



**L'OBSERVATOIRE DES EHPAD**  
**DE LA 2<sup>ème</sup> CIRCONSCRIPTION DE SEINE-MARITIME**

**ANNIE VIDAL, DEPUTEE**

Mai 2018



# L'OBSERVATOIRE DES EHPAD DE LA 2<sup>ème</sup> CIRCONSCRIPTION DE SEINE MARITIME

---

*Réalisé<sup>1</sup> par **Annie Vidal**, Députée,  
ses collaborateurs Philippe Masson, Odile Mottet et Lucie Loncle Duda  
avec la contribution des établissements de la circonscription.*

---

<sup>1</sup> Annie Vidal fut Ingénieure chargée de projet en CHU, Collaborateurs : Philippe Masson est Maître de Conférence, il enseigne en IFSI, Odile Mottet fut Professeure agrégée en SVT, Lucie Loncle Duda est Juriste en Droit de la Santé.

*« Ils ont des cheveux blancs, ils ont du mal à porter leur corps, à tenir leur tête droite, leurs idées s'embrouillent et les mots sortent de manière désordonnée de leur bouche.*

*En même temps il y a encore de la lumière dans leurs yeux et un semblant de sourire sur leur visage qui parfois se transforme en rictus, peut-être parce qu'on ne sait pas aller le chercher.*

*C'est cela le grand âge, c'est cela que nous ne pouvons ou ne voulons pas voir, parce ce que c'est, potentiellement, la projection d'un futur personnel que nous n'acceptons pas.*

*Et pourtant nous devons le voir et le regarder en face. »*

*Annie Vidal*

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Contexte de l'étude .....</b>	<b>6</b>
2.1	Les objectifs.....	6
2.2	Le périmètre de l'étude .....	7
<b>3</b>	<b>Définitions .....</b>	<b>10</b>
3.1	Les types d'hébergement en EHPAD .....	10
3.2	Le GMP .....	11
3.3	Le PMP .....	11
<b>4</b>	<b>Approche par les réseaux d'influence.....</b>	<b>12</b>
4.1	La description du réseau d'influence.....	12
4.2	Les critères observés .....	15
<b>5</b>	<b>Aspects méthodologiques .....</b>	<b>18</b>
5.1	Le périmètre de l'étude .....	18
5.2	L'analyse en composante multiple .....	18
<b>6</b>	<b>Analyse des résultats .....</b>	<b>19</b>
6.1	Les limites de l'étude .....	19
6.2	Le résident .....	19
6.3	Les établissements.....	21
6.4	Les critères observés .....	25
6.5	L'analyse en composante multiple (ACM) .....	29
<b>7</b>	<b>Discussion et préconisations.....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUCTION

---

Cette étude a été conduite, suite aux articles de presse et aux déclarations donnant à penser que la France, non seulement ne prendrait pas convenablement en charge ses aînés, mais serait à l'origine de maltraitance au sein des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et, notamment, de maltraitance institutionnelle.

Pour rappel la maltraitance peut prendre plusieurs formes. Selon l'OMS<sup>2</sup>, « *la maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect* ». <sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> OMS Organisation Mondiale de la Santé

<sup>3</sup> <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

## 2 CONTEXTE DE L'ETUDE

---

### 2.1 LES OBJECTIFS

---

L'étude est conduite avec deux objectifs : d'une part, faire un état des lieux des EHPAD de la 2<sup>ème</sup> circonscription de Seine-Maritime et, d'autre part, analyser les pratiques professionnelles et leurs impacts sur la qualité de vie des résidents et sur la qualité de vie au travail du personnel de ces structures.

Chacun des 16 EHPAD de la deuxième circonscription de Seine Maritime a fait l'objet d'une rencontre avec la direction, les personnels, les résidents, et les familles chaque fois que possible, suivie d'une visite des installations, l'ensemble sur une durée moyenne de 3 heures.

Cette circonscription de 87 communes est composée de communes :

- urbaines où vivent des cadres moyens et supérieurs et des professions libérales,
- périurbaines avec un fort taux de chômage et une grande précarité,
- rurales habitées d'employés à revenus moyens et faibles, d'agriculteurs et de personnes ayant choisi de vivre dans ces secteurs plus éloignés des villes par attrait personnel.

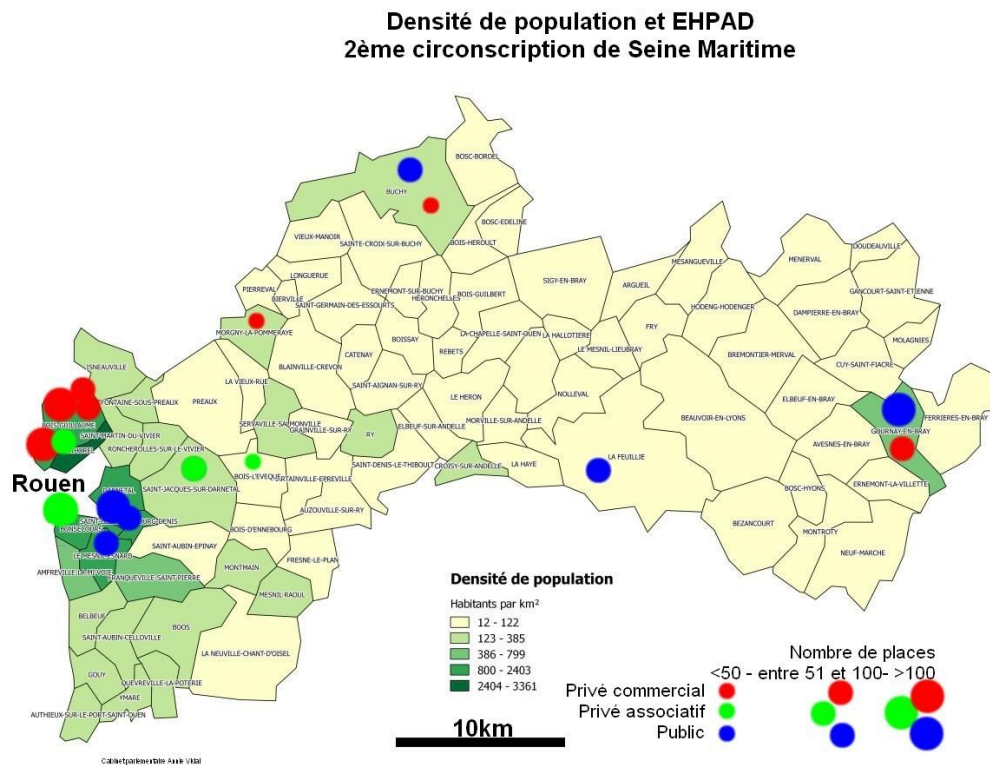
Elle est en cela représentative de la France, à la nuance près que nous n'avons pas constaté de grande diversité d'origine et culturelle parmi les résidents et les personnels.

La densité de la population est très inégale dans la circonscription (voir carte de la figure 1).

Sur les secteurs les plus ruraux et les moins peuplés, il y a trois EHPAD dont deux publics, qui se trouvent situés tous les trois à proximité de la limite des départements de l'Eure et de l'Oise.

Les EHPAD sont concentrés dans les zones urbaines, et les EHPAD commerciaux le sont à l'ouest de la circonscription, dans les zones les plus favorisées socialement.

**Figure 1 : Cartographie de la circonscription avec densité de population et EHPAD selon le statut et la capacité**



## 2.2 LE PERIMETRE DE L'ETUDE

### 2.2.1 Distribution des établissements par statut

Les 16 établissements de la circonscription, sont répartis en 11 établissements de statut privé (associatifs PrA et commerciaux PrC) et 5 de statut public (Pu : hospitaliers, autonome et de territoire). Ceci donne pour la circonscription 65% d'EHPAD privés et 35% d'EHPAD publics, alors qu'au niveau départemental, la répartition est de 55% d'établissements privés et de 45% d'établissements publics. Cette distribution départementale est très proche de la distribution nationale de 57% de privés et 43% de publics.

**Les établissements privés commerciaux** représentent 41% des EHPAD dans la circonscription alors qu'ils sont 21% dans le département et 25% dans le territoire national.

Les autres établissements privés qui sont des **établissements privés associatifs** sont **moins représentés qu'ailleurs sur le territoire** ; ils représentent 24 % des EHPAD. Ils sont sous représentés à hauteur de 10% par rapport au département et de 8% par rapport au territoire national.

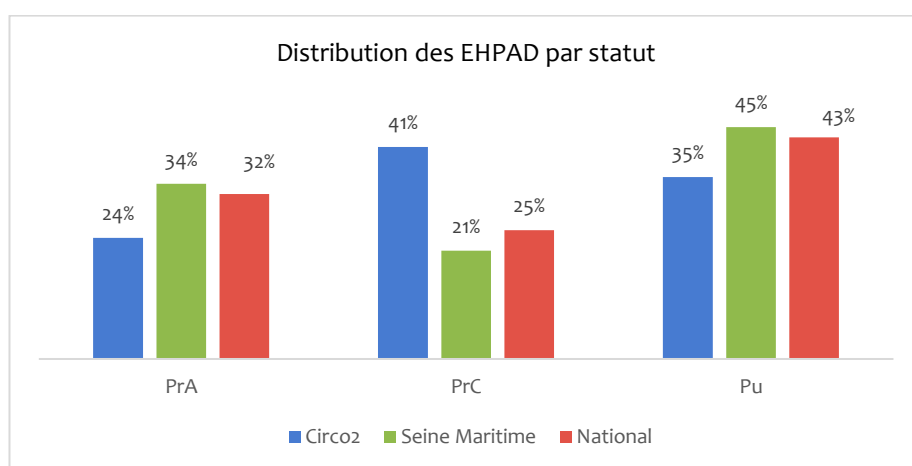


Quant au **secteur public**, avec 35% des établissements, il est **sous représenté** dans les mêmes proportions, soit à hauteur de 10% par rapport au département et de 8% par rapport au territoire national.

Il apparaît donc que **les structures privées commerciales sont majoritaires et surreprésentées dans la circonscription.**

Il est à noter que leur implantation est généralement plus récente que celle des autres établissements.

**Figure 2 : Distribution des EHPAD selon le statut**



Données nationales Source CNSA 31/12/2016

---

### 2.2.2 Distribution des places par statut

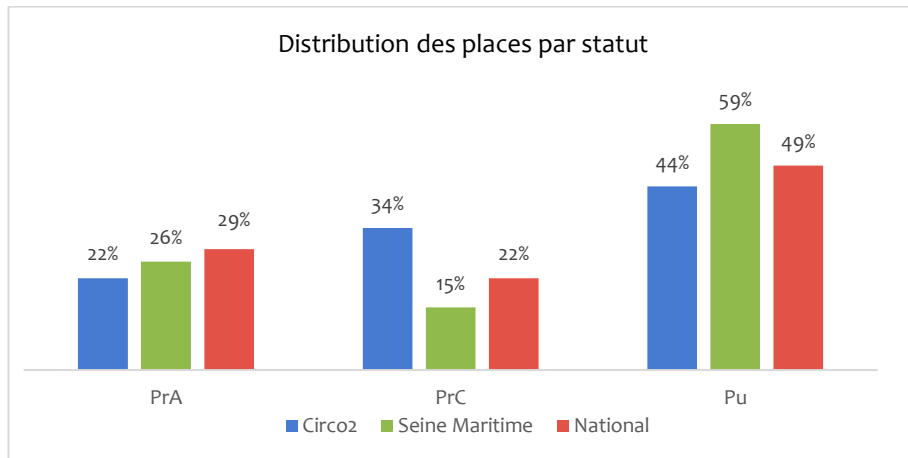
---

Il paraît pertinent d'envisager également l'offre en nombre de places selon les statuts.

