



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**QUEL DROIT AU RISQUE
POUR UNE PROMOTION DE LA QUALITE DE VIE EN EHPAD ?**

– thème n° 5 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateur/trice(s)

- *BRECHAT Pierre-Henri*
- *SALINES Emmanuelle*

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer et qui ont ainsi contribué à guider notre réflexion. Nous adressons ainsi nos plus sincères remerciements à :

- ◆ M. BAZIN, chargé d'études sur la qualité des EHPAD au sein du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine,
- ◆ M. BENOIT, président d'une association de représentants d'usagers,
- ◆ Mme BOUCHARD, directrice d'une maison de retraite privée dans l'Essonne,
- ◆ M. BRUNETIERE, responsable de la mission MARTHE,
- ◆ M. CAUSSANNEL, directeur d'un canton dans les Hauts-de-Seine,
- ◆ Mme CHAUVIN, sociologue intervenant au sein de l'Ecole Nationale de la Santé Publique,
- ◆ Mme DONNIO, directrice d'un service de soins à domicile, psychologue et chargée de recherches au sein de l'Ecole Nationale de la Santé Publique,
- ◆ M. DUCROUX, directeur d'une maison de retraite publique dans l'Yonne,
- ◆ M. LEGAL, capitaine à la direction départementale de la sécurité incendie,
- ◆ Mme LEVRELLE, attaché territorial au Conseil Général d'Ille-et-Vilaine,
- ◆ M. MICHELLETTI, directeur d'une maison de retraite privée dans l'Essonne,
- ◆ Mme SIPOS, directrice d'une maison de retraite privée en Ille-et-Vilaine

1.1 LISTE DES SIGLES

ADEHPA : Association des Directeurs d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider l'Évaluation Labellisée en Interne de la Qualité
pour les Usagers des Établissements

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNC : Centre National de la Consommation

CODERPA : Commission Départementale des Représentants des Personnes Agées.

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des
Fraudes

EHPAD : Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

HACCP : Hazard Analysis Control Critical Points (Analyse des risques et des points critiques pour
les maîtriser)

IASS : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

MISP : Médecin Inspecteur de la Santé Publique

NCPP : Nouveau Code de Procédure Pénale

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

TABLE DES MATIERES

<u>AVANT PROPOS</u>	3
----------------------------------	----------

<u>PARTIE I : LES OBJECTIFS DE SECURITE ET DE QUALITE : DEUX DIMENSIONS POSITIVES AU SERVICE DU BIEN-ETRE DE LA PERSONNE AGEE, DONT LA DIFFICILE CONCILIATION PEUT CONDUIRE A DES DERIVES SECURITAIRES</u>	7
---	----------

<u>A/ Les objectifs de sécurité et de qualité : deux dimensions positives au service du bien être de la personne</u>	7
--	---

<u>1. Vers un engagement dans une démarche qualité</u>	7
--	---

<u>2. La sécurité, élément important de la prise en charge des personnes âgées</u>	9
--	---

<u>B/ La difficile conciliation entre sécurité et qualité peut conduire à des dérives sécuritaires</u>	11
--	----

<u>1. L'origine du paradoxe : des intérêts divergents</u>	11
---	----

<u>2. Le principe de précaution, axe central pour une conception de la sécurité en EHPAD</u>	12
--	----

<u>PARTIE II : LA CONCILIATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE NECESSITE D'INTRODUIRE LE DROIT AU RISQUE ET PERMET UNE REFLEXION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....</u>	18
<u>A/ Ethique et droit au risque : deux notions permettant de dépasser le paradoxe.</u>	18
<u>1. L'approche éthique : une exigence au service de la personne âgée</u>	<u>18</u>
<u>2. L'octroi d'un "droit au risque" dans la prise en charge</u>	<u>20</u>
<u>B/ Une réflexion nouvelle sur les pratiques professionnelles.....</u>	<u>22</u>
<u>1. Des dynamiques internes</u>	<u>22</u>
<u>2. Dynamiques institutionnelles</u>	<u>29</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	1
<u>LISTE DES ANNEXES.....</u>	3

AVANT PROPOS METHODOLOGIQUE

Notre **groupe de travail**, constitué de dix personnes, est composé de deux directrices d'hôpital, deux directrices d'établissements sanitaire et social, quatre inspectrices des affaires sanitaires et sociales et deux infirmières générales.

Notre groupe ne comporte pas de médecin inspecteur de la santé publique, ni d'ingénieur.

Certaines personnes de notre groupe avaient déjà une expérience professionnelle en gérontologie, par exemple des cadres de santé ou administratifs. Ils nous ont donc fait partager leurs connaissances. D'autres découvraient le sujet et y ont apporté un regard neuf. Tous les membres du groupe se sont impliqués pour traiter la problématique choisie. La richesse des discussions est venue de la prise en compte de l'ensemble des points de vue des membres du groupe. Dans tous les cas, il nous a semblé essentiel d'obtenir, après discussion, un consensus sur l'avancée de notre travail.

Notre **méthodologie de travail** pour aborder le thème « les enjeux et les possibilités futures des prises en charge sanitaires et médico-sociales pour la qualité et la sécurité des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD) » suit un cheminement précis.

Nous avons tout d'abord redéfini ce thème jugé très large. Pendant plusieurs jours, nous avons ainsi travaillé tous ensemble afin d'élaborer une problématique plus ciblée. L'option choisie a été de traiter : « quel droit au risque pour promouvoir la qualité de vie (bien-être de la personne âgée) en EHPAD ? ». En effet, le groupe a considéré que le risque est le principal moteur de la qualité.

Le fonctionnement de notre groupe s'est déroulé selon différentes phases :

- des échanges entre les membres du groupe qui ont surtout eu lieu, au départ pour cadrer la problématique et élaborer un plan détaillé, pour la gestion du calendrier des rendez-vous et par la suite pour la relecture du rapport.
- une collaboration en binômes ou en petits groupes, pour la recherche documentaire, l'élaboration des grilles d'entretiens¹, la présence aux rendez-vous et la restitution orale des entretiens.
- un travail individuel, après concertation, pour l'exploitation des documents et l'écriture finale.

¹ Voir les guides en annexe

Nous avons sollicité, à intervalles réguliers par l'intermédiaire entre autre de notre référente, les conseils et les avis de nos animateurs. Avec eux, nous avons fonctionné par des entretiens téléphoniques, et par l'envoi d'e-mails à des moments clés de notre démarche. Nous leur avons demandé leurs avis sur la problématique, sur le plan, le choix des rendez-vous, et la relecture du rapport avant sa finalisation.

Notre sélection d'entretiens² a été guidée par plusieurs motivations, toutes liées à notre problématique :

- la plus grande exhaustivité possible des opinions : Ministère de la santé, collectivités territoriales, spécialistes de la prévention et associations d'usagers.
- une grande diversité d'établissements, de part leur taille, leur localisation géographique, leur statut juridique et les modalités de prise en charge de la personne âgée dépendante.

Tous les contacts que nous avons engagés n'ont pas abouti à un rendez-vous. Malgré les nombreuses relances faites auprès des services déconcentrés de l'Etat, nous n'avons pu rencontrer un inspecteur des affaires sanitaires et sociales. Cependant, il nous semble que l'ensemble de nos rencontres nous a permis d'avoir une vision approfondie, en tenant compte des contraintes de temps qui nous étaient imparties.

Chaque entretien a été commenté à l'ensemble du groupe la troisième semaine de même que les fiches de lecture rédigées individuellement. Les derniers jours ont été consacrés à la rédaction par binôme avec le choix d'intégrer les éléments importants des entretiens dans des encarts.

Cette problématique, du fait de nos fonctions s'est révélée enrichissante à traiter car elle est au cœur de l'actualité de notre société mais aussi au sein des établissements qui accueillent la population vieillissante et qui devront en gérer le financement.

² Voir liste jointe en annexe

INTRODUCTION

Selon Claude Olievenstein, « la vieillesse est ce voyage à double face, l'une, celle de la solitude, étant infiniment plus douloureuse que l'autre, celle du rapport à autrui »³. Cette réflexion donne la mesure d'un profond débat relatif à l'organisation de la vie des anciens au sein de nos sociétés occidentales contemporaines.

D'un point de vue historique, la tradition d'accueil des institutions hébergeant des personnes âgées est ancienne. Elle remonte, dans certaines communes, au XI^{ème} siècle, date de la mise en place des premiers hospices destinés à héberger les nécessiteux, les indigents et les exclus de la vie de la cité. Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, leur vocation a évolué vers une prise en charge des personnes âgées dans leur ensemble et non plus seulement des plus démunis. Les avancées technologiques ont permis une amélioration des conditions de vie, donc d'un allongement de l'espérance de vie sans incapacité. C'est pourquoi, l'entrée en maison de retraite est de plus en plus tardive, en moyenne aux alentours de 80 ans contre 65 ans il y a 20 ans. De plus les personnes âgées préfèrent rester à domicile. Donc, le recours au placement en institution, substitut de la prise en charge familiale n'a lieu que lorsque la dépendance a atteint un certain seuil. Elle doit donc évoluer tant dans le registre de la qualité des prestations que dans celui de la sécurité des personnes.

Ainsi, les EHPAD, vaste ensemble de structures appartenant au champ médico-social (maisons de retraites comprenant ou non une section de cure médicale) et au champ sanitaire (unités de soins de longue durée des hôpitaux) sont confrontés à une problématique complexe. Ils doivent satisfaire les besoins de prise en charge des personnes âgées dans un contexte d'exigences de qualité et de sécurité sans cesse réaffirmées. En premier lieu, la qualité a pour objectif la satisfaction des besoins exprimés ou implicites des personnes accueillies. Plus précisément, elle se décline autour des axes de la qualité de l'hôtellerie et de la restauration, de la qualité des soins et de la qualité de vie. En second lieu, la sécurité apparaît, non seulement comme un élément de la qualité au titre de la qualité de vie⁴, mais aussi comme un rempart contre nombre de risques tels que l'incendie, les infections, les bactéries, les agressions de toute origine (verbale et physique notamment). Cependant, parce qu'elle s'appuie sur des normes et règles administratives et techniques drastiques, elle peut être à l'origine d'effets liberticides pour les personnes accueillies. C'est

³ Olievenstein C., *Naissance de la vieillesse*, ed. Odile Jacop, Paris, 1999, p. 1

⁴ Elle confère en effet à la personne un premier niveau de bien-être : l'absence d'inquiétude voire une certaine tranquillité d'esprit.

ainsi que la double exigence de qualité et de sécurité peut sembler antinomique. Parallèlement, se pose la question du respect des libertés des personnes âgées dépendantes comme le constate Claude Olievenstein, « l'interrogation sur le vieillissement est une interrogation sur la finitude de l'Homme et sur sa liberté »⁵.

