) qui remplace la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et fait de la prise en charge de la perte d'autonomie, une priorité des politiques départementales. L'ambition de l'APA est de renforcer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

B) D'autres mesures importantes pour une amélioration de la prise en charge

A la suite du grand nombre de décès de personnes âgées dus, pour une large part à la vague de canicule de l'été 2003, le gouvernement a mis en place en novembre de la même année le plan « *vieillesse solidarité* » annonçant notamment la création de la Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de « *mieux prendre en charge les conséquences du grand âge et du handicap.. .* ». Ce dispositif s'est concrétisé par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées. Les efforts se poursuivent avec le plan « *solidarité grand âge* » 2007-2012, réforme qui se décline en cinq axes, dont les principales mesures vont vers une amélioration de l'organisation des soins par le renforcement des filières gériatriques<sup>37</sup>, vers un plus grand respect du choix des personnes et vers un renforcement des effectifs soignants dans les établissements pour personnes âgées. Toujours dans le même sens, mais plus spécifiquement centrée sur la pathologie d'Alzheimer, le plan Alzheimer 2008-2012 succède aux deux premiers plans de lutte contre cette maladie mis en place respectivement en 2001 et 2004. L'objectif principal de ce nouveau plan est l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de cette pathologie.

---

<sup>36</sup> L'APA est créée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>37</sup> La circulaire du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques définit les modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques (patients gériatriques) tant au sein d'un même hôpital, qu'entre établissements relevant d'un même territoire de santé

La loi du 11 février 2005<sup>38</sup> pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit un rapprochement à l'horizon 2010 entre les dispositifs de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées. Ainsi, les pouvoirs publics ont récemment annoncé la création d'une cinquième branche de la protection sociale qui complètera les quatre branches déjà existantes. Elle aura pour vocation de financer la prise en charge de la perte d'autonomie qu'il s'agisse des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Cette évolution législative d'envergure montre la volonté des pouvoirs publics d'aller vers une amélioration de la prise en charge qui ne cache toutefois pas de grandes difficultés dans les établissements.

### **1.3.2 Qui laisse cependant entrevoir des difficultés persistantes**

Les efforts réalisés par les pouvoirs publics laissent subsister certains problèmes dans les pratiques et dans les organisations de la prise en charge des personnes âgées. Malgré une profonde évolution dans le domaine de l'évaluation et de la qualité, il reste un long chemin à parcourir pour construire de nouveaux outils ou faire évoluer les pratiques ou les mentalités. Si aujourd'hui, la plupart des établissements ont signé la convention tripartite et ont donc réalisé la démarche qualité grâce au référentiel ANGELIQUE, il n'en demeure pas moins que celui-ci constitue le seul référentiel validé. Aussi, il semble que des améliorations et des compléments soient souhaitables pour prendre davantage en compte les demandes et les attentes des résidents. Les différents outils mis en place comme le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, les chartes, sont des moyens qui renforcent les droits du malade, améliorent le respect de la dignité et de la vie privée des résidents. Néanmoins, plusieurs obstacles sont souvent difficiles à surmonter dans le secteur des personnes âgées. En effet, la dignité de la personne est quelquefois difficile à respecter. L'existence de chambres doubles dans les établissements ne permet pas des pratiques de soin idéales. De même, il est souvent difficile pour les professionnels d'assurer aux résidents atteints de pathologies d'Alzheimer ou de syndromes apparentés l'intégralité des règles assurant le respect de leurs droits.

Ces problèmes s'ajoutent aux difficultés qui touchent le financement des EHPAD. Le budget des établissements est souvent limité et ne permet pas d'obtenir un personnel suffisant et des qualifications nécessaires à une prise en charge de qualité. La mise en place de l'APA a permis une meilleure couverture de la dépendance. Cependant le reste à charge des résidents ou des familles pour la partie hébergement demeure conséquent et un grand nombre de personnes, qui ne bénéficie pas de l'aide sociale, n'est pas en mesure d'assumer seul cette charge financière.

---

<sup>38</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005

Le plan solidarité grand âge, qui préconise aux établissements de faire tendre leurs effectifs vers un Equivalent Temps Plein (ETP) pour une personne atteinte de pathologie d'Alzheimer, est encore loin d'être une réalité.

De façon plus générale, l'amélioration de l'organisation des soins par la mise en place des filières gériatriques a été notable. Cependant des difficultés persistent tant au niveau de la prise en charge des personnes atteintes de démence qu'au niveau de la mise en place des modes d'hébergement adaptés. En outre, l'institution offre à ces résidents une vie très autarcique qui les coupe des réalités quotidiennes et les transporte souvent dans un monde bien éloigné de leur vie antérieure.

La place de la vieillesse dans la société est le reflet de sa prise en charge dans les institutions. Malgré la volonté des pouvoirs publics d'amener des améliorations et malgré l'évolution des mentalités et des comportements devant la vieillesse, les applications locales font apparaître certaines imperfections dans la prise en compte du soin chez la personne âgée.

## 2 Constat de terrain : La prise en compte du soin au CHIBT

La prise en compte du soin au CHIBT fait apparaître certaines imperfections spécifiques aux centres hospitaliers (2.1), mais également des difficultés se retrouvant dans les autres structures de personnes âgées dépendantes (2.2). Face à ce constat, des instruments ont été mis en place. Certains sont en train de se créer et d'autres suscitent la réflexion. Cette dynamique tente d'assurer des soins proches des besoins des résidents (2.3).

### 2.1 Comment le CHIBT se situe-t-il par rapport à la prise en charge en soins des résidents ?

Afin de prendre en compte la réalité du CHIBT (2.1.1), j'ai pensé qu'une enquête sur l'ensemble des sites serait nécessaire. Il m'a semblé opportun de s'intéresser à la vision et à la perception des personnes les plus concernées en l'occurrence, les résidents. Des questionnaires ont donc été élaborés par mes soins et distribués à l'ensemble des résidents, puis aux familles de ceux-ci sur les quatre sites. Cette enquête fait apparaître des résultats qui feront l'objet d'une analyse et d'une discussion critique (2.1.2).

En outre, la prise en charge en soin révèle certaines problématiques particulières à la gestion d'EHPAD et d'USLD dans un centre hospitalier (2.1.3).

#### 2.1.1 Présentation du CHIBT et de son environnement

Le CHIBT est un établissement multi sites comprenant le centre hospitalier de Sète (médecine, chirurgie et obstétrique), des services de psychiatrie adulte et infanto juvéniles situés, soit sur la commune de Sète, soit dans les communes environnantes (Frontignan, Mèze), un Centre de Soins Polyvalent (CSP) ouvert en décembre 2006 situé sur la ville d'Agde (médecine, soins de suite et de réadaptation (SSR) et USLD), et des établissements pour personnes âgées.

Le CHIBT a organisé un découpage en 11 pôles<sup>39</sup> (6 pôles cliniques) dont un, constitue le pôle de gérontologie.

Les établissements de personnes âgées comprennent :

- le hameau résidentiel médicalisé des « *Pergolines* » ouvert en 1990 et situé sur la commune de Sète (60 lits de soins de suite et de réadaptation, 100 lits de soins de longue durée et 95 lits de maison de retraite),
- la maison de retraite « *Claude Goudet* » de Marseillan ouverte en 2002 (30 lits de soins de longue durée et 62 lits de maison de retraite),

---

<sup>39</sup> Le découpage en pôle s'inscrit dans le cadre de la « *nouvelle gouvernance* » mise en place par l'ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé

- la maison de retraite de « *l'Estagnol* », structure la plus récente du CHIBT ouverte en 2006 à Vias (60 lits de maison de retraite).

L'ensemble de ces établissements a été conventionné EHPAD (USLD et maison de retraite) suite à la signature de la convention tripartite en décembre 2003 mais les services de soins de longue durée ont conservé leur statut sanitaire.

- Par ailleurs, le CSP d'Agde comprend, outre les 30 lits de médecine, 22 lits de soins de suite et de réadaptation et 35 lits de soins de longue durée.

Deux fois 10 places d'accueil de jour médicalisé ont été autorisées et financées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Elles se répartissent sur les 2 sites de Marseillan et Vias qui disposent de locaux adaptés à de tels services. Les établissements annexes sont dirigés par un directeur adjoint : le Directeur des Etablissements, de l'Accréditation et des Réseaux (DEAR).

## **2.1.2 Etat des lieux fait à partir de mesures de terrain**

### A) Méthodologie de l'enquête

La population étudiée correspond à la totalité des résidents des quatre sites Vias, Marseillan, Agde et Sète du CHIBT. La méthode d'investigation choisie est basée sur la réalisation d'un questionnaire<sup>40</sup>. Les questionnaires sont distribués aux résidents et remplis par ces derniers, seuls ou avec l'aide du personnel dans le cadre d'une réunion ou avec mon aide dans le même cadre. Les résidents ont été sélectionnés par les cadres de santé de chaque structure en fonction de leur aptitude à comprendre les questions et à remplir le questionnaire. Comme le nombre de résidents capable de renseigner l'enquête était très insuffisant pour pouvoir être représentatif de l'ensemble, les questionnaires ont été également adressés à leur famille. Ils ont été envoyés par pli postal à toutes les familles des résidents du CHIBT.

Au total, sur les 392 résidents, 51 étaient en mesure de répondre. Ce qui représente un pourcentage d'environ 13%. De même, sur les 300 questionnaires envoyés aux familles, 72 ont été ramenés à l'accueil de chacun des établissements et ont pu faire l'objet d'une analyse. Ce qui représente un pourcentage de 24% .

### B) Discussion de la méthode

Je considère que le taux de retour des questionnaires est très faible. Ce résultat peut être attribué à plusieurs raisons. Tout d'abord, les moyens déployés pour cette enquête ont été très limités. En effet, le seul envoi postal de questionnaires ne permet pas de retenir la participation de l'ensemble des personnes. Ensuite, cette enquête a été

---

<sup>40</sup> Annexe 1

réalisée au même moment que l'enquête de satisfaction qui se fait annuellement et de façon systématique sur l'ensemble des sites. Ainsi, certaines personnes ont confondu les deux types de questionnaires et se sont contentées de ne répondre qu'à une des deux enquêtes. Enfin, la méthodologie utilisée comportait des erreurs notamment dans la réalisation du questionnaire. En effet, la rubrique « *pour mieux vous connaître* » paraît un peu confuse, ce qui peut décourager certaines personnes, notamment les moins motivées pour s'impliquer dans l'enquête.

Dans le cadre exclusif du mémoire, des moyens supplémentaires d'enquêtes auraient été difficilement déployables. Néanmoins, dans l'objectif d'améliorer le taux de retour des questionnaires, plusieurs méthodes auraient pu être employées. Si cette enquête avait dû entraîner des modifications tant dans les pratiques, que pour susciter des changements administratifs, ou encore pour obtenir des financements, il aurait fallu mettre des moyens supplémentaires pour avoir un retour au plus près de la réalité c'est-à-dire aux alentours des 100%. En effet, ces résultats en tant que tels ne peuvent faire l'objet de conclusions trop hâtives et encore moins être la base de modifications dans les pratiques. Par exemple, un des résultats fait apparaître un pourcentage élevé de personnes qui entrent en institution pour isolement au domicile, ce qui peut conduire à penser que l'établissement a plus une vocation sociale que sanitaire. Si ce résultat est utilisé par les autorités de tarification sans des interprétations complémentaires et sans un taux de retour plus important, il peut s'en suivre une diminution de financement de la part de la sécurité sociale et une augmentation du forfait hébergement pour le conseil général. En fait, dans la pratique on s'aperçoit que si le nombre de personnes qui entrent en institution pour des raisons d'isolement est important, il n'en demeure pas moins que ces mêmes personnes ont également des forts besoins en soins. En conséquence, ce faible taux de retour doit entraîner une analyse extrêmement prudente des résultats.

Si des objectifs d'envergure avaient été recherchés dans cette enquête, un taux de retour proche de 100% serait souhaitable. Ainsi, afin de sensibiliser la population étudiée à l'importance de l'enquête, il aurait fallu impliquer les services de l'état ou ceux du département, et que ces derniers fassent une information générale en envoyant des courriers. Il aurait été également intéressant de solliciter le directeur général de l'établissement ainsi que celui des établissements annexes pour, qu'à leur tour, ils réalisent une sensibilisation et une information de la population étudiée. Enfin, pour impliquer davantage les familles au renseignement des questionnaires, des enquêteurs auraient pu se rendre à leur domicile. Le taux de retour est, en effet, très corrélé aux moyens mis en œuvre.

### C) Discussion des résultats

Au total, 126 questionnaires ont fait l'objet d'une analyse<sup>41</sup> sur les 351 distribués ou envoyés, ce qui représente donc un pourcentage de 35,9 % environ.

Ce taux de retour, somme toute assez faible car lié aux moyens accordés à cette enquête, doit être largement pris en compte dans l'analyse des résultats. En effet, ce pourcentage laisse part à une grande incertitude dans les résultats et l'analyse doit être prudente. Des erreurs systématiques de sélection des répondants (appelées biais) sont probables dans ces résultats.