Parmi les 1381 places en EHPAD dans 2<sup>ème</sup> circonscription de Seine Maritime, **56% des places sont offertes par des établissements privés (PrA + PrC).**

Parmi les 44% de places en établissements publics, 31% sont des places en établissements publics hospitaliers (représentés par 2 établissements avec un capacitaire important) et 13% en établissements publics autonomes.

**Figure 3 : Distribution des places selon le statut de l'EHPAD**



Données nationales Source CNSA 31/12/2016

**La comparaison avec les deux niveaux, départemental et national, montre que, dans la circonscription, la répartition capacitaire est également nettement plus favorable au secteur privé commercial et défavorable à la fois au secteur public et au secteur privé associatif.**

Il conviendra donc de prendre en compte cette répartition dans les analyses futures.

## 3 DEFINITIONS

---

### 3.1 LES TYPES D'HEBERGEMENT EN EHPAD

---

Les EHPAD<sup>4</sup> (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) permettent d'accueillir des personnes âgées de 60 ans ou plus pour un séjour indéterminé, dit hébergement permanent dans un cadre de vie sécurisé et collectif. Le séjour comprend alors un hébergement en chambre ou appartement autour duquel s'organisent des espaces collectifs.

Quelques EHPAD réservent des chambres pour l'**hébergement temporaire**. Le séjour est dit temporaire s'il dure moins de six mois. Cela permet d'accueillir une personne de manière ponctuelle, soit à la suite d'une hospitalisation, soit pour permettre à l'aidant familial de prendre un temps de répit. Le résident, qu'il soit en hébergement permanent ou temporaire, bénéficie des mêmes prestations.

Beaucoup d'établissements disposent d'une **unité protégée** réservée aux résidents atteints de troubles de type Alzheimer. Le but est d'offrir un accompagnement spécifique au résident pour réduire et surveiller les troubles du comportement, en limiter leurs conséquences, et améliorer leur qualité de vie en établissement. Au-delà des animations aujourd'hui proposées dans tous les EHPAD, l'unité protégée Alzheimer prévoit un programme avec des activités à visée thérapeutique. Le but est de stimuler les capacités restantes du résident afin de les préserver le mieux possible, de prendre en charge les pertes de mémoire, la déambulation et les différents troubles du comportement associés à la maladie d'Alzheimer.

Certains établissements disposent de locaux réservés à l'**accueil de jour**. Il s'agit d'un accueil pour la journée, un à plusieurs jours par semaine. Les accueils de jour sont de plus en plus souvent habilités à recevoir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et proposent aussi des activités spécifiques à visée thérapeutique. Cet accueil permet une acclimatation progressive conduisant à l'intégration d'un EHPAD.

---

<sup>4</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

### 3.2 LE GMP

---

En France, le degré d'autonomie des personnes âgées est évalué en fonction des activités qu'elles sont capables (ou pas) d'effectuer à travers le modèle Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources (AGGIR) qui permet d'attribuer à chaque personne un niveau de dépendance GIR allant de 1 à 6, correspondant chacun à une cotation. Chaque GIR définit le niveau de soins dont une personne a besoin, le GIR1 correspondant au plus haut niveau de dépendance et le GIR6 à une autonomie complète. Le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes dans un établissement à une période donnée lui permet de déterminer son GIR moyen pondéré (GMP) qui traduit donc le degré de dépendance des personnes hébergées dans cet EHPAD à un jour donné. Plus le GMP d'un établissement est élevé, moins le **niveau d'autonomie des résidents** est important.

**Le GMP est en constante progression** depuis 2010. Le GMP moyen national est passé de 680 en 2010 à 722 en 2016 soit 6% d'augmentation<sup>5</sup>. Cela s'explique notamment, par le fait que les personnes âgées restent de plus en plus chez elles, le maintien à domicile ayant été favorisé par le développement des aides à domicile. En effet, l'âge moyen des résidents a augmenté de 10 mois entre 2007 et 2011 et de 9 mois entre 2011 et 2015. Aujourd'hui **la moitié des résidents en EHPAD sont âgés de plus de 87 ans et 7 mois**.<sup>6</sup>

### 3.3 LE PMP

---

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est la mesure du besoin en prise en charge médicale. Il est déterminé à la fois par le degré d'autonomie des résidents accueillis dans l'établissement mesuré par la grille AGGIR, et par les soins médico-techniques requis pour les résidents compte tenu de leurs pathologies, mesurés par l'outil PATHOS. Il s'agit donc d'un forfait global en soins qui varie également à la hausse de 180 en 2010 à 211 en 2015 soit 17% de plus en 5 ans<sup>7</sup>. Cette évolution témoigne des besoins médicaux croissants des résidents en EHPAD. Plus le PMP est élevé, plus la charge en soins est importante.

A titre d'exemple, un PMP à 200 est courant dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

---

<sup>5</sup> La situation des EHPAD en 2016, CNSA, 2017

<sup>6</sup><http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf> et <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>

<sup>7</sup> La situation des EHPAD en 2016, CNSA, 2017

## 4 APPROCHE PAR LES RESEAUX D'INFLUENCE

---

### 4.1 LA DESCRIPTION DU RESEAU D'INFLUENCE

---

Il s'agit d'une approche<sup>8</sup> socio-écologique. **Le résident** en EHPAD est alors à considérer comme au centre d'un **réseau d'influence** composé de 4 dimensions : l'établissement, l'environnement, la famille et les relations entre les résidents.

**Le résident** est par nature un être vulnérable ou potentiellement vulnérable et il nous appartient à titre individuel, et à titre collectif, de le prendre en charge avec respect et dignité. A ce stade, la notion fondamentale qui sous-tend l'étude est la **bienveillance** des plus vulnérables d'entre nous comme enjeu d'une société toute entière, comme enjeu d'humanité.

Pour rappel, selon la Haute Autorité de la Santé<sup>9</sup>, « la *bienveillance* est une **démarche globale** dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. »  
« Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

---

#### 4.1.1 L'établissement

Les EHPAD sont des **établissements d'hébergement médicalisés** qui ont vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes, sur le plan physique et/ou psychique. L'établissement doit assurer des prestations minimales à son résident (administration, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, animation de la vie sociale).

Une équipe de soignants réalise les soins au quotidien sous le contrôle du médecin coordonnateur.

**Les établissements publics** sont gérés par un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ou un hôpital local, avec une quasi majorité de leurs places habilitées à l'aide sociale, permettant d'accueillir des personnes ayant de faibles ressources. Le tarif des places habilitées à l'aide sociale (A.S.) est fixé par le Conseil départemental.

**Les établissements privés associatifs** sont à but non lucratif et ils sont gérés par des organismes tels que des caisses de retraite, des mutuelles, des associations.

---

<sup>8</sup> Masson P., (2014). PARTENARIAT ET EDUCATION POUR LA SANTE : Une approche par les réseaux d'influences. Habilitation à Diriger des Recherches, 3 juillet 2014, Université du Littoral (ULCO), Dunkerque)

<sup>9</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1313787/fr/bienveillance](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1313787/fr/bienveillance)

Quant aux **établissements privés commerciaux**, ils sont gérés par des grands groupes privés nationaux ou des entreprises familiales, développées à l'échelle locale ou régionale. Les tarifs des places non habilitées sont fixés librement par l'organisme gestionnaire et peuvent varier en fonction de l'établissement.

Seule l'évolution annuelle des tarifs est encadrée par un arrêté ministériel.

Au moins deux grands **critères qualitatifs d'un établissement** peuvent être appréciés : d'une part l'aspect architectural, et d'autre part l'aspect managérial.

- **L'aspect architectural.**

Il comprend l'espace privé qu'est la chambre du résident en termes de superficie, de luminosité, de décoration, de confort mais aussi en termes d'ergonomie et d'accessibilité, notamment au niveau du cabinet de toilette. La qualité de vie du résident est aussi dépendante de l'articulation des espaces privatifs et collectifs, de l'existence de salons d'accueil pour recevoir la famille, de salles à manger privatives pour les repas familiaux, d'espaces collectifs autres que les pièces d'activité communes et également d'espaces extérieurs avec des lieux de promenade autour de la résidence.

- **Le management.**

Il consiste à utiliser les moyens de la structure pour la diriger au mieux et doit permettre d'organiser ces ressources afin d'obtenir une performance satisfaisante. Il existe un niveau de management stratégique et un niveau de management opérationnel. Le management **stratégique** se situe au niveau de la Direction. Il fixe les grandes orientations de la structure, la politique d'ensemble, la conduite à long terme des projets, le choix des stratégies et les perspectives. Le management **opérationnel**, quant à lui, fait référence à la déclinaison au quotidien de la politique générale portée par la Direction ainsi qu'au déploiement de son projet d'établissement.

Le rôle du manager est donc essentiel car il doit convaincre ses collaborateurs du bien fondé de ses décisions et les fédérer autour de son projet.

Le manager veille à ce qu'il y ait une cohérence d'ensemble dans toutes ses actions. La confiance de son équipe lui est indispensable. Il induit le dynamisme, il fédère l'équipe autour d'un même objectif et d'un même projet. Il peut impliquer chaque professionnel dans la résolution de problèmes, chacun dans son périmètre de compétences. Il prend en compte les potentialités et les possibilités d'évolution de carrière de chacun.

D'une part le management est à l'origine d'une **organisation du travail** au plus près des besoins des résidents tout en étant à l'écoute des attentes des professionnels et, d'autre part, le management contribue à la **qualité** dans les pratiques professionnelles mais aussi autour du circuit du médicament, du linge, et des repas.

---

### 4.1.2 L'environnement

---

L'EHPAD est un lieu de vie où chacun doit et peut se sentir bien. La personnalisation de **l'appartement ou de la chambre** avec quelques meubles et objets de décoration personnels y contribue. Cette possibilité, donnée en respectant des règles de sécurité et de circulation, augmente lorsque les lieux sont spacieux et contribue à reconstituer une intimité propre au résident et à sa famille « comme à la maison ».

Comme tout un chacun, il est essentiel pour un résident d'EHPAD, de pouvoir recevoir famille et amis dans des **lieux collectifs** mais aussi dans des **lieux privés**.

La décoration, l'éclairage des **espaces collectifs**, l'environnement extérieur sont des critères importants du bien-être pour tous au sein de l'établissement.