A ce titre, il est nécessaire de s'interroger sur l'opportunité d'intégrer la notion de « droit au risque » pour ces personnes dans les EHPAD. D'un point de vue éthique, la vie apparaît en effet comme une prise de risque permanente. **Quel droit au risque pour les personnes âgées et, par là même, pour les décideurs institutionnels et pour les directeurs au sein des établissements ?**

Si qualité et sécurité sont deux notions positives, leur application concomitante est à l'origine d'un paradoxe. En effet, elle peut engendrer des dérives sécuritaires attentatoires aux libertés de la personne âgée dépendante. Afin de concilier qualité et sécurité, une réflexion éthique peut conduire à s'interroger sur la nécessité de la reconnaissance d'un « droit au risque ». Celui-ci serait donc le vecteur d'un changement des pratiques professionnelles.

⁵ Olievenstein C., *Naissance de la vieillesse*, éd. Odile Jacob, Paris, 1999, p. 5

I/ LES OBJECTIFS DE SECURITE ET DE QUALITE : DEUX DIMENSIONS POSITIVES AU SERVICE DU BIEN-ETRE DE LA PERSONNE AGEE, DONT LA DIFFICILE CONCILIATION PEUT CONDUIRE A DES DERIVES SECURITAIRES

La qualité, tout autant que la sécurité doivent être considérées comme des objectifs à atteindre dans les EHPAD afin d'en satisfaire les résidents. Toutefois, face à la montée en puissance du principe de précaution et de la responsabilité des « dirigeants », il n'est pas rare de constater des « dérives sécuritaires » dans ces établissements.

A/ Les objectifs de sécurité et de qualité : deux dimensions positives au service du bien être de la personne

1. Vers un engagement dans une démarche qualité

Le secteur médico-social n'est pas encore soumis à des obligations identiques à celles du processus d'accréditation imposé au secteur sanitaire, même si les réformes qui le touchent actuellement s'inspirent fortement de certains principes de la réforme hospitalière de 1996.

En revanche, la démarche qualité, qui en constitue les prémices, tout à fait à l'ordre du jour, est centrée autour de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la personne âgée dépendante.

L'engagement dans une démarche qualité repose d'une part, sur un axe socio-économique et d'autre part, sur un axe législatif et réglementaire.

↳ Axe socio-économique : Les EHPAD se doivent de délivrer à la personne âgée fragilisée des prestations de qualité sans cesse améliorées, au-delà de toute considération d'ordre économique.

Auparavant l'image de marque des établissements à caractères lucratifs pouvait être ternie par ce statut. Aujourd'hui, cette image tend à s'estomper pour laisser la place à des exigences de qualité qui transcende le clivage public / privé.

↳ Axe législatif et réglementaire : De la prise en compte, par les pouvoirs publics et les professionnels, de la dépendance toujours croissante des résidents des EHPAD, découlent des impératifs de qualité entourant la prise en charge de la dépendance et des soins.

Deux innovations importantes vont dans ce sens ; la rénovation de la loi du 30 juin 1975 et la réforme de la tarification.

- La rénovation de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, introduit des réels changements et en particulier la mise en place d'une évaluation des dispositifs, avec des notions d'auto-évaluation et d'évaluation externe.
- La réforme de la tarification des établissements d'accueil pour personnes âgées a été initiée par la loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance. L'application de cette réforme impose que les EHPAD, pour pouvoir accueillir les personnes âgées dépendantes, devront signer une convention pluriannuelle tripartite avec les conseils généraux et l'assurance maladie.

Le cahier des charges de cette convention établi dans l'arrêté du 26 avril 1999, détaille les « principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents » et qualifie d'impératif l'engagement dans une démarche qualité, garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Ce cahier des charges ne précise pas la méthodologie, les références et les outils qui seront utilisés pour l'analyse de la démarche qualité mais il stipule que ceux-ci devront être précisés dans la convention.

Un référentiel, ANGELIQUE , a été élaboré afin d'aider les établissements au futur conventionnement. Ce guide permet aux établissements :

- de se positionner par rapport à des « références »,
- d'appréhender les points faibles et les points forts,
- de définir les actions correctives à entreprendre pour se remettre « à niveau »,
- de mobiliser tous les acteurs autour d'un objectif : l'amélioration de la qualité de la prise en charge, donc du service rendu à la personne âgée.

Par ailleurs, des interrogations ont progressivement émergé sur les droits et les libertés des personnes âgées. En effet, les textes tendent à faire reconnaître le résident comme citoyen porteur de droits notamment par la mise en place des conseils d'établissement. Ainsi, en 1987, cette réflexion a abouti à la promulgation de la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante rédigée par la Commission des droits et des libertés de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG). Cette charte vise à favoriser une prise de conscience pour que les droits et la liberté de la personne âgée soient reconnus par les professionnels et la société.

De fait, elle est à l'origine de plusieurs initiatives de la part des professionnels et des personnes âgées elles-mêmes qui ont pu développer des expériences contribuant à modifier le regard porté sur la dépendance. L'élaboration des projets de vie en est une traduction concrète où s'inscrivent les principes suivants :

- Reconnaître la personne âgée comme son semblable,
- Avoir une attention particulière aux attentes et habitudes de vie de la personne,
- Etre, en tant qu'institution, à l'écoute du sujet dans son désir,
- Mettre en œuvre une prise en charge personnalisée et individualisée,
- Faire que le projet de vie soit un projet collectif, souple, adaptable et donc évolutif.

2. La sécurité, élément important de la prise en charge des personnes âgées

La sécurité est un facteur déterminant dans l'entrée en établissement. En effet, les familles invoquent la plupart du temps cet argument pour la justifier.

L'obligation de sécurité dans les EHPAD est une **obligation de moyens**, c'est-à-dire à « faire son possible » pour assurer la sécurité des personnes âgées. Ainsi, en cas de contentieux, le juge apprécie les moyens mis en œuvre eu égard à la mission confiée et au niveau de dépendance des personnes accueillies. Il vérifie notamment le taux d'encadrement, la formation et la compétence du personnel.

La **sécurité individuelle** des résidents passe ainsi par l'obligation de surveillance des personnes âgées. L'établissement doit, en effet, sans altérer la libre circulation des résidents et sans procéder à des mesures arbitraires, exercer la surveillance destinée à éviter tout dommage. Cette surveillance peut être atténuée ou accentuée selon qu'il s'agit d'un résident désorienté ou non, autonome ou dépendant, valide ou non. Pour des personnes désorientées ou très agitées, une contention physique ou chimique est utilisée par certains établissements, qui justifient cette mesure par l'obligation de protéger la personne contre elle-même ou pour réduire les éventuels dommages qu'elle pourrait causer aux autres résidents. La recherche de sécurité des personnes âgées s'explique alors par la fragilité particulière attribuée à leur âge. La personne âgée est, en effet, considérée par la société, la loi et la jurisprudence comme faible, fragile, influençable, malléable et soumise à toutes les pressions.

La **sécurité en matière d'hygiène et d'alimentation** est également importante dans les EHPAD. Le personnel « travaillant dans une zone de manipulation alimentaire » doit ainsi

respecter « un niveau élevé de propreté corporelle »⁶ et porter des vêtements propres et adaptés. L'alimentation dans les EHPAD est aussi soumise au respect des normes HACCP (analyse des risques et points critiques pour les maîtriser). Les établissements doivent ainsi procéder à des autocontrôles réguliers pour vérifier la conformité de leurs installations et de leur fonctionnement, de même que la conformité des matières premières et produits finis aux critères micro-biologiques réglementaires

Comme tout établissement d'hébergement collectif, les EHPAD sont soumis à des règles de **sécurité incendie**. Le fait que ces établissements accueillent des personnes âgées à mobilité réduite qui ne peuvent assurer elles-mêmes leur propre sécurité crée un risque supplémentaire. Ainsi, le directeur d'établissement doit veiller à ce que les locaux, installations techniques et équipements (système d'électricité, extincteurs) soient maintenus et exploités en conformité avec les dispositions prévues par le règlement de sécurité contre le risque d'incendie. Il doit notamment solliciter la visite de l'établissement par la commission de sécurité compétente et organiser la formation des personnels à la lutte contre l'incendie⁷.

Lors de notre rencontre, le responsable du service de prévention à la Direction départementale de la sécurité incendie a toutefois énoncé le léger assouplissement des règles de sécurité incendie avec l'éventuel passage des EHPAD auparavant classés en type U (réglementation applicable à tous les établissements accueillant du public et où il existe des locaux à sommeil) au type J (réglementation légèrement assouplie permettant notamment aux résidents d'apporter du mobilier privé).

La **sécurité des soins** est également à prendre en compte dans les EHPAD, qu'il s'agisse de la distribution des médicaments relevant de la seule compétence de l'infirmier⁸ ou du respect des protocoles de soins élaborés par le service infirmier. L'application de ces dispositions est rendue difficile dans les établissements dans lesquels les effectifs infirmiers sont nuls ou insuffisants.

Force est de constater que les règles de sécurité sont de plus en plus nombreuses et contraignantes dans les EHPAD. Pourtant, elles dépassent le secteur des personnes âgées et s'inscrivent dans le cadre plus général de l'évolution de la société qui est sans cesse à la recherche du « risque zéro » et veut tout prévoir, tout assurer.

⁶ L'arrêté du 29 septembre 1997 fixe les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social

⁷ L'arrêté du 6 août 1996 relatif à la protection contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements publics de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques.

⁸ Décret n°93-645 du 5 mars 1993 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

B/ La difficile conciliation entre sécurité et qualité peut conduire à des dérives sécuritaires

1. L'origine du paradoxe : des intérêts divergents

La difficile conciliation entre la sécurité et la qualité tient d'abord **aux particularités liées à la vie en institution** et à la notion d'hébergement collectif. L'établissement est à la fois un lieu de vie privé pour les résidents (depuis l'arrêt de la Cour d'appel de Paris datant du 17 mars 1986, la chambre de la personne âgée en EHPAD est considérée comme son lieu de vie privé), un lieu de vie collectif et aussi un lieu de travail pour les soignants. En effet, dans les EHPAD, trois cultures s'entrechoquent:

- une culture hospitalière surtout axée sur le soin "médicalisé" (au sens anglo-saxon de "cure") au détriment de l'aspect relationnel et qui risque de renforcer la dépendance des personnes âgées,
- une culture hôtelière axée sur l'hébergement et la restauration dont le caractère collectif limite les marges de liberté des personnes âgées dépendantes,
- et enfin, une culture du quotidien, de la vie courante ou "habituelle" qui induit une autonomie et une liberté pour la personne (respect de son intimité, convivialité).

