

Charles VAFOPOULOS

**TECHNICITE ET PERSONNES AGEES, UNE VALEUR A
AJOUTER**

EXPERTISE TECHNIQUE

CAFERUIS - Année 2017-2019

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	P 0
INTRODUCTION.....	P 1
PARTIE I : Prise de vue panoramique.....	P 1
I-1) Définition d'une UHPAD et USLD.....	P
1	
I-2) Territoire et implantation de la structure	P 2
I-3) Présentations.....	P 3
a) La structure.....	P 3
b) Ses acteurs.....	P 4
PARTIE II : Focale et investigation.....	P 5
II-1) Cadre et évolution de la législation: De l'indigent au patient-résident.....	P 5
II-2) L'attractivité en EHPAD.....	P 8
II-3) Rapports, débats et changements.....	P 9
PARTIE III : Regarder au loin.....	P 10
III-1) Conclusion.....	P 10
III-2) Mobilité et formation.....	P 10
III-3) Valorisation et reconnaissance.....	P 10
BIBLIOGRAPHIE	P 11
ANNEXES.....	P 15

GLOSSAIRE

AGGIR : Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de Santé

AS : Aide-soignant/e

ASH : Agent de service Hospitalier

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDI : Contrat à durée indéterminée

CHICAS : Centre hospitalier intercommunal des Alpes du sud

CPOM : Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESSMS : Etablissement ou service social ou médico-social

GIR : Groupe iso ressources

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital patient santé territoire

IDE : Infirmier/ère diplômé/e d' tat

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

UHPAD : Unité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

USLD : Unité de soins de longue durée

SSR : Soins de suite et de réadaptation

INTRODUCTION

Canicule, été 2003. Près de 20 000 morts¹ en France. Cette macabre période a mis en lumière la fragilité et l'isolement de la plupart de nos aînés, en même temps que le manque de vigilance et de soin du reste de la société vis à vis d'eux. 2015, face au défi démographique qu'est le vieillissement de la population, la législation française évolue dans la prise en charge de ses aînés. 2018, la loi prononcée trois ans plus tôt peine à endiguer la crise des établissements pour personnes âgées. Personnels et usagers manifestent dans la rue.

Cette expertise prend place sur mon lieu de stage, l'Unité d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (UHPAD) / Unité de Soins Longue Durée (USLD) du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS), à Gap, dans les Hautes-Alpes.

L'hôpital fonctionne par système de mutation interne et externe. En UHPAD/USLD, il y a davantage de demandes émanant du personnel pour en sortir que pour y être affecté. Trois étages plus bas, dans le service de réanimation, c'est l'inverse. C'est surtout notable chez les infirmiers/ères diplômés/ées d'état (IDE). Ce mouvement peut mettre à mal la stabilité de l'effectif, en même temps que son investissement dans le travail. Je choisis de porter mon expertise sur ce phénomène, au sein de l'équipe de l'UHPAD/USLD.

Je n'ai jusque-là jamais exercé dans un tel dispositif. Aussi, mon plan sera à l'image de ma démarche d'enquête et d'appropriation de ce champ étranger, du plus large au plus spécifique. Dans une première partie, nous définirons ce que sont une UHPAD et une USLD ; Nous explorerons l'implantation de ces dernières et achèverons par faire un focus sur l'établissement où j'ai effectué mon stage. Dans une seconde partie, nous nous attacherons à connaître le cadre législatif de rattachement, puis nous investiguerons à travers des constats de terrain et les évolutions récentes des politiques et actions publiques. Enfin, nous conclurons cette démarche d'expertise en évoquant : axes de travail, et préconisations réalisables.

PARTIE I : Prise de vue panoramique

I-1) Définition d'une UHPAD et USLD

L'unité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD) correspond en tout point au fonctionnement d'un EHPAD. La différence demeure dans son rattachement à l'hôpital, d'où le terme d'unité qui remplace celui d'établissement. L'UHPAD est donc un lieu d'hébergement à temps complet (permanent ou temporaire), de soins et de vie. L'intégration

¹ http://www.lemonde.fr/planete/article/2007/03/23/la-canicule-de-l-ete-2003-a-fait-plus-de-70-000-morts-en-europe-selon-l-inserm_886917_3244.html

en service EHPAD requiert d'avoir plus de soixante ans² (sauf régime dérogatoire pour certaines maladies neurodégénératives). Deuxième critère, la perte d'autonomie³.

« Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures hospitalières s'adressant à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. »⁴. Comprenons que la prise en charge⁵ de ces personnes ne nécessite plus d'actes médicaux importants comme dans un service spécialisé soumis à une tarification à l'acte (T2A) et dont l'occupation du lit conduirait à un manque de rentabilité, donc un déficit. L'USLD fonctionne sur un principe de tarification plus adaptée à la longue durée. L'admission en USLD a en général lieu à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). L'admission directe depuis le domicile est possible.

UHPAD et USLD sont donc toutes deux des structures d'hébergement pour personnes âgées. L'USLD se différencie par une plus forte médicalisation. La tarification de ces établissements se fait selon trois critères : l'hébergement, le soin et la dépendance. Ces prix étaient fixés (à l'exception du soin qui relève de l'assurance maladie) par une convention tripartite entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), le conseil départemental (CD) et l'hôpital. A ce jour, ils font l'objet d'une tarification évaluée au cours de l'élaboration du contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

I-2)Territoire et implantation de la structure

Avant que de présenter le CHICAS, il convient de décrire le territoire sur lequel il est implanté. Selon l'INSEE⁶, le département des Hautes-Alpes recense près de 140 000 habitants. Répartis sur un territoire étendu. C'est une région rurale et montagneuse, en conséquent, le déplacement y est difficile, rendant un accès aux soins irrégulier. Dans le cadre de sa mission de réduction des inégalités territoriales, l'ARS a fléchi en 2010 l'hôpital de Gap (préfecture et centre géographique du département) pour se doter de diverses technologies et services autrefois absents ou éloignés. De par une politique de recoupage territorial voulue par l'ARS, l'hôpital de Gap fait partie du groupement plus large encore, le CHICAS, qui englobera à terme tous les hôpitaux du département mais aussi celui de Sisteron, pourtant implanté dans le département voisin (Alpes de Haute Provence).