La socialisation nouvelle, inhérente à l'entrée dans un EHPAD, passe par des **interventions et animations** proposées, soit par l'établissement, soit par des associations ou prestataires qui participent ainsi au maintien des capacités de communication et d'interaction avec l'environnement.

---

### 4.1.3 La famille

---

Cette dimension rend compte également du lien social que le résident entretient avec des personnes extérieures à l'établissement. Elle comprend bien sûr, en premier lieu, les relations familiales et amicales, mais ne s'y limite pas car bon nombre de personnes âgées n'ont pas ou peu de visites. Les relations sociales s'effectuent alors au travers de personnes de substitution.

Il est bien évident que les personnels de l'EHPAD, quel que soit leur niveau d'intervention, participent eux aussi à la constitution de ce lien invisible mis en évidence par Bourret (2006)<sup>10</sup>

---

### 4.1.4 Les inter actions avec les autres résidents

---

Les échanges avec les autres résidents participent aussi du lien social évoqué au point précédent. Les activités proposées aux résidents contribuent à ce maintien, avec l'apparition ici et là de nouvelles amitiés pouvant aller parfois à la création de nouveaux couples. Il est alors intéressant de noter la réaction des soignants et de la famille qui est parfois peu tolérante. Il n'est pas rare que les soignants assurent le rôle de médiateur lors de relations conflictuelles entre résidents, voire les familles, contribuant ainsi activement au maintien d'une atmosphère apaisée.

---

<sup>10</sup> Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*. Seli Arslan.

## 4.2 LES CRITERES OBSERVES

L'aspect qualitatif a été évalué en fonction des critères définis en première partie dans le réseau d'influence (figure 5). Ne pouvant tout évaluer, nous avons souhaité cibler quatre critères issus de trois des quatre dimensions (Etablissement, Environnement, Famille et Relations entre les résidents).

Dans **la dimension Etablissement**, deux critères ont été pris en compte :

- Le critère (1) **Architecture** avec un regard sur le cadre de vie du résident, cadre de vie créateur d'isolement ou au contraire permettant de stimuler les relations sociales par l'aménagement des espaces, et d'autre part,
- Le critère (2) **Management** portant sur l'organisation du travail, l'encadrement des équipes, la démarche qualité et notamment le circuit du médicament, celui du linge, des repas, etc.

Pour **la dimension Environnement**, l'attention a été portée sur

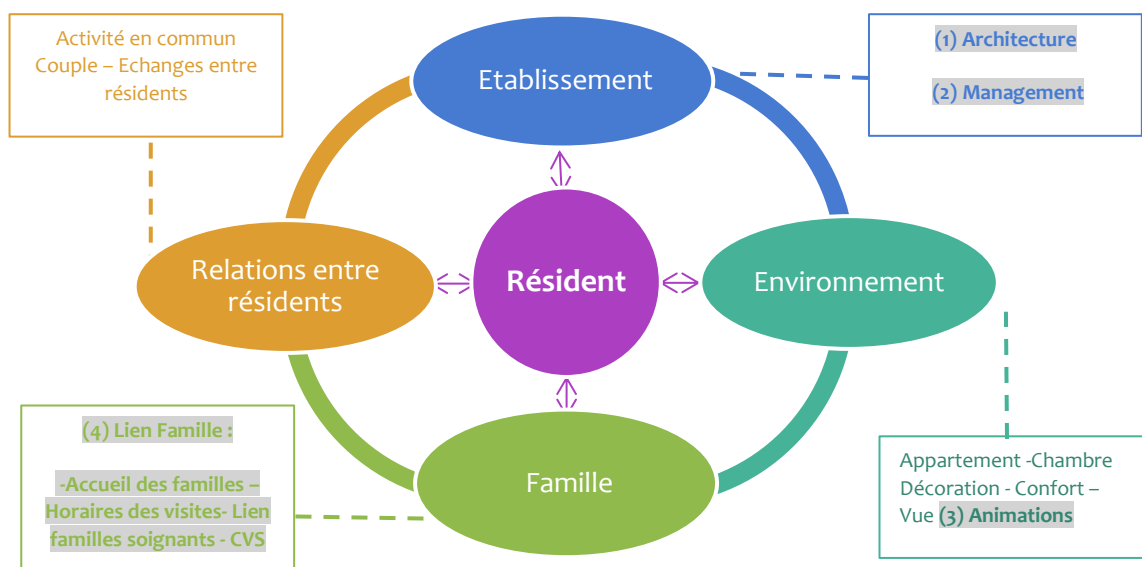
- Le critère (3) **Animations**, de l'occupationnel à la stimulation, avec la variété des animations, la diversité des partenariats, l'ouverture à l'extérieur etc.

Enfin, dans **la dimension Famille**, le critère qui a été ciblé est

- Le critère (4) **Lien avec la famille**, avec un focus sur les possibilités de visites, sur l'aménagement de la chambre, et sur les actions menées en faveur du maintien du lien familial.



**Figure 4 : Schéma du réseau d'influence et identification des critères observés**



Parmi les problématiques évoquées autour des EHPAD, la convergence tarifaire négative, pour certains établissements, entraînée par la réforme du financement des EHPAD, a été à l'origine de nombreux mécontentements.

En outre, les acteurs professionnels de ce secteur se sont exprimés sur les dysfonctionnements, la dureté de ce travail et un malaise croissant.

A ce stade, il semble important de préciser les hypothèses qui sous-tendent cette observation. Il semble que la réponse à apporter va bien au-delà des questions tarifaires et d'effectifs.

L'architecture, le management, l'organisation du travail, la valorisation des professionnels, l'animation pourraient, entre autres, avoir une place prépondérante.

## 5 ASPECTS METHODOLOGIQUES

---

### 5.1 LE PERIMETRE DE L'ETUDE

---

Le périmètre de l'étude est celui des EHPAD de la 2<sup>ème</sup> circonscription de Seine-Maritime au nombre de 16. L'observation se fera pour partie sur des aspects quantitatifs et portera sur le statut des structures, le nombre et la répartition des places, le GMP, le PMP, les effectifs et les tarifs.

Après un premier traitement des données quantitatives colligées, l'étude consistera à observer au sein des EHPAD visités quelques critères ciblés. Cette observation sera complétée par des échanges avec les différents acteurs rencontrés.

Pour compléter l'étude, une immersion avec les professionnels, sur 3 postes de travail d'un service, sur la durée totale d'une journée, a permis de confronter les observations à la réalité et d'apprécier **le travail invisible**. Cette immersion a été réalisée dans un établissement public autonome.

Pour chaque établissement, l'objectif est d'attribuer une cotation aux critères observés selon l'échelle d'attitude de Lickert à 4 degrés, ceci afin de pouvoir formaliser de manière objective et équitable la perception globale de chaque établissement.

Cotations critères	0	1	2	3
Architecture (1)				
Management (2)				
Animation (3)				
Lien avec la famille (4)				

Après transformation, les observations quantitatives et qualitatives retenues peuvent être représentées dans un graphique unique de type radar.

### 5.2 L'ANALYSE EN COMPOSANTE MULTIPLE

---

D'autre part, une Analyse en Composante Multiple (**ACM**) permettra d'étudier **l'association entre plusieurs variables quantitatives et qualitatives**.

## 6 ANALYSE DES RESULTATS

---

Les visites de 15 établissements sur les 16 de la circonscription ont été réalisées entre janvier et avril 2018 à raison de 2 à 3 heures par EHPAD (entretien, visite des locaux).

### 6.1 LES LIMITES DE L'ETUDE

---

On constate une première difficulté à obtenir des données homogènes d'un établissement à l'autre malgré la bonne volonté de nos interlocuteurs.

Les activités des agents de service ne sont pas clairement identifiées, ce qui laisse à penser qu'il pourrait y avoir des glissements de tâches, d'une part, par solidarité pour absorber la charge de travail et, d'autre part, par manque de documents formalisés.

### 6.2 LE RESIDENT

---

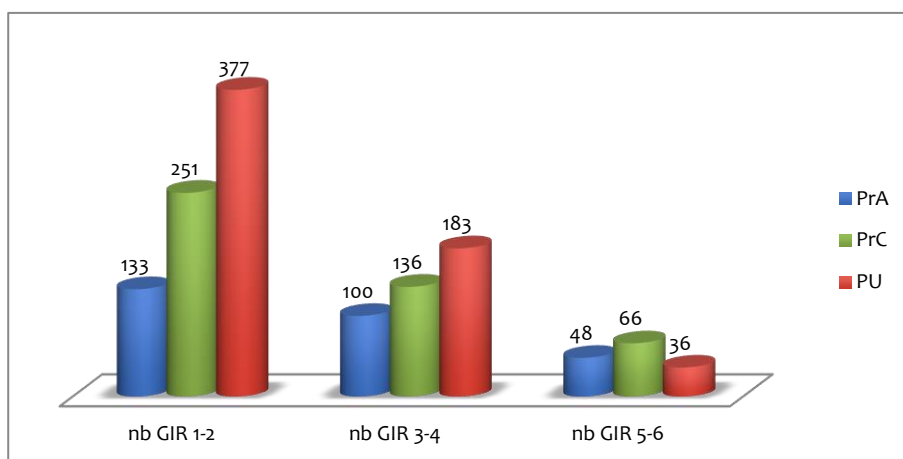
Les résidents du groupe (**GIR 1-2**), qui sont les plus dépendants sont plus nombreux dans le secteur public, 63,3%, alors qu'ils sont 55,4% dans les établissements privés commerciaux et 47,3% dans les établissements privés associatifs.

Les personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais qui ont besoin d'une assistance (**GIR 3-4**), forment un groupe réparti de façon assez homogène entre les trois types d'établissements, entre 30 et 35%.

Cependant, il y a moins de personnes autonomes (**GIR 5-6**) dans les établissements publics (Pu), 6% que dans les établissements privés (PrC et PrA), respectivement 14,6% et 17,1%.