Or, chacune de ces trois cultures peut être une source de maltraitance. Ainsi, face à un résident agité et déambulant, il apparaît plus facile d'immobiliser la personne, notamment par la contention, que de la protéger sans cesse. Il est toutefois désormais reconnu que la contention peut avoir des conséquences négatives et être porteuse de risques (escarres, traumatismes psychologiques...).

La pression des familles représente ainsi un poids important dans les institutions. Les familles sont soucieuses d'un niveau de qualité élevé (chambre spacieuse, repas copieux et de bonne qualité, niveau de soins) et en même temps exigent la sécurité pour leurs parents ce qui parfois n'est pas compatible. La qualité de vie des résidents suppose, en effet, d'accepter le libre choix des personnes âgées. Or, certains choix de la personne âgée comme le refus de manger ne sont souvent pas acceptés par la famille. La moindre fragilité des personnes âgées entraîne une réaction de protection ou même de surprotection de la part des familles. Cette attitude s'explique pour beaucoup par l'image de la personne âgée véhiculée par la société qui considère qu'elle ne peut plus penser par elle-même. Ceci s'explique aussi par la culpabilité de la famille de n'avoir pas assumé un devoir d'assistance envers son proche et de l'avoir confié à des étrangers (placement en institution).

Selon la directrice d'une maison de retraite privée, un équilibre doit être trouvé entre la volonté des familles et le respect du désir de la personne âgée. Elle citait en exemple le cas d'un monsieur atteint de la maladie de Parkinson, encore très vigoureux et plein de vie que sa femme voulait immobiliser pour des raisons de sécurité. Pour cette professionnelle, il paraît important alors de déculpabiliser les proches et de leur montrer que le risque de chute ou de fugue ne rend pas forcément nécessaire la mise en place de mesures aussi contraignantes que la contention qui par ailleurs vont fortement dégrader les capacités de vie. L'analyse au cas par cas des mesures à prendre est indispensable.

Les intérêts des professionnels ne coïncident pas toujours avec ceux des personnes âgées. Les soignants sont formés à soigner. Ils ont donc principalement une approche médicale de la personne âgée qui est réduite alors à un corps vieillissant et malade. Or, si la personne âgée a besoin de soins, elle a surtout besoin d'aide c'est à dire d'accompagnement dans cette nouvelle phase de la vie. Pourtant, pour ceux qui accompagnent la personne âgée, il est souvent plus facile de soigner en "faisant à la place de" plutôt que d'être à son écoute et de l'aider à faire les gestes quotidiens. Il est, en effet, souvent difficile d'affronter l'image de sa propre mort que renvoie la personne âgée. De plus, ce qui contribue à améliorer la qualité de vie des résidents (leur laisser plus de liberté, leur proposer plus d'activités), complexifie parfois le travail des soignants car cela demande plus de surveillance et d'attention nécessitant de surcroît des compétences particulières.

En conclusion intermédiaire sur le positionnement des intérêts divergents de l'ensemble des acteurs qui prennent part à la prise en charge de la personne, émerge l'idée d'une volonté de protection par rapport à des risques potentiels connus ou inconnus. Ce phénomène n'est pas isolé mais reflète une tendance générale actuelle de notre société.

2. Le principe de précaution, axe central pour une conception de la sécurité en EHPAD

Notre société est fortement marquée, depuis une dizaine d'années, par trois influences majeures.

Tout d'abord, le concept de **principe de précaution**, issu d'une réflexion du philosophe Hans Jonas sur la notion de responsabilité, a d'abord influencé l'approche juridique allemande. Cette approche s'est ensuite imposée en tant que composante majeure du

corpus juridique européen⁹ et par-là même français. On peut citer, en exemple, les débats récents sur le traitement du dossier de la « vache folle ».

Le principe de précaution, extrêmement riche et complexe, s'applique au niveau de décisions politiques qui, face à des incertitudes non quantifiables et difficilement prévisibles, sont motivées par le refus de la prise de risques. Il ne s'agit pas de s'abstenir d'agir mais de réagir le plus rapidement possible pour éviter un risque. La mise en œuvre du principe doit éviter deux écueils : la sur-réaction et la sous-réaction. Dans l'optique de la prise en charge de la personne âgée, la sur-réaction caractérise la dérive sécuritaire. Quant à la sous-réaction, elle est illustrée en partie par la position au sein des Cantou dans une limitation maximale de la médicalisation.

La deuxième influence majeure a émergé au cours des années 1990-1995 avec le retentissement du procès du sang contaminé. En effet, à l'issue de cette mise en cause, les décideurs publics ont pris conscience de leur vulnérabilité. Depuis lors, ils ont tenté de se protéger, d'une part en éditant des normes de sécurité de plus en plus contraignantes, d'autre part, en ayant recours au législateur pour restreindre leur responsabilité personnelle¹⁰.

Nous notons une certaine inflexion de cette tendance. Un interlocuteur du ministère nous a clairement affirmé sa volonté de privilégier une prise en charge qualitative par rapport à une dérive normative, tout en estimant que le poids de la responsabilité des décideurs est certainement surestimé.

La troisième influence qui provient d'outre-atlantique est celle de la « judiciarisation ». Ce phénomène est reconnu comme une tendance lourde de l'évolution de notre société. C'est ainsi que les familles sont de plus en plus amenées à remettre en cause la prise en charge de leurs proches par une procédure contentieuse.

A partir de ce constat général, le principe de précaution conduit à s'interroger sur la responsabilité, en particulier, sur celle des décideurs et des institutions, ainsi que sur une tendance à la surprotection qui peut aboutir à une dérive sécuritaire.

La **responsabilité** est une notion centrale du fonctionnement des EHPAD qu'ils soient privés ou publics.

Les EHPAD peuvent être concernés par la responsabilité civile, lorsqu'il s'agit d'un établissement de droit privé, ou par la responsabilité administrative, lorsqu'il s'agit d'un

⁹ Principe de droit général de la Cour de justice des communautés européennes

¹⁰ cf. Loi Fauchon du 10 juillet 2000 sur les délits non intentionnels

établissement de droit public mais également par la responsabilité pénale. Ces responsabilités peuvent concerner les personnes physiques et les personnes morales.

La **responsabilité civile ou administrative** de l'établissement en qualité de personne morale est celle qui est le plus souvent engagée. Ainsi, s'agissant de la sécurité dans les EHPAD, le législateur a notamment instauré un système de responsabilité de plein droit des établissements pour le vol, la perte ou la détérioration des objets qui leurs sont confiés ou qui sont détenus par des personnes hors d'état de manifester leur volonté.

Il convient également de préciser que les établissements ont une **obligation de sécurité** à l'égard des résidents, qualifiée par la jurisprudence d'obligation de moyen renforcée. Ainsi, les établissements n'ont pas l'obligation d'assurer une sécurité absolue aux résidents, mais ils doivent mettre en œuvre tous les moyens nécessaires et adaptés pour la garantir. Les juridictions apprécient de manière stricte l'adéquation entre les moyens mis en œuvre et le résultat recherché.

Les établissements peuvent également voir leur responsabilité civile ou administrative engagée lorsqu'un de leurs employés a commis une faute ayant causé un préjudice. La responsabilité de l'établissement, dans cette hypothèse, ne peut être engagée que lorsque l'agent a commis la faute dans le cadre de ses fonctions. Il faut néanmoins considérer que les juges tendent souvent à admettre que la faute est commise dans le cadre de l'institution pour permettre à la victime d'être indemnisée. Cette démarche se justifie par la solvabilité de l'établissement. Ainsi, la responsabilité civile personnelle, notamment celle du directeur d'établissement, n'est que très exceptionnellement engagée puisqu'elle ne peut l'être que lorsqu'une faute personnelle a été commise.

Concrètement, les EHPAD contractent une assurance de responsabilité civile pour les personnels et pour les résidents. Ceci limite de fait les actions engagées dans le cadre d'une procédure civile.

L'activité des EHPAD peut également entraîner la mise en œuvre de la **responsabilité pénale**. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau code pénal, les personnes physiques et notamment les directeurs d'EHPAD ne sont plus les seuls concernés par la responsabilité pénale. En effet, les établissements sont désormais responsables pénalement lorsqu'une infraction a été commise « pour leur compte, par leurs organes ou représentants »¹¹. Ainsi, les EHPAD peuvent notamment être reconnus pénalement responsables en cas d'homicide et de violence involontaire, de délit de mise en danger de la vie d'autrui, d'expérimentation médicale illicite, de conditions d'hébergement contraires à la dignité de la personne,

¹¹ Article. 121-2 al.1 du code pénal

d'atteinte à la vie privée, de vol ou encore d'abus de faiblesse d'une personne particulièrement vulnérable.

Il faut néanmoins noter que la responsabilité pénale de l'établissement n'est pas exclusive de la responsabilité pénale individuelle telle que celle du directeur. Ainsi, un directeur d'EHPAD peut notamment voir sa responsabilité pénale engagée en cas d'atteinte involontaire à la vie¹², ou encore d'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne¹³. En outre, bien que la responsabilité pénale soit une responsabilité personnelle, une présomption de responsabilité pénale pèse sur les directeurs pour des faits qui ne leur sont pas directement imputables mais qui ont été commis par le personnel de l'EHPAD du fait d'un défaut de surveillance.

Il apparaît que le risque pour un directeur ou un établissement de voir sa responsabilité engagée sur le plan indemnitaire et / ou pénal est de plus en plus important. Le directeur d'un EHPAD a souvent un choix difficile à faire entre l'impératif de sécurité et l'impératif de liberté et de respect des droits. Il doit donc faire des choix en ayant conscience qu'ils peuvent être à l'origine de la mise en cause de sa responsabilité.

L'application trop systématique des normes de sécurité peut cependant entraîner **des dérives sécuritaires**, c'est-à-dire une restriction des droits et libertés des personnes âgées. Un des objectifs de la gérontologie est le maintien de l'autonomie du sujet âgé. Toute personne âgée doit avoir la liberté de son choix de vie, quelles que soient ses capacités physiques et psychiques. Cependant, l'entrée dans le grand âge et l'état de dépendance peuvent conduire à une émergence des réflexes sécuritaires, aussi bien de la part des établissements, des familles que des pouvoirs publics. Toutefois, la personne âgée est un citoyen libre dont le consentement doit être recherché pour tous les actes de soins et de la vie quotidienne.

La formation soignante promeut principalement l'aspect technique et l'hygiène au détriment des aspects relationnels (dignité et notion d'éthique de la personne âgée dépendante). A l'origine, les protocoles qui étaient conçus pour améliorer la prise en charge des personnes âgées sont également aujourd'hui des outils de protection pour les soignants. Cette tendance à une formalisation à outrance débouche sur des conduites stéréotypées à l'égard des personnes, entraînant des prises en charge dépersonnalisées.