Si on considère que les questionnaires ne sont pas sélectionnés, alors certaines conclusions peuvent être avancées.

A la question : « *le résident bénéficiait-il de soins avant l'admission ?* », 74% des résidents déclarent qu'ils recevaient des soins à domicile contre seulement 24% qui n'en recevaient pas.

Les soins dont il s'agissait sont :

NATURE DES SOINS ANTERIEURS	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	35	27,8%
INFIRMIERS	72	57,1%
DE KINESITHERAPIE	49	38,9%
DENTAIRE	6	4,8%
D'ORTHOPHONIE	5	4,0%
D'ERGOTHERAPIE	3	2,4%
DE PSYCHOLOGIE	11	8,7%
AUTRES (PRECISEZ)	11	8,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>126</b>	

La majeure partie des soins concernait des soins infirmiers et de kinésithérapie.

Il est alors intéressant de savoir si ces soins ont tous été poursuivis ou s'ils ont été interrompus lorsque la personne est entrée en institution.

---

<sup>41</sup> Annexe 2

Les soins ont-ils été poursuivis après l'admission ?

<b>SUIVI DES SOINS ANTERIEURS</b>	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	37	29,4%
OUI	60	47,6%
NON	14	11,1%
PARTIELLEMENT	15	11,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Parmi les personnes qui ont répondu, seulement 47,6% pensent que les soins ont tous été poursuivis, 11,9% disent qu'ils ont été poursuivis partiellement et 11,1% déclarent qu'ils n'ont pas été poursuivis.

La qualité des soins a fait l'objet de plusieurs questions. Les résidents et leur famille se sont exprimés sur la qualité technique des soins (tableau : qualité 1), sur les rapports humains dans les soins (tableau : qualité 2), et sur le matériel utilisé lors du soin (tableau : qualité 3).

<b>Qualité 1</b>	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	3,2%
Très satisfaisante	38	30,2%
Satisfaisante	64	50,8%
Passable	15	11,9%
Médiocre	2	1,6%
Très médiocre	3	2,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

<b>Qualité 2</b>	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	3,2%
Très satisfaisante	43	34,1%
Satisfaisante	63	50,0%
Passable	12	9,5%
Médiocre	3	2,4%
Très médiocre	1	0,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

<b>Qualité 3</b>	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	3,2%
Très satisfaisante	36	28,6%
Satisfaisante	73	57,9%
Passable	11	8,7%
Médiocre	2	1,6%
Très médiocre	0	0,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

La majorité des personnes qui ont répondu sont globalement très satisfaites ou satisfaites des soins dispensés dans les établissements. Néanmoins, un pourcentage non négligeable des réponses (de 10,3% à 15,9%) estime que les soins ne sont pas satisfaisants (de passable à médiocre). Ce résultat fait apparaître un mécontentement que l'on ne peut minimiser. D'autant plus que, dans les questionnaires de satisfaction, il n'est pas rare de voir des taux de satisfaction plus élevé que ce qui est formulé en réalité. Cette différence entre les réponses et la réalité est due, en général, à la peur des personnes d'affirmer leur mécontentement par crainte que leur réponse ait une répercussion sur la façon dont on s'occupe d'eux.

A l'issue de ces quelques résultats obtenus, on peut raisonnablement penser que la poursuite des soins lorsque les personnes entrent en institution est insuffisante. De même, il semble que la satisfaction de la qualité des soins ne soit pas optimale. Face à ce sentiment, plusieurs explications peuvent être mises en avant. La première d'entre



elles fait ressortir la difficulté de gérer des établissements pour personnes âgées lorsque ceux-ci font partie d'un centre hospitalier.

### **2.1.3 La problématique des EHPAD et USLD gérés par un centre hospitalier**

Une difficulté que l'on retrouve au CHIBT réside dans le fait que les établissements pour personnes âgées sont conjointement gérés avec les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Même si un directeur est spécialement affecté à la direction des sites « *annexes* », il n'en reste pas moins que ce directeur n'a pas une complète autonomie. En effet, la gestion des ressources revient au Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales (DRHAM) du CHIBT, celle des services logistiques revient au directeur des Travaux, des Equipements et des Services Logistiques (DTESL), enfin la gestion financière est assurée par le Directeur des Affaires Financières (DAF) du CHIBT. Le directeur des établissements annexes doit donc assurer la coordination de l'ensemble des directions et à partir de certains constats, il doit faire état des besoins de terrain aux différentes directions. Toute la problématique réside dans le fait que la gestion d'établissements sanitaires (USLD) ou d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EHPAD) n'est pas totalement assimilable à celle des services de MCO. En effet, la particularité essentielle d'un EHPAD ou d'une USLD se trouve dans la nécessité de donner aux établissements plus un aspect de domicile et de lieu de vie que celui d'établissements exclusivement de soins. Pourtant, il est souvent difficile pour le directeur des établissements de faire comprendre à ses pairs l'intérêt de considérer la différence de gestion comme un fait essentiel. Certaines prestations qui peuvent apparaître comme superflues ou non indispensables dans les services de MCO sont primordiales dans les établissements pour personnes âgées. L'ensemble des services (MCO et services des personnes âgées) ne peut être géré de la même façon. Il est, en effet essentiel, de considérer les sites d'hébergement comme des lieux de vie avec des résidents qui nécessitent des soins appropriés.

Cependant, on peut noter certaines différences entre les structures, ce qui laisse à penser que même si la gestion se fait de façon commune, une structure peut être plus accueillante qu'une autre. L'existence de plusieurs sites d'hébergement pour personnes âgées permet en effet de faire certaines comparaisons et de mettre en évidence quelques points positifs et négatifs. L'enquête de satisfaction, faite annuellement sur l'ensemble des sites, facilite cette comparaison. Il est, par exemple, aisé de mettre en évidence que l'architecture est plus adaptée sur le site de Vias que sur celui de Sète. La longueur importante des couloirs dans le hameau résidentiel des « *Pergolines* » à Sète limite l'autonomie de certains résidents ou en prive d'autres de participation aux animations. En outre, à Vias, la conception du projet de vie réalisée avant le projet architectural a permis une considération plus importante des besoins des résidents.

Si la gestion commune des établissements pour personnes âgées avec celle des services de MCO fait apparaître des problématiques spécifiques à ce mode de fonctionnement, d'autres difficultés, au contraire, sont identiques au CHIBT et aux nombreuses structures accueillants des personnes âgées.

## **2.2 Des problématiques rencontrées au CHIBT pouvant être généralisées à l'ensemble des structures pour personnes âgées**

Le CHIBT doit faire face à plusieurs difficultés dans la gestion de ses sites « annexes ». L'explosion d'un conflit social au CHIBT (2.2.1) a mis en évidence la problématique plus générale pour le personnel de travailler dans des établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes. En effet, le manque de personnel (2.2.2), la démotivation des acteurs de terrain (2.2.3), la faible attractivité du secteur (2.2.4) et les locaux parfois peu adaptés à la prise en charge (2.2.5) sont autant de difficultés que de solutions à explorer.

### **2.2.1 Un conflit social : reflet du malaise du personnel**

Le conflit a éclaté en août 2006 sur le site des « Pergolines », établissement le plus ancien des sites annexes du CHIBT. Le conflit semblait latent et s'explique principalement par le sentiment de certains agents d'être les « laissés pour compte » du CHIBT. Cette perception a été plus marquée sur Sète que sur les autres sites. La proximité de l'établissement des « Pergolines » avec les services MCO de Sète a favorisé cette appréciation. Les revendications sociales concernaient principalement les conditions de travail difficiles et le manque de personnel. Les organisations syndicales représentatives de l'établissement (Confédération Générale du Travail (CGT) et Force Ouvrière (FO) se sont fortement mobilisées et ont été relayées par les familles et par des interventions politiques nombreuses dans une période de pré campagne électorale. Des agents grévistes sont allés jusqu'à manifester à l'entrée de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Les médias se sont emparés de l'affaire. Ce conflit a alors duré 2 mois. Les assignations des membres du personnel ont limité les effets néfastes qu'aurait pu entraîner ce mouvement sur la qualité de la prise en charge.

Après de nombreuses réunions entre la Direction de l'établissement, les autorités de tarification et les partenaires sociaux, une issue favorable a enfin été trouvée. Des propositions ont été approuvées par les différents acteurs. Un renforcement dans l'équipe soignante a pu se réaliser grâce au transfert de 2 postes d'aide soignant du CSP d'Agde vers le site de Sète. De même, les services logistiques se sont engagés à plus d'investissement sur l'établissement (nombreux travaux, prise en compte plus rapide des doléances de l'encadrement). Enfin, les autorités de tarification ont concédé une augmentation de 15% de la dotation en soins.

Si un consensus a permis un retour au calme dans l'établissement, des conséquences dommageables pour les « *Pergolines* » ont cependant pu être enregistrées. Au-delà du malaise social qui a été généré pendant cette période, l'image de l'établissement s'en trouve aujourd'hui détériorée tant au niveau des familles qu'au niveau des autorités de tarification. L'éclatement de ce conflit est le reflet du malaise qui se retrouve souvent dans les établissements pour personnes âgées. Plusieurs explications peuvent alors être abordées. Certaines relèvent plus d'une impression que d'une réalité, d'autres au contraire sont le reflet des difficultés du travail en gériatrie.

### **2.2.2 Un manque de personnel : un mythe ou une réalité ?**

Un élément peut nous permettre d'analyser de façon objective la situation. La multiplicité des sites favorise la comparaison en terme de perception du personnel mais également en termes d'effectifs. Le conflit décrit montre que le mécontentement est plus marqué dans l'établissement de Sète. Or, le récapitulatif des tableaux des effectifs permet de montrer que si le sentiment de « laissés pour compte » existe aux « *Pergolines* », cette impression n'est pas inscrite de façon objective. En effet, les 4 sites sont à des niveaux d'effectifs à peu près équivalents entre eux (en lien avec le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement) et sont, pour les autorités de tarification notamment pour le conseil général, à des niveaux supérieurs de ceux des autres structures du département. Ainsi, la nouvelle convention tripartite qui doit être signée à la fin de l'année 2008 n'aura pas pour objectif de renforcer les effectifs mais d'essayer de maintenir le niveau acquis. De façon générale, si le manque de personnel est un sentiment fréquent dans la plupart des structures, la comparaison entre les différents sites montre que ce sentiment est plus appuyé dans certains établissements que dans d'autres. Ce manque de personnel, qui est néanmoins souvent une réalité, n'est pas responsable à lui seul du mécontentement des professionnels, ni même directement lié à la qualité de la prise en charge des résidents. D'autres éléments expliquent le malaise décrit par les professionnels qui travaillent dans les établissements pour personnes âgées dépendantes.

### 2.2.3 Une probable démotivation du personnel

Compte tenu du conflit qui a éclaté au CHIBT en 2006, on peut considérer que le personnel est encore assez motivé pour revendiquer certaines situations qui lui paraissent insupportables. En effet, s'il a manifesté autant de mécontentement, c'est qu'il a encore l'espoir, à travers son mouvement, de pouvoir obtenir du changement, de voir ses conditions de travail s'améliorer et ainsi retrouver un peu de motivation. Pour autant, nous avons vu que même si des améliorations ont été obtenues après la crise, il n'en reste pas moins que ce conflit a entraîné des perturbations et des détériorations dans le climat de l'établissement. A un travail réputé difficile, s'ajoute donc une ambiance qui s'est dégradée. Lorsqu'on fait référence à certaines études<sup>42</sup> menées sur la pénibilité au travail, on se rend compte que la fatigue morale et la difficulté pour le travail d'équipe s'expriment par le personnel soignant avant la fatigue physique. Ainsi, l'éclatement de cette crise n'est pas anodin et les conséquences risquent d'être graves notamment en terme de fatigue morale. La perception du personnel d'une plus grande pénibilité dans le secteur des personnes âgées, qui toutefois est une réalité<sup>43</sup>, semble être exacerbée sur le site des « Pergolines ». Ainsi, on aboutit à une démotivation générale du personnel qui ne se sent pas compris par les cadres de santé et la direction. Si la démotivation sur le site des « Pergolines » paraît plus importante, il semble néanmoins, que l'attractivité du secteur des personnes âgées de façon générale, reste faible.

### 2.2.4 Une faible attractivité du secteur

Malgré une volonté des pouvoirs publics de compenser<sup>44</sup> la pénibilité des conditions de travail de façon générale et en particulier dans les services de gériatrie<sup>45</sup>, l'attractivité du secteur demeure faible pour la majorité des catégories de personnel. Outre l'existence d'outils<sup>46</sup> permettant de mesurer de façon objective une certaine pénibilité au travail, et d'apporter une compensation au personnel concerné, il est difficile de mesurer

---

<sup>42</sup> ESTRYN-BEHAR M., janvier 2004, Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude PRESST-NEXT, partie 1, 67p.