**Près d'un résident sur deux, 45% est pris en charge dans un établissement public et, parmi eux, 7 sur 10 sont très dépendants (GIR 1-2).**

**Figure 5 : Répartition des GIR en fonction du statut de l'établissement**



ON NOTE 1381 PLACES DISPONIBLES DANS LA CIRCONSCRIPTION MAIS DONNEES POUR 1361 (IL MANQUE UN ETABLISSEMENT) AVEC UN TAUX D'OCCUPATION DE 97%, N=1330

Type d'établissement	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Total
<b>Privé Associatif</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>281</b>
(L % Ligne)	(L 47,3%)	(L 35,6%)	(L 17,1%)	(L 100%)
(C % Colonne)	(C 17,5%)	(C 23,9%)	(C 32%)	
(G % Global)	(G 10%)	(G 7,5%)	(G 3,6%)	(G 21,1%)
<b>Privé Commercial</b>	<b>251</b>	<b>136</b>	<b>66</b>	<b>453</b>
(L % Ligne)	(L 55,4%)	(L 30%)	(L 14,6%)	(L 100%)
(C % Colonne)	(C 33%)	(C 32,5%)	(C 44%)	
(G % Global)	(G 18,9%)	(G 10,2%)	(G 5%)	(G 34,1%)
<b>Public</b>	<b>377</b>	<b>183</b>	<b>36</b>	<b>596</b>
(L % Ligne)	(L 63,3%)	(L 30,7%)	(L 6%)	(L 100%)
(C % Colonne)	(C 49,5%)	(C 43,7%)	(C 24%)	
(G % Global)	(G 28,3%)	(G 13,8%)	(G 2,7%)	(G 44,8%)
<b>Total</b>	<b>761</b>	<b>419</b>	<b>150</b>	<b>N= 1330</b>
(L % Ligne)	(L 57%)	(L 32%)	(L 11%)	(L 100%)

KHI<sup>2</sup> (VALEUR OBSERVEE) 35,670 P-VALUE < 0,0001 ; POURCENTAGES ARRONDIS AU DIXIEME

La durée moyenne de séjour (DMS) varie de six mois à quatre années. Même si nous nous accordons pour dire que cette donnée ne permet pas de tirer de conclusions sur la qualité des soins dispensés, il n'en reste pas moins qu'elle a des conséquences sur le personnel soignant. Outre la charge émotionnelle liée au décès d'un résident, l'entrée d'un nouveau résident implique une surcharge de travail liée entre autres, à l'installation de la personne, et à de nouvelles habitudes à prendre. Les répercussions psychologiques d'un DMS faible sur les soignants sont indéniables.

## 6.3 LES ETABLISSEMENTS

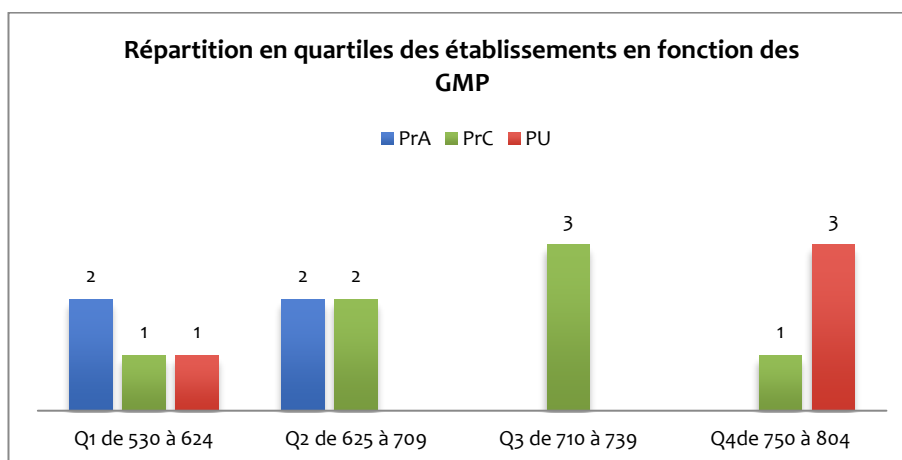
### 6.3.1 GMP

Nous avons observé dans notre circonscription des GMP allant de 530 à 804 soit une moyenne de **688**, inférieure à la moyenne départementale à 705 et à la moyenne nationale à 694.

Nous pouvons constater, le niveau élevé du GMP dans les EHPAD publics et dans une moindre mesure dans les établissements privés commerciaux.

Les EHPAD privés associatifs, quant à eux, accueillent davantage de personnes âgées autonomes.

**Figure 6 : Distribution des GMP selon le statut de l'établissement**



### 6.3.2 PMP

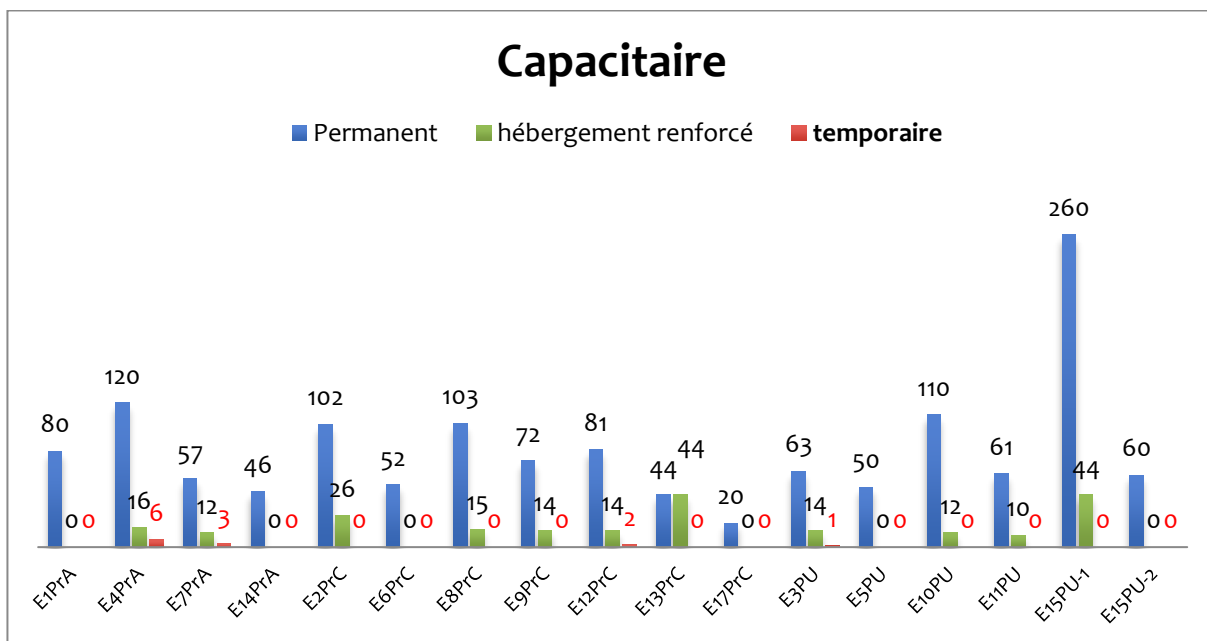
Seulement 30% des établissements ont pu nous fournir le PMP, et la distribution varie de 148 à 262. Bien qu'insuffisamment représentative, la moyenne de ces 6 établissements est de **193**, proche de la moyenne nationale à 192 (toutes catégories confondues).

Cette absence de données nous interpelle car le PMP permet d'objectiver la charge en soins qui pèse sur les équipes et son suivi est indispensable.

### 6.3.3 Répartition des types d'hébergement

La figure ci-dessous montre la disparité des structures en terme capacitaire, et notamment le peu de places dédiées à l'hébergement temporaire : 12 places sur 1381 (en rouge dans le graphique ci-dessous), soit moins de 1%. Il est à noter que ces places en hébergement temporaire se situent majoritairement (75%) dans les EHPAD privés associatifs.

Les établissements privés commerciaux, quant à eux, occupent une place prépondérante dans l'offre de structure d'hébergement renforcé avec 113 places, suivis par les établissements publics avec 80 places puis par les établissements privés associatifs avec 28 places.



### 6.3.4 Les équipes

Nous avons recueilli, lors de nos visites, les effectifs globaux ainsi que les effectifs au pied du lit (soignants) exprimés en Equivalent Temps Plein (ETP). Ramenés au nombre de résidents, on obtient un ratio global et un ratio pied du lit pour chaque établissement. **Ces ratios sont exprimés en ETP pour 1 résident.**

Toutefois dans la catégorisation des effectifs au pied du lit, selon les établissements, **les agents de services hospitaliers ou équivalents ne sont pas toujours comptabilisés dans les effectifs soignants.** Dans la mesure où nous avons pu observer qu'ils participaient de manière inégale, soit à la toilette, soit aux repas, nous les avons inclus dans l'effectif au pied du lit.

Pour les effectifs globaux le ratio moyen est de :

- **0,6** ETP pour les établissements privés associatifs,
- **0,65** ETP pour les établissements privés commerciaux,
- **0,73** ETP pour les établissements publics.

Quant au ratio moyen au pied du lit, il est de :

- **0,47** ETP pour les établissements privés associatifs,
- **0,43** ETP pour les établissements privés commerciaux,
- **0,44** ETP pour les établissements publics.

**Si les ratios moyens au pied du lit sont assez proches entre les établissements, on constate l'écart le plus important entre le ratio global et le ratio au pied du lit dans les établissements publics.**

Par ailleurs, en prenant en compte la valeur d'un **écart type**, le ratio au pied du lit varie de :

- 0,28<sup>11</sup> à 0,60<sup>12</sup> ETP dans les établissements publics,
- 0,33 à 0,53 dans les établissements privés commerciaux
- 0,35 à 0,59 dans les établissements privés associatifs.

**Tous établissements confondus, le ratio au pied du lit varie de 0,28 à 0,60 ETP pour 1 résident.**

**C'est dans les EHPAD publics que la variation du ratio au pied du lit est la plus importante.**

Quant au **ratio global**, il varie, tous établissements confondus de **0,45 à 0,97 ETP**, le ratio le plus faible se trouvant dans les établissements privés commerciaux et le plus fort dans les établissements publics.

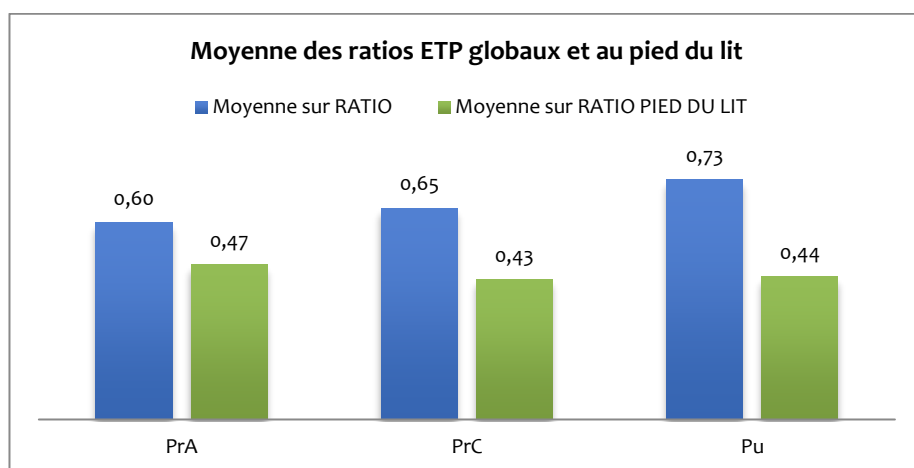
---

<sup>11</sup> Il s'agit de la valeur du ratio moyen de chaque type d'établissement moins la valeur d'un écart type

<sup>12</sup> Il s'agit de la valeur du ratio moyen de chaque type d'établissement plus la valeur d'un écart type



**Figure 7 : Variation des ratios globaux et au pied du lit par résident selon le statut de l'EHPAD**



Ecart-type	Ratio total	Ratio Pied du lit
PrA	0,06	0,12
PrC	0,20	0,10
PU	0,24	0,16

La distribution en quartiles en fonction du ratio au pied du lit, avec des réserves relatives dues à la taille de l'échantillon, montre que dans le quartile supérieur l'absentéisme reste élevé pour les établissements publics.