Selon les prévisions de l'INSEE⁷, d'ici 2020, pour le département des Hautes-Alpes, la

² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190052&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

³ cf Annexe 1 : Evaluation de la dépendance

⁴ <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-usld-unites-de-soins-de-longue>

⁵ https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/dessms/montigny_frapy.pdf

⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-05#chiffre-cle-1>

⁷ <https://www.hautes-alpes.fr/1588-personnes-agees.htm>

part des personnes de plus de 60 ans sera de 31,3% de la population. Au phénomène du vieillissement de la génération du baby boom, se rajoute l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes qui ne cessera de grandir, pour atteindre quasiment 4000 personnes en 2020, ce qui à l'échelle de ce département, est une proportion considérable. Ainsi, cette préoccupation se ressent à la lecture du dernier schéma départemental des Hautes-Alpes. En effet, les dépenses relatives à l'action gérontologique du conseil départemental constituent le premier budget de l'action sociale.

I-3) Présentations

a) La structure

Avant 2014 l'USLD/UHPAD était sur un site distinct de l'hôpital général. Désormais, l'UHPAD/USLD se situe sur le même palier, sans cloisonnement, au 6ème étage d'un des derniers bâtiments construits (2014). En dessous, se trouve le service de médecine gérontologique. Cette proximité est avancée comme un atout dans le livret d'accueil. Dans le rapport d'activité, nous pouvons constater que plus de la moitié des résidents de l'UHPAD/USLD sont issus du SSR du pôle gérontologique.

L'UHPAD et l'USLD font partie du pôle Gérontologie-Pharmacie-Stérilisation, et ce depuis juillet 2009. Ce découpage correspond à la nouvelle gouvernance issue du plan « Hôpital 2007 »⁸. Il est donc intégré au CHICAS, il rentre alors dans une logique d'unité. Ce découpage et cette appellation porte l'empreinte du sanitaire, ce qui peut être notamment au détriment de la mission hôtelière d'un EHPAD, c'est d'ailleurs un des axes à améliorer selon la dernière évaluation externe. Il est stipulé dans le rapport d'activité de l'UHPAD/USLD de 2016 : « même s'il est parfois difficile de rivaliser avec les prestations hôtelières des EHPAD privés, l'aspect de continuité du soin et médicalisation de la prise en charge influencent positivement les familles et leur choix ». On peut ici comprendre la limite et l'opportunité de la prégnance de l'aspect sanitaire dans cette UHPAD.

L'USLD relevant davantage du sanitaire, il n'en découle pas la nécessité d'accéder à la personnalisation des chambres. Cependant l'USLD doit répondre aux exigences de certification hospitalière⁹ demandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) ; ce dont bénéficie par ricochet l'UHPAD, avec à ce jour un travail amorcé pour améliorer le circuit du médicament. Dans cette injonction à la certification, les normes sanitaires ont davantage de prégnance sur le médico-social que l'inverse en ces lieux. Aussi, dans le rapport d'activité

⁸ <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

⁹ cf Annexe 2 : Certification HAS

comme dans le livret d'accueil, la présentation des unités UHPAD/USLD se fait de manière indifférenciée.

La spécificité de l'UHPAD/USLD du CHICAS de Gap réside alors dans le fait que deux établissements à vocation d'hébergement cohabitent dans une structure hospitalière régie par la T2A, avec la logique de succession de soins qui en découle.

Le 6ème étage est géré par Madame L. La division du service est ainsi faite : 32 lits en UHPAD et 28 lits en USLD. 12 lits supplémentaires d'USLD sont présents au quatrième étage, mais ne sont pas supervisés par Madame L. Cependant, toutes les admissions dans en UHPAD/USLD se font avec Madame L. Dans le rapport d'activité, qui rend compte des différents mouvements, projets et actes dispensés au sein de l'UHPAD/USLD, tous les lits (4ème et 6ème étage) sont englobés.

b) Ses acteurs

L'équipe¹⁰ est donc principalement constituée d'Agent de Service Hospitalier (ASH), Aide Soignant/e (AS) et Infirmier/ière Diplômé/e d'Etat (IDE). On compte également deux animatrices, le médecin cadre et la cadre de santé. Ce qui fait au total 48 personnes. Certains services (nettoyage des parties communes, service de lingerie ou repas) sont assurés par l'hôpital. Ainsi, ils ont un impact dans l'organisation sans en faire partie, ce lien est exprimé par ma cadre de santé comme : un partenariat interne.

Le personnel affecté à l'UHPAD/USLD fait partie de la fonction hospitalière. Il peut donc demander à changer de service, voire une mutation sur tout le territoire. Schématiquement, on distinguera trois statuts salariés : contractuel, stagiaire et titulaire. Il aura un statut de contractuel pendant quelques années. La temporalité variable poussent les personnes à accepter divers horaires, changements et services peu demandés. Ensuite, pour une période d'un an, éventuellement reconductible, ils sont stagiaires. Là encore, j'ai pu constater sur le terrain des personnes malades où qui s'était blessées sur leur lieu d'embauche venir tout de même au travail, en me confiant qu'un arrêt maladie jouerait en leur défaveur face au jury de titularisation. Enfin, sauf reconduction ou arrêt du statut de stagiaire, et après délibérations, l'employé peut accéder au statut définitif de titulaire de la fonction publique.

Dans l'équipe de l'UHPAD/USLD, 70 % des IDE ont moins de 30 ans et ont là leur premier poste dans l'attente d'une titularisation, pour le reste c'est une volonté de mutation et ont plus de 45 ans. Un turnover important est observé chez les IDE, ce qui nécessite de nouveaux rodages et adaptations, car en ces lieux les IDE ont en responsabilité une équipe de

¹⁰ Cf Annexe 3 : Organigramme

quatre AS. Ce phénomène peut mettre à mal la stabilité de l'équipe, en même temps qu'un haut niveau d'exigence de service auprès des patients. AS et ASH ont moins de disparité d'âge, les parcours sont divers, mais on peut observer une relative stabilité et inscription dans le temps du personnel. Ce service est à grande majorité féminin, les deux seuls hommes sont le médecin et un personnel ASH.