En effet, la vie institutionnelle implique pour la personne âgée dépendante une restriction de sa liberté, de ses possibilités de choix et de la prise en compte de ses désirs. Ces règles

¹² Article. 221-6 du code pénal

¹³ Article. 222-19 du nouveau code pénal

institutionnelles, ayant force de loi, entravent la liberté individuelle des personnes âgées dépendantes.

Par exemple, les horaires de visites et de sorties peuvent être imposés, le placement des personnes âgées se réalise parfois sans leur consentement, les règles de vie communes sont contraignantes, sans respect de leur rythme de vie (horaires de repas et de toilettes imposés).

Quand les **conduites sécuritaires** sont imposées à la personne âgée dépendante, elles provoquent une perte d'autonomie avec des conséquences graves (dépression, syndrome confusionnel, agressivité, refus de soins et ou de nourriture). Ainsi, le statut social de la vieillesse tend à évoluer vers une condition d'assisté. La présomption abusive de la fragilité de la personne âgée justifie l'élargissement du champ d'application des mesures de protection à sa personne.

L'article 313-4 du nouveau code de procédure pénale précise que la personne âgée requiert une attention spéciale d'où l'instauration des mesures de protection à son égard.

Ces mesures de surprotection peuvent se révéler très traumatisantes, car non comprises et non admises par la personne âgée. Elles constituent un enfermement contre lequel toute révolte reste inutile d'autant plus qu'elles sont légitimées par la société. Ce système de surprotection conduit à son exclusion en tant que sujet par l'aliénation de ses droits.

Les pratiques sécuritaires abusives des professionnels peuvent trouver une explication à travers quatre situations :

- un sous-effectif du personnel soignant d'où le problème de surveillance. Ceci est particulièrement vrai en fin de journée et la nuit. Cette situation accroît le recours à la contention pour les personnes désorientées et déambulantes,
- une insuffisance de formation spécifique en gérontologie d'où une incompréhension des aspects relationnels et psychologiques vis-à-vis des personnes adultes vieillissantes,
- une absence de prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, kinésithérapeute, assistant social, agent administratif...) qui augmente les décisions sécuritaires avec l'utilisation excessive d'une contention médicamenteuse au détriment d'une prise en charge relationnelle,
- une souffrance des familles avec une culpabilité mal gérée qui induit une surprotection des familles à l'égard de leurs parents. Les professionnels, qui ressentent cet aspect excessif de la demande des familles, s'y opposent

difficilement et privilégient le choix des familles au détriment des désirs de la personne âgée.

Les pratiques sécuritaires motivées par des obligations institutionnelles limitent le champ d'action de la personne âgée. En matière de soins, la protection de l'autre, peut entraîner la négation de l'être humain.

En institution, la contention est parfois décidée dès l'admission, si des antécédents de chutes sont signalés par les familles ou les acteurs sociaux, ou parfois à titre préventif. La pratique de la contention conduit à des dérives et est responsable de traumatismes psychologiques et physiques chez la personne âgée.

Dans le cantou visité, la limitation de l'espace a été justifiée par la volonté de protéger les personnes âgées et d'éviter les déambulations excessives et les risques de fugues. Les cantous appliquent des règles de sécurité communes et uniformes à tous les résidents, avec une absence totale de projet de vie individualisé. Le cantou obéit plus à un souci sécuritaire qu'à une réelle préoccupation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes tout en limitant une surveillance excessive.

La vulnérabilité de la personne âgée et la difficile conciliation entre le lieu de vie et le lieu de travail conduit parfois à des comportements déviants de la part des professionnels sans réel respect des règles déontologiques et éthiques.

Lorsque l'admission en institution est forcée, elle accroît davantage la dépendance de la personne âgée car souvent on administre des traitements aux personnes âgées agitées. La quantité de vie se trouve ici privilégiée par rapport à la qualité de vie selon un schéma médical classique et inadapté aux réalités gérontologiques.

Sur le plan institutionnel, la contention physique en essayant d'ôter un risque de chute, crée d'autres risques beaucoup plus handicapants pour la personne âgée. Le développement de pathologies liées à l'immobilisation peut provoquer l'apparition de plaies, d'escarres, engendrer une perte du schéma corporel et abolir les réflexes de la marche.

Si le principe de sécurité et la responsabilité croissante occupent une place importante dans la prise de décision des responsables d'EHPAD, l'approche qualitative ne doit pas être occultée. En effet, l'établissement est avant tout un lieu de vie où il serait bon d'introduire une réflexion éthique et, en ce sens, de consentir un « droit au risque » aux différents acteurs.

PARTIE II : LA CONCILIATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE NECESSITE D'INTRODUIRE LE DROIT AU RISQUE ET PERMET UNE REFLEXION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les réflexions éthiques actuelles sur la vie institutionnelle semblent proposer, aujourd'hui, un compromis pour concilier qualité et sécurité en EHPAD : consentir un « droit au risque » acceptable aux résidents. Cette démarche marque désormais de son empreinte les pratiques professionnelles.

A/ Ethique et droit au risque : deux notions permettant de dépasser le paradoxe.

1. L'approche éthique : une exigence au service de la personne âgée

La démarche éthique, qui se concentre essentiellement sur les acteurs, appelle à un questionnement sur les droits des personnes âgées dépendantes en institution et à une réflexion sur la représentation de la vieillesse et de la dépendance.

Il s'agit en premier lieu de s'interroger sur le besoin d'éthique en gérontologie. La personne âgée dépendante est vulnérable et particulièrement fragile. C'est ainsi que dans un souci de protection, son intégrité n'est pas toujours respectée. En effet, en niant à la personne âgée la possibilité de prendre ses propres décisions, c'est sa dignité qui est offensée. Lui permettre d'exercer son pouvoir de décision, c'est respecter la personne et de son humanité. Or la plupart du temps, ce droit n'est pas reconnu. C'est particulièrement le cas du droit à une existence économique, dont le non-respect remet en cause l'autonomie et la citoyenneté des personnes. Cette pratique résulte pour une part de l'attitude des familles et pour une autre part des responsabilités des soignants. Ainsi une tutelle de fait est mise en œuvre et entraîne une aliénation. La personne âgée perd son statut d'adulte et devient un *infans* (celui qui ne parle pas)¹⁴. C'est pourquoi des Chartes éthiques ont été créées : elles sont le moyen de rappeler les droits de la personne vivant en EHPAD. Cette démarche peut paraître étonnante dans la mesure où ces Chartes reprennent pour partie la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen applicable à tous, y compris aux personnes âgées dépendantes. Néanmoins, un pas supplémentaire est franchi, aujourd'hui, avec les « chartes qualités » (référentiels) dont l'objectif consiste à traduire concrètement les principes.

¹⁴ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, 1989.

En second lieu, l'interrogation porte sur les droits de la personne âgée dépendante. Faut-il lui accorder des droits spécifiques ? Il est vrai que la démarche éthique demande une réelle volonté de mise en œuvre. L'absence de respect de la liberté de la personne en institution introduit l'idée d'une protection supplémentaire. C'est d'ailleurs une des orientations de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante qui indique dans son article 13 que « toute personne en situation de dépendance conserve l'intégralité de ses droits conformément à la loi ». Or ce principe est déjà consacré dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 (« les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit »). Si une protection spécifique semble nécessaire pour protéger un enfant, elle présente un risque pour la personne âgée dépendante. C'est pourquoi la réflexion sur le risque doit être prudente afin d'éviter la création d'un statut mineur particulier pour les personnes vivant en EHPAD. Avant d'être un patient, la personne âgée dépendante est une personne à part entière, certes vieillissante. Par conséquent, elle est libre : « Renoncer à sa liberté, c'est renoncer à sa qualité d'homme, aux droits de l'humanité. Une telle renonciation est incompatible avec la nature de l'homme » selon Jean-Jacques Rousseau. La promotion de la liberté supposerait donc de renoncer à une sécurité optimale et à proclamer l'autonomie des personnes âgées dépendantes. Si l'autonomie est la capacité qu'a une personne à choisir les règles de sa vie et les risques qu'elle est prête à encourir, la dépendance peut être définie comme le besoin d'aide dans les activités quotidiennes. Etre dépendant n'empêche pas d'être autonome. Ne pas respecter cette autonomie peut conduire l'individu à un désinvestissement et à un abandon de soi. Enfin, la démarche éthique doit prendre en compte les droits des résidents mais dans le respect de ceux des soignants. C'est la signification du triangle éthique de Paul Ricoeur. Le « je » est un individu singulier et libre qui coexiste avec la volonté des soignants (le « tu »).

Pour qu'une éthique de la gérontologie soit possible, il faut s'interroger sur la vieillesse, notre rapport à autrui et sur la mort. L'idée d'une protection spécifique est en partie due à la représentation de la vieillesse dans notre société. La dépendance et la vulnérabilité sont souvent sources d'irrespect alors que « le dément le plus gravement atteint demeure un individu capable de toutes les émotions : un individu semblable à tout être humain normal qu'il faut traiter avec tout le respect dont on est capable » (Brunet). Or notre perception de la vie et du temps est associée, dans notre société contemporaine, au travail. La personne âgée devient donc inutile socialement et est exclue.

L'éthique s'appuie ainsi sur deux valeurs : l'attention à autrui donc le respect de l'autre et la connaissance des faits. Elle permet de mener une réflexion sur l'évolution des pratiques

professionnelles dans une optique de respect de l'humanité de l'individu. Il s'agit notamment de changer le regard du soignant pour qu'il accepte son rôle d'accompagnateur.

2. L'octroi d'un « droit au risque » dans la prise en charge

Le droit au risque est aujourd'hui au centre des débats relatifs à la personne âgée dépendante. Il procède d'une démarche qualité qui place la personne âgée au centre du dispositif et des préoccupations. En effet, le droit au risque constitue un moyen de concilier qualité et sécurité car l'objet de la gérontologie se rapporte à la personne humaine et nécessite donc une approche éthique. Celle-ci n'est pas forcément une affaire de spécialistes mais engage une réflexion de tous. C'est donc ainsi que Paul Ricoeur définit l'éthique : « je propose de distinguer entre éthique et morale, de réserver le terme d'éthique pour tout le questionnement qui précède l'introduction de l'idée de loi, de morale ».

« Les établissements accueillant des personnes âgées subissent continuellement une pression toujours plus forte pour normaliser leur fonctionnement et rationaliser leurs dépenses. Une organisation trop rigide alliée à un souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels peut conduire à la négation progressive de la liberté, du droit au risque et du droit aux choix des personnes âgées vivant en établissement, mettant ainsi à mal la dignité même de ces personnes comme expression d'un droit fondamental reconnu à tout être humain »¹⁵.