Quartile en fonction du RATIO pied du lit	De 0,33 à 0,37	0,40 à 0,45	0,47 à 0,51	0,52 à 0,68
	Q1	Q2	Q3	Q4
Type d'établissement	E6PrC E4PrA E9PrC E11PU	E10PU E12PrC E7PrA	E8PrC E3PU E1PrA	E5PU E14PrA E15PU_1 E15PU_2
ABSENTEISME	0,29 0,07 0,02 0,08	0,20 0,11 0,01	0,12 0,18 0,20	0,20 0,08 0,21 0,21

### 6.3.5 Les tarifs

Le système de tarification dans sa globalité est assez complexe. Il repose sur 3 blocs : le forfait soins entièrement à la charge de la CPAM, le forfait dépendance et le forfait hébergement à la charge du résident, hors allocations d'aide aux personnes âgées (APA).

Le reste à charge médian au niveau national est de 1949€ avec des variations importantes allant de 1616€ à 3154€.

Dans la circonscription nous constatons un **reste à charge médian de 2577€** variant de 1658€ à 3141€.

---

## 6.4 LES CRITERES OBSERVES

---

Les aspects qualitatifs présentés dans le chapitre 4.2, ont été évalués à partir des critères définis au sein des quatre dimensions de l'approche par réseaux d'influence, selon l'échelle de Lickert en 4 niveaux.

Pour mémoire, il s'agit, dans **la dimension Etablissement**, de deux critères.

- Le critère **(1) Architecture** avec un regard sur le cadre de vie du résident, cadre de vie créateur d'isolement ou au contraire permettant de stimuler les relations sociales par l'aménagement des espaces,
- Le critère **(2) Management** portant sur l'organisation du travail, l'encadrement des équipes, la démarche qualité et notamment le circuit du médicament, des repas et du linge, etc.

Dans **la dimension Environnement**, un critère a été retenu,

- Le critère **(3) Animations**, de l'occupationnel à la stimulation, avec la variété des animations, la diversité des partenariats, l'ouverture à l'extérieur etc.

Enfin, dans **la dimension Famille**, le critère ciblé est

- Le critère **(4) Lien avec la famille**, avec un focus sur les possibilités de visites, sur l'aménagement de la chambre, et sur les actions menées en faveur du maintien du lien familial.

La cotation de l'ensemble de ces critères nous permet d'obtenir une appréciation globale, certes subjective puisque basée sur des aspects qualitatifs, mais qui permet d'avoir une vision d'ensemble de nos observations estimée avec équité d'un établissement à l'autre.

---

### 6.4.1 L'architecture

---

La chambre du résident est relativement uniforme sur l'ensemble des établissements visités avec environ 20 m<sup>2</sup>, un cabinet de toilette avec douche à l'italienne le plus souvent, lavabo et WC. La différence se situe dans l'accessibilité au cabinet de toilette et dans la personnalisation de l'espace chambre, limitée pour certains à seulement un cadre et des photos mais pouvant aller pour d'autres jusqu'à la possibilité de meubler la chambre. Les espaces de rencontre avec les familles sont aussi un moyen de différenciation, de l'espace intime où l'on peut prendre un repas au calme à la pièce commune. Nous avons observé également nombre

de différences en ce qui concerne le hall d'accueil de l'EHPAD. L'attention apportée à cet espace est un signe manifeste adressé aux familles et aux résidents.

---

### 6.4.2 Le management

---

Quatre éléments étaient observés : l'organisation du travail, le lien au sein des équipes, la démarche qualité et notamment le circuit du médicament et du linge ainsi que les repas. L'organisation du travail est le plus souvent en 7h, organisation qui est en général retenue lorsque le choix est laissé aux soignants.

L'ensemble des établissements s'est engagé dans un processus d'évaluation externe de la qualité. Cependant les établissements se sont appropriés de manière inégale la démarche qualité comme levier d'amélioration et outil de management. Il s'en suit une disparité dans la documentation formalisée à l'usage des professionnels.

Concernant **le circuit du médicament**, là aussi de grandes variations existent, qui vont de la Pharmacie à Usage Intérieur à la venue dans l'établissement du pharmacien local qui va mettre « sous pilulier » les traitements demandés. Ces différences notables ne sont pas sans conséquences sur la distribution du médicament qui, le plus souvent, est gérée par l'infirmière parfois aidée de l'aide-soignante.

---

### 6.4.3 L'animation

---

Des animations sont proposées dans chaque établissement avec des différences très importantes. Certaines animations se veulent adaptées aux capacités du résident dans un but de stimulation, comme par exemple les ateliers mémoire, les ateliers de gymnastique collective, de Qi Gong, etc.

Certaines équipes ont mis l'accent sur de nouvelles prises en charges non médicamenteuses et, dans ce cadre, proposent des animations en soirée pour préserver le cycle de sommeil des résidents, et des pratiques innovantes telles que des exercices au sol pour apprivoiser le contexte d'une chute ou encore l'entretien de la motricité dans une approche ludique et interactive.

Les jeux de cartes ou de dominos, les ateliers collectifs concernent un petit nombre de résidents. D'autres animations relèvent davantage d'activités occupationnelles.

Si en général, un équivalent d'un ETP est dévolu à un poste d'animateur, une aide inégale, est effectuée au travers de partenariats diversifiés avec des associations (médiation animale, Activité Physique Adaptée, lecture, etc.). Dans certains établissements, on compte aussi sur l'aide de stagiaires (bac pro Service à la personne), sur le lien avec les écoles du quartier ou le centre aéré permettant un partage intergénérationnel, et parfois avec une association propre à l'établissement composée majoritairement des familles des résidents. Tout cela permet d'augmenter le temps de présence auprès des résidents.

---

#### 6.4.4 Le lien avec la famille

---

**Les possibilités de visite sont très variables en fonction des établissements** : de la liberté de visite dans « l'appartement du résident » à des contraintes d'horaires strictes, uniquement l'après-midi par exemple. Les différents fonctionnements contribuent à continuer le lien social ou au contraire à médicaliser un peu plus la vie du résident devenu au fond un patient.

Les **Conseils de Vie Sociale** (CVS) sont parfois très présents et propositionnels, avec par exemple l'organisation d'une « campagne » parmi les résidents pour être élus au sein du CVS.

Nous avons constaté que la personne de confiance était géographiquement proche de l'EHPAD, c'est souvent le **critère de proximité qui est prépondérant dans le choix de l'établissement** et qui provoque un retour de la personne âgée près du domicile d'un des membres de sa famille.

Les relations entre la famille du résident et les soignants ne sont pas toujours simples, **le résident est-il à considérer comme un client, un patient ou un résident ?**

**Quel droit à l'autonomie à la personne âgée ?** Liberté de demander une chambre double, de se rapprocher d'un autre résident sans le consentement de sa famille, liberté d'avoir une sexualité...

Il n'en demeure pas moins que les résidents ne sont pas à égalité quant à la fréquence des visites de leurs proches. Les soignants jouent alors un rôle autre, relevant de ce **travail invisible**, qui crée un attachement et une émotion, voire une souffrance, lorsque le résident décède.

**Figure 8 : L'appréciation globale des critères observés (selon l'échelle de Lickert)**

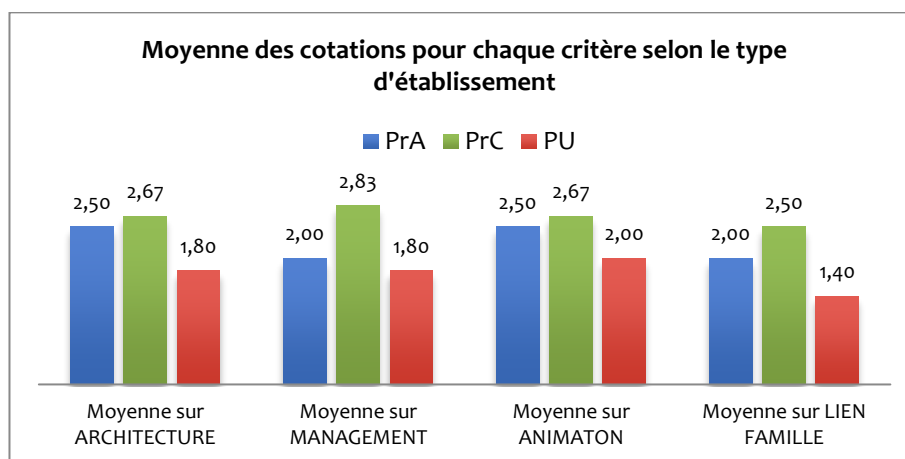


Tableau des Ecart-types (EC) de chaque critère en fonction du type d'établissement

Type	ARCHITECTURE	MANAGEMENT	ANIMATION	LIEN FAMILLE
PrA	0,58	0,82	1,00	0,82
PrC	0,55	0,45	0,55	0,55
Pu	0,45	0,84	0,71	0,55

Tout d'abord, une lecture rapide montre que sur les quatre critères retenus, les moyennes des cotations, placent les établissements privés commerciaux en première position, suivis de très près par les établissements privés associatifs puis par les établissements publics.

Le tableau des Ecart-types vient pondérer cette première impression.

En effet la cotation varie de :

- 1,55 (Pu) à 3,2 (PrC) pour **l'Architecture**
- 0,96 (Pu) à 3,28 (PrC) pour **le Management**
- 1,29 (Pu) à 3,50 (PrA) pour **l'Animation**
- 0,85 (Pu) à 3,05 (PrC) pour **le Lien Famille**

## 6.5 L'ANALYSE EN COMPOSANTE MULTIPLE (ACM)

Il s'agit d'une projection qui a pour objet d'associer les 4 variables qualitatives (Architecture, Management, Animation et Lien avec la famille) aux variables quantitatives (GMP et Ratio au pied du lit RPL) afin de visualiser les différents établissements ensemble et d'afficher les interdépendances.