PARTIE II : Focale et investigation

II-1) Cadre et évolution de la législation : De l'indigent au patient-résident

La prise en charge des personnes âgées en institution¹¹ commence il y a des siècles avec l'hospice : lieu où sont reçus les indigents (les personnes âgées rentrant dans cette catégorie, au même titre que les personnes handicapées). Puis viendra l'accueil en hôpitaux. L'exode rural et la modernité fait éclater le concept de la maison recouvrant trois générations, pour ne passer qu'à deux: création de l'assistance au début du XXème siècle. Les personnes âgées sont désormais distinctes des infirmes, mais le lien avec l'hospitalier demeure.

La loi de 1970 portant réforme hospitalière¹² vient scinder la prise en charge. Schématiquement: l'hôpital devient expert du soin, l'hospice tend à se muer en lieu de vie. Pour autant, à travers ce qui est alors appelé le long séjour, et aujourd'hui ULSD, ces établissements restent à mi chemin de l'hébergement et du soin hospitalier. Trente ans plus tard, la loi 2002 et la loi Hôpital Patients Santé Territoire¹³ faisant leur révolution, le champ du social, à partir du médico-social recoupe à nouveau avec le sanitaire.

Alors deux cultures ayant évolué en parallèle se rejoignent : le sanitaire et le social/médico-social. Secteurs pourtant souvent opposés comme en atteste la préface d'un document de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : « Le secteur médico-social, [...] présente également plusieurs caractéristiques qui le distinguent des activités et du modèle sanitaire. Le nombre d'établissements et services est plus important, les modalités de financement et de tarification sont différentes et, surtout, le fondement de l'accompagnement repose sur le projet de vie qui peut s'inscrire dans une séquence très longue voire sur une vie entière »¹⁴. On perçoit ici la différence entre la maladie au centre de la prise en charge (sanitaire) et la personne au centre d'un accompagnement (Social - Médico-social). Ainsi, les EPHAD et USLD sont encore au coeur de ce tiraillement.

Le risque, alors décrit par Alain Villez dans son ouvrage sur les différents modèles

¹¹ https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/dessms/montigny_frapy.pdf

¹² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000874228>

¹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

¹⁴ <https://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>

d'EHPAD, est que dans les institutions qui répondent au modèle hospitalier « le projet de soins prime sur le projet de vie. [...] La vie quotidienne, centrée sur la satisfaction des besoins primaires, y est rythmée par la distribution des soins [...] L'hygiène, l'ordre, la fonctionnalité constituent les déterminants d'une vie institutionnelle où l'entourage familial ne dispose pas d'une place reconnue. »¹⁵ Ce qui irait à l'encontre de tout projet de vie pensé avec le prisme des recommandations de bonnes pratiques de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Pour rappel, l'ANESM¹⁶ fut créée en 2007, d'une volonté gouvernementale, dans l'optique d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002¹⁷.

La modernisation et l'harmonisation du cadre législatif des établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées s'établissent notamment avec la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales¹⁸. Cette loi, dite « d'orientation en faveur des personnes handicapées »¹⁹ avait déjà pour ambitieux dessein de promouvoir l'intégration des personnes et l'accessibilité. Cette loi définit²⁰ pour la création de structures hébergeant des personnes âgées (Chapitre 2, article 3, alinéa 5) comme pour la coordination de ces dernières (Chapitre 1, article 1, alinéa 4), une obligation de passer par des comités régionaux. La constitution « de tels ou tels organismes créés à leur initiative » (ndlr : les structures relevant de l'action sociale) va avec l'idée que ces dernières doivent collaborer avec les collectivités publiques, pour l'élaboration de clauses stipulant divers objectifs poursuivis, moyens mis en œuvre, etc... (Chapitre 1, article 2). Nous observerons d'ailleurs que cet aspect semble préfigurer, quarante ans avant, les instances de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Pour autant, à cette date, les institutions ne disposent pas vraiment de cahier des charges, d'échéances, et d'éventuelles sanctions de non-respect d'engagements.

Auparavant concerné par la convention tripartite pour l'établissement de la tarification de l'UHPAD et L'USLD, le CHICAS finalise désormais la signature avec l'ARS et le CD05 d'un CPOM. Le CPOM confie donc des fonds pluri-annuels objectivés. Autrement dit, l'assurance d'un versement pérenne contre un engagement de résultats, et de mise en place

¹⁵ Alain villez, « EHPAD, la crise des modèles », *Gérontologie et société* 2007/4 (vol 30, n°123), p 169-184

¹⁶ http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

¹⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D2610AD203D104FFA45ECD92A3682695.tplgfr23s_3?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222

¹⁹ <https://informations.handicap.fr/art-anniversaire-loi-handicap-57-7829.php>

²⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D2610AD203D104FFA45ECD92A3682695.tplgfr23s_3?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222

d'une démarche qualité éprouvée²¹. L'innovation et l'adaptation²² sont au coeur de la création de ce dispositif. Dans le cadre spécifique des CPOM s'adressant aux établissements recevant un public de personnes âgées, cela peut s'entendre par la mise à disposition de places d'hébergement renforcé, temporaire ou d'accueil de jour. Nous pouvons voir que les politiques publiques, régionales, départementales et territoriales se recoupent. En effet, cette modularité est déjà précisée dans le schéma départemental des Hautes-Alpes dès 2007. Le CPOM voit son cadre d'application, auprès des établissements recevant un public de personnes âgées, défini dans l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement²³.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement²⁴ s'inscrit dans une réponse au défi démographique qu'est le vieillissement de la population française. Elle expose comment se préparer et accompagner au mieux des personnes âgées de plus en plus nombreuses, souhaitant vivre dignement le plus longtemps possible. Cette loi y répond notamment en revalorisant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), en mettant au coeur du dispositif le maintien à domicile, en renforçant le rôle et la valorisation des aidants familiaux et en exigeant la mise à disposition d'offres d'hébergements alternatives (courts séjours, logements groupés...). Cette loi impacte de fait l'UHPAD / USLD puisqu'elle permet à ses bénéficiaires d'obtenir une meilleure couverture de frais et accentue l'effort de collaboration avec les familles, les aidants.