<sup>43</sup> D'ailleurs, la mise en place de certaines primes et indemnités, les services de gériatrie n'échappent pas à la règle de compensation des conditions particulières de travail dit « pénible »

<sup>44</sup> Le législateur a mis en place différentes primes et indemnités pour compenser des conditions de travail « pénibles » : travail dangereux, travail de nuit, travail de dimanche, exposition au froid, situation géographique particulière... Elles sont propres à chaque grade et corps selon le poste occupé par l'agent.

<sup>45</sup> Le décret n° 93-92 du 19 janvier 1993 relatif à la nouvelle bonification indiciaire attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique, réévaluée à 10 points la bonification indiciaire des infirmiers et des aides-soignants exerçant auprès des personnes âgées relevant des sections de cure médicale ou dans les services ou les unités de longue durée auprès des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie.

<sup>46</sup> Yves LASFARGUES, chercheur et consultant, Directeur de l'OB.ERGO (OBservatoire des conditions de travail et de l'ERGostressie), a conçu des tests permettant de mesurer la charge de travail et l'équilibre des temps. Ils sont en accès libre sur le site Internet : [www.ergostressie.com](http://www.ergostressie.com)

certaines situations. En effet, le fait de se confronter quotidiennement à la vieillesse et à la mort semble difficilement mesurable.

De même, il n'est pas aisé pour un soignant d'accepter de soigner sans guérir. Ainsi, certaines attitudes néfastes peuvent en être la conséquence : « *La certitude de l'incurabilité favorise des attitudes thérapeutiques néfastes qui oscilleront, selon les médecins, entre acharnements fantasmatiques et laisser-aller pathogène*<sup>47</sup> ». En outre, l'attraction du personnel pour des secteurs dits « *de pointe* » est souvent une réalité. Ce constat est d'autant plus présent que l'établissement pour personnes âgées est à proximité d'un centre hospitalier et que les comparaisons sont en effet, aisées par le jeu du « *bouche à oreille* » et par le fait qu'il n'est pas rare que le personnel des services de MCO vienne effectuer des remplacements dans les services de personnes âgées. De fait, le turn-over dans les services de gériatrie semble plus important que dans d'autres services. Le sentiment assez général des professionnels des « *Pergolines* » qui a tendance à se propager, est de ne faire l'intérêt de la direction, qu'après les services de MCO. Cette perception tient plus de l'impression que de la réalité. Cependant, il est vrai que la méconnaissance du secteur des personnes âgées pour certaines directions, entraîne quelques erreurs de la part de celles-ci. En effet, les problématiques du secteur des personnes âgées sont différentes de celles des personnes qui sont hospitalisées pour un temps précis et ne peuvent pas être considérées de la même façon. Il est donc intéressant pour les directions de traiter différemment les problèmes et de faire face, de façon particulière, aux difficultés qui se présentent au secteur. Par exemple, les difficultés financières souvent présentes dans l'ensemble des structures ne semblent pas pouvoir être réglées dans les établissements pour personnes âgées par des économies sur des prestations alimentaires, par une diminution de la qualité des prestations de linge ou plus généralement par une diminution des prestations d'hébergement.

Cette faible attractivité générale du secteur a pour conséquence importante de grandes difficultés de recrutement, surtout pour certaines spécialités comme les kinésithérapeutes, les psychologues. Cette problématique générale est bien plus marquée dans les EHPAD ou les unités de soins de longue durée qui sont réputés comme étant des secteurs peu attractifs. C'est ainsi, que pendant plusieurs semaines l'absence de kinésithérapeute aux « *Pergolines* » a rendu difficile la rééducation de l'ensemble des résidents.

---

<sup>47</sup> PELISSIER J., avril 2003, *La nuit tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, éditions Bibliophane, 343p.

## **2.2.5 Des locaux pas toujours adaptés**

Une dernière difficulté à laquelle doit faire face le CHIBT réside dans l'architecture de certains locaux. Encore une fois le site des « *Pergolines* » ne rend pas facile la prise en charge des personnes âgées. En effet, la restructuration du site s'est réalisée avec des extensions pas toujours bien intégrées avec l'ancienne structure. Les couloirs se sont allongés de façon considérable, mettant les salles à manger à des distances importantes de certaines chambres. L'autonomie de quelques résidents s'en trouve diminuée. Par ailleurs, l'établissement « les *Pergolines* » de Sète est le bâtiment le plus ancien. Son ouverture en 1990, ne répond pas toujours aux normes actuelles (en terme de surface). C'est ainsi qu'il existe encore plusieurs chambres doubles, ne permettant pas une complète intimité dans les soins qui sont dispensés. De même, certaines chambres ne bénéficient pas de salles de bain privatives nécessitant de faire les toilettes dans des endroits moins intimes. Sur un autre plan et pour des raisons architecturales historiques, quelques lits d'unité de soins de longue durée sont mélangés à des lits d'EHPAD ce qui pose de réelles difficultés pour le personnel mais aussi des problèmes de compréhension pour les familles. La prise en charge des personnes désorientées est également une réelle problématique sur le site de Sète et sur celui de Vias. En effet, l'absence de secteurs fermés dans ces structures ne permet pas une prise en charge en soins optimale. De même, la déambulation de ces personnes entraîne une surveillance plus importante de la part des soignants et donc crée une surcharge supplémentaire de travail. La comparaison avec le site de Marseillan pourvu d'un secteur fermé adapté renforce ce constat. Le directeur des sites et les gériatres ont également constaté des difficultés pour prendre en charge les résidents atteints de troubles psychiatriques. En effet, il semble nécessaire de réfléchir à la création d'un secteur spécifique à la prise en charge des patients géronto-psychiatriques. Les patients vieillissants des services de psychiatrie se retrouvent dans des structures qui ne sont pas complètement adaptées à leur pathologie, ce qui ne permet pas de leur dispenser des soins complètement adéquats. De plus, certains comportements des patients géronto-psychiatriques peuvent entraîner des gênes chez d'autres résidents.

Face à ces multiples problématiques, le CHIBT essaie néanmoins d'améliorer la qualité de la prise en charge par une politique institutionnelle commune et dynamique et par des initiatives individuelles des différents acteurs de terrain.

## **2.3 Les outils pour assurer une bonne qualité des soins au CHIBT**

Dans un souci permanent d'amélioration de la qualité de prise en charge en soins, le CHIBT développe une politique institutionnelle active (2.3.1) qui impulse des initiatives locales et individuelles des différents acteurs (2.3.2).

### 2.3.1 Une volonté institutionnelle commune ...

Avant de s'attacher aux différentes mesures initiées dans le cadre du projet d'établissement, il semble important de rappeler les principales orientations<sup>48</sup> concernant la qualité de la prise en charge au sein des institutions du département de l'Hérault. Une des volontés affirmées du conseil général de l'Hérault est de promouvoir des établissements de qualité. Aussi, le département s'attache à inciter les établissements à s'engager dans la démarche d'évaluation<sup>49</sup> prévue par la loi du 2 janvier 2002. Il tient à poursuivre l'adaptation des établissements afin que ces derniers puissent répondre aux exigences de qualité et de sécurité. De même, il souhaite augmenter la qualité de la prise en charge<sup>50</sup> par l'amélioration des filières de soins gériatriques et par le renforcement des effectifs en personnels soignants et en encadrement dans les établissements<sup>51</sup>. Enfin, le conseil général veut impulser une réflexion départementale sur le travail des psychologues au sein des institutions pour personnes âgées afin d'évaluer la durée du temps nécessaire à ces professionnels et de redéfinir leur rôle.

Selon les orientations du schéma gérontologique, des volontés d'amélioration sont clairement exprimées dans le projet d'établissement 2007-2011. L'établissement souhaite bénéficier des orientations du plan solidarité grand âge<sup>52</sup> afin de renforcer le secteur des personnes âgées de l'établissement. Ainsi, il inscrit la mise en place et l'organisation du fonctionnement d'unités gériatriques aiguës<sup>53</sup>. Deux unités de 10 lits chacune seront identifiées au niveau des secteurs de médecine d'Agde et de Sète. Bien que ces unités fassent partie du pôle de médecine, les malades y seront pris en charge avec la collaboration active des médecins appartenant au pôle de gériatrie. Ces unités auront pour vocation de jouer avant tout un rôle de facilitation de la prise en charge hospitalière de la personne âgée, en démontrant une forte capacité à anticiper les besoins de ces patients.

---

<sup>48</sup> 4<sup>ème</sup> schéma gérontologique du département de l'Hérault

<sup>49</sup> La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 prévoit l'obligation pour les institutions sociales et médico-sociales d'une part de conduire une auto évaluation tous les 5 ans, d'autre part de faire l'objet d'une évaluation externe.

<sup>50</sup> Dans le cadre de la mise en œuvre du plan solidarité grand âge 2007/2011

<sup>51</sup> Cette augmentation financière pourra se réaliser par une évaluation régulière du GMP et par une nouvelle méthode de tarification (GMPS) pour les établissements qui renouvellent leur convention ou qui accueillent les personnes les plus dépendantes (GMP= ou > à 800) ou qui ont opté pour le tarif global

<sup>52</sup> Le « *Plan solidarité grand âge* » a été présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, alors Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personne âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

<sup>53</sup> La circulaire du 18 mars 2007 (2002-157), puis le plan solidarité grand âge et la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ont posé les bases d'une réorganisation de la prise en charge de la personne âgée, en particulier dans le secteur hospitalier

Devant les besoins géro-psycho-geriatriques cités dans le chapitre précédent, le projet d'établissement prévoit d'optimiser la prise en charge de ces troubles. Le dispositif de consultation neurologique et d'évaluation psychiatrique en hôpital de jour va donc être renforcé. Dans le même objectif, il est prévu la création d'un service sécurisé « Alzheimer » sur le site des « Pergolines ». En outre, le manque de réponse aux besoins des patients psychiatriques vieillissants amène à renforcer la filière psycho-gériatrique. Il est donc prévu d'organiser la prise en charge des malades âgés atteints d'affections psychiatriques et de démences de type Alzheimer. Une collaboration étroite entre gériatres et psychiatres sera développée et un travail multidisciplinaire associant médecins et autres soignants (cadre, Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), AS et personnels plus spécialisés tels que psychomotriciens, ergothérapeutes...) sera recherché. Les résidents des services de longue durée et des EHPAD bénéficieront du concours d'une équipe de psychiatrie de liaison.

D'une façon générale, le projet d'établissement inscrit le développement de la démarche qualité.

Ainsi, les projets institutionnels montrent une réelle volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge qui se concrétise par une dynamique de terrain des différents acteurs.

### **2.3.2 qui se concrétise par une dynamique prouvant une réelle volonté d'améliorer la qualité des soins**

#### A) Un rôle primordial du DEAR et des instances

La dynamique de terrain est impulsée par la direction de l'établissement. Le rôle des différentes directions (DTESL, DAF, DRHAM...) dans un centre hospitalier est primordial dans la gestion des établissements « annexes », la coordination et la complémentarité de chacune d'entre elles doivent se faire quotidiennement. Il n'est pas toujours aisé pour le DEAR de faire réaliser à toutes les directions l'enjeu de certaines décisions. La réalité de terrain est souvent difficile à évaluer pour les directions qui ne sont pas en contact direct avec les professionnels, les résidents et leur famille. C'est pourquoi, le DEAR s'applique à garder une étroite relation avec les différents acteurs pour répondre aux demandes et aux besoins de chacun d'entre eux. Le rôle des instances prend ici toute son importance. Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail<sup>54</sup> (CHSCT) est compétent dans tous les domaines touchant aux conditions de travail. Bien que cette instance n'ait pas un rôle direct avec l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, elle a pourtant une grande importance. En effet, le bien

---

<sup>54</sup> Les missions du CHSCT sont données dans l'article L 236-2 du code du travail



être des professionnels contribue largement à la qualité de la prise en charge des résidents. Au CHIBT, le CHSCT de l'établissement fonctionne et se réunit au moins 4 fois par an conformément à la loi<sup>55</sup>. Une sous commission a été mise en place dans l'établissement en 1993 pour répondre plus rapidement et concrètement aux problèmes évoqués au CHSCT. Elle est composée des représentants de la Direction et des représentants des partenaires sociaux.

Afin d'associer les résidents et les familles au fonctionnement de l'établissement, un Conseil de la Vie Sociale<sup>56</sup> (CVS) a été mis en place. Grâce à cette instance consultative, les usagers<sup>57</sup> sont directement liés au fonctionnement de l'institution. Le CVS se réunit au moins 3 fois par an au CHIBT. Le caractère convivial donné à cette instance par le DEAR permet l'expression libre et détendue des différents participants<sup>58</sup>. Une dernière instance participe largement à l'amélioration de la prise en charge : la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge<sup>59</sup> (CRUQPC) a été introduite par la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Un responsable gère l'ensemble des missions de la qualité du CHIBT. Le recueil des satisfactions, des plaintes et des réclamations se fait par le DEAR qui le transmet ensuite au service qualité pour qu'une gestion conjointe puisse être réalisée. Le rapport d'activité 2007 de la CRUQPC montre que le pôle gériatrie représente 2,5% des plaintes et réclamations sur l'ensemble des 9 pôles. Une fois par an, une enquête de satisfaction est envoyée à la totalité des résidents des sites des personnes âgées. Le service qualité assure le traitement des résultats. Le CHIBT a été, en mai 2007, certifié sans réserve par la HAS.