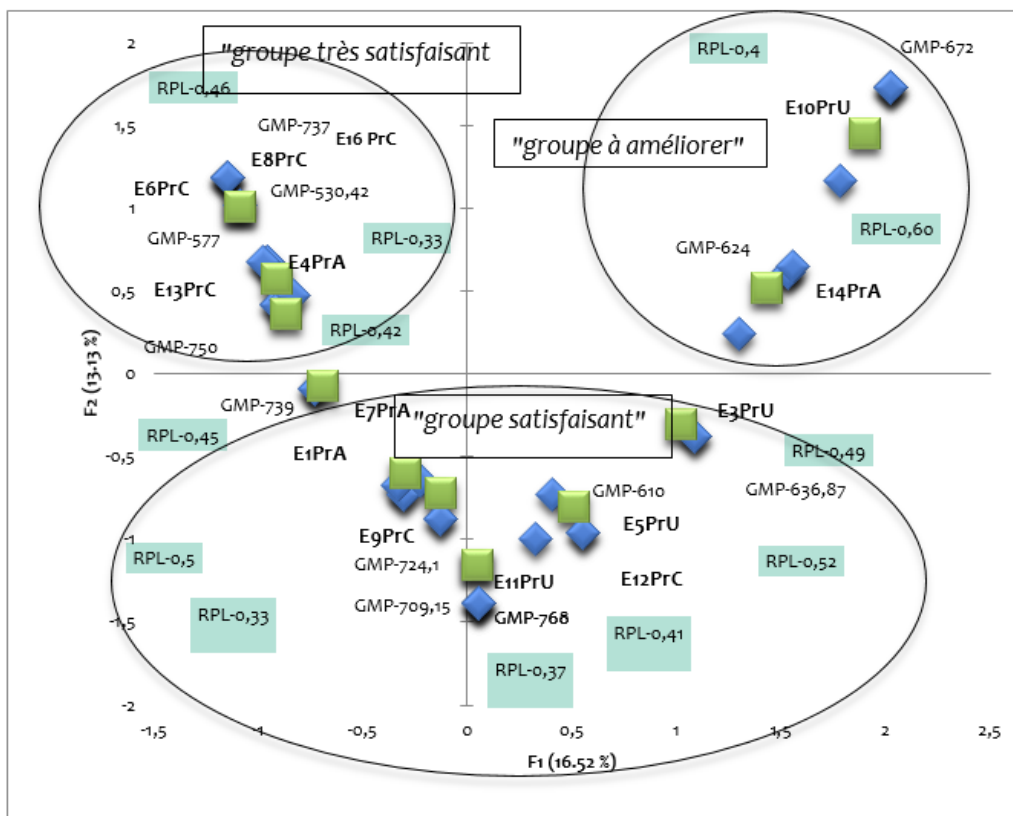
On constate alors, que la projection en composantes multiples, même si l'on peut reprocher une contribution faible des axes F1 et F2, met en évidence trois espaces particuliers que nous avons qualifiés sur la base de l'appréciation globale des critères observés, selon l'échelle de Lickert :

- Dans le quart Nord Est, les établissements qualifiés de « à améliorer »
- Enfin dans le Sud (Est et ouest), les établissements qualifiés de « satisfaisant »
- Dans le quart Nord-Ouest, les établissements qualifiés de « très satisfaisant »

Pour la majorité des établissements, on note une appréciation globale satisfaisante. En outre, lors de cette projection, tout se passe comme si le statut de l'établissement (PrC, PrA et Pu) et les deux variables ratio au pied du lit (de 0,4 à 0,6) et GMP n'avaient pas d'incidence entre eux.

**C'est-à-dire que, quelle que soit la typologie de l'établissement, la perception globale des critères observés, telle que nous l'avons définie, ne semble pas en rapport direct avec d'une part, le ratio au pied du lit et, d'autre part, avec le GMP.**

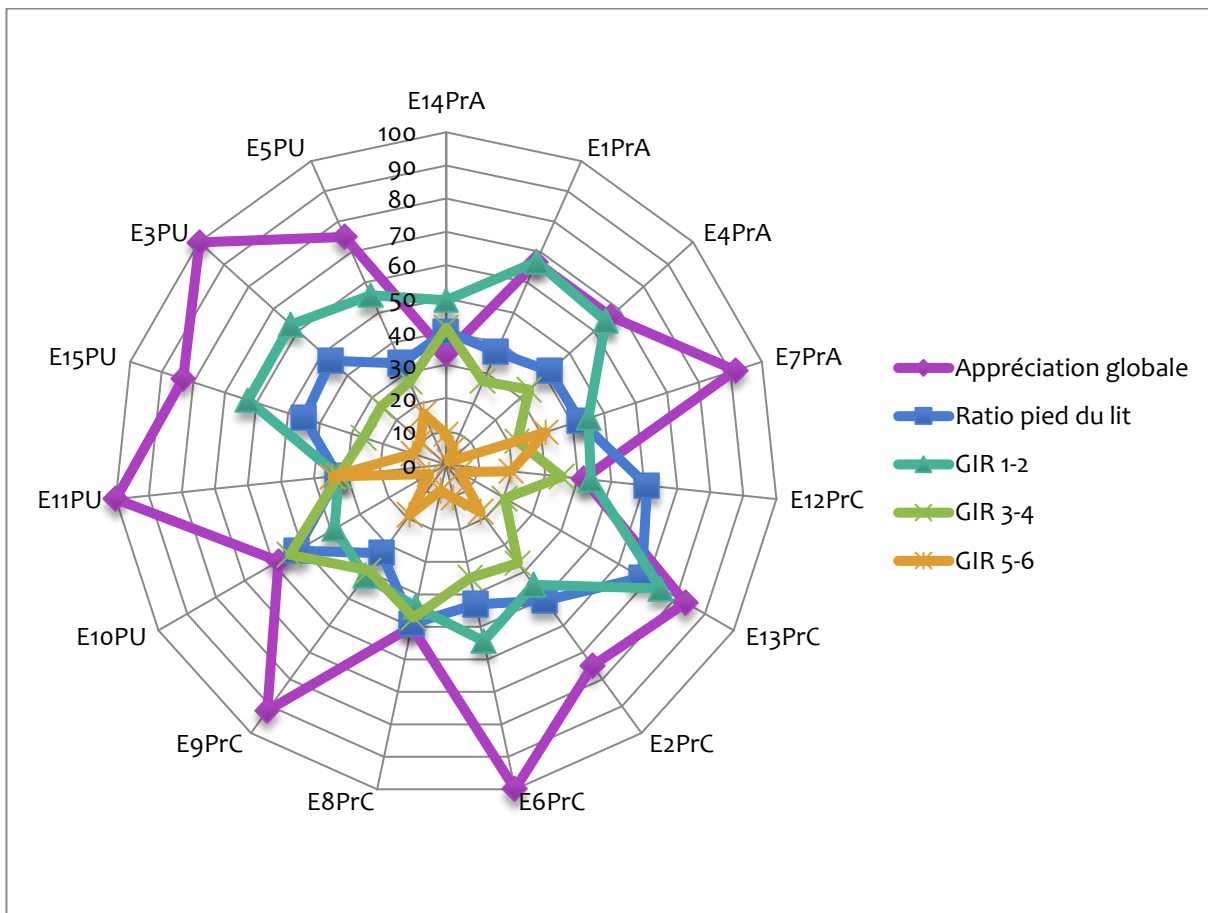
**Figure 9 : L'analyse en composantes multiples (ACM)**



## 6.5.1 Cartographie des EHPAD en fonction des observations

La représentation en radar proposée ci-dessous met en évidence la variabilité de l'appréciation globale dans les différents établissements indépendamment de la typologie de la structure. Elle permet une visualisation globale de quelques caractéristiques des EHPAD visités.

Figure 11 : Cartographie des variables quantitatives et qualitatives par établissement



PU : Public PrA : Privé Associatif PrC : Privé Commercial

---

## 6.5.2 Immersion

---

Afin de compléter les observations, nous avons souhaité, sur la durée d'un service, partager le quotidien des soignants rencontrés lors des visites. L'immersion s'est effectuée au sein d'un EHPAD volontaire pour nous accueillir sur trois postes de travail organisés en 7h (6h30-13h30) auprès d'une Infirmière (IDE) et de deux Aides-Soignantes (AS).

### **Une course perpétuelle**

Le poste de travail commence par la passation des consignes entre l'équipe de nuit et celle de jour. La réunion est informelle avec comme support une fiche avec des notes. Le petit déjeuner se prépare et dans le même temps, les premières toilettes se font. Il s'agit de terminer le plus vite possible avant le déjeuner.

### **Le travail invisible**

Pourtant, l'écoute est là, le petit mot gentil, le geste qui accompagne l'acte lui-même pour le rendre plus doux, moins « gênant ». Certains professionnels expriment le souhait de faire autrement, par exemple pour la toilette de commencer par le visage comme l'indique la procédure, peut être vécu comme agressif pour une personne que l'on vient de réveiller : « *il faudrait pouvoir parler de tout ça* » (AS).

### **Le circuit du médicament**

Toujours un temps d'avance. L'infirmière du matin reprend le pilulier pré-préparé par sa collègue et le met à jour avant la distribution. Elle prépare également ce qui pourra être géré l'après-midi par les Aides-Soignantes. Ensuite, de mémoire, l'IDE qui connaît bien ses 60 résidents va leur porter directement sur le plateau ou dans le bol les premiers médicaments à prendre.

Elle organise ensuite la distribution avec son chariot. Au final, dans la matinée, environ 300 médicaments sont administrés. L'enregistrement informatique de cette distribution est l'occasion pour elle de s'asseoir quelques instants.

C'est une véritable prouesse que de se rappeler des doses et des noms des résidents en prenant en compte les observations de l'équipe de nuit.

En plus de la distribution, 16 soins sont prodigués. A chaque fois, on remarque un regard, un accompagnement par le geste d'une parole qui se veut rassurante.



### **La solidarité entre les soignants**

Nous constatons une solidarité importante entre les collègues qui n'hésitent pas à dépasser leur listing de tâches pour s'entraider. Les temps de pause sont quasi inexistantes lors de la matinée. L'une d'entre elle dit « *ce qui compte ce n'est pas les ETP, c'est l'ambiance entre nous* » (AS).

### **Les résidents**

Pour certains résidents, les premières activités commencent avec l'arrivée des stagiaires et de l'animatrice. Paradoxalement au rythme soutenu des équipes, les résidents attendent beaucoup : ils attendent le petit déjeuner, ils attendent la toilette, ils attendent les animations et ils attendent le déjeuner. Les rapports ne sont pas toujours empreints de sollicitude de la part des résidents.

## 7 DISCUSSION ET PRECONISATIONS

---

L'ensemble des observations quantitatives et qualitatives nous permettent d'objectiver un certain nombre de points.

- Dans la deuxième circonscription de Seine-Maritime, il y a une prépondérance des structures privées commerciales, par rapport à la représentation départementale et nationale. Le reste à charge médian est au-dessus de la valeur nationale.

L'offre d'hébergement renforcé est plus importante dans les structures privées commerciales, il y a très peu de places en hébergement temporaire et celles qui existent se trouvent majoritairement dans les établissements privés associatifs.

**Cela, limite donc beaucoup les possibilités de répit pour les aidants familiaux, et par voie de conséquence peut engendrer une entrée en EHPAD plus rapide.**

### Préconisation n°1 :

**Augmenter le nombre de places en hébergement temporaire et mieux les répartir entre les différentes structures.**

- Quelques établissements proposent des places en Hébergement de Jour (HdJ), mais ce potentiel est nettement sous utilisé. Il ressort de nos entretiens que les principales raisons de cette sous-utilisation sont une crainte à priori, de cet environnement inconnu, ainsi qu'une forme de culpabilité des aidants familiaux qui « laissent » leur proche une journée. Par ailleurs, il semble qu'il y ait parfois un manque d'informations sur l'existence de ce type d'hébergement.

Ajoutons que, dans les zones rurales, la question des transports est cruciale, soit en termes de mobilité des aidants, soit en termes de coût du transport.

Il est cependant essentiel de noter que **les résidents qui entrent en EHPAD après avoir bénéficié de l'HdJ s'adaptent beaucoup plus vite et beaucoup mieux** lorsqu'ils intègrent l'EHPAD.