II-2) L'attractivité des emplois en EHPAD²⁵

Le mouvement social de ce début d'année à propos des EHPAD illustre la crise qui les traverse. Le principal problème évoqué est le manque de personnel. Au cours d'une discussion avec la cadre de santé, elle a pu me dire que ce problème avait deux têtes : le manque de dotation, et le défaut d'attractivité de ce genre de structure. C'est le point de départ de mon expertise technique. Si je ne peux influencer les dotations financières, en tant que cadre je peux œuvrer au mieux être de l'équipe et à l'attractivité de ma structure d'affectation.

Afin de mieux comprendre ce défaut d'attractivité, J'entame une investigation de terrain à travers une série d'entretiens semi-directifs auprès du personnel de l'UHPAD/USLD.

²¹ <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

²² <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/publication-des-textes-reformant-la-contractualisation-et-le-financement-des>

²³ https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7EC1B308678DA73AB2061452E6B4325E.tplgfr25s_2?idArticle=JORFARTI000031701120&cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=29990101&categorieLien=id

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

²⁵ http://www.lemonde.fr/idees/article/2018/01/30 greve-dans-les-ehpad-le-grand-age-a-besoin-de-solutions-perennes_5249085_3232.html

Les premiers constats que je remonte de ces entretiens²⁶ sont les suivants: j'ai pu m'apercevoir que le manque de valeur technique et de reconnaissance par les pairs (réelle ou perçue) adossée à leur travail semblait un facteur déterminant de lassitude. Un intérêt plus grand est porté pour la réanimation, la cardiologie ou les urgences. En bas de ce classement figure alors la gériatrie. Cela est en partie expliqué par le manque (réel ou perçu) de technicité que requiert cette prise en charge, avec notamment la mauvaise image des soins de nursing. Pour rappel, le nursing est un terme dérivé de l'anglais, qui désigne l'ensemble des soins d'hygiène, d'aide à la toilette, massages, préventions d'escarres, préparation et distribution de médicaments. La peur de perdre de la technicité constitue un frein à l'accession et au fait de rester en gériatrie, au sein de la fonction publique hospitalière. Pourtant les actes techniques ne sont pas en reste en gériatrie. Pansements, iléostomies, escarres sont autant de soins à apporter, mais peu valorisés. Alors ce qui, pour certains, fait la plus value : c'est la relation. Et c'est là que le corps infirmier se scinde : aspiration à plus de technicité ou plus de relation. Ainsi présenté, l'augmentation de l'un semble faire diminuer l'autre.

Dans ces mêmes entretiens, nous apprenons également que c'est le confort de travail, à travers les emplois du temps, qui a en partie pu motiver l'intégration de l'UHPAD/USLD. En effet, c'est dans ces unités que l'on peut trouver le seul emploi du temps prévisible (par cycles se déroulant sur une année). Dans la plupart des autres services, les employés ne connaissent que leurs jours de repos et n'apprennent leur emploi du temps complet qu'une ou deux semaines avant.

Pour la cadre de l'UHPAD/USLD l'horaire de travail est un confort de vie garant de la préservation de l'investissement, minimisant l'épuisement. Pour être au plus proche des besoins du service, et de ceux qui y travaillent, les emplois du temps peuvent être modifiés de manière collégiale. La modification, dans l'institution publique qu'est l'hôpital, des horaires constitue pour la cadre, un des seuls leviers de motivation à sa portée.

II-3) Rapports, débats et changements

Dans le courant du mois de mars de cette année, un rapport d'information²⁷ ainsi qu'un rapport sénatorial²⁸ ont été rendus, suivis le 03/04/18 d'un débat au sénat²⁹, face à Madame la ministre de la santé, Agnès Buzyn. Les rapport s'attachent à mettre en lumière la situation des EHPAD, si les préconisations divergent, les constats, quant à eux, se recourent.

²⁶ Cf Annexe 4 : Entretiens

²⁷ <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

²⁸ <https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

²⁹ http://videos.senat.fr/video.617157_5ac36c4569d27.seance-publique-du-3-avril-2018-apres-midi

La première raison évoquée à la crise du modèle EHPAD est la disparité qu'a créée la tarification des EHPAD depuis la réforme de 2015 contenue par la loi d'adaptation au vieillissement. La ministre de la santé consent à reconnaître les limites de cette tarification et proposera, dans le cadre d'une réforme de la sécurité sociale, une tarification qu'elle estime plus juste, avec notamment un consensus national sur ce système, et non plus au seul jugé des départements. Car dans son propos en réponse aux sénateurs, elle exprime l'idée que les économies faites par certains départements sur le tarif de dépendance entraîne des répercussions sur les dotations des EHPAD, et donc sur l'encadrement.

Lors de sa prise de parole, le rapporteur BONNE Bernard précise qu'« Il est impératif de distinguer le soin strictement médical qui doit entourer la prise en charge de patients - et non de résidents - lourdement dépendants ou atteints de pathologies, du soin d'accompagnement que nécessitent des personnes âgées en perte d'autonomie, mais qui ne relève pas pour autant du besoin clinique. C'est à l'amalgame de ces deux types d'intervention, du curatif et du préventif, que l'on doit la prépondérance actuelle d'EHPAD surmédicalisés qui ont laissé le lieu de soins prendre indûment le pas sur le lieu de vie. [...] La prise en charge médicale et médico-sociale, indifférente à la linéarité du parcours de la personne, l'expose à des ruptures brutales que le seul écoulement du temps peine à justifier. »³⁰. Ce qui fait écho à la situation de l'UHPAD/USLD où l'indifférenciation des services proposés a été relevée comme un axe prioritaire d'amélioration lors de la dernière évaluation de l'établissement par un prestataire extérieur,

Enfin, lors d'une de ses prises de parole, la ministre de la santé exprime que la création de postes seule ne peut suffire. En effet, en quelques années le nombre de demandes de formation d'aide soignant a été divisé par quatre. Ce qui peut s'entendre comme un manque d'attractivité de la fonction. Il en va de même pour les infirmières, une proposition leur est d'ailleurs adressée afin de mutualiser ces dernières notamment sur le temps de nuit. En effet, la nuit en EHPAD, il n'y a généralement pas d'infirmières, notamment pour une question de coût, cela peut nuire à la surveillance médicale nécessaire. Ainsi, cette proposition porte comme double objectif de disposer d'une présence médicale accrue au sein des établissements, et pouvoir proposer des contrats plus intéressants à ces dernières / ers.