La notion de « droit au risque » est définie dans Le Robert à travers une citation du philosophe Condillac : « le risque est le hasard d'encourir un mal, avec l'espérance si nous y échappons d'obtenir du bien »¹⁶. Le droit au risque repose donc sur le paradoxe créé autour de la confrontation du droit à la sécurité et à la qualité en EHPAD et les réflexions éthiques liées au respect et à la dignité de la personne humaine.

Le droit au risque est double : il concerne tout à la fois les résidents et les responsables d'établissement.

Tout d'abord, la prise en charge de la personne âgée dépendante doit insérer les dispositifs de sécurité au sein d'une démarche de qualité de vie permettant le respect de son autonomie.

A ce jour, émerge une tendance pour tenter de connaître les attentes des personnes âgées en EHPAD. Cette orientation, influencée par la réflexion éthique doit aboutir à terme à une meilleure prise en considération de ses attentes et de ses besoins.

¹⁵ Jean Jacques Amyot, Alain Villez : Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques, Fondation de France, Editions Dunod, janvier 2001, pp 1.

Certaines populations hébergées présentent des spécificités, ce qui est notamment le cas des personnes démentes. Il est donc important de les prendre en compte pour satisfaire au mieux leurs besoins.

En parallèle, les familles, dont certains membres et en particulier les enfants sont eux-mêmes déjà âgés, désirent la sécurité et la qualité optimales pour leur parent. De nombreux entretiens nous ont permis de remarquer que le risque est une notion peu acceptée par les familles ou l'entourage de la personne. La famille confie le parent à l'institution qui doit tout mettre en œuvre pour le protéger des aléas de la fin de vie. Les familles recherchent dans le placement une solution professionnelle face au constat de leur propre échec.

Par ailleurs, les responsables de ces établissements vont avoir à mettre en œuvre une gestion des risques. La sécurité alimentaire et la sécurité incendie sont aujourd'hui très réglementées et laissent peu de zones d'incertitudes. Les actions en faveur d'une pratique domestique (atelier cuisine) obligent une réflexion sur les risques et les responsabilités engagées pour l'ensemble des professionnels.

Les divers entretiens avec les professionnels et l'exploitation faite en groupe nous amènent à réaliser le constat suivant.

La sécurité et la qualité de vie sont des objectifs poursuivis par l'ensemble des professionnels rencontrés. Le plus souvent, ils sont complémentaires. Cependant, subsistent des interrogations sur les responsabilités engagées en cas d'entorse aux règles de sécurité. C'est alors qu'intervient un nécessaire arbitrage entre la sécurité et la qualité de vie pour satisfaire le droit au risque de la personne.

Au niveau comportemental des décideurs, nous retrouvons plusieurs positions face au droit du risque. Le « tout sécuritaire » est annoncé comme l'obligation de répondre au plus près des textes réglementaires, ces derniers laissant peu de place à la vie privée au sein d'une organisation collective.

L'organisation de type domestique (cantou) est une autre réponse. La personne est protégée voire surprotégée dans la création d'un enfermement « doré ». Celui-ci peut apparaître attirant pour les familles alors qu'il s'avère parfois une atteinte aux libertés individuelles. Dans ce cas précis, il est à noter une non-qualification des personnels. La vie dans l'institution est organisée dans le cadre de la vie de tous les jours « comme à la maison ».

¹⁶ Katia Labbé et coll. *Gérontologie* n°107 pp. 43.

Une alternative peut être trouvée dans la conciliation de la sécurité et de la qualité de soins avec une qualité de vie dans l'établissement. Les responsables prennent alors des risques, ce qui peut engager leurs responsabilités.

B/ Une réflexion nouvelle sur les pratiques professionnelles

Au sein des établissements, la nécessaire conciliation entre sécurité et bien-être des personnes hébergées conduit à s'interroger sur les pratiques professionnelles de tous et sur la pertinence des outils actuellement utilisés. L'ensemble des interactions entre acteurs professionnels et outils de travail repose tant sur des dynamiques internes que sur des dynamiques externes aux établissements.

1. Des dynamiques internes

Celles-ci découlent de la mise en œuvre d'une politique d'établissement transparente et essentiellement orientée vers la satisfaction des besoins des résidents.

L'élaboration du **projet institutionnel** de l'établissement s'inscrit en premier lieu dans le cadre des réformes en cours¹⁷ relatives à l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD) qui deviendra l'Aide Personnalisée à l'Autonomie au 1^{er} janvier 2002, à la mise en place de la nouvelle tarification des prestations dispensées dans les EHPAD. En effet, le cahier des charges des conventions pluriannuelles recommande l'utilisation d'un certain nombre d'outils parmi lequel figure le projet institutionnel.

Au-delà de ces aspects purement réglementaires, le projet institutionnel, document stratégique, est aussi destiné à présenter la mission de l'établissement aux résidents et aux familles. Il décrit l'organisation globale, le fonctionnement des services, la place de l'institution au sein de l'environnement local, ses relations avec les divers partenaires institutionnels et professionnels. Parallèlement, l'objectif de qualité doit y apparaître clairement, de même que les grandes lignes des projets de vie et de soins.

Ainsi, le projet institutionnel doit refléter les caractéristiques identitaires de l'établissement, en quelque sorte son état d'esprit vis-à-vis des objectifs de qualité et de sécurité déclinés au bénéfice du bien-être des personnes accueillies. L'établissement apparaît, en effet, comme un lieu de vie avec des espaces privatifs, un lieu organisé en termes d'animation et de prise en charge adapté aux besoins des résidents et, enfin, un lieu de prévention et de soins coordonnés.

¹⁷ Loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance et décrets du 27 avril 1999.

Le projet de vie décliné en projet de vie et en projet de soins est le socle stratégique de l'établissement.

Quelques orientations stratégiques présentées dans le projet institutionnel d'une maison de retraite publique, lors d'un entretien avec le directeur :

- “ les objectifs de qualité impliquant l'amélioration de l'accueil,*
- “ la diversification des prises en charges selon l'état de santé des personnes,*
- “ la nécessité d'une auto-évaluation régulière différenciant qualité perçue et qualité attendue,*
- “ l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique,*
- “ le positionnement de l'institution en complémentarité des services de maintien à domicile grâce à des actions vers l'extérieur en toute sécurité,*
- “ l'image de l'institution en tant que lieu de vie,*
- “ la valorisation des pratiques professionnelles en s'appuyant sur la pluridisciplinarité, sur le projet social, sur l'amélioration des conditions de travail,*
- “ le développement de la démarche participative tant avec le personnel de l'institution qu'avec les partenaires extérieurs.*

Il nous semble que cette approche du projet institutionnel n'a pas encore été concrétisée dans nombre d'institutions, en particulier dans les établissements de petite taille. Cependant, la plupart des EHPAD dispose de projets de vie et de soins, support de leur identité et de leur positionnement stratégique.

Ainsi, plus particulièrement, le **projet de vie** précise la définition de la vie dans l'établissement, devant être toute entière orientée vers le bien-être des résidents. Il consiste à concevoir formellement puis à décliner le fonctionnement quotidien de l'institution à partir des pratiques professionnelles et des valeurs éthiques partagées par l'ensemble du personnel. Il s'articule autour des thématiques diverses telles que l'accueil, l'animation, le maintien de l'autonomie, la prévention, mais aussi la restauration, l'hôtellerie, l'hygiène et la sécurité.

En fait, le projet de vie est fondé sur une dynamique : celles des professionnels œuvrant auprès des personnes accueillies pour mettre en œuvre un accompagnement qualitatif, personnalisé et soutenu adapté à l'état de santé et aux besoins de chacun.

Projet de vie dans une maison de retraite privée de 45 lits :

- “ banalisation du handicap,*
- “ mode de vie familial,*
- “ personnalisation de la prise en charge.*

Enfin, **le projet de soins** permet la formalisation et la définition des orientations des soins et des prestations médicales et paramédicales dispensées aux personnes accueillies. Il définit les objectifs et les actions destinées à assurer la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins et de l'accompagnement des résidents. Il donne la priorité à l'individualisation des prises en charge positionnant ainsi la personne comme actrice des objectifs et des décisions la concernant et partenaire des soins dans le respect de ses droits. La finalité du projet de soins est de concourir à l'amélioration de la qualité des soins dispensés à la personne. Trois dimensions essentielles méritent d'être développées dans le projet de soins :

- la dimension préventive pour le maintien de l'autonomie physique, psychique et sociale du résident,
- la dimension curative pour traiter les pathologies, veiller à l'hygiène et au confort,
- la dimension d'accompagnement tout au long de la vie de la personne âgée.

Le contrôle de la mise en œuvre de ces orientations stratégiques suppose une **auto-évaluation** des pratiques professionnelles, des besoins des résidents, de la qualité ressentie et attendue, par le biais d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles. Il reste, cependant, à trouver le bon outil d'évaluation, les questionnaires n'étant pas forcément adaptés. Certains établissements ont anticipé la procédure d'auto-évaluation « réglementaire », liée directement à la grille ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisé en Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements), préalable à la mise en place de la nouvelle tarification. Cette démarche préfigure la mise en œuvre d'une démarche qualité organisée de manière continue et opérationnelle

L'ensemble de ces éléments stratégiques se déclinent dans une politique d'information et de communication.

Une action destinée à favoriser plus d'efficacité et de cohérence au sein de l'institution : la politique d'information et de communication

La **politique de communication** permet à l'établissement d'entrer dans la dynamique des réseaux gérontologiques et des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) comme une force motrice ou au moins comme un acteur volontaire. Enfin, dans un contexte de raréfaction budgétaire à l'origine d'arbitrages financiers difficiles entre les établissements, l'objectif de communiquer sur ses valeurs et sur sa gestion constitue un axe stratégique majeur pour les EHPAD. Cette ouverture vers l'extérieur est un mouvement fort dicté par les exigences d'information et de qualité de plus en plus grande de la part des usagers du système sanitaire et social. Les derniers textes réglementaires touchant à l'évaluation de la

qualité¹⁸ et à la réforme de la tarification des EHPAD contribuent à opérer une mise à niveau des diverses politiques d'établissement au profit des résidents. A terme, cette évaluation sera certainement à l'origine de comparaisons entre les diverses institutions.

L'admission d'un nouveau résident est un moment privilégié pour faire part de l'état d'esprit de l'établissement. Celui-ci transparaît à travers divers documents remis à la personne accueillie et / ou à la famille : le **livret d'accueil**, dans lequel figure la Charte des droits et des libertés de la personne âgée, et le **contrat de séjour** établi entre l'établissement et le résident accompagné du **règlement intérieur** en annexe.