A côté des instances obligatoires, des réunions pour les nouveaux entrants du hameau résidentiel des « Pergolines » ont été récemment initiées par le DEAR afin de faciliter l'intégration et l'adaptation de chaque résident à son nouveau lieu de vie. Elles se déroulent 4 fois par an et réunissent environ une quinzaine de nouveaux entrants avec la DEAR et les cadres de santé dans une atmosphère conviviale autour d'un goûter.

## B) Des actions locales diverses

Afin de renforcer l'amélioration des conditions de travail au CHIBT, une structure innovante a été mise en place. Le Réseau d'Accompagnement Social et Professionnel (RASP) a été créé en 2002.

---

<sup>55</sup> Art. L 236-2-1 du code du travail, alinéa 1<sup>er</sup>

<sup>56</sup> Art. L 311-6 du CASF

<sup>57</sup> La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 introduit la mise en place du CVS qui se substitue au Conseil d'Établissement. Ce glissement sémantique procède à un glissement de sens, la loi met l'accent sur l'association des personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'institution

<sup>58</sup> Le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 précise la composition du CVS

<sup>59</sup> L'article L 1112-3 du code de la santé publique prévoit les missions des CRUQPC

Tout d'abord, à titre expérimental jusqu'au 31 décembre 2004 dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens signé avec les autorités de tarification. Il entre aujourd'hui dans le projet social de l'établissement et a pour mission principale la détection et l'analyse de situations individuelles et collectives problématiques des agents. Le RASP traite environ une soixantaine de situations par an. La nature des accompagnements est variée et concerne surtout des problèmes personnels, familiaux, de santé, des situations d'épuisement professionnel et des difficultés relationnelles au travail. Parallèlement à ces initiatives, le plan de formation annuel s'attache à prendre en compte les demandes au plus près des besoins des professionnels et des résidents. Des formations pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés, pour la prévention de la dénutrition chez la personne âgée, pour l'accompagnement au projet de vie sont largement proposées. Plus en direction des problématiques des professionnels, des formations comme la gestion du stress au travail, la manutention des malades et les préparations aux concours font également l'objet de beaucoup d'attention de la DEAR et de la DRHAM. Le CHIBT s'est inscrit dans la politique nationale d'encouragement des conditions de travail<sup>60</sup>, il a ainsi pu bénéficier de financement dans le cadre du Fond pour la Modernisation des Etablissements de santé Publics et Privés (FMESPP) au titre des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail<sup>61</sup> (CLACT). En pratique, le CHIBT va se servir de ces financements pour installer des lits à hauteur variable, des rails plafonniers de manutention, des climatisations et autres installations qui peuvent faciliter le travail des professionnels et augmenter le confort des résidents. Un partage équitable va se réaliser entre les services de MCO et les services des personnes âgées.

Dans le cadre de la politique de redéfinition des lits d'USLD<sup>62</sup>, une réflexion a été menée d'une part, pour prendre en compte la demande législative, mais également, pour profiter de cette réforme afin de répartir de façon plus harmonieuse la charge de travail et favoriser la cohérence entre les différents secteurs, notamment au hameau résidentiel des « Pergolines ».

En effet, certains lits de soins de longue durée sont situés dans le secteur de la maison de retraite, seul le statut juridique de la personne (sanitaire ou médico-social) la différencie d'un autre résident. Les soignants, les familles et les résidents ne perçoivent

---

<sup>60</sup> Protocole d'accord national du 14 mars 2000 signé entre d'une part, le gouvernement, alors représenté par Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité et Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et d'autre part, les organisations syndicales

<sup>61</sup> Les CLACT ont été relancés suite à la signature d'un nouveau protocole d'accord sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière 2006-2009 établi entre les organisations syndicales et le ministre de la santé et des solidarités qui était Xavier Bertrand

<sup>62</sup> Les circulaires de mai 2006 et 10 mai 2007 (selon les LFSS pour 2006 et 2007) demandent une réorganisation entre les lits sanitaires (USLD) et médico-sociaux (EHPAD)

pas cette finesse administrative, et de temps en temps, les esprits de tous s'en trouvent perturbés.

Enfin, une dernière initiative locale s'est réalisée très récemment. Afin de pallier au turn-over important, de diminuer les comparaisons entre le personnel de gériatrie et le personnel des services de MCO et afin de pouvoir être plus efficace en termes de rapidité et de spécialisation dans les remplacements, un « *pool* » de remplacement spécialement dédié aux services des personnes âgées a été créé.

Une réelle volonté de placer l'amélioration de la qualité des soins apparaît au cœur des préoccupations de la Direction du CHIBT. Néanmoins, d'autres pistes peuvent être exploitées et vont être exposées dans la suite de ce travail.

### **3 Des préconisations complémentaires pour des soins de qualité**

Si tous les professionnels contribuent à la qualité de la prise en charge des personnes âgées, c'est au directeur que revient la mission d'impulser des initiatives, mobiliser les personnels pour que cette démarche ne soit pas une simple déclaration d'intention mais une démarche de professionnalisation. Il apparaît indispensable de mettre en place des actions qui impactent autant le quotidien des résidents (3.1) que celui des personnels (3.2). L'anticipation stratégique par l'incitation de mesures préventives et innovantes, la bonne organisation, la recherche permanente de qualité sont des préalables indispensables à des prises en charge satisfaisantes (3.3). Néanmoins, il semble que la quête de sens dans la moindre initiative doit toujours être présente dans les esprits de tous les acteurs.

Les propositions qui vont être faites s'appuient sur des actions qui sont en projet actuellement au CHIBT ou qui suscitent la réflexion.

#### **3.1 Une adaptation des locaux et un matériel spécialisé : un préalable indispensable pour des soins adaptés**

Il semble qu'aujourd'hui une prise en charge avec des soins de qualité ne peut faire l'économie de locaux adaptés (3.1.1) et d'un matériel spécialisé (3.1.2) à un public âgé et à des pathologies bien spécifiques.

##### **3.1.1 Une architecture qui doit s'adapter au secteur**

Selon la façon dont elle est conçue et réalisée, l'architecture peut être un obstacle ou une incitation. Ce constat est facilité par la comparaison que l'on peut faire avec les architectures singulières des différentes structures du Bassin de Thau. En effet, certaines peuvent préserver l'intimité, développer la vie sociale et la cohabitation ou, au contraire, transformer les espaces privés en annexes de l'institution, les espaces collectifs en lieux sans chaleur, les territoires de travail en salle exclusivement de soins. Il apparaît qu'une maison de retraite est réussie quand la majeure partie des résidents se sentent chez eux. C'est pourquoi, il faut penser les établissements en termes d'usages et de pratiques. Il est, par ailleurs, important d'avoir des locaux spacieux, propres, « *qui donnent envie de travailler* », qui appellent le respect tant à l'égard des résidents qu'à l'égard des professionnels. Il faut donc profiter de toute création, extension ou transformation pour garder à l'idée l'importance que peut entraîner une architecture réussie sur la prise en charge et les soins dans ces secteurs.

A travers une enquête réalisée auprès de nombreux architectes qui ont travaillé sur des projets d'EHPAD et d'USLD assez récents, tous s'accordent à dire que « *la*

tendance est à une architecture dynamique, sans connotation hospitalière, chaleureuse et protectrice »<sup>63</sup>.

A) Le projet de création d'un secteur fermé

Aujourd'hui, l'établissement de Sète, « *les Pergolines* » souffre d'une architecture qui a subi des extensions mal intégrées dans l'ancienne structure. Au-delà des difficultés que cela peut causer aux résidents, l'organisation de travail s'en trouve aussi perturbée.

Il a donc été proposé par le DEAR de remplacer au rez de chaussée, une aile excentrée du bâtiment accueillant actuellement des personnes autonomes ou quasi autonomes, par la création d'un secteur fermé sécurisé de 15 lits réservé à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés. Cette transformation aurait un triple avantage : tout d'abord, elle permettrait de mettre fin à une organisation actuelle non satisfaisante. C'est, en effet, le seul endroit de l'établissement qui associe à la structure des infirmiers libéraux, ce qui, certes, permet de respecter le libre choix des résidents à leur admission mais qui crée aussi une différence avec les autres résidents. Par ailleurs, l'intervention des IDE libéraux dans ce seul service, en fait un secteur à part qui a dû mal à se fondre dans une gestion globale (financière et des ressources humaines) d'un même établissement. En second lieu, cette transformation aurait pour avantage d'optimiser la structure. A l'heure où l'entrée en institution se fait de plus en plus tardivement et avec un taux de dépendance qui tend à augmenter, ce service ne répond plus aux besoins de la population et de fait, son taux d'occupation est faible. Enfin, le dernier avantage que l'on peut trouver à la création de ce secteur fermé me paraît être le principal. Il permettrait d'améliorer la prise en charge des personnes âgées démentes tout en assurant au personnel, une moindre charge de travail. La qualité du service rendu peut être améliorée en respectant des conceptions architecturales en accord avec les types de prise en charge. Le secteur fermé devient alors un lieu parfois sécurisant, espace de créativité de celui qui y vit, autorisant une évolution favorable de la maladie.

Désormais, beaucoup de personnes s'accordent à dire que l'architecture et le « *design* » des unités d'accueil pour patients désorientés ont une influence essentielle sur le comportement et la qualité de vie d'une part, des personnes malades, d'autre part, de tous ceux qui gravitent autour d'elle<sup>64</sup>. La pénibilité du travail du personnel pourrait, quant à elle, être diminuée par un renforcement des effectifs et par la formation des

---

<sup>63</sup> VARINI E., mars 2005, « EHPAD. Les nouvelles tendances architecturales », *Décideurs en gérontologie*, fascicule 68, pp.14-24

<sup>64</sup> VETEL J.M., octobre 1996, « Conception architecturale des structures institutionnelles d'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*

professionnels. Ces demandes pourraient être négociées avec les autorités de tarification et faire l'objet d'un avenant à la convention tripartite qui sera signée en décembre 2008. En outre, le fait de créer un service autonome en terme d'organisation (salle à manger à part, espaces collectifs réservés à ce secteur) permettrait de réduire les distances d'un service qui est très excentré et pourrait donc faciliter le travail de chacun.

#### B) Le projet d'accueil de jour thérapeutique

Sur le modèle des accueils de jour qui ont été autorisés par les autorités de tarification sur les sites de Vias et de Marseillan et qui vont prochainement ouvrir leurs portes, un accueil de jour thérapeutique d'une capacité de 10 places permettrait à l'établissement de Sète de proposer une alternative à une admission complète ou être une transition avant celle-ci. La prise en charge se fait à la demi-journée ou à la journée et accorde un répit aux aidants familiaux. Cet accueil de jour, permettrait, en outre, d'harmoniser l'architecture de la structure. Il se situerait, au rez de chaussée, au centre de l'établissement. Le patio qui, actuellement, est très peu utilisé, pourrait être un lieu aménagé pour ce type d'accueil, et, de fait, donnerait un peu de vie à cet espace. Au-delà de l'aspect architectural, permettre à la structure d'accueillir des personnes qui sont à leur domicile, donne à celle-ci l'occasion de relations supplémentaires avec l'extérieur.

Qu'il s'agisse de la création d'un secteur fermé, de celle d'un accueil de jour ou encore de tout autre projet, il est primordial de ne pas omettre de construire le projet de vie avant la mise en œuvre architecturale. Dans ces démarches, les deux projets sont étroitement intriqués et il est difficile de ne pas les faire évoluer ensemble. Le projet de vie a pour objectif de recentrer la personne âgée au cœur de la prise en charge et de veiller au maintien de son autonomie. De fait, elle peut être repositionnée comme « acteur » de son accompagnement et non plus seulement comme « sujet » ou comme seul objet de soins. Ainsi, *« le projet de vie doit reconnaître en ce sens, une efficacité structurelle permettant d'instaurer des pratiques de convivialité telles que des animations, des activités, des rencontres et des actes de solidarité, en organisant ces espaces de la façon la plus adéquate et la plus réfléchie possible. Le projet s'interrogera de ce fait sur cet outil que constituent les rapports humains dès lors qu'ils tendent à reconstruire la vie sociale sur la base de la convivialité elle-même ancrée dans des mécanismes affectifs »*<sup>65</sup>.