La plupart des constats relevés dans ces échanges corroborent à mon investigation de terrain, notamment en ce qui concerne l'attractivité. Mes préconisations se verront donc inclure les évolutions probables émanant de ces débats et du changement des juridictions.

³⁰ http://www.senat.fr/cra/s20180403/s20180403_0.html#par_9

PARTIE III : Regarder au loin

III-1) Conclusion

L'élaboration de cette expertise et d'une matrice SWOT³¹ ont mis en lumière différents constats qui préfigurent des axes d'amélioration du service proposé aux personnes âgées. J'ai priorisé les conditions et perceptions du travail de l'équipe soignante. J'ai pu notamment constater que pour les IDE la principale source de mécontentement lié à l'exercice en UHPAD/USLD est le manque de soins qualifiés de techniques au sein de la structure. C'est un frein d'ailleurs à ce que ces dernières puissent rester davantage dans ce service, le temps qui passe donne le sentiment d'une baisse en compétence.

III-2) Mobilité et formation

Les différents services de l'hôpital sont des pourvoyeurs importants de remplacements. Compte tenu de la crise qui le traverse, il n'a plus recours à l'intérim. On pallie en interne les divers manques. Cela peut être aussi l'opportunité pour certaines infirmières, si l'UHPAD/USLD est en sureffectif, de remplacer l'espace de quelques heures dans un service qu'elles perçoivent comme nécessitant une plus grande technicité (réanimation, cardiologie, urgences). Dans la même optique, des formations ou stages en interne peuvent être organisés afin que ces dernières puissent préserver, voire augmenter leur technicité extra-pratique gériatologique.

III-3) Valorisation et reconnaissance

L'investigation menée et certaines lectures³² m'amènent à penser que la mise en place de séances de travail interdisciplinaires autour de la redéfinition des pratiques soignantes est à amorcer. Car c'est aussi en déployant les actes réalisés au quotidien que l'équipe peut se rendre compte de l'épaisseur du travail fourni, voir son évolution, et envisager son amélioration. Une autre étape vers un mieux être au travail, serait aussi la valorisation du travail réalisé et ce possiblement via des entretiens personnels prenant en considération la pénibilité du travail, mais aussi les apports en terme d'expériences, et de techniques que l'exercice en UHPAD/USLD peut amener aux différents professionnels de ce service.

Enfin, un décloisonnement, tant culturel que technique, est envisageable pour que certains hospitaliers fassent également cette démarche de stage vers l'UHPAD/USLD afin de pouvoir apprendre de leurs pairs soignants en gériatologie. Et ce, afin que tous perçoivent la valeur ajoutée au travail auprès des personnes âgées.

³¹ Cf Annexe 5 : Matrice SWOT

³² Malika Litim, Katia Kostulski « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie », Nouvelle revue de psychosociologie 2006/1 (n° 1), p. 45-54. DOI 10.3917/nrp.001.54

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

DE HENNEZEL Marie, (1996), « La mort intime », Robert Lafont, Paris

DE HENNEZEL Maris, (2010), « La chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller », Robert Lafont, Paris

PERIODIQUES

VILLEZ Alain, « EHPAD, la crise des modèles », *Gérontologie et société* 2007/4 (vol 30, n°123), p 169-184

LITIM Malika, KOSTULSKI Katia. « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie » , *Nouvelle revue de psychosociologie* 2006/1 (n° 1), p. 45-54.DOI 10.3917/nrp.001.54

PAGES WEB

Le monde. (2007). la canicule de l'été 2003 a fait plus de 70000 morts en Europe, selon l'INSERM. Repéré à: http://www.lemonde.fr/planete/article/2007/03/23/la-canicule-de-l-ete-2003-a-fait-plus-de-70-000-morts-en-europe-selon-l-inserm_886917_3244.html

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2017). Les Unités de soins longue durée. Repéré à: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-usld-unites-de-soins-de-longue>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2018). Dossier complet département des Hautes-Alpes (05). Repéré à: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-05#chiffre-cle-1>

Conseil départemental des Hautes-Alpes. (2018). Personnes âgées. Repéré à : <https://www.hautes-alpes.fr/1588-personnes-agees.htm>

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et ANAP. (2013). Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir. Repéré à : <https://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>

Anesm, désormais Haute Autorité de Santé. (2018). Repéré à : http://www.ansm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108 , Depuis le 01/04/2018 Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836932/fr/accueil-social-medico-social-portail

DAL' SECCO Emanuelle pour handicap.fr. (2015). 1ère grande loi handicap: 40 ans et tous dedans. Repéré à: <https://informations.handicap.fr/art-anniversaire-loi-handicap-57-7829.php>

Agence Régionale de Santé. (2018). Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Repéré à : <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). Publication des textes réformant la contractualisation et le financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées. Repéré à: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/publication-des-textes-reformant-la-contractualisation-et-le-financement-des>

Le monde. (2018). Grève dans les EHOAD: le grand âge a besoin de solutions pérennes. Repéré à: http://www.lemonde.fr/idees/article/2018/01/30/greve-dans-les-ehpad-le-grand-age-a-besoin-de-solutions-perennes_5249085_3232.html

IBORRA Monique et FIAT Caroline. (2018). Rapport d'information: les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Repéré à : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

BONNE Bernard. (2018). Rapport d'information : EHPAD quels remèdes ?. Repéré à : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

Session ordinaire Sénat du mardi 3 avril 2018. (2018). Compte rendu analytique officiel du 3 avril 2018. Repéré à : http://www.senat.fr/cra/s20180403/s20180403_0.html#par_9

Haute Autorité de Santé. (2017). Mieux connaître la certification des établissements de santé. Repéré à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante

Haute Autorité de Santé. (2014). Manuel de certification des établissements de santé.
Repéré à : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/
manuel_v2010_janvier2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)

TEXTES LEGISLATIFS

Conditions générales d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, article R232-1. (2004), en ligne sur légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190052&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, (1970), en ligne sur légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, (2009), en ligne sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, (2002), en ligne sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales., (1975), en ligne sur Légifrance:https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D2610AD203D104FFA45ECD92A3682695.tplgfr23s_3?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222

Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, (2015), en ligne sur Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7EC1B308678DA73AB2061452E6B4325E.tplgfr25s_2?idArticle=JORFARTI000031701120&cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=29990101&categorieLien=id