Selon un directeur d'EHPAD public, l'admission constitue le moment où le professionnel peut être amené à négocier avec le résident et / ou la famille un certain niveau de risque au regard de l'état de santé de la personne. Certains établissements, privilégiant le bien-être et intégrant le caractère risqué de la vie, précisent que la contention physique ou chimique des personnes n'est pas pratiquée, d'autant que ces pratiques sont éthiquement condamnables, parfois inefficaces voire dangereuses¹⁹. A ce titre, il s'agit ici du respect de la liberté et de l'intégrité physique de la personne, résidente de l'établissement, mais avant tout citoyenne, disposant de droits et de devoirs comme les autres individus de la société²⁰.

D'après une enquête de la DGCCRF, menée au troisième trimestre 1998, auprès de 228 établissements hébergeant des personnes âgées, près de la moitié d'entre eux (44 %) ne proposent pas de contrat écrit à leurs pensionnaires et 30 % n'ont pas adopté de règlement intérieur.

Or, la Loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance, a étendu l'obligation du contrat de séjour et du règlement intérieur à l'ensemble des maisons de retraite. Plus grave, 20 % des contrats de séjour existants comportent des clauses abusives. Par exemple, des exonérations de responsabilité du professionnel, ou encore la faculté donnée à l'établissement de résilier le contrat pendant une période d'essai sans réciprocité pour la personne hébergée.

L'enquête portait également sur les conditions de l'information du consommateur. Environ un tiers des maisons de retraite contrôlées se trouvaient en infraction par rapport à la législation sur la publicité des prix ; les principaux manquements étant observés en matière d'affichage des tarifs de journée, des prix des services de coiffure ou pédicure et des prix des repas des visiteurs.

Ils ont été sanctionnés, dans la plupart des cas, par un simple avertissement.

¹⁸ Grille d'évaluation de la qualité en EHPAD intitulée Angélique.

¹⁹ Des études ont démontré que la contention physique notamment est à l'origine de chutes et de blessures plus graves chez les personnes âgées. Cette pratique constitue ainsi une entrave tant à la qualité de vie qu'à la sécurité.

²⁰ Elle se doit de respecter le Règlement intérieur de l'institution s'adressant également aux professionnels.

De son côté, la CODERPA (Commission Départementale des Représentants des Personnes Agées) a publié une réflexion en avril 2001, en vue de servir de guide à la rédaction des règlements intérieurs des EHPAD dans lesquels doivent figurer la présentation de l'établissement et l'existence d'un **Conseil d'établissement**²¹. Le magazine « Contact » du printemps 2001 souligne que, malgré l'obligation de créer un Conseil d'établissement, de nombreuses unités de soins de longue durée n'en sont toujours pas dotées et incite les principaux intéressés (famille, représentants de la commune) à remédier à ce manque.

De plus, dans un avis du 4 juillet 2000, adopté à l'unanimité des collèges des consommateurs et des professionnels, le Conseil national de la consommation (CNC) recommande :

- la création d'un guide national de présentation des établissements permettant leur identification à partir de repères fondamentaux,
- la généralisation d'annuaires départementaux harmonisés,
- la diffusion, par chaque établissement, d'un document de présentation réalisé sur un mode unique. Ces informations devraient figurer dans le contrat de séjour et le règlement intérieur.

In fine, le dialogue avec le résidant et les familles, en des lieux multiples, doit être maintenu en permanence dans le souci de les intégrer le plus possible au sein de l'institution. Cette logique permet, dans l'hypothèse de la survenue d'un incident, d'éviter un recours de la famille contre l'institution.

Au cours des entretiens réalisés, il est apparu clairement qu'une volonté de transparence et de communication de la part des centres d'accueil permet d'établir une relation de confiance permettant, dans l'hypothèse d'incidents, d'éviter d'éventuelles procédures contentieuses.

La politique d'information et de communication s'adresse aux partenaires professionnels extérieurs (autres EHPAD et structures de soins, praticiens médicaux et paramédicaux libéraux), à la population du bassin de vie, aux partenaires institutionnels (Conseil général, DDASS, Assurance maladie), aux résidants et aux professionnels de l'établissement.

²¹ Composition : usagers, familles, personnel, organisme gestionnaire, directeur de la structure, représentant de la commune, bénévoles.

La **politique de communication interne** constitue le relais de la politique de l'établissement, elle véhicule sa culture. Un de ses objectifs majeurs est d'assurer la cohérence entre les projets institutionnels, la satisfaction des résidents et le vécu du personnel. Au-delà des outils « classiques » de communication, tels que les plaquettes de présentation, les journaux internes etc, il apparaît que les problématiques de communication relatives à la prise en charge des personnes âgées en EHPAD se concentrent plus sur des axes de communication éthnocentrés, qui reposent essentiellement sur des modes de communications interpersonnels, en particulier la **communication – implication**, la **communication – relation** et la **communication – animation**.

Tout d'abord, le niveau de communication peut être conçu comme un vecteur de l'implication du personnel au quotidien, dans sa relation d'aide. En effet, l'adhésion de tous les professionnels est indispensable pour assurer la bonne mise en œuvre des projets de vie et de soins. Lors de nos entretiens avec les professionnels de terrain, cette dimension, très souvent mise en exergue, souligne l'importance de la participation active des personnels dans une prise en charge de qualité de la personne.

Un deuxième axe de communication vient compléter cette communication – implication du personnel vis-à-vis des valeurs de l'établissement. Il s'agit de la communication – relation. Cet aspect implique l'existence d'un échange entre la personne âgée et l'aidant, que cet échange s'exprime de façon verbale ou non. Cette démarche est la seule qui soit susceptible de développer une approche individualisée de la prise en charge de chaque personne âgée selon ses besoins, ses attentes et son état de santé.

Le troisième axe concerne la communication – animation. Il s'agit à ce niveau d'introduire des approches de socialisation destinée à ouvrir la personne sur l'extérieur et à entrer en contact avec les autres, soit directement soit par l'intermédiaire de vecteurs tels que la musique, la peinture, la nature. Ces animations ont aussi parfois pour but de retrouver des gestes familiers et de laisser la personne s'exprimer librement. Dans tous les cas, il semble essentiel que l'animation ne serve pas d'alibi à l'institution mais plutôt qu'elle soit organisée au profit des personnes, dans un but thérapeutique ou social.

Dans nos entretiens, nous avons rencontré une gamme très diversifiée d'animations. Du canton qui se centre exclusivement sur la reproduction des gestes quotidiens domestiques à la maison de retraite qui fait appel à des musicothérapeutes extérieurs, porteurs de plaisir et d'épanouissement.

Cet aspect de communication ne peut se concevoir que dans le cadre d'une politique sociale plus large. La communication en effet vient renforcer la professionnalisation des personnels.

Engagé dans une réflexion sur la qualité de la prise en charge, le secteur des personnes âgées voit apparaître de **nouveaux comportements professionnels** et ceci sous la poussée de deux phénomènes. Le premier est, bien entendu, la tendance démographique. L'autre est plus qualitative puisqu'il s'agit de **l'augmentation à venir du niveau d'exigence de nouvelles générations** de personnes âgées qui ont connu le confort, la liberté, les loisirs, la culture.

Il faut partir d'un postulat qui **différencie le travail en gérontologie de celui des autres services hospitaliers**. En effet, les résidents des EHPAD, aspirent dans leur grande majorité à ne pas être considérés comme des malades mais plutôt à continuer de vivre le plus naturellement possible malgré leur handicap ou la diminution de leurs facultés.

Même si l'on ne peut nier une grande évolution de certains diplômes tournés vers les personnes âgées, **l'absence d'une spécialisation** dans ce champ d'action laisse toujours perplexe. On peut se demander quelle compétence exiger du personnel qui intervient auprès d'un résident atteint de troubles mentaux et que la famille presse à agir, quand bien même son professionnalisme ne tient qu'à son bon sens, à sa bonne volonté et à un peu d'habitude ?

On voit ainsi s'amorcer une **transformation des métiers** au sein d'organisations le plus souvent innovantes. Les infirmières adoptent de plus en plus un rôle de coordination des équipes. Les aides-soignantes ou même certains agents des services hospitaliers qui occupent de nouvelles fonctions (« maîtresses de maison » ou « aides à la vie ») sont aujourd'hui à la recherche d'une identité professionnelle et d'une définition de leur fonction propre.

L'ensemble de ces fonctions tente de redéfinir leur métier essentiellement par l'aspect relationnel et non plus uniquement par la technique qui prévalait jusqu'alors.

De plus, la notion d'**équipe** est au cœur de la professionnalisation. En effet, l'évolution des métiers en gérontologie est étroitement liée à la qualité des relations professionnelles et à l'existence d'une culture particulière à l'intérieur du groupe de soignants concernés. Le travail d'équipe doit être organisé autour d'objectifs clairs, individualisés et coordonné par un responsable stimulant.

La redéfinition du rôle du soignant en gérontologie s'opérera donc en interne ce qui sous-tend une approche centrée sur la personne et non plus sur les tâches, c'est-à-dire le

passage d'une prise en charge de type taylorien à une **prise en charge de type holistique**, ce qui donnera un nouveau sens au travail.

Ces réflexions pourront se traduire de façon concrète au travers de la reconnaissance de nouveaux métiers ou l'institutionnalisation de certains intervenants.

Ainsi, les années 90 ont vu la naissance de **l'auxiliaire en gérontologie**. Cette nouvelle qualification des premiers niveaux de personnel a été lancée pour répondre aux attentes liées à l'accueil des personnes âgées. Le bilan actuel est positif puisque la quasi-totalité des personnes formées ont trouvé un emploi, confirmant le degré d'attente des employeurs.

D'autre part, il semble actuellement de plus en plus important de **former les bénévoles et les familles**. Cette formation, au-delà de l'information, toujours indispensable, doit expliquer les frontières qui les séparent des professionnels, et de ce fait dessiner le contour de ce que chaque acteur peut attendre de l'autre.

2. Dynamiques institutionnelles

Les actions des pouvoirs publics sont de plus en plus souvent contractuelles. En effet, le contrat permet d'adapter les réponses aux besoins et aux mutations sociales.

Avec la réforme de la tarification des EHPAD, des conventions tripartites vont être signées entre l'assurance maladie, le Conseil Général et l'établissement.

La convention tripartite fixe des axes de progrès de la qualité de prise en charge des personnes âgées. L'établissement s'engage dans cette convention à améliorer l'un des thèmes suivants : la qualité hôtelière, la qualité relationnelle avec l'élaboration de projets de vie, la qualité des personnels, l'encadrement médico-social ou encore l'appartenance à un réseau. Ce choix est effectué à la suite de l'auto-évaluation faite par l'établissement grâce au référentiel qualité ANGELIQUE.

Les conventions tripartites ont notamment pour objectif de protéger les intérêts de la personne hébergée par l'engagement dans une démarche qualité et de gestion des risques. Des indicateurs et des modalités d'évaluation doivent être prévus pour évaluer sa mise en œuvre. Enfin, la convention contient le dispositif budgétaire et comptable prévoyant les moyens humains et financiers pour atteindre les objectifs annoncés.