Un autre élément important qu'il est nécessaire de mettre en œuvre dans la réflexion d'un projet architectural, est l'association des personnels. Ainsi, l'architecte, dès la conception du projet, devra être associé à un groupe multidisciplinaire comprenant des

---

<sup>65</sup> VERCAUTEREN R., HERVY B., SCAFF JL, « Le projet de vie personnalisée des personnes âgées », *collection Pratiques gérontologiques*, éditions Eres, 176p.

professionnels : médecins, soignants et paramédicaux, ce qui permettra d'éviter des concepts architecturaux purement théoriques qui se révèlent parfois totalement inadaptés en pratique. Si de nombreuses étapes sont importantes dans le projet et nécessitent la participation des professionnels, il semble toutefois difficile dans un centre hospitalier de les associer à chacune d'entre elles. La définition des besoins me semble être une étape indispensable qui ne doit pas faire l'économie d'un travail collectif et participatif. Le choix de l'offre et l'attribution des marchés sont, par contre des étapes où il semble difficile d'associer trop de monde, ce qui, en outre, ne présenterait qu'un avantage limité compte tenu de la réglementation très stricte. On peut en revanche raisonnablement imaginer que le suivi du chantier peut bénéficier des remarques critiques des personnels soignants.

L'architecture et le projet de vie ont un rôle essentiel, reflet de la place que la société accorde à nos aînés. Néanmoins, ils doivent s'accompagner d'un matériel adapté et spécifique aux besoins de la population accueillie.

### **3.1.2 Un matériel qui doit répondre aux besoins**

Dans les pratiques quotidiennes des soignants ou dans la vie des résidents en institution, l'importance du matériel utilisé semble majeure. En effet, là encore, les nouvelles structures de Vias, Marseillan et Agde bénéficient d'un matériel neuf parfaitement adapté aux besoins des résidents et à celui des professionnels. On constate dans ces établissements qu'un bien-être et un confort sont réellement ressentis par l'ensemble des usagers. L'exemple des lits électriques est assez démonstratif : leur manipulation à l'aide d'une commande électrique, permet de faciliter les gestes répétitifs de manutention des soignants et de rendre autonomes, certains actes de la vie courante des résidents. L'établissement de Sète, souffre d'un matériel plus ancien et même si la direction est vigilante à un renouvellement réfléchi du matériel, le budget ne permet pas de changer l'ensemble des équipements désuets. Actuellement, une ébauche de réflexion est menée entre la DEAR et la DTESL afin de pouvoir adopter une politique de renouvellement des lits et des matelas. Après la fermeture de la maison de retraite d'Agde, de nombreux lits récents ont été transférés sur le site de Sète. Cependant, le déménagement et le stockage à l'extérieur ont endommagé le mécanisme électrique. Ainsi, dans le cadre du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI), le changement de ces lits est enregistré pour qu'à terme, l'ensemble des résidents puissent bénéficier d'un matériel électrique. De même, il serait souhaitable, si le projet de secteur fermé arrive à terme, de mettre des lits spécialement dédiés à l'accueil des personnes démentes. Ceux-ci permettent un triple confort. Ils sont facteurs de prévention des chutes, limitent les prescriptions de contentions et favorisent l'autonomie des résidents.

A côté de ces éléments qui aujourd'hui, apparaissent indispensables, d'autres appareils semblent moins essentiels et pourtant, ils sont facteurs d'une meilleure prise en

charge. Le matériel spécialisé de rééducation pour la prise en charge de personnes âgées ou démentes est un gage de qualité de soins indispensable aux professionnels concernés. Les animateurs qui utilisent les récentes cuisines thérapeutiques existantes sur les sites de Vias et d'Agde reconnaissent un intérêt thérapeutique majeur dans ces installations.

Aussi, l'établissement va profiter des crédits octroyés dans le cadre des CLACT<sup>66</sup> pour financer, en outre, des achats de matériels qui vont améliorer le quotidien des résidents et des personnels. Il est impératif, comme dans le cas d'un projet architectural, de faire participer les professionnels dans le choix du matériel.

Si l'architecture et le matériel sont des éléments importants dans un établissement pour personnes âgées dont le directeur doit tenir compte, l'amélioration de la prise en charge et des soins des résidents passe aussi par des mesures à mettre en place en faveur du personnel.

### **3.2 Des mesures à mettre en place en faveur du personnel**

La valorisation du secteur doit être développée car celui-ci souffre d'un manque d'attractivité incontestable (3.2.1). Le rôle du directeur va devoir aller au-delà des réalités institutionnelles pour prendre en compte les réalités sociétales et les adapter aux pratiques de terrain (3.2.2). L'implication des équipes dans les projets institutionnels (3.2.3) et le recrutement de professionnels spécialisés (3.2.4) font partie de la politique de « *fidélisation* » du secteur.

#### **3.2.1 Une nécessaire reconnaissance de la spécialisation en gériatrie**

Même si des avancées notables sont à constater, force est de reconnaître que la gériatrie reste encore le parent pauvre des spécialités. Pour exemple, les définitions respectives des spécialités pédiatriques et gériatriques montre que la différence est notable. Le terme de pédiatrie, attesté depuis 1872, désigne « *la branche de la médecine qui traite des maladies des enfants* », alors que le terme de gériatrie, attesté depuis seulement 1915, désigne « *la médecine de la vieillesse* »<sup>67</sup>. Tout d'abord, en posant que la pédiatrie est une branche de la médecine, le dictionnaire laisse clairement entendre que la pédiatrie est une spécialité de la médecine. Ensuite, en disant que la pédiatrie soigne les maladies des enfants, cela laisse sous-entendre que le fait d'être en bas âge, n'est pas une maladie. En revanche, en définissant la gériatrie non pas comme la branche de la médecine qui s'occupe des maladies des personnes âgées mais comme la

---

<sup>66</sup> Une enveloppe nationale a été allouée au CLACT

<sup>67</sup> Définitions du nouveau Petit Robert, édition 2007



médecine de la vieillesse, le dictionnaire condamne les « *vieux* » à être des malades mais aussi ne reconnaît pas la gériatrie comme une spécialité. De même, au-delà des spécialités médicales, l'existence de plusieurs spécialités paramédicales pour le secteur des enfants (puéricultrice, aide puéricultrice) n'a pas l'équivalent dans le secteur des personnes âgées. Il semble donc important que les pratiques renversent les habitudes pour que la gériatrie acquière une véritable place dans les esprits de chacun, mais aussi et surtout, dans les exercices médicaux et paramédicaux.

Aussi, le rôle du directeur est de former l'ensemble du personnel qui dispense des soins aux personnes âgées. Par ailleurs, il doit veiller à ce que la formation se réalise sur plusieurs plans. Tout d'abord, elle doit permettre d'amener les connaissances techniques à un personnel qui, dans sa formation professionnelle initiale, n'a eu que très peu d'enseignement théorique sur le secteur des personnes âgées. Ensuite, elle doit permettre d'avoir une approche psychologique de la personne âgée. Ce dernier point me paraît très important dans la mesure où le rapport avec la vieillesse, la dégradation et la mort, n'est pas évident. Les différentes catégories de personnel doivent, en effet, faire face à la carence profonde de la société dans la relation avec ses anciens. Et, « *derrière la logique de service, derrière la mission protectrice et médicale que la société donne aux institutions, ne reste que la charge de ceux que personne ne peut ou ne veut plus prendre en charge, que le maintien de ces figures de vieillesse, de maladie et de mort hors de la vue des biens portants* »<sup>68</sup>. Si une meilleure connaissance du secteur peut assurer de la compétence aux membres du personnel, elle est également source de sérénité et de bien être pour chacun d'entre eux, et, de fait, gage d'une meilleure prise en charge pour les résidents. Il faut cependant éviter, sous couvert d'une technicité acquise et bien faite, de rendre les pratiques trop impersonnelles et trop répétitives. Le travail des directeurs doit donc s'attacher à assurer un équilibre entre, d'une part la formation indispensable aux gestes techniques, et d'autre part celle d'un apprentissage plus global du secteur. Le CHIBT propose des formations variées dans le cadre du plan de formation. En outre, il pourrait être envisagé une réflexion entre le DEAR, la DRHAM et la Direction des soins pour solliciter certains professionnels (gériatres, psychologues...) afin que ces derniers organisent des réunions informelles d'informations pour les agents intéressés. Ces rencontres pourraient être, en outre, des moments d'échanges où certaines problématiques ou questionnements seraient abordés. Ces réunions ne peuvent bien sûr, se faire trop souvent en raison de la charge de travail et ne peuvent en aucun cas représenter pour le personnel une surcharge. Pourquoi ne pas imaginer les faire en

---

<sup>68</sup> PELISSIER J., avril 2003, *La nuit tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, éditions Bibliophane, 343p.

dehors de la structure et en dehors des horaires de travail dans une atmosphère conviviale ?

A côté de la nécessité de reconnaître la gériatrie comme une spécialité, il semble important de développer des mesures incitatives pour que le secteur des personnes âgées devienne plus attractif pour le personnel.

### **3.2.2 Des mesures incitatives à développer**

Le turn-over important et les difficultés de recrutement que l'on rencontre dans les institutions pour personnes âgées montrent que celles-ci souffrent d'une faible attractivité. Il apparaît donc important pour le directeur de développer des initiatives qui rendent le secteur plus incitatif. Il est cependant évident que les marges de manœuvres ne sont pas très grandes. Hormis le versement de certaines primes qui peuvent exister pour reconnaître la pénibilité de certaines pratiques et horaires, le statut ne peut pas permettre des augmentations de traitements. Aussi, il faut rechercher l'attractivité par un autre biais. Des aménagements dans les horaires pourraient faire l'objet d'une politique de fidélisation du secteur, à penser entre les différentes directions concernées. En effet, la mise en place du pool de remplacement exclusivement en direction des services des personnes âgées, est une avancée notable et peut, par exemple, permettre des marges de manœuvres relativement plus souples. Cependant, il semble que ce pool, soit actuellement trop faible en termes d'ETP pour constituer une véritable et solide politique de remplacement, il va donc falloir le renforcer dans les prochaines années.

La formation pourrait également être plus développée dans le secteur des personnes âgées au dépend d'autres services. Il a été constaté lors de la démarche ANGELIQUE, que les nouveaux agents étaient insuffisamment formés. Des pratiques non satisfaisantes en sont les conséquences. Ainsi, une enveloppe plus importante des dépenses de formation pourrait être spécialement dédiée à ce secteur, politique qui serait d'ailleurs logique au regard du grand nombre de personnes qui travaille en gériatrie. Par ailleurs, des réunions d'informations plus régulières à l'ensemble du personnel pourraient être organisées afin de sensibiliser les agents aux autres possibilités de formation (hors plan de formation). Des Congés de Formation Professionnelle (CFP), peuvent être octroyés aux agents, si la demande est individuelle et à l'initiative de ce dernier, dans le cadre d'un financement par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). De même, des actions de promotion de la Validation des Acquis d'Expérience (VAE) peuvent être initiées pour faciliter les Agents de Services Hospitaliers (ASH) à devenir des AS et les AS à devenir des IDE. Ces mesures sont également à préparer avec la DRHAM et la Direction des soins car elles doivent être réfléchies sur plusieurs années. Si cette politique pourrait tendre à fidéliser les agents et à encourager le personnel à choisir le secteur des personnes âgées, il faut néanmoins être

prudent pour que la fidélisation ne fige pas les agents dans des habitudes. En effet, la maltraitance prend souvent ces racines dans les us et coutumes : « *Dans l'habitude qui finit par endormir l'humanité, la compassion, le respect que l'on peut avoir envers les autres, dans des conditions de travail pénibles face auxquelles on réagit en reportant sa colère et sa frustration sur les plus faibles, obsédés qu'on est de faire son travail, en ne réfléchissant plus à comment on le fait* »<sup>69</sup>.

Au delà, des incitations qu'un directeur peut proposer, une dynamique d'équipe doit être développée à travers une politique participative.

### **3.2.3 Une participation des équipes à susciter**

Afin de favoriser la cohésion d'équipe, qu'il semble important de développer dans des conditions de travail difficiles, il est nécessaire d'impulser une politique de management participative. Dans de nombreux projets, le personnel peut en effet être associé à la réflexion. Dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite qui doit être signée en décembre 2008, certains professionnels des services de gériatrie ont participé à l'évaluation ANGELIQUE qui s'est déroulée pendant les mois d'avril et mai 2008. Le DEAR avait demandé au cadre de santé de faire une information préalable sur les principes de cette évaluation et de déterminer ensuite les professionnels intéressés à la démarche. Les réunions se sont déroulées sur chaque site avec la DEAR, les cadres de santé, le responsable de la qualité et les membres choisis de chaque catégorie de personnels. A nouveau la démarche et les objectifs ANGELIQUE ont été détaillés et une évaluation de chaque étape a été réalisée de façon consensuelle. Au-delà de l'implication des professionnels que ce travail a suscitée, l'explication de la démarche qualité dans un EHPAP ou un USLD, a permis de mettre fin à certaines idées reçues. En effet, le personnel a pu comprendre qu'un directeur d'établissement n'est pas le seul décisionnaire, le conseil général et la DDASS ayant également un rôle important à jouer. Par ailleurs, ils ont pu réaliser que le renforcement d'effectifs ne s'obtient pas aussi facilement que l'on peut le croire et que celui-ci entraîne un impact sur les tarifs des prix de journée de la structure auxquels les résidents ou la sécurité sociale doivent faire face. Cette prise de conscience a sensiblement adouci quelques esprits qui, au début des réunions, semblaient échauffés. De même, ces rencontres ont été l'occasion d'échanges qui ont permis, entre autre, d'évaluer le niveau d'implication des personnels. A l'issue de ce travail, il a semblé souhaitable dans le cadre de la réflexion sur la répartition des lits d'USLD et dans celui du projet de création d'un secteur fermé, d'impliquer le personnel de la même façon.