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, (2015), en ligne sur Légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

MEMOIRES

MONTIGNY-FRAPPY Céline. (2008). « Les unités de soins de longue durée, à la jonction du sanitaire et du médico-social, Comment en garantir la spécificité dans un centre hospitalier générique ? ». Repéré à : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/dessms/montigny_frapy.pdf

SAFON Marie-Odile. (2017). « Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires ». Repéré à: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

VIDEO

Session ordinaire sénat du 3 avril 2018. (2018, 3 avril). Débat sur la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [Vidéo en ligne]. Repéré à : http://videos.senat.fr/video.617157_5ac36c4569d27.seance-publique-du-3-avril-2018-apres-midi

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Evaluation de la dépendance

Annexe 2 : Certification HAS

Annexe 3 : Organigramme

Annexe 4 : Entretiens

Annexe 5 : Matrice SWOT

Annexe 1:

L'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE

L'intégration en service EHPAD requiert d'avoir soixante ans³³ ou plus (sauf régime dérogatoire pour certaines maladies neurodégénératives). Deuxième critère, la perte d'autonomie. Cette dernière s'évalue à l'aide de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (Aggir)³⁴ comme stipulé dans l'Article R232-3 du code de l'action sociale et des familles³⁵. En fonction des résultats obtenus, les usagers seront catégorisés dans un Groupe d'Iso Ressource (Gir). Ces groupes se répartissent de 1 à 6. 1 étant le plus bas niveau d'autonomie. De l'évaluation du degré de dépendance, en découlera une orientation, ainsi que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui permet de couvrir une partie des frais inhérents à un placement en structure, ou au maintien à domicile. Notons, que seuls les groupes Gir de 1 à 4 ouvrent des droits à l'APA. L'évaluation peut se faire tout au long de la vie de la personne, quand bien même elle soit déjà placée, afin de pouvoir rester au plus proche des besoins de la personne. Dans le cadre du département des Hautes-Alpes³⁶, c'est un membre de l'équipe médico-sociale du conseil départemental qui se déplace auprès de la personne afin de l'évaluer, là où elle se trouve. Enfin, par établissement est alors calculé la somme des niveau d'autonomie qui permet d'en dégager un niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées, dénommé « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP). Au sein de l'UHPAD/USLD c'est le médecin du service qui s'occupera d'évaluer tout au long de vie du résident son niveau de dépendance, mais aussi ses besoins en soins (rôle du médecin coordonateur en EHPAD).

Par la Grille PATHOS, le médecin « évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points « PATHOS », qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » (PMP). »³⁷

Les évaluations de l'autonomie (Aggir) et du soin (Pathos) sont réalisées sous la responsabilité du médecin coordonateur. L'évaluation de l'autonomie est ensuite validée par

³³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190052&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

³⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

³⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006905623&dateTexte=&categorieLien=cid>

³⁶ <https://www.hautes-alpes.fr/1647-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-htm>

³⁷ <https://www.occitanie.ars.sante.fr/aggir-pathos>

un médecin du conseil départemental et par celui de l'ARS; Le soin n'est validé que par le médecin de l'ARS. En effet, le soin relève de la sécurité sociale seule, alors que l'autonomie (via le paiement de l'APA) relève de la compétence partagée du conseil départemental.

Une fois le PMP et le GMP calculés, ces derniers sont utilisés dans une formule qui permettent d'établir l'indicateur synthétique « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS). A ce jour, la formule de calcul du GMPS est : $GMPS = GMP + (2.59 \times PMP)$. Le GMPS rend compte « du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. »³⁸ La finalité de toutes ces statistiques est l'allocation budgétaire qui en résulte, « basée sur une formule unique de calcul de la ressource plafond : Nombre de Points GMPS x valeur du point x capacité »³⁹. Au sein de l'UHPAD/USLD pour l'année 2016, les organismes financeurs ont pu constater un niveau de GMPS élevé. Pour autant, a été indiqué qu'au delà d'un certains seuil, cela n'entraînait plus d'augmentation d'allocation budgétaire. Aussi, la cadre de santé et le médecin coordonateur attachent désormais une attention particulière aux admissions nouvelles, afin de préserver un GMPS contenu.

³⁸ <https://www.occitanie.ars.sante.fr/aggir-pathos>

³⁹ *ibid*

Annexe 2:

CERTIFICATION HAS

Ci dessous, nous trouverons un extrait⁴⁰ du site internet de la Haute Autorité de Santé qui fait la synthèse explicative de la démarche de certification. Parce que l'USLD est un service sanitaire, elle est concernée par la certification. Dans le cadre de l'UHPAD/USLD, cette certification tient une importance car elle impose une démarche qualité d'un point de vue sanitaire. Comme cela a pu être présenté au préalable dans l'expertise technique, l'UHPAD et l'USLD ne sont que peu différenciés sur le terrain. Aussi, dans le cadre de la certification, l'hôpital se voit contraint par la HAS d'amorcer un travail sur le circuit du médicament car des défauts ont été pointés dans ce secteur par l'expert-visiteur. Sur le terrain, cela se traduit par l'achat de nouveaux frigidaires et une formation de toute l'équipe de l'UHPAD/USLD au relevé de température de ces derniers. Ce qui a une incidence positive sur la qualité de prestation pour les personnes de l'UHPAD.

Pour autant, les items développés dans la dernière version de certification (V2014)⁴¹ sont davantage centrés sur la sécurité et la qualité des soins apportés. Ainsi, la mission hôtelière et l'aspect de lieu de vie censément intrinsèques aux EHPAD ne sont pas valorisés. C'est un défaut qui a été relevé dans le cadre de la dernière évaluation externe de l'établissement. En effet, pour respecter les normes sanitaires, les chambres de l'UHPAD sont similaires à celles de l'USLD, à savoir une disposition et utilisation de matériaux propres au sanitaire. Donc, au profit de la qualité d'un point de vue sanitaire, l'aspect personnalisation et lieu de vie est relégué au second rang. Cependant, en se référant au questionnaire de satisfaction annuel distribué aux usagers et à leurs proches, nous noterons que la prégnance du médical dans cette structure est un facteur décisionnel important pour les familles lors du placement de leur aîné à l'UHPAD/USLD.