Cependant, les établissements vont garder une certaine marge de manœuvre pour déterminer l'étendue du droit au risque qu'ils acceptent de laisser aux résidents des EHPAD et ainsi concilier qualité de vie et sécurité. En effet, ce n'est que lorsqu'un certain nombre de conditions seront jugées inacceptables, en terme de liberté et de dignité pour les pensionnaires mais aussi en terme sécuritaire que la convention tripartite ne pourra être

signée. Si ces conditions de qualité et de sécurité ne sont pas respectées, la convention pourra être résiliée. En effet, la DDASS a une mission de contrôle de la qualité d'accueil des résidents. Cette mission est parfois ressentie par les établissements comme une tutelle et ce même s'il est souvent difficile en pratique de fermer un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes qui ne respecte pas les normes de sécurité élémentaires et / ou n'offre pas un niveau de qualité de vie et de soins suffisant. Cette difficulté a plusieurs causes. Ainsi, il est parfois difficile de fermer un établissement lorsque les structures voisines sont en nombre insuffisant mais aussi lorsque les personnes y vivent depuis longtemps. De plus, il y a quelquefois des pressions politiques (notamment des élus locaux) pour empêcher la fermeture d'un établissement pour des raisons économiques (une maison de retraite est souvent un employeur important dans une commune). Il faut toutefois noter que lorsqu'on ne ferme pas un établissement qui devrait l'être et qu'un accident survient, outre la responsabilité morale ressentie par les personnes concernées, la responsabilité civile et pénale de l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS) chargé du contrôle ainsi que celle du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS) peuvent être engagées.

Le directeur d'une maison de retraite privée associative remarque qu'il n'a eu des relations avec la DDASS qu'à l'occasion d'une inspection effectuée à la suite d'une plainte de la famille d'un résident.

Il faut, en outre, noter que lorsque les Institutions (DDASS, Conseil Général, CRAM) négocient avec les établissements, elles ne prennent pas seulement en compte les normes techniques. Elles intègrent aux négociations une dimension humaine avec les référentiels qualité qui tiennent compte des normes obligatoires sans les considérer comme essentielles. Ainsi, la qualité de prise en charge de la personne âgée dépendante est importante lors de la négociation de la convention (article 5-1 de la loi n°75-535 modifiée du 30 juin 1975) car, la prise en charge doit être faite dans le respect de la personne et de ses choix. Toutes ces dimensions sont prises en compte par les corps d'inspection (IASS, MISP) lorsqu'ils exercent une mission de conseil réclamée par les directeurs d'établissement, mission qui devrait se développer. Il faut toutefois noter que ce rôle de conseil ne peut réellement être exercé que si les représentants de la DDASS disposent du temps nécessaire. Or, il apparaît que les DDASS ont le plus souvent à gérer les situations dans l'urgence à la suite d'une plainte et n'ont donc que très peu de temps pour exercer un rôle de conseil auprès des établissements. L'action des DDASS est alors souvent relayée par les Conseils Généraux.

Le réseau est un ensemble fonctionnel et pluridisciplinaire d'intervenants complémentaires qui mènent une action coordonnée, sur un lieu géographique déterminé

appelé bassin gérontologique, au service d'une personne présentant le désir et / ou un besoin d'aide.

C'est grâce à la compétence des intervenants, l'évaluation des actions, et à la prévention de la perte d'autonomie, que les réseaux seront les garants du respect des droits de la personne. En effet, les acteurs de soins doivent proposer une aide à la décision d'orientation car ce n'est qu'avec un accord conjoint du patient, de son entourage et des professionnels qu'une décision peut être envisagée. Il est nécessaire que les intervenants du réseau assurent une information complète à la personne et à son entourage pour que ceux-ci aient une réelle maîtrise des choix des lieux de vie adaptés aux besoins de la personne. Le réseau doit être orienté autour de la personne âgée pour lui permettre de choisir sa prise en charge dans un souci de conciliation de la sécurité et de la qualité de vie et des soins.

Une directrice de maison de retraite privée a souligné l'aspect positif du travail inter établissement. Celui-ci permet d'enrichir les dispositifs de sécurité intégrés aux objectifs de qualité.

Le médecin coordonnateur permet d'établir le lien entre les l'hôpital, les libéraux, le personnel et les résidents. Une des annexes de l'arrêté du 26 avril 1999 indique que « l'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de service public, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé ».

Les CLIC pourront constituer une amélioration dans la volonté de prise en charge globale des attentes des personnes âgées et de leur entourage.

Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales jouent un rôle important dans la mise en place des CLIC. En effet, elles sont chargées de réunir les comités départementaux de pilotage et organisent leur mise en œuvre, en l'articulant avec le schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale et le schéma gérontologique départemental. L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales peut donc jouer un rôle important quant à la qualité de prise en charge d'une personne.

Il apparaît donc que l'intervention des Institutions est essentielle pour favoriser l'action des établissements en matière de sécurité et de qualité de vie. C'est pourquoi, le rôle des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, et en particulier des IASS doit évoluer d'une mission de contrôle à un rôle d'évaluateur et de conseil. Cependant, elles restent garantes de la sécurité en particulier dans le contexte actuel où le principe de précaution tend de plus en plus à fonder l'action de l'Etat. C'est pourquoi la mission de contrôle ne peut totalement disparaître.

CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées devient aujourd'hui un sujet de société. Dans ce domaine, la multiplicité des acteurs, des intervenants et le nombre accru de personnes concernées complexifient les champs de l'action et de la décision. Entre des directives nationales et des contraintes réglementaires, les pratiques professionnelles au quotidien, et surtout les attentes et les exigences des personnes, l'écart peut être grand.

Malgré ces difficultés, il convient de rappeler la responsabilité et le rôle de premier plan des pouvoirs publics. La recommandation n° R (98) 9 du Comité des ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe, relative à la prise en charge de la dépendance, précise que « La mise en œuvre des mesures liées à l'état de dépendance suppose une coordination entre instances compétentes. L'organisation générale de cette coordination doit être du ressort des pouvoirs publics. »

Leur rôle est aujourd'hui d'engager une politique volontariste de santé publique en gérontologie, afin de prévenir les phénomènes liés à la dépendance. Aujourd'hui, le maintien à domicile est de plus en plus privilégié grâce à la mise en place de réseaux qui poussent l'ensemble des acteurs à travailler en partenariat. Cette dynamique renforce le degré de responsabilisation de chacun face aux enjeux majeurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

En effet, l'ensemble des filières professionnelles du groupe est concerné par cette problématique :

- ◆ Point de vue des Inspectrices des affaires sanitaires et sociales.

Comme nous débutons notre formation, ce travail nous a permis d'acquérir des connaissances sur la prise en charge des personnes âgées en général, et sur les EHPAD en particulier. C'est donc avec plus de recul que nous appréhendons notre travail de IASS car le droit au risque sera désormais une des références de nos fonctions comme moteur de qualité.

- ◆ Point de vue des élèves Directrices d'hôpital

Cette réflexion nous a fait prendre conscience que des choix seront parfois indispensables qui impliquent la nécessité d'arbitrages entre les obligations de sécurité et de qualité de vie des personnes. Ceci impose de prendre du recul par rapport à la course en avant de la mise en conformité réglementaire.

- ◆ Du point de vue des Infirmières Générales, Directrices des Services de soins infirmiers, la réflexion sur ce thème a permis d'appréhender :
 - l'actualité en matière de législation sociale (nouvelle tarification des EHPAD, convention tripartite)
 - les réponses à apporter aux exigences de qualité et de sécurité.

Les rencontres avec les différents interlocuteurs ont confirmé la nécessité d'un travail en réseaux qui intègre le droit au risque.

Au terme de ces travaux, il nous semble que le droit au risque prend tout son sens dans nos pratiques professionnelles.

- ◆ Du point de vue des Directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, le sujet n'est pas une découverte. Cependant, la recherche a permis d'avoir des contacts nouveaux et de valider des acquis avant l'entrée en fonction.

Le travail interfilière a été très intéressant pour chacun des membres du groupe du fait de la richesse de nos échanges et des entretiens extérieurs. Les différentes logiques professionnelles ont pu s'exprimer car il y a eu un respect des idées de l'autre dans un esprit de grande tolérance.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

ALBOU P., *l'image des personnes âgées*, Glyphe et biotem, 1999.

AMYOT JJ, VILLEZ A, Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques, Dunod, Paris 2001

ARGOUD D., PUIJALON B. *La parole des vieux : enjeux, analyse, pratiques*, fondation de France, édition Dunod – 1999.

BLANCHARD-VIGNON Odile, WEILL Gilbert, Le rôle du médecin coordonnateur, *le concours médical*, 9juin 2001, tome 123-22, pages 1542 à 1544

BRAMI G.,*la qualité de vie dans les EHPAD*, Berger Levrault, 1997.

CALLOCH P., *la responsabilité des établissements sanitaires et sociaux :pénale, administrative, civile*, T.S.S. - 1996.

CHAMPAGNE R, LADOUCEUR P..., *La vieillesse : voie d'évitement ou voie d'avenir ?*, Gaëtan Morin éditeur, le comité de la santé mentale du Québec, 1992

CHAMPAGNE R. et collectif, *la vieillesse :voie d'évitement ou voie d'avenir ?* Gaëtan Morin, 1992.

FORCET J.Y., BAZELLE M.L., *sortir la personne âgée de son isolement : le rôle de l'institution (re)socialisation*,frison-roche, février 1999.

HUGONOT R., *la vieillesse maltraitée*, dunod, 2000.

LELEUE.M., *misère et insolence de la vieillesse*, Labor, 1998

OLIEVENSTEIN Claude, *Naissance de la vieillesse*, Odile Jacob, Paris 1999

VERCAUTEREN Richard, PREDAZZI M, *Pour une identité de la personne âgée en établissement :le projet de vie*, éditions pratiques gérontologiques, juin 2001

VEYRE REGNER C., *la responsabilité du directeur d'établissement pour personnes âgées* ,FNADEPA., mars 1999.

DOCUMENTS TECHNIQUES

D.A.S. 35, Le dispositif d'accueil des personnes âgées en Ille- et Vilaine : analyse de la demande d'hébergement en établissement *Les cahiers techniques du pôle Action Sociale d'ILLE ET VILAINE*, janvier 2001, tome 1 n° 111.

D.A.S. 35, Le dispositif d'accueil des personnes âgées en Ille- et Vilaine : analyse par canton de la demande d'hébergement en établissement, *Les cahiers techniques du pôle Action Sociale d'ILLE ET VILAINE*, janvier 2001,tome2 n° 111.

COURS

ROUSSEL Patrice, *Amélioration continue de la qualité en EHPAD*, cours à l'ENSP.