---

<sup>69</sup> CASMAN M.T., 2007, « La bientraitance en maison de repos : choix ou processus », *L'observatoire*, n°55, pp. 26-30

Il paraît essentiel de valoriser le travail des acteurs de terrain, ce qui, selon moi passe par une participation de chacun à la vie institutionnelle. Parallèlement, la possibilité pour les agents de rencontrer plus régulièrement et de façon moins informelle que dans le cadre du RASP, un psychologue me semble un élément important pour favoriser la cohésion d'une équipe.

#### **3.2.4 Des professionnels spécialisés à recruter**

La pluridisciplinarité en gérontologie est aujourd'hui unanimement reconnue comme essentielle, pourtant, certains professionnels ne sont pas assez représentés dans les établissements pour personnes âgées. En effet, bon nombre de structures n'ont pas, par exemple, dans leur effectif, un psychologue. Si le médecin coordonnateur dans les EHPAD, est obligatoire dans le conventionnement tripartite, le psychologue ne s'impose pas. Seul, le soutien psychologique du personnel est mentionné<sup>70</sup>. Pourtant, son rôle est essentiel et comporte une double fonction. D'une part, la cohésion d'une équipe et le bien-être de chaque membre peuvent être facilités par le travail de ce spécialiste. D'autre part, la prise en charge psychologique peut, pour certains résidents, améliorer sensiblement la qualité de leur vie quotidienne en termes de relation d'aide, de soin ou d'accompagnement<sup>71</sup>. De même, les souffrances des fins de vie des résidents, des familles et des soignants peuvent être atténuées grâce à l'aide d'un psychologue. Si la spécificité du regard psychologique est aujourd'hui mieux repérée et prise en compte en gérontologie, il reste cependant pertinent de continuer à valoriser son rôle, notamment auprès des autorités de tarification dans le conventionnement tripartite, pour compléter les approches plus classiques de prise en charge des personnes âgées. Aussi, le DEAR a profité de l'évaluation ANGELIQUE pour faire ressortir le manque de temps de psychologue.

Le rôle des animateurs dans une institution est également très important. En effet, l'enjeu de l'animation auprès des personnes âgées est « *de faciliter leur participation à la vie sociale, et surtout de leur permettre d'exercer un rôle, voire d'engager des processus*

---

<sup>70</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>71</sup> DONNIO I., décembre 2007, « Psychologie et vieillissement, et l'émergence de la psychogérontologie », *Gérontologie et société*, n°123, pp.279-293

de réactivation de rôles sociaux, seule réponse à une mort sociale qui intervient souvent avant la mort biologique»<sup>72</sup>. Ainsi, l'animation permet de donner du plaisir, distraire, tout en donnant un sens à la vie, offrir aux personnes âgées la possibilité de retrouver une identité sociale en s'appuyant sur l'histoire de leur vie. Or, elle est encore, assez mal valorisée et considérée pour beaucoup comme une simple distraction pour les personnes âgées. La place prise par les animateurs et la difficulté de leur travail les obligent à se remettre en question quotidiennement. Ils se doivent de trouver une véritable identité professionnelle à travers la professionnalisation et la formation. C'est pourquoi les directeurs d'établissements doivent veiller à ce que chaque animateur soit régulièrement formé. Après le conflit social du CHIBT, le DEAR et la DRHAM ont décidé de transformer les postes de contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), en poste de titulaire pour les 2 animateurs des « *Pergolines* ».

Si les mesures à mettre en place en faveur du personnel peuvent indirectement améliorer la prise en charge des résidents, d'autres impliquent directement l'amélioration de la qualité des soins.

### **3.3 Des mesures à mettre en place pour améliorer les soins**

L'analyse du questionnaire montre que la qualité des soins au CHIBT n'est pas, toujours satisfaisante. A la question : « *Pensez-vous que les soins dispensés au résident correspondent aux besoins de celui-ci ?* », 7% des personnes répondent « *non* ». Même si ce pourcentage est faible, on ne peut négliger cette part de mécontentement d'autant plus que la qualité des soins est jugée médiocre ou très médiocre par 10 à 15% des personnes en fonction des différents items<sup>73</sup>. Ainsi, des pistes en faveur d'une meilleure prévention peuvent être explorées pour réagir à cette insatisfaction (3.3.1). Parallèlement, l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie (3.3.2) et l'expérimentation de nouveaux modes de pratiques (3.3.3) peuvent susciter la réflexion.

#### **3.3.1 Des actions de prévention à favoriser**

Il est aujourd'hui reconnu que la prévention dans la maladie d'Alzheimer est très importante. Son dépistage est fondamental pour la mise en route des traitements médicamenteux, non médicamenteux ou des activités de stimulation. Il est également essentiel pour la mobilisation des dispositifs sociaux et la mise en place des systèmes d'accompagnement.

---

<sup>72</sup> HERVY B., 2001, « L'animation en institution », *Gérontologie et société*, n°96, 203 p.

<sup>73</sup> Tableaux 19, 20, 21 de l'annexe 2 p XVII

Un récent rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale<sup>74</sup> (INSERM) considère que l'accès au diagnostic demeure un problème en France, en particulier chez les personnes de plus de 80 ans. Les causes en sont multiples, liées à l'attitude des malades et de leurs proches face aux symptômes mais aussi, à celle des médecins face à la maladie et plus généralement à l'image de la maladie d'Alzheimer dans la société. Ainsi, un établissement accueillant des personnes âgées se doit de s'inscrire dans la politique<sup>75</sup> menée par les pouvoirs publics. Aussi, le CHIBT, a réalisé cette année un dossier de labellisation pour conduire des « consultations mémoire » par les médecins gériatres de la structure. La labellisation a été obtenue en mars 2008 et les consultations ont pu débuter rapidement. Un EHPAD peut aussi s'inscrire dans cette dynamique en passant une convention avec un Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR), cadre de référence pour les professionnels de santé de la région.

Un autre axe de prévention semble également important à développer. En effet, la prise en charge de la douleur dans le secteur des personnes âgées est encore assez marginale et insuffisamment prise en compte dans certaines pathologies<sup>76</sup>. Cette réalité est d'autant plus navrante que les moyens médicamenteux et techniques d'aujourd'hui permettraient d'y faire face. En outre, la prise en charge de la douleur s'inscrit dans le cadre réglementaire. « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* »<sup>77</sup>. L'utilisation de différents outils<sup>78</sup> doit donc être développée dans les établissements et le personnel doit être particulièrement sensibilisé et formé. L'Equipe Mobile de Gériatrie (EGEM) du CHIBT est particulièrement attentive à ces problèmes et les gériatres des services y font régulièrement appel.

Dans le même axe, l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie constitue également un enjeu majeur pour un directeur.

---

<sup>74</sup> Rapport sur la maladie d'Alzheimer publié en 2007

<sup>75</sup> Le rapport Ménard remis en novembre 2007 préconise d'optimiser le dépistage de la maladie d'Alzheimer

<sup>76</sup> CABAYE-BORGES DA SILVA G., IAHNS P., MABRIEZ JC., 2005, « Carence du traitement de la douleur chez les personnes âgées présentant une grave altération cognitive », *Société française de santé publique*, n°51, pp.87 à 93

<sup>77</sup> Art. L1110-5 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002. Par ailleurs, celui-ci invite les établissements de santé publics ou privés, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux, à mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

<sup>78</sup> Plusieurs outils ont été validés par la HAS

### **3.3.2 La prise en charge de la fin de vie à renforcer**

Le rapport avec l'étape ultime de la vie n'est facile pour personne. Si beaucoup d'établissements de santé de grande ou moyenne importance, sont dotés d'unités de soins palliatifs qui permettent d'atténuer les souffrances dans les moments difficiles, les EHPAD n'en disposent pas et le personnel est souvent désemparé devant de nombreuses situations<sup>79</sup>. Même si une évolution législative<sup>80</sup> récente a permis de réelles avancées, les soignants non formés et isolés dans leurs pratiques ne disposent pas tous du savoir être et du savoir faire qui leur permettraient d'accompagner de façon digne la personne en fin de vie. Ce constat a souvent pour conséquences des gestes, des paroles ou des pratiques qui ne sont pas adaptés. Aussi, il semble important que le personnel ait d'une part, une formation adéquate et d'autre part, la possibilité de pouvoir avoir une aide psychologique. Les professionnels sont souvent mis à rude épreuve car ces situations font partie de leur quotidien. En outre, ils doivent être capable d'apporter un soutien aux familles en demande et avoir un comportement adapté avec celle-ci après le décès, y compris dans les démarches administratives et matérielles. Un directeur doit donc sensibiliser les équipes de façon régulière. Au CHIBT, le personnel fait appel à l'EGEM qui permet d'apporter une aide considérable tant pour le personnel que pour les résidents en souffrance. Les EHPAD, quant à eux, peuvent passer une convention avec un centre hospitalier qui possède une équipe mobile de soins palliatifs afin de pouvoir bénéficier de spécialistes.

Il paraît essentiel que la prise en charge d'un résident soit de qualité jusqu'au bout de sa vie. Aussi, une fin de vie doit se dérouler, malgré toutes les contraintes qui pèsent sur une structure, dans la dignité et l'apaisement.

Parallèlement, à des actions fondamentales à mettre en place, des mesures pouvant paraître plus futiles mais ayant toute leur importance, peuvent être également développées.

### **3.3.3 Des modes de pratiques simples à expérimenter**

Il semble important qu'un directeur ne se limite pas à la vision de son seul établissement. Il doit être en contact avec d'autres structures afin de pouvoir échanger avec d'autres professionnels et pouvoir repérer des modes de pratiques, des conceptions architecturales qui favorisent une bonne prise en charge. La simple visite d'autres établissements peut aider à cette démarche.

---

<sup>79</sup> Rapport de Marie de Hennezel rendu en 2003 dans une mission nommée « *fin de vie et accompagnement* »

<sup>80</sup> Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Ainsi, un dépistage systématique des troubles sensoriels a été mis en place dans certaines structures. Le déclin sensoriel des personnes âgées est une évidence pour chacun. Pourtant la gravité de ces conséquences sur la communication, la sécurité physique, la dépendance... est fortement sous-estimée<sup>81</sup>. Dans certains USLD et EHPAD, l'évaluation initiale des troubles sensoriels à l'arrivée du patient est effectuée de façon systématique et renouvelée tous les ans. Afin de ne pas multiplier les consultations de spécialistes, un dépistage simplifié standardisé se fait par les gériatres des services, seuls les patients déficients sont consultés par un autre spécialiste. En outre, l'ensemble des personnels a reçu une formation à la prise en charge des déficits sensoriels. Par ailleurs, la simple mise en place d'une vaisselle aux couleurs contrastées a eu un succès inattendu au sein d'un EHPAD. Certains résidents ont retrouvé une autonomie et une dignité à manger seuls, et tous ressentent une impression de fête qui se dégage des tables colorées. De même, les familles ressentent le respect porté aux résidents et expriment leur satisfaction.

D'autres établissements ont recruté dans leur équipe des professionnels moins habituels que les professionnels que l'on a coutume de rencontrer. Ainsi, l'expérience du travail des arthérapeutes et plus particulièrement, des musico thérapeutes<sup>82</sup> a pu être intéressante pour de nombreuses personnes âgées. Certains résidents ont suivi pendant quelques mois des séances hebdomadaires et tous les patients mettent en avant des sensations de plaisir et de bien-être ressenties lors des séances<sup>83</sup>. Des animateurs en collaboration avec des psychologues ont, dans d'autres institutions, mis en place un travail des résidents autour du dessin et le bénéfice de ces séances se ressent de manière sensible.

Enfin, l'initiative de créer dans sa structure un espace dédié à la rééducation des sens peut être intéressante. Cette idée doit cependant faire partie de la conception architecturale. Une salle de stimulation sensorielle appelée « *snoozeland* » peut, avec un personnel formé, apporter une grande amélioration de la prise en charge.

Ces multiples expériences réaffirment tout l'intérêt d'une équipe pluridisciplinaire complète et innovante.

---

<sup>81</sup> COVELET R., décembre 2007, « Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées », *Gérontologie et société*, n°123, pp.249-261

<sup>82</sup> Une étude de faisabilité sur les bienfaits de la musicothérapie a été publiée en janvier 2008 dans la revue scientifique « *L'encéphale* »

<sup>83</sup> Ces résultats ont fait l'objet d'une évaluation et le travail sera bientôt publié dans une publication scientifique



## Conclusion

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents semble, selon moi, une priorité pour un directeur d'établissement. L'engagement dans cette démarche paraît essentiel. L'objectif de ce mémoire était donc de réfléchir aux différentes pistes dont un directeur dispose afin de prendre conscience des diverses problématiques. Le défi qui est à relever dans les établissements n'est pas aisé. Le directeur doit, en effet, composer avec les nombreuses contraintes qui se présentent à l'institution. Le cadre réglementaire, financier et les difficultés inhérentes à la vie collective institutionnelle sont des freins quotidiens aux solutions qui pourraient être apportées.