⁴⁰ Haute Autorité de Santé. (2017). Mieux connaître la certification des établissements de santé. Repéré à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-santé

⁴¹ Haute Autorité de Santé. (2014). Manuel de certification des établissements de santé. Repéré à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

Mieux connaître la certification des établissements de santé

Qu'est-ce que la certification ?

Mise en œuvre par la HAS, la certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tout établissement de santé, public ou privé, quelles que soient sa taille et son activité. Effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS, son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des hôpitaux et cliniques en France.

Actuellement, la 3^{ème} procédure de certification V2010 se termine et la 4^{ème} version V2014 se déploie auprès de tous les établissements.

Qui est concerné ? Tous les établissements de santé publics et privés français, les installations autonomes de chirurgie esthétique et le Groupement de Coopération Sanitaire.

Comment se déroule la procédure ?

Les établissements qui s'engagent dans la certification vont suivre un parcours d'évaluation en continu avec des étapes essentielles : l'entrée dans la procédure, le compte qualité, la visite de certification, le rapport de certification et le suivi.

Quel est le rôle de l'expert-visiteur ?

L'expert-visiteur est un professionnel de santé expérimenté (médecin, pharmacien, directeur, soignant et autres cadres hospitaliers) exerçant en établissement de santé qui est mandaté par la HAS pour réaliser les visites de certification.

Cadre réglementaire de la certification

L'obligation des établissements de santé de s'engager dans la démarche d'accréditation est régie par un cadre réglementaire.

Historique de la certification

La procédure de certification est en constante évolution depuis 1999 pour s'adapter en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins et apporter une réponse pertinente aux attentes des usagers, des professionnels et des pouvoirs publics.

Mis en ligne le 08 juin 2017

Annexe 4 :

ENTRETIENS

Les entretiens suivants ont été menés dans une volonté exploratoire du manque d'attractivité du travail auprès des personnes âgées. Ils sont basés sur une forme semi-directive, ainsi les questions sont dirigées, mais les réponses libres et sans guidance. Je présentais systématiquement le fait que les propos resteraient anonymes et confinés au seul cadre de mon étude, et que cela se déroulerait sur la base du volontariat. Et ce, dans l'optique d'avoir une réponse la plus authentique possible. Cette enquête a été réalisée sur différents temps de pause, sur les lieux mêmes de l'hôpital. Aussi, je ne peux exclure que le contexte n'ai pas nui à la spontanéité des réponses. Dès lors, il conviendra de garder la mesure dans l'interprétation de ces propos.

Infirmière titulaire en service de Cardiologie:

Envisageriez vous d'aller travailler en UHPAD/USLD ?

« Moi je n'ai rien contre les personnes âgées. Moi je souhaiterais travailler en psychiatrie dure. Je suis plus intéressée par le relationnel. »

Qu'est-ce qui peut, à votre avis, constituer un frein pour intégrer un service comme l'UHPAD ou l'USLD ?

« Pour ceux qui sont plus techniques, forcément ça coince. Parce que dès qu'un résident commence à être intéressant, qu'il faut poser une perfusion, faire du technique, il s'en va à l'hôpital »

Infirmière en première année, stagiaire en médecine générale:

Envisagez vous d'aller travailler en UHPAD/USLD ? Ou en gériatrie ?

« Je n'y suis pas opposée, de toute façon c'est obligatoire. Et puis, faut bien commencer quelque part. »

Infirmière en deuxième année, stagiaire au bloc opératoire

Envisagez vous d'aller travailler en UHPAD/USLD ? Ou en gériatrie ?

« Si j'ai fait infirmière, c'est pour être dans l'action. Vous voyez, comme dans Grey's Anatomy. J'ai envie de pouvoir travailler aux urgences, de faire des soins importants, de poser une voie centrale. Je suis pas très bonne dans la relation, et davantage dans la technique. Si j'y vais, je vais pas leur plaire, et pas m'y plaire. Si je peux pas travailler à l'hôpital comme j'aimerais, alors j'irais ailleurs »

En libéral ? En institution ?

« Par exemple »

Mais vous pourriez alors vous occuper de personnes âgées.

« Oui, mais ils sont souvent moins grabataires. Puis, pour peu qu'ils soient diabétiques ou quoi, ça fait des actes intéressants. Et puis la paye est pas la même »

Infirmière dans l'UHPAD/USLD du CHICAS

Où avez vous travaillé avant d'entrer au 6ème étage ?

« Partout, dans les urgences, la pneumologie, la réanimation... »

Pourquoi avez vous choisi l'UHPAD/USLD ?

« Parce qu'à un moment tu as besoin d'une qualité de vie. Ça va 5 minutes de faire un service, puis l'autre. De voir son emploi du temps modifié de jour en jour. Faire 12 heures par jour. Mais là, j'aimerais bien retourner en pneumologie. J'y ai fait un remplacement il y a peu, c'était super. »

Vous avez le sentiment de perdre de la technique ?

« Ah ben oui, autant je suis devenue imbattable en pansements, prises de sang, veille aux esquarres et je me suis blindée avec les différentes démences. Mais certains actes me semblent loin, et j'ai peur de ne plus savoir faire. »

Infirmière dans l'UHPAD/USLD du CHICAS

Pourquoi avez vous choisi l'UHPAD/USLD ?

« Parce que j'ai toujours su que je voulais travailler avec les personnes âgées. Moi je suis plutôt dans le relationnel. Et puis le rythme de travail correspond plutôt à mon rythme de vie. Donc, je ne m'épuise pas. Et puis je ne suis pas attirée par la technique. »

Et vous n'avez pas peur de la perdre ?

« Et pourquoi on parlerait pas plutôt des différentes techniques que je gagne ? En réanimation, ils sont à 1 infirmière pour 4 patients, nous on a 30 patients et 4 aide-soignantes qui attendent nos directives. Alors moi ça me fait bien rire, si on les écoute il y a qu'eux qui bossent. Moi je n'ai pas le temps de trouver le temps long. Je fais des actes au quotidien. Je lutte contre la maltraitance, et quelque part, on fait même du soin palliatif. Moi je vois à l'inverse, si tu as travaillé en gériatrie tu peux travailler partout »

Cadre Supérieure de Santé

Pourquoi certains services de soins bénéficient d'une meilleure image, et d'une meilleure attractivité que d'autres ?