MEMOIRES

PANEL E., Promouvoir une démarche de service et mobiliser les compétences pour respecter l'intégrité de la personne âgée en MAPAD, *mémoire CAFDES*, ENSP, 1999.

REVUES

ANGHELOU D., Prise en charge des personnes âgées soutien à domicile et hébergement, *échanges santé – social*, décembre 1995, n°80.

BOIS JP, La restriction des libertés chez les personnes vulnérables, *Gérontologie*, 2^{ème} trimestre 2000, n°114.

BAULON A., éthique et personnes âgées, *gérontologie et société*, mars 1997.

BELORGEY JM, La prise en charge de la dépendance : de la PSD à l'APA ?, *Regards sur l'actualité*, mai 2001, pages 25 à 35.

DEVERS Gilles, Vulnérabilité et droit au risque, *Gérontologie*, 2^{ème} trimestre 2000, n°114.

DRUNAT Olivier, Droit des personnes âgées et réseau gérontologique, *Gérontologie*, 1998, n°106.

DUPONT BM, Ethique en gériatrie, *Gérontologie*, 2^{ème} trimestre 2000, n°114.

Groupe d'auteurs, *la maltraitance*, gérontologie et société, mars 2000, n° 92.

Groupe de travail, Contention passive ou contention physique réfléchie ?, *Gérontologie*, n° 119.

JALON Jacques, Le temps de vieillir, *Gérontologie*, 2^{ème} trimestre 2000, n°114.

La revue de l'infirmière :supplément au n° 56, janvier 2000

LABBE K., En institution, la personne âgée démente a-t-elle le droit de prendre des risques ? *gérontologie*, 1998, p.43 à 47, n°107.

LAROQUE G., les cultures, les acteurs et la maltraitance, *gérontologie et société*, mars 2000, n°92.

LE LANN S., la mutation des métier en gériatrie, *Décideurs*, janvier- février, 1999 n° 21.

MALO P.Y., des conduites sécuritaire au risque de maltraitance, *gérontologie et société*, mars 2000, n° 92.

MALO PY, DONNIO I..., Ethique du soin aux personnes âgées : quelle place pour le risque ?, *Gérontologie*, 1999, n°109.

MICHEL M., SIPIO I., et COLLECTIF - Du droit au risque chez les personnes âgées potentiellement chuteuses, *la revue de gériatrie*, décembre 1998, Tome 23, n°10.

MOUGEOLLE H., autonomie et libertés en institution : utopie ou réalité ? *gérontologie*, 1998, n° 106.

PAQUET Mario, *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, L'Harmattan, le travail du social, Paris 1999

PLOTON Louis, De la relation de guidance à la relation d'aide, *Gérontologie*, 2^{ème} trimestre 2000 n°114.

RACINE G., la démarche qualité dans les EHPAD , *bulletin juridique de santé publique*, avril 2001.

VEYSSET B., *dépendance et vieillissement*, logiques sociales l'Harmattan, 1989.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N°1 : Calendrier du module interprofessionnel

ANNEXE N°2 : Guide d'entretien (D.D.A.S.S. et Conseil Général)

ANNEXE N°3 : Guide d'entretien (représentant des usagers)

ANNEXE N°4 : Guide d'entretien (ministère de la santé)

ANNEXE N°5 : Guide d'entretien (sociologue)

ANNEXE N°6 : Guide d'entretien (directeurs d'EHPAD)

CALENDRIER

Mardi 25 septembre :

- élaboration de la problématique
- choix des personnes ressources : premiers contacts et difficulté pour rencontrer un élu
- entretien avec Mme DONNIO Isabelle

Mercredi 26 septembre :

- nouvelles prises de contacts téléphoniques
- recherche documentaire
- élaboration de l'ossature du plan

Jeudi 27 septembre :

- élaboration des grilles d'entretien
- répartition des entretiens
- préparation du budget prévisionnel
- entretien avec Mme CHAUVIN Karine (sociologue)

Vendredi 28 septembre :

- recherche documentaire à la fondation nationale de gérontologie
- entretien avec M. BENOIT (représentant des usagers à Rennes)

Lundi 1^{er} octobre :

- rencontre et entretien avec M. DUCROUX (directeur d'EHPAD à Auxerre)
- rencontre et entretien avec M. BRUNETIERE à Paris (Ministère de la Santé)

Mardi 2 octobre :

- rendez-vous et entretien avec Mr MICHELLETTI (directeur d'une maison de retraite privée dans l'Essonne)
- travail en commun

Mercredi 3 octobre :

- rencontre et entretien avec Mme SIPOS (directrice d'une maison de retraite privée à Rennes)
- échanges et exploitation des documents bibliographiques

Jeudi 4 octobre :

- élaboration d'un plan détaillé
- rencontre et entretien au Cantou de Rueil-Malmaison avec M. CAUSSANNEL (directeur)
- rencontre et entretien avec le capitaine des sapeurs pompiers de Rennes (direction départementale de la sécurité incendie)

Vendredi 5 octobre :

- entretien et rendez-vous avec M. BAZIN au Conseil Général d'Ille-et-Vilaine

Lundi 8 octobre :

- entretien et rencontre avec Mme BOUCHARD (directrice d'une maison de retraite privée dans l'Essonne) accompagnée d'une infirmière référente et du médecin coordonnateur
- entretien et rencontre avec Mme LEVRELLE au Conseil Général
- début de la rédaction du document

Mardi 9 octobre au vendredi 12 octobre :

- réalisation du document final : rédaction, mise en forme, relecture, réajustements, méthodologie (écrite), résumé, et préparation de l'argumentation pour l'oral

NB : certains contacts n'ont pas abouti, parmi lesquels ;

- un inspecteur principal de la DDASS,
- le cabinet du Préfet d'Ille-et-Vilaine,
- un chef de service d'un hôpital de gérontologie et son équipe.

GUIDE D'ENTRETIEN
D.D.A.S.S. / Conseil Général
Octobre 2001

- 1- Quelles sont vos implications dans le domaine de la sécurité et la qualité des prise en charge des personnes âgées dans les E.H.P.A.D. ?
Etes - vous satisfaits des résultats escomptés ?

- 2- Les objectifs qualité et sécurité des personnes âgées dépendantes sont-ils présents dans les schémas de coordination gérontologique ? (coopération interservice pour la logistique → service repas, linge...)

- 3- Quelle est votre position face à la prise de risque justifiée par la recherche d'une qualité de vie dans les institutions ?

- 4- Quelle est votre position face au établissements favorisant le tout sécuritaire ?

- 5- Combien y a t'il de conventions tripartites signées ou en cours dans l'Ille et Vilaine ?

- 6- Pensez-vous que les EPHAD puissent concilier l'objectif de concilier sécurité et qualité de vie et de soins des personnes âgées dépendantes ? et dans l'avenir quelles sont les actions à développer ?

GUIDE D'ENTRETIEN
Représentant des usagers
Le 28 septembre 2001

1 – Quelles sont les actions que vous menez pour améliorer la qualité de vie en tenant compte de la sécurité ?

2 – Quelles sont vos marges de manœuvre ? (Si insuffisantes) Quels objectifs privilégier, selon vous ?

3 – Quelles sont, selon vous, les attentes des personnes âgées et de leur entourage ?

4 – Quelles sont vos propositions pour concilier le bien-être de la personne âgées et les normes de sécurité ?

GUIDE D'ENTRETIEN
Mme CHAUVIN

Sociologue

Le 27 septembre 2001

1 – Selon vous, la société accorde-t-elle un « droit au risque » aux personnes âgées dépendantes hébergées en établissement ?

2 – Quelles sont vos propositions pour améliorer la conciliation entre la sécurité et le bien-être de la personne âgée dépendante (en EHPAD) ?

GUIDE D'ENTRETIEN
Mr. BRUNETIERE

Responsable de la mission MARTHE

Le 1^{er} octobre 2001

1 - Quelles sont les orientations et les tendances actuelles de prises en charge des personnes âgées dépendantes ?

2 - Nous allons maintenant aborder la mission MARTHE sous différents aspects :

- le contexte et la problématique dans lesquels s'est mise en place cette mission ,
- la « lettre de mission » qui vous a été confiée,
- la méthodologie de travail que vous avez utilisé. (lien avec les usagers et les professionnels)

3 - Comment les EHPAD peuvent – ils concilier les obligations de sécurité avec l'exigence de qualité ? (qualité de vie et soins)

4 – Comment voyez-vous la notion de « droit au risque » ? (pour les usagers et pour les professionnels)

Jusqu'où selon vous, un directeur d'EHPAD, peut concilier la sécurité et la qualité de vie des personnes ? (autrement dit , qu'elles prises de risques pour le directeur et les professionnels)

5 – Nous vous proposons d'aborder maintenant les perspectives c'est à dire :

- comment s'intègre aujourd'hui votre mission dans la politique générale du ministère ?
- quel bilan faites-vous des conventions tripartites signées à ce jour ?
- quel est ou quel sera l'arbitrage par rapport aux allocations de moyens aux EHPAD ?

GUIDE D'ENTRETIEN
Directeurs d'EHPAD

1 – Présentation de votre établissement :

- Caractéristiques de la population accueillie
- Niveau de dépendance
- Projet d'établissement

2 – Accordez-vous un « droit au risque » à vos résidents ? Y a-t-il une politique de gestion des risques (formelle ou informelle) ?

3 – Acceptez-vous de mettre en jeu votre responsabilité pour garantir plus de libertés aux résidents ?

4 – Comment percevez-vous et comment conciliez-vous les différentes contraintes ?

- contraintes imposées par les attentes des familles
- contraintes imposées par les attentes des résidents
- contraintes venant de la DDASS et des textes normatifs

5 – L'établissement dispose-t-il d'un projet de vie ?

- contenu (grandes lignes)
- mode d'élaboration (participation des équipes)

6 – Qualification et formation du personnel :

- glissement de tâches ?
- Position par rapport au CAFDES (nécessaire et suffisant ?)
- Personnel formé et sensibilisé à la maltraitance ?
- Existence de temps et de lieux de paroles pour le personnel ?
- Intervention d'un psychologue ?

7 – Y a-t-il un médecin coordonnateur ? Quelle est sa formation ?

8 – Quel est votre avis sur la réforme de tarification ?

- impact sur le fonctionnement de l'établissement
- impact sur la qualité et la sécurité

9 – L'établissement est-il intégré dans un réseau gérontologique ?

- avis sur les cantous (ou maison de retraite classique) ?
- existence de lits de soins palliatifs au sein de l'établissement ?

- convention avec une unité mobile de soins palliatifs ?
- formation en soins palliatifs ?

10 – Quelles sont vos propositions pour plus de qualité (dans le respect des normes de sécurité) ?