Toutefois, les directeurs doivent avoir à l'esprit qu'ils disposent de nombreuses ressources. Parmi elles, la richesse des professionnels vient au premier plan. L'expérience des uns, l'envie des autres, la compétence de certains et la créativité de chacun. Mais avant tout, c'est le bon sens appliqué au quotidien qui va pouvoir apporter des solutions. C'est grâce à la valorisation et à la reconnaissance des équipes, le respect de leur travail accompli que celles-ci vont pouvoir donner le meilleur d'elles-mêmes. Saisir les initiatives intéressantes du personnel et les institutionnaliser en un véritable projet fait partie des mesures à ne pas manquer.

Donner en permanence du sens à toutes les pratiques exercées dans un établissement doit être une priorité pour l'ensemble de ses acteurs. « *Prendre soin* » d'une personne âgée à quelques niveaux que ce soit, c'est la reconnaître d'abord comme un être humain. La pathologie d'Alzheimer et les syndromes apparentés sont des sources de risque qui tendent à entraîner des comportements de la part des soignants non adaptés, voire maltraitants. Les nombreux et malheureux exemples prouvent que ce type de situations n'est pas rare et que la vigilance s'impose. C'est le rôle du directeur de sensibiliser, de valoriser les équipes pour pallier à ce genre d'attitudes et de rappeler simplement que le résident doit être au cœur des préoccupations de tous, dans sa prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Un juste et difficile équilibre sera recherché entre d'une part, la sécurité de la personne âgée, le respect des normes législatives et réglementaires, et d'autre part, son autonomie et sa bonne prise en charge.

---

## Bibliographie

---

### Articles de revues périodiques

BILLE M., 2005, « L'entrée en institution : dernière mise en demeure ? », *Gérontologie et société*, n°112, pp.63-72

BLOT S., avril 2006, « Prendre soin en gériatrie », *soins gérontologie*, vol.58, pp.44-45

CABAYE-BORGES DA SILVA G., IAHNS P., MABRIEZ JC., 2005, « Carence du traitement de la douleur chez les personnes âgées présentant une grave altération cognitive », *Société française de santé publique*, n°51, pp.87 à 93

CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE JM., janvier 2008, « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n°441, 4p.

CASMAN M.T., 2007, « La bienveillance en maison de repos : choix ou processus », *L'observatoire*, n°55, pp. 26-30

COVELET R., décembre 2007, « Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées », *Gérontologie et société*, n°123, pp.249-261

DARNAUD T., 2007, « L'émergence de la maltraitance, une réalité bienveillante », *L'observatoire*, n°55, pp.17-21

DARNAUD T., KENNES B., CASMAN M.T., RIGAUX N., MOREAU A., GLAUDE M., BERG N., NEIRYNCK I., DE KEYSER F., MORTREU B., GUILLAUMOT P., FATSEAS N., CORVEST K., DYAN A., SOLOMUD G., DUPONT MO., MAISONDIEU J., HARDY G., GAUCHER J., SIRVAIN S., GINESTE Y., VANMEERBEEK M., GIET D., MASSART V., LELEU M., VON GUNTEN C., novembre 2007, « Maltraitance des personnes âgées. Aider les aidants », *L'observatoire*, vol.55, pp.13-92

DELBES C., GAYMU J., 2005, « Entrée en institution », *Gérontologie et société*, n°112, 243p.

DESESQUELLES A., BROUARD N., 2003, « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, p.201-227

DONNIO I., décembre 2007, « Psychologie et vieillissement et l'émergence de la psychogérontologie », *gérontologie et société*, n°123, pp.279-293

ESTRYN-BEHAR M., janvier 2004, Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude PRESST-NEXT, partie 1, 67p.

HADDAD S., ROBERGE D., PINEAULT R., 1997, « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité », *ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, pp.59-78

HEBERT R., DESROSIERS J., DUBUC N., TOUSSIGNANT M., GUIBEAULT J., PINSONNAULT E., avril 2003, « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle », *La revue gériatrique*, tome 28, n°4, pp.323-334

HERVY B., 2001, « L'animation en institution », *Gérontologie et société*, n°96, 203 p.

JULIEN P., mars 2008, « L'animation, un soin à part entière », *La revue de gériatrie*, n°138, pp. 25-26

MAISONDIEU J., 2007, « Qu'on se le dise : la gériatrie est maltraitante ! », *L'observatoire*, n° 55 pp.51-55

MAISONDIEU J., 2003, « Vieillir en famille : une situation Cornélienne », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol.31, pp.109-120

MOULIAS R., janvier 2008, « Alzheimer : quel sens pour le soin ? », *Revue de gérontologie*, n°145, pp.25-29

MOULIAS R., septembre 2006, « Réflexion sur la formation », *Gérontologie et société*, n°118, pp.11-25

MUGNIER F., FAYS A., GERSON-THOMAS M., HOLZSCHUCH C., février 2008, « Pallier la basse vision par l'utilisation de vaisselle aux couleurs contrastées », *L'aide soignante*, n°94

RANFRAY M., BOURDEL-MARCHASSON I., DEHAIL P., RICHARD-HARSTON S., 2002, « L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées », *Ann. Med. Interne*. 153, n°6, pp.397-402

THOMAS P., 2008, « La psychogériatrie, une spécialité qui reste encore à écrire », *La revue de gériatrie*, tome 33, pp.89-90

VARINI E., mars 2005, « EHPAD. Les nouvelles tendances architecturales », *Décideurs en gérontologie*, fascicule 68, pp.14-24

VERCAUTEREN R., HERVY B., SCAFF JL, « Le projet de vie personnalisée des personnes âgées », *collection Pratiques gérontologiques*, éditions Eres, 176p.

VETEL J.M., octobre 1996, « Conception architecturale des structures institutionnelles d'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*

VILLEZ A., décembre 2007, « EHPAD la crise des modèles », *Gérontologie et société*, n°123, pp.169-184

## Ouvrages

AMYOT J.J., 2008, *Travailler auprès des personnes âgées*, éditions Dunod, 174 p.

AMYOT JJ., novembre 2002, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, édition Dunod, 242p.

BADEY-RODRIGUEZ C., 1997, *Les personnes âgées en institution : Vie ou survie. Pour une dynamique de changement*, édition Seli Arslan, 192p.

MAISONDIEU J., janvier 1996, *Le crépuscule de la raison : comprendre, pour les soigner, les personnes âgées dépendantes*, éditions Bayard, 246p.

PELISSIER J., avril 2003, *La nuit tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, éditions Bibliophane, 343p.

## Enquêtes

EHPA 2003, Enquête concernant les établissements médico-sociaux qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit, pour l'exercice 2003, [en ligne], disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er485/er485.pdf>.

INSEE, 1998-2002, HID Handicaps- Incapacités- Dépendance, [en ligne], disponible sur Internet : [www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ip742.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip742.pdf)

## Plans et Rapports

BAS P., 14 mars 2007, « Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance », [en ligne], disponible sur Internet :

[http://www.trvail.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan.pdf](http://www.trvail.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf)

BAS P., 27 juin 2006 ,« Plan solidarité grand âge », [en ligne], disponible sur Internet :

[http://www.francealzheimer31.org/admin/editeur/uplo.ads/plan\\_solidarite\\_grand\\_age.pdf](http://www.francealzheimer31.org/admin/editeur/uplo.ads/plan_solidarite_grand_age.pdf)

DE HENNEZEL M., octobre 2003, rapport : « Fin de vie et accompagnement », [en ligne], disponible sur Internet :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hennezel/rapport\\_complet.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hennezel/rapport_complet.pdf)

GALLEZ C., 2005, rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, [en ligne], disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i2454.pdf>

JEANDEL C., FITZENMEYER P., VIGOUROUX P., rapport : « Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux », avril 2006. [en ligne], disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000419/0000.pdf>

MENARD, 8 novembre 2007, « Plan Alzheimer 2008-2012 », rapport présenté au Président de la République. [en ligne], disponible sur Internet :

[http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2008\\_2012.pdf](http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2008_2012.pdf)

Commissariat général du plan, 2005, « La prise en charge des personnes âgées dans leur dernière période de vie : enjeux et pistes de réflexion pour l'Etat », 44p. [en ligne], disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/0540000282/index.shtml>

Direction générales de la santé, Direction générale de l'action sociale, référentiel de bonnes pratiques, 2004, « Les bonnes pratiques de soin en EHPAD. Quelques recommandations », [en ligne], disponible sur Internet :

[http://www.sante.gouv.fr/ltn/dossier/reco\\_soinsehpad/rbps\\_ehpad.pdf](http://www.sante.gouv.fr/ltn/dossier/reco_soinsehpad/rbps_ehpad.pdf)

## **Sites Internet**

<http://www.anaesm.sante.gouv.fr>

<http://www.geronto95.com>

<http://www.hospimedia.fr>

<http://www.insee.fr>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.lesmaisonsderetraite.fr>

## **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

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

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé

Décret n° 93-92 du 19 janvier 1993 relatif à la nouvelle bonification indiciaire attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique

Décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 précise la composition du CVS

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée

Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques



---

## LISTE DES ANNEXES

---

- ❖ **ANNEXE 1** : Questionnaire sur la prise en charge des soins
- ❖ **ANNEXE 2** : Tableaux d'analyse du questionnaire

## Questionnaire sur la prise en charge des soins

Actuellement élève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et médico-social en cours de formation à l'École des hautes études en santé publique de Rennes, j'effectue un stage au Centre Hospitalier intercommunal du Bassin de Thau auprès de Monsieur ARNAL, Directeur des Etablissements, de l'Accréditation et des Réseaux.

A ce titre je dois réaliser un mémoire, le thème que j'ai choisi s'intéresse à la qualité de la prise en charge en soins des résidents. Il est important de recueillir les avis, réflexions et remarques des résidents et de leur famille.

Je vous remercie donc de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Je vous demande également de me le rapporter le lundi 5 mai lors de notre rencontre ou de le déposer dans l'enveloppe prévue à cet effet à l'accueil des « Pergolines », vos réponses me seront précieuses dans le cadre de l'étude que je mène.

Merci de participer à ce travail.

Sophie TORT

### I- AVANT L'ADMISSION

#### 1. Où était le résident avant l'admission ?

1. A domicile

2. Hospitalisé

Dans quel service?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dans quel établissement?

\_\_\_\_\_

3. Dans un autre établissement pour personnes âgées

#### 2. Quelles ont été les raisons de l'admission?

1. Besoins de soins impossibles à réaliser au domicile

2. Isolement au domicile

3. Domicile inadapté

4. Autres (précisez) :

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

#### 3. Le résident bénéficiait-il de soins avant l'admission?

1. Oui  2. Non

Si oui, de quels soins s'agissait-il?

1. Infirmiers  2. De kinésithérapie

3. Dentaires  4. D'orthophonie

5. D'ergothérapie  6. De psychologie

7. Autres (précisez) :

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

Si oui, les soins ont-ils été poursuivis dans l'établissement?

1. Oui  2. Non  3. Partiellement

### II- CONCERNANT L'ADMISSION

#### 4. Quel est le lieu d'admission du résident?

1. USLD  2. EHPAD

#### 5. De quand date l'admission du résident?

1. Inférieure à 15 jours

2. Entre 15 jours et 2 mois

3. Supérieure à 2 mois

## Annexe 1 - 2

### 6. De quelle personne émane l'admission?

- 1. De la famille
- 2. D'un médecin hospitalier
- 3. D'un médecin libéral
- 4. Autres (précisez) :

### 7. L'accueil s'est-il bien déroulé?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Partiellement

## III-POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

### 8. Vous êtes:

- 1. Un homme
- 2. Une femme

### 9. Vous êtes:

- 1. Le résident
- 2. Un parent (précisez le degré de parenté) :
- 3. Le référent
- 4. Le représentant légal

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

### 10. Quel est le GIR du résident?

### 11. Quel est votre âge?

### 12. Quel est votre statut?

- 1. Actif
- 2. Retraité

### 13. Quelle est ou était votre catégorie socioprofessionnelle?

- 1. Agriculteur
- 2. Artisan-commerçant-chef d'entreprise
- 3. Cadre
- 4. Employé
- 5. Ouvrier
- 6. Autres (précisez) :

### 14. Avez-vous des enfants?

- 1. Oui
- 2. Non

### 15. Quelle est la personne prenant en charge le financement de l'hébergement du résident ?

- 1. Le résident
- 2. Un parent (précisez lequel) :
- 3. Autres (précisez) :

### 16. Le résident bénéficie-t-il de l'aide sociale ?

- 1. Oui
- 2. Non

## IV-CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE EN SOINS DU RESIDENT DANS L'ETABLISSEMENT

### 17. Pensez-vous que les soins actuellement dispensés au résident correspondent aux besoins de celui-ci ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Partiellement

### 18. La qualité des soins dispensés vous paraît-elle :

	En terme de technicité professionnelle	En terme de rapport humain	En terme de matériel utilisé
Très satisfaisante			
Satisfaisante			
Passable			
Médiocre			
Très médiocre			

*Cochez 1 croix par colonne.*

## Annexe 1 - 3

**19. Si vous jugez la qualité des soins non satisfaisante est-ce, selon vous, un problème de?**

- 1. Surcharge de travail
- 2. D'une insuffisance de qualification du personnel
- 3. D'une inadaptation des locaux
- 4. Autres (précisez) :

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

**20. Le temps de présence des soignants vous paraît-il suffisant?**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Partiellement

**21. Selon vous, quel professionnel qualifié manque-t-il dans l'établissement ?**

**V-DE FACON GENERALE,  
CONCERNANT LA PRISE EN  
CHARGE EN SOINS**

**22. Le niveau d'exigence de la qualité de la prise en charge globale a-t-il, selon vous, augmenté ces dernières années?**

- 1. Oui
- 2. Non

Si oui, en quoi le niveau d'exigence a-t-il augmenté?