### Préconisation n°2 :

**Développer et favoriser le recours à l'HdJ**

**Sensibiliser et mieux informer les aidants familiaux à l'HdJ.**

- Les établissements privés commerciaux sont implantés à l'ouest de la circonscription, dans les zones urbaines de catégories sociales les plus favorisées. Ils n'offrent que **très peu de places habilitées à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)**. Cela explique le reste à charge médian plus élevé dans la circonscription qu'au niveau départemental et national et interroge sur l'hébergement en EHPAD des plus modestes d'entre nous qui sont aussi ceux qui sont les plus seuls.

#### Préconisation n°3 :

**Appeler les établissements privés à une juste contribution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes les plus démunies en fixant un objectif, de 20% du capacitaire dédié à l'Aide Sociale à l'Hébergement. En contrôler l'effectivité.**

Et, à l'instar de la loi SRU qui instaure un quota de logements sociaux dans chaque commune nous proposons :

#### Préconisation n°4 :

**[D'] intégrer dans le futur plan logement une dimension construction EHPAD « publics », de faible coût pour les résidents, et**

**Favoriser la localisation des EHPAD à proximité de l'habitat ordinaire pour une plus grande inclusivité des personnes âgées dépendantes et plus de partage intergénérationnel.**

- Le GMP et le PMP restent quant à eux, proches des moyennes nationales. Le profil des résidents en EHPAD de notre circonscription est donc identique au profil national mais avec une offre d'hébergement différente.

Bien que le secteur privé commercial soit largement implanté, **plus d'une personne âgée dépendante sur deux est accueillie dans un établissement public.**

En outre, c'est dans les EHPAD publics que le GMP est le plus élevé. Le PMP est également en forte augmentation. Cela traduit pour ces établissements, un niveau de dépendance et une charge en soins importante. Dans ces établissements, **près de 7 personnes sur 10 sont très dépendantes physiquement ou psychologiquement.**

De plus, la grande majorité des places de ces établissements sont habilitées à l'Aide Sociale à l'Hébergement. Il s'agit donc de personnes très dépendantes, polypathologiques, modestes et le plus souvent isolées.

Par ailleurs, comme sur l'ensemble du territoire, la Durée Moyenne de Séjour est en baisse. Cette DMS est à prendre en considération avec réserve, car elle est peu significative compte-tenu de la variabilité de la durée même des séjours (de six mois à 4 ans). Cela donne malgré tout une indication sur l'augmentation du nombre

de nouveaux résidents à accueillir. Cela représente, à chaque fois une **charge de travail** supplémentaire pour l'installation de la personne mais aussi et surtout une **charge émotionnelle** indéniable car dans la plus grande majorité des cas, une place libérée pour un nouveau résident correspond à un décès.

C'est probablement pour toutes ces raisons que les établissements publics connaissent un taux d'absentéisme plus important. La prise en charge de ces résidents particulièrement vulnérables, est de nature à engendrer de la fatigue et une charge mentale parfois trop lourde à porter.

C'est d'ailleurs les EHPAD publics qui se sont le plus largement exprimés lors des manifestations de contestation de janvier et mars. Les personnels, dont il faut saluer le **professionnalisme et le dévouement**, ont dit **leur fatigue, la dureté de leur travail et leur lassitude** face à un système générant de la maltraitance dite maltraitance institutionnelle.

Pour autant, lorsqu'ils en parlent, ils prennent cette maltraitance comme étant leur fait, et se trouvent donc en état de **souffrance personnelle**. En cela, ils ont le sentiment d'être en contre-valeur, car nous l'avons constaté dans tous les établissements visités, **ce qui les anime ; c'est la bienveillance et la bientraitance**, une bientraitance qu'ils ne sont pas toujours en mesure d'apporter.

En quelques années, la maison de retraite, lieu de vie pour personnes non dépendantes est devenue Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, **lieu de vie où l'on soigne de plus en plus les maladies du grand âge**. Dans ce lieu de vie où l'on soigne, les équipes, respectant les souhaits des résidents et des familles qui veulent éviter l'hôpital, accompagnent les résidents jusqu'à leur décès. L'EHPAD est donc un dernier lieu de vie et **un lieu de fin de vie**. Pourtant, dans notre société, la mort est souvent vécue comme un échec. En cela, c'est particulièrement difficile pour les personnels confrontés à la mort de manière quasi permanente. Ils ont donc besoin de pouvoir se libérer de la charge émotionnelle liée à ces situations de deuil, de prendre du recul, d'exprimer et d'analyser leurs émotions.

#### Préconisation n° 5 :

Instaurer, pour chaque professionnel, un suivi personnel et régulier, à l'instar des psychologues et psychiatres qui sont suivis par leur pairs.

- L'approche par les réseaux d'influence autour des quatre dimensions : « établissement, environnement, lien avec la famille et relation entre les résidents » nous a permis de faire un focus sur **l'architecture, le management, l'animation et le lien avec la famille**. De cette approche et de ce focus, il en ressort une appréciation globale des établissements en faveur des établissements privés commerciaux, qui mérite d'être approfondie.

En ce qui concerne **l'architecture**, cela souligne les difficultés rencontrées par le secteur public pour, d'une part, entretenir des locaux souvent anciens et, d'autre part, réhabiliter ces locaux avec une ergonomie plus adaptée à un lieu de vie qu'à un lieu de soins.

Nous avons constaté le rôle majeur, pour la qualité de vie du résident, de l'articulation entre les espaces privatifs et collectifs. A noter aussi, l'importance pour le résident de se sentir chez lui et donc de rendre l'habitat le plus semblable possible à une résidence familiale. Force est de constater que les établissements privés commerciaux, construits ou réhabilités récemment, ont intégré cet aspect architectural pour la plus grande satisfaction des résidents et de leur famille.

#### **Préconisation n°6 :**

Proposer un cahier des charges architectural des EHPAD incluant des données visant à atteindre et ou à tendre vers le « comme à la maison » pour tous les types de structures.

Envisager au sein des GHT des contractualisations pour soutenir le secteur public.

- **L'animation** proposée dans chaque établissement est très variable d'une structure à l'autre.

Certaines semblent adaptées aux capacités du résident dans un but de stimulation, d'autres relèvent plus d'activités occupationnelles. Le plus souvent, un Equivalent Temps Plein est dédié au poste d'animateur. Cependant la situation est différente quand l'animation se trouve renforcée par des partenariats extérieurs. Dans ce domaine, la ligne managériale institutionnelle est fondamentale tant en termes d'actions initiées pour rendre l'établissement plus attractif qu'en termes de budget consacré à l'achat de prestations.

A cela s'ajoute la stratégie d'accueil de stagiaires (bac pro Service à la personne), la volonté de constituer un lien avec les écoles et centres aérés du quartier permettant ainsi un partage intergénérationnel. Il peut également exister une association propre à l'établissement, composée le plus souvent des familles des résidents.

On constate parfois une réticence à instaurer de tels partenariats. Dans toutes ces situations, qui concourent in fine, à apporter plus de temps de présence auprès des résidents, **la volonté et l'engagement des managers** tant institutionnels qu'opérationnels sont indispensables. Il est aussi possible de s'inspirer dans le cadre d'une formation continuée<sup>13</sup> de ce que les Professionnels en Activité Physique Adaptée proposent aux rési-

---

<sup>13</sup> C'est à dire une formation tout au long de la vie professionnelle mais régulière et obligatoire, à opposer à la formation continue (FC) à base de volontariat.

dents en EHPAD, à savoir des interventions : « *adaptées aux capacités de la personne dans un but de prévention, de rééducation, de réadaptation, réhabilitation, réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale (SFP : Société Française des Professionnels en APA, 2010)* »

#### Préconisation n° 7 :

Envisager une formation continuée (sur site) spécifique aux pathologies rencontrées en EHPAD.

- **Lien Familial.** Nous avons observé des pratiques diverses au sein des établissements visités :

Dans certains établissements **les visites** dans « l'appartement du résident » sont laissées à l'entière liberté des familles. En revanche d'autres imposent des contraintes d'horaires strictes, uniquement l'après-midi par exemple. Les différents fonctionnements contribuent soit à maintenir le lien social ou, au contraire, à médicaliser un peu plus la vie du résident devenue au fond un patient. En effet, pour un patient, la priorité est donnée aux soins, le lien social se concrétise alors par la relation entre les soignants et la famille. La contrainte horaire peut générer un isolement du résident. En effet, pour les familles encore en activité, il est précieux de pouvoir venir en fin de journée, voire en soirée. Nous avons constaté que la personne de confiance était très généralement géographiquement proche de l'EHPAD. C'est souvent le critère de proximité qui est prépondérant dans le choix de l'établissement et qui est à l'origine de l'installation de la personne âgée près du domicile d'un des membres de sa famille.

Les **relations entre la famille du résident et les soignants** ne sont pas toujours simples. Entre le désir du résident, ce que la famille pense être bon pour le résident et ce que le personnel pense devoir faire, il y a souvent des divergences qui peuvent entraîner une infantilisation du résident qui de fait ne s'exprime pas. Le résident est-il à considérer comme un client, un patient ou un résident ? Quelle autonomie est laissée à la personne âgée ; liberté de demander une chambre double, de se rapprocher d'un autre résident sans le consentement de sa famille, liberté d'avoir une sexualité ?

Il n'en demeure pas moins que les résidents ne sont pas à égalité quant à la fréquence des visites de leurs proches. Les soignants jouent alors un rôle autre, relevant de ce **travail invisible**, qui crée un attachement et un surcroît d'émotions lorsque le résident décède ; rappelons que la durée moyenne de séjour varie de 6 mois à 4 ans. Le lien soignant-famille est important et la famille évolue, se transforme mais l'ensemble de ces changements est complexe à saisir.

Les **Conseils de Vie Sociale** sont parfois très présents et propositionnels. Là encore, le management joue un rôle important dans la dynamique et l'investissement des familles au sein du CVS en tant que facilitateur de l'organisation de la tenue des conseils et porteurs des propositions faites pour les mettre en œuvre au sein de l'EHPAD.

### Préconisation n°8 :

Sensibiliser les soignants à la sociologie de la famille, à ses attentes et être en mesure de décrypter les quelques indicateurs les plus significatifs afin de maintenir une relation apaisée.

- L'organisation du travail, l'encadrement et le **management** tant stratégique, qu'opérationnel sont des facteurs clés dans la « bonne santé » de l'établissement et de ses équipes. En ce qui concerne les équipes, l'étude montre également une grande variabilité dans les effectifs, d'une part entre les établissements et d'autre part au niveau de l'écart entre les effectifs globaux et les effectifs auprès du résident.

Tous établissements confondus, **le ratio global varie du simple au double**, avec la valeur<sup>14</sup> la plus faible dans les établissements privés commerciaux (0,45 ETP) et la valeur<sup>15</sup> la plus forte dans les établissements publics (0,97 ETP).