« La Gériatrie et la Réanimation constituent les entités les plus éloignées dans les choix des étudiants et des diplômés pour travailler. La réanimation demande une technicité accrue, et évolue constamment avec les nouvelles technologies. Cet aspect technique est valorisé, voire fantasmé par certaines personnes. La gériatrie peut être plus facilement boudée par sa carence en technicité. Ce qui est faux. Ce sont d'autres compétences. Mais cela est peut être ancré dans la définition même d'une infirmière, est-elle capable par la technique ? La relation ? Les deux ? L'un vaut-il mieux que l'autre ? Enfin, la proximité avec la mort peut déranger. Aussi, plutôt que de l'exposer ainsi, on peut mettre plus facilement notre difficulté à travailler au sein de ce service sur la dite carence technique. La plupart des professionnels mettent du temps à se rendre compte qu'en définitive c'était bien le même métier qu'il faisait. Et que tout peut s'apprendre, à tout âge. De la pose d'une voie centrale à la surveillance glycémique. »

Cadre de santé

Qu'est-ce qui pourrait faire la plus value d'une infirmière en gériatrie ?

« Une infirmière en gérontologie a une gestion d'équipe intrinsèque à sa fonction. Une équipe d'aide soignantes qui attendent de l'infirmière qu'elle réponde à leurs questions, qu'elle soit disponible et capable d'intervenir dans des instants plus critiques. C'est donc une vraie responsabilité de chef d'équipe, en même temps que la garante de la qualité du service. C'est ce que je mets en avant lors de l'entretien, et cela à tendance valoriser le poste auprès de la candidate. Alors que ce n'est que la vérité. »

Infirmière à l'UHPAD/USLD du CHICAS

Pourquoi avez vous choisi l'UHPAD/USLD ?

« Parce que j'ai adoré travailler en soins palliatifs, et puis l'adrénaline, et l'exigence du bon geste technique ne me convient pas. »

Votre travail vous convient il ?

« Oui, c'est vraiment agréable d'y aller chaque jour. Cependant, je déplore que la notion de fin de vie soit éludée. Je comprends que cela puisse mettre mal à l'aise, mais j'ai besoin de réflexions sur ce sujet et beaucoup de collègues aide soignantes sont en demande ».

Aide soignante de l'UHPAD/USLD

Un projet de loi à l'étude viserait à ce que les AS distribuent des médicaments, cela constituerait il un intérêt pour vous ?

« Dans d'autres établissements, j'ai des amies AS qui le font déjà. Ici à l'hôpital c'est plus réglementé, on a essayé une fois et il y a eu une erreur. Cela a mis fin à l'essai. Très franchement, ce n'est pas un acte passionnant. Si les personnes veulent davantage de technique, qu'elles fassent infirmières. »

Pour vous qu'est ce qui rend le travail en EHPAD peut attractif ?

« Le salaire, et la reconnaissance. On aimerait faire plus, mais on n'a pas le temps. On est pris par des actes quotidiens. Et parfois on parle des patients en fonction de leurs problèmes, ça ne me plaît pas. Et ça renforce le côté tête dans le guidon. Moi je fais de mon mieux tout les jours. Mais je croise les doigts pour que d'ici que ce soit mon tour, les établissements auront changés »

Aide Soignante du service de médecine générale

Aimeriez vous travailler en UHPAD/USLD ?

« Non, pour moi travailler là-bas c'est un tremplin pour accéder à un autre travail ».

Qu'est-ce qui vous dérange ?

« Changer des couches, nourrir à la cuillère... je veux bien le faire en maternité, mais pas ailleurs. Et puis c'est pas valorisant, c'est tout le temps les mêmes actes, rien ne change ».

Votre travail est moins linéaire ?

« Si, pareil mais plus technique ».

(Je lui explique les différents actes d'une AS en UHPAD / ULSD).

« Ah, je pensais pas qu'elles faisaient tout cela. Je me rends compte que je connais peut être pas vraiment. Remarquez, elles savent peut être pas ce que je fais. Au final, on est dans le même bâtiment et tout ce qu'on sait, on l'apprend par des bruits de couloirs. »

Aimeriez vous découvrir, sur une semaine, le métier d'AS en UHPAD/USLD ?

« Si cela n'engage pas ma place, voir si ça me fait gagner un échelon. Je suis pas contre, ça ferait un peu voir ailleurs. Le truc, c'est que l'administratif c'est trop lourd. Le temps que tout s'aligne, que tu aies tous les tampons... Mais oui, j'aimerais bien »

Annexe 5 :

MATRICE SWOT

<u>Forces</u>	<u>Faiblesses</u>
<ul style="list-style-type: none">- La motivation de l'équipe de l'UHPAD/USLD pour acquérir de nouvelles techniques et préserver un haut niveau de compétences.- La stabilité des horaires, et par extension le cadre régulier de travail.- La gestion locale des ressources humaines qui permet de mettre à disposition du temps pour que le personnel le mette à profit en temps de formation.- Faible taux d'absentéisme dans le service.	<ul style="list-style-type: none">- La faible attractivité du service en grande partie conséquente à la faible valeur technique prêtée aux soins prodigués en UHPAD/USLD. (Cette faiblesse s'entend tant au niveau interne, qu'externe ; tant au niveau des cadres que des employés. Ce qui la rend particulièrement prégnante) Et à contrario le haut niveau perçu de technicité du pôle de soins critiques.- L'inertie administrative qui ne permet que peu de souplesse et allonge les délais pour tout changement.
<u>Opportunités</u>	<u>Menaces</u>
<ul style="list-style-type: none">- La capacité à prodiguer en interne de la formation.- Le renoncement à faire appel aux intérimaires crée l'obligation des services de pourvoir en interne.- La possibilité d'inscrire l'équipe dans une démarche d'élaboration sur leur travail compte tenu de l'évaluation interne approchant.	<ul style="list-style-type: none">- L'usure et le découragement des équipes de l'UHPAD/USLD qui en plus de se sentir dévalorisées pourraient développer le sentiment de se sentir sans opportunités d'évolutions, subir une rupture de parcours- La crise hospitalière au CHICAS entraine, dans un but d'économie à ne plus pourvoir les absences du personnel par des agents intérimaires. Ce manque de personnel dans le service entrainerait une indisponibilité à la formation.