- 1. A cause des progrès de la médecine
- 2. A cause du coût élevé des prestations
- 3. A cause d'une meilleure information de la population
- 4. Autres (précisez) :

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

Si oui, les établissements se sont-ils adaptés à ces nouveaux critères d'exigence?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Partiellement

**23. Pour vous, une prise en charge en soins satisfaisante est dispensée:**

- 1. Par des professionnels qualifiés
- 2. Par des professionnels attentifs et à l'écoute
- 3. Par une équipe pluridisciplinaire complète
- 4. Dans des locaux adaptés

□ □ □ □ □

*Classez par ordre de priorité.*

**24. Pensez-vous que l'architecture des établissements pour personnes âgées a une influence sur la qualité de la prise en charge des résidents?**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Partiellement

Si oui, quel type d'aménagement architectural pourrait, selon vous, améliorer la qualité des soins?

**25. Pensez-vous que les conditions d'hébergement ont une influence sur la qualité des soins?**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Partiellement

Si oui, quel type d'aménagement dans l'hébergement, selon vous, peut améliorer la qualité des soins?

**26. La qualité des soins dépend essentiellement:**

- 1. De la compétence du personnel paramédical
- 2. De la compétence du personnel médical
- 3. De la gestion de l'établissement
- 4. Autres (précisez) :

## Annexe 2

### TABLEAUX D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

#### I- CONCERNANT L'ADMISSION

1-Où était le résident avant l'admission ?

LIEU	Nb. cit.	Fréq.
A DOMICILE	80	63,5%
HOSPITALISE	32	25,4%
DANS UN AUTRE ETABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES	14	11,1%
TOTAL OBS.	126	100%

2-Quelles ont été les raisons de l'admission ?

CAUSE ADMISSION	Nb. cit.	Fréq.
BESOINS DE SOINS IMPOSSIBLES A REALISER AU DOMICILE	67	53,2%
ISOLEMENT AU DOMICILE	56	44,4%
DOMICILE INADAPTE	35	27,8%
AUTRES (PRECISEZ)	17	13,5%
TOTAL OBS.	126	

3-Le résident bénéficiait-il de soins avant l'admission ?

SOINS AVANT ADMISSION	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	1,6%
OUI	93	73,8%
NON	31	24,6%
TOTAL OBS.	126	100%

4-De quels soins s'agissait-il ?

NATURE DES SOINS ANTERIEURS	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	35	27,8%
INFIRMIERS	72	57,1%
DE KINESITHERAPIE	49	38,9%
DENTAIRES	6	4,8%
D'ORTHOPHONIE	5	4,0%
D'ERGOTHERAPIE	3	2,4%
DE PSYCHOLOGIE	11	8,7%
AUTRES (PRECISEZ)	11	8,7%
TOTAL OBS.	126	

## Annexe 2-2

5-De quel autre type de soins s'agissait-il?

AIDE MENAGERE	4	36,4%
MEDECIN	2	18,2%
PODOLOGUE	2	18,2%
NEUROLOGIE	2	18,2%
TOILETTE	1	9,1%

Nombre de valeurs différentes : 5

« AIDE MENAGERE » est le plus cité : 4 observations.

Il y a 115 non-réponses.

### II- CONCERNANT L'ADMISSION

6-Les soins ont-ils été poursuivis après l'admission ?

SUIVI DES SOINS ANTERIEURS	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	37	29,4%
OUI	60	47,5%
NON	14	11,1%
PARTIELLEMENT	15	11,9%
TOTAL OBS.	126	100%

7-De quand date votre admission ?

DATE	Nb. cit.	Freq.
INFÉRIEURE A 15 JOURS	0	0,0%
ENTRE 15 JOURS ET 2 MOIS	14	11,1%
SUPÉRIEURE A 2 MOIS	112	88,9%
TOTAL OBS.	126	100%

8-De quelle personne émane l'admission ?

AUTEUR	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	1	0,8%
DE LA FAMILLE	82	65,1%
D'UN MEDECIN HOSPITALIER	30	23,8%
D'UN MEDECIN LIBERAL	41	32,5%
AUTRES (PRÉCISÉ)	16	12,7%
TOTAL OBS.	126	

9-De quelle autre personne émane l'admission ?

ASSISTANTE SOCIALE	6	40,0%
RESIDENT	6	40,0%
CONJOINT	1	6,7%
MEDECIN DE LA MAISON DE RETRAITE	1	6,7%
SURVEILLANTE	1	6,7%

## Annexe 2-3

10-L'accueil s'est-il bien déroulé ?

ACCUEIL	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	2	1,6%
OUI	118	93,7%
NON	2	1,6%
PARTIELLEMENT	4	3,2%
TOTAL OBS.	126	100%

### III- POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE

11- Qui êtes vous ?

QUI	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	1	0,8%
Le résident	51	40,5%
Un parent	72	57,1%
Le résident	5	4,0%
Le représentant légal	7	5,5%
TOTAL OBS.	126	

12- Vous êtes un parent, quel est le lien de parenté avec le résident ?

FILLE	22	31%
FILS	22	31%
CONJOINT	12	16,9%
NEVEU	5	7%
BELLE-FILLE	3	4,2%
SOEUR	3	4,2%
BELLE-SOEUR	1	1,4%
COUSIN	1	1,4%
FILLEUL	1	1,4%
PETITE-FILLE	1	1,4%

Nombre de valeurs différentes : 10

« FILS » est le plus cité : 22 observations.

Il y a 55 non-réponses.

13- Quel est votre statut ?

STATUT	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	1	0,8%
ACTIF	16	12,7%
RETRAITE	109	86,5%
TOTAL OBS.	126	100%

## Annexe 2-4

14-Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

CSP	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	3,2%
AGRICULTEUR	3	2,4%
ARTISAN-COMMERCANT-CHEF D'ENTREPRISE	12	9,5%
CADRE	16	12,7%
EMPLOYE	54	42,9%
OUVRIER	11	8,7%
AUTRES (PRECISEE)	26	20,6%
TOTAL OBS.	126	100%

15-Avez-vous des enfants ?

enfant	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	2,4%
oui	92	73,0%
non	31	24,6%
TOTAL OBS.	126	100%

16-Quelle est la personne qui prend en charge le financement de l'hébergement du résident ?

financement	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	7	5,6%
le résident	72	57,1%
un parent	57	45,2%
autre	5	4,0%
TOTAL OBS.	126	

17-Le résident bénéficie-t-il de l'aide sociale ?

aide sociale	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	9	7,1%
oui	57	45,2%
non	60	47,6%
TOTAL OBS.	126	100%

IV- CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE EN SOINS DU RESIDENT DANS L'ETABLISSEMENT :

18-Pensez-vous que les soins dispensés au résident correspondent aux besoins de celui-ci ?

REPONSE AUX BESOINS	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	6	4,8%
OUI	90	71,4%
NON	9	7,1%
PARTIELLEMENT	21	16,7%
TOTAL OBS.	126	100%



## Annexe 2-5

19-En terme de technicité professionnelle, la qualité des soins vous paraît-elle :

Qualité 1	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	4	3,2%
Très satisfaisante	38	30,2%
Satisfaisante	64	50,8%
Pas satisfaisante	15	11,5%
Médiocre	2	1,6%
Très médiocre	3	2,4%
TOTAL OBS.	126	100%

20-En terme de rapport humain, la qualité des soins vous paraît-elle :

Qualité 2	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	4	3,2%
Très satisfaisante	43	34,1%
Satisfaisante	63	50,0%
Pas satisfaisante	12	9,5%
Médiocre	3	2,4%
Très médiocre	1	0,8%
TOTAL OBS.	126	100%

21-En terme de matériel utilisé, la qualité des soins vous paraît-elle :

Qualité 3	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	4	3,2%
Très satisfaisante	36	28,6%
Satisfaisante	73	57,9%
Pas satisfaisante	11	8,7%
Médiocre	2	1,6%
Très médiocre	0	0,0%
TOTAL OBS.	126	100%

22-Si vous jugez la qualité des soins non satisfaisante, est-ce, selon vous, un problème de :

CAUSE DE L'INSATISFACTION	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	64	50,8%
SURCHARGE DE PERSONNEL	51	40,5%
D'UNE INSUFFISANCE DE QUALIFICATION DU PERSONNEL	26	20,6%
D'UNE INADAPTATION DES LOCAUX	3	2,4%
AUTRES	12	9,5%
TOTAL OBS.	126	

23-Le temps de présence des soignants vous paraît-il suffisant ?

TEMPS DE PRESENCE	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	5	4,0%
OUI	63	50,0%
NON	37	29,4%
PARTIELLEMENT	21	16,7%
TOTAL OBS.	126	100%

## Annexe 2-6

23- Quels professionnels qualifiés, selon vous, manque-t-il dans l'établissement ?

KINE	16	
PSYCHOLOGUE	7	
AIDE SOIGNANTE	16	
INFIRMIER	9	
ANIMATEUR	5	
EROTHEPEUTE	5	
ORTHOPHONISTE	2	
DENTISTE	1	
SOIGNANTS EN GENERAL	2	
MEDECIN	2	

V- DE MANIERE GENERALE, CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE EN SOINS :

24- Le niveau d'exigence des soins a-t-il, selon vous, évolué ?

EVOLUTION	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	20	15,9%
OUI	70	55,6%
NON	36	28,5%
TOTAL OBS.	126	100%

25- Si oui, en quoi le niveau d'exigence a-t-il évolué ?

Critère d'évolution	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	57	45,2%
A cause des progrès de la médecine	35	27,8%
A cause du coût élevé des prestations	37	29,4%
A cause d'une meilleure information de la population	35	27,8%
Autres (précisez)	1	0,8%
TOTAL OBS.	126	

26- Si oui, les établissements se sont-ils adaptés à cette évolution ?

Adaptation des établissements	Nb. cit.	Freq.
Non réponse	60	47,6%
oui	29	23,0%
non	8	6,3%
partiellement	29	23,0%
TOTAL OBS.	126	100%

## Annexe 2-7

27-Pour vous une prise en charge en soins est satisfaisante lorsqu'elle est dispensée par :

CRITERES DE QUALITE	Nb. cit (rang 1)	Fréq.	Nb. cit (rang 2)	Fréq.	Nb. cit (rang 3)	Fréq.	Nb. cit (rang 4)	Fréq.	Nb. cit (somme)	Fréq.
Non réponse	18	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18 (1,00)	14,3%
PAR DES PROFESSIONNELS QUALIFIES	38	30,2%	45	35,7%	14	11,1%	11	8,7%	108 (1,96)	85,7%
PAR DES PROFESSIONNELS ATTENTIFS ET A L'ECOUTE	34	27,0%	35	27,8%	36	28,6%	3	2,4%	108 (2,07)	85,7%
PAR UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE COMPLETE	25	20,6%	16	12,7%	43	34,1%	23	18,3%	108 (2,58)	85,7%
DANS DES LOCAUX ADAPTES	10	7,9%	12	9,5%	15	11,9%	71	56,3%	108 (3,36)	85,7%
TOTAL OBS.	126		126		126		126		126	

28-Pensez-vous que l'architecture a une influence sur la qualité des soins ?

ARCHITECTURE	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	12	9,5%
OUI	83	65,9%
NON	12	9,5%
PARTIELLEMENT	19	15,1%
TOTAL OBS.	126	100%

29-Pensez-vous que l'aménagement a une influence sur la qualité des soins ?

NATURE DE L'HEBERGEMENT	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	15	11,9%
OUI	75	59,5%
NON	17	13,5%
PARTIELLEMENT	19	15,1%
TOTAL OBS.	126	100%

30-La qualité des soins dépend essentiellement :

Qualité/personnel	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	8	6,3%
De la compétence du personnel paramédical	79	62,7%
de la compétence du personnel médical	91	72,2%
de la gestion de l'établissement	71	56,3%
autres (précisez)	6	4,8%
TOTAL OBS.	126	