En ce qui concerne le ratio au pied du lit, la variation est encore plus importante, supérieur au double, entre l'effectif le plus faible (0,28 ETP) dans les établissements publics et l'effectif le plus haut (0,60 ETP) dans les établissements privés associatifs. Cette variation importante des effectifs au pied du lit montre la grande disparité entre les établissements en termes de prise en charge des résidents.

**En moyenne, alors que le secteur public dispose du ratio global le plus élevé, il a également le ratio au pied du lit le plus faible, auquel s'ajoute l'absentéisme, plus important que dans les autres structures.**

Cela explique, pour une grande partie, la lassitude et la fatigue des personnels.

Dès lors, se pose la **question de la taille critique de la structure**, afin que chaque personnel puisse se centrer sur son cœur de métier.

Le seul impact du profil des résidents, décrit précédemment, ne semble pas justifier cet écart. Il serait intéressant d'en comprendre la raison. Outre la charge de travail liée aux profils des résidents en établissements publics, nous avons constaté **des organisations de travail différentes d'un établissement à l'autre, ainsi que des approches managériales différentes.**

Cela porte, notamment, sur le choix de la répartition des profils de compétences, sur la polyvalence inter-secteur, sur les horaires de travail, sur la définition et la formalisation des tâches, sur l'encadrement et l'accompagnement des équipes, sur les formations proposées, sur la participation à la prise en charge de certaines activités par des prestataires extérieurs, sur l'attractivité de l'établissement pour inciter les associations à proposer des interventions auprès des résidents. Cela porte aussi sur un niveau différent de prise en compte de la **spécificité de ces structures que sont les EPAHD dans le management.**

---

<sup>14</sup> Il s'agit de la valeur du ratio moyen de chaque type d'établissement moins la valeur d'un écart type

<sup>15</sup> Il s'agit de la valeur du ratio moyen de chaque type d'établissement plus la valeur d'un écart type

L'organisation du travail, et notamment les horaires hebdomadaires des équipes auprès des résidents, varient d'un établissement à l'autre. Peu de structures ont fait le choix d'une durée hebdomadaire de dix heures. Toutefois, celles qui ont proposé ou adopté ce mode de fonctionnement à leurs équipes en mesurent les bienfaits tant pour le résident que pour le personnel. En effet, pour le résident, le soignant n'est pas uniquement celui qui prodigue les soins mais aussi **celui qui passe la journée auprès de lui** et partage des moments privilégiés créant un lien social, d'autant plus important que certains résidents ont peu de visites. Pour le personnel, le temps passé auprès du résident est plus long, il en ressort donc une possibilité d'organisation de la journée de travail avec moins de pression. Cette présence laisse la place à tout le **travail invisible du soignant**, si précieux pour le résident. Il permet également au soignant de « souffler », d'avoir des journées en dehors de l'EHPAD et de se ressourcer. De plus, dans les zones rurales, cela permet de limiter les trajets et les coûts de transport. Une phase d'expérimentation peut être proposée pour les établissements qui ont des organisations en 7h en laissant ensuite le choix aux soignants. Or chacun sait que la qualité de la prise en charge est en lien direct avec les conditions de travail. **Le prendre soin de l'autre commence par le prendre soin de soi.**

**Préconisation n° 9 :**

**Favoriser le passage en 10h par expérimentation et consensus.**

**Initier une réflexion sur une organisation du travail structurée autour de la description du poste de travail en appui sur des outils (maquettes organisationnelles par exemple) et en appui sur un management dynamique et intégratif.**

**Préconisation n° 10 :**

**Favoriser et valoriser un management spécifique pour les EHPAD sur un plan stratégique, économique, organisationnel et de Gestion des Ressources Humaines.**



## 8 CONCLUSION

---

Chacun des points évoqués dans la discussion pourrait faire l'objet de réflexions et d'études plus approfondies. Il s'agit à ce stade d'identifier des leviers pour répondre au mal-être qui s'exprime sans que cela puisse constituer la seule réponse.

En effet, il est aujourd'hui fondamental de changer le regard que nous portons sur nos aînés. Avant d'être ces personnes affaiblies et dépendantes, ils furent des parents, des amis, des professionnels et ils ont encore des capacités qui peuvent être utilisées et utiles aux autres.

Selon Paul Ricoeur<sup>16</sup>, il est possible de penser la maladie ou le handicap comme des manques de « **capacités élémentaires** », de « capacités de base ». C'est pourquoi la notion de capabilité ne peut se comprendre qu'à partir de son revers : **la vulnérabilité**.

Ainsi plusieurs capacités fondamentales de l'humain sont définies : **pouvoir dire, pouvoir agir, pouvoir raconter et pouvoir se croire capable de dire, de faire et de raconter**. Leurs corollaires sont l'incapacité linguistique, l'incapacité pratique et l'incapacité narrative. Ces fragilisations peuvent être liées à la maladie, à l'infirmité, au vieillissement, mais aussi être une conséquence de l'institution humaine et des inégalités qu'elle engendre, dans la sphère culturelle, sociale, physiologique ou psychologique. « **L'homme souffrant pourrait cependant re-devenir un homme capable par le soin, dont la vocation serait de chercher à re-donner l'usage de ces capacités.** »

Dès lors, il faut se placer du côté des **choix qui s'offrent à l'individu** et non pas de ce qu'il choisit finalement. En effet, c'est bien en permettant à la personne malade, handicapée ou âgée d'avoir la capacité, malgré sa situation de vulnérabilité, d'une certaine liberté de choix dans son rapport aux autres que nous lui permettrions d'acquérir une autonomie réelle et non une autonomie théorique. Il faut donc distinguer capacité et capabilité, ce dernier terme renvoyant aux dotations mises à disposition.

C'est pourquoi la notion de capabilité vue comme « **la possibilité pour la personne de choisir entre différentes conditions de vie** »<sup>17</sup> ouvre le champ des possibles quant au rapport entre le soignant et le résident.

Dans son étude à propos de l'incapacité fonctionnelle des personnes âgées vivant au Burkina Faso, Berthé<sup>18</sup> remarquait que le contexte social produit et gère l'incapacité des personnes âgées. Par exemple, la pose par le personnel soignant de protection n'est pas toujours régie par une incontinence mais par une facilité dans

---

<sup>16</sup> Paul Ricoeur « soi - même comme un autre », Paris Seuil, 1990

<sup>17</sup> Fanny Le Morellec. L'approche par les capacités un nouveau cadre pour l'analyse de l'accessibilité universelle : application à la mobilité des personnes vieillissantes. Architecture, aménagement de l'espace. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2014.

<sup>18</sup> Abdramane Berthé, et &. L'incapacité fonctionnelle dans les domaines des activités de la vie quotidienne et domestique chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2015 ; 13(4) :381-390. doi:10.1684/pnv.2015.0569

la gestion du travail. S'interroger sur ces questions de capacités, c'est au fond dire que la non réalisation par une personne d'une tâche ne présage en rien qu'elle n'est pas en pas capable.

A titre d'exemple, qui n'a pas entendu dire : « elle/il ne veut plus marcher » alors qu'aucun diagnostic médical ne le confirme.

Un autre exemple, évoqué lors d'une visite, celui de cette femme, souffrant d'une maladie d'Alzheimer, à un stade avancé, avec des troubles cognitifs sévères. Elle déambulait autour du piano placé dans l'espace collectif et progressivement, **elle a choisi** de s'y installer pour retrouver les morceaux joués tant et tant de fois. Aujourd'hui, elle joue pour les autres résidents, à sa manière certes, mais elle joue et partage ce qu'elle a toujours su faire.

Ces deux exemples illustrent les raisons que nous aurions à « *mesurer la capacité fonctionnelle* », c'est-à-dire ce que les personnes âgées peuvent faire, qu'elles le fassent ou non ». Il en ressortira, immanquablement des avantages tant pour les résidents que pour les soignants et cela nous amènera à voir les choses sous un autre angle. Pour les personnes dont la dépendance est classée dans les GIR 3-4, il serait intéressant d'expérimenter ce concept de capacités pour éviter l'aggravation de leur dépendance.

Le regard que nous portons sur les plus vulnérables d'entre nous en dit beaucoup sur la société dans laquelle nous voulons vivre. La prise en charge de nos aînés est un enjeu fondamental de notre société qui est révélateur de ce que nous voulons porter collectivement. L'esthétisme, le rapport au corps et à l'estime de soi, le projet de vie personnalisé, la place à donner à nos aînés dans notre société sont des signes de bienveillance que nous pouvons, que nous devons leur accorder.

Aujourd'hui, au cœur de notre société, au cœur de nos EHPAD, ce regard, est celui de la disparition de certaines de leurs capacités, autrement dit celui de leur incapacité, de leur dépendance.

**Est-ce que cela concourt à la bienveillance que nous souhaitons promouvoir ?**

**L'ensemble des préconisations proposées n'a de sens que si nous portons un autre regard sur nos aînés, un regard sur les ressources qu'ils ont encore, sur celles qu'ils voudraient bien mobiliser avec notre aide et notre bienveillance, un regard empreint de respect pour ce qu'ils représentent dans la part de notre histoire personnelle et collective, un regard personnalisé ...**

#### **Préconisation 11**

**Mettre en place une campagne nationale d'importance, pour que chacune et chacun d'entre nous porte un autre regard sur le grand âge.**

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Contexte de l'étude .....</b>	<b>6</b>
2.1	Les objectifs.....	6
2.2	Le périmètre de l'étude .....	7
2.2.1	Distribution des établissements par statut .....	7
2.2.2	Distribution des places par statut.....	8
<b>3</b>	<b>Définitions .....</b>	<b>10</b>
3.1	Les types d'hébergement en EHPAD .....	10
3.2	Le GMP .....	11
3.3	Le PMP .....	11
<b>4</b>	<b>Approche par les réseaux d'influence.....</b>	<b>12</b>
4.1	La description du réseau d'influence.....	12
4.1.1	L'établissement.....	12
4.1.2	L'environnement .....	14
4.1.3	La famille .....	14
4.1.4	Les inter actions avec les autres résidents.....	14
4.2	Les critères observés .....	15
<b>5</b>	<b>Aspects méthodologiques .....</b>	<b>18</b>
5.1	Le périmètre de l'étude .....	18
5.2	L'analyse en composante multiple .....	18
<b>6</b>	<b>Analyse des résultats .....</b>	<b>19</b>
6.1	Les limites de l'étude .....	19
6.2	Le résident .....	19
6.3	Les établissements.....	21
6.3.1	GMP .....	21
6.3.2	PMP .....	21
6.3.3	Répartition des types d'hébergement .....	22
6.3.4	Les équipes .....	22
6.3.5	Les tarifs.....	24
6.4	Les critères observés .....	25
6.4.1	L'architecture.....	25
6.4.2	Le management.....	26
6.4.3	L'animation .....	26
6.4.4	Le lien avec la famille.....	27
6.5	L'analyse en composante multiple (ACM) .....	29
6.5.1	Cartographie des EHPAD en fonction des observations .....	30
6.5.2	Immersion .....	31
<b>7</b>	<b>Discussion et préconisations.....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>