



**HAL**  
open science

# Hospitalisations non programmées en EHPAD : quand la dépendance nous oblige à l'excellence

Jean-Christophe Lancel

► **To cite this version:**

Jean-Christophe Lancel. Hospitalisations non programmées en EHPAD : quand la dépendance nous oblige à l'excellence. Sciences de l'Homme et Société. 2020. dumas-03932155

**HAL Id: dumas-03932155**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03932155v1>**

Submitted on 10 Jan 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MASTER DE MANAGEMENT  
des organisations sanitaires et médico-sociales

Année universitaire 2019/2020

Mémoire de fin d'études

2<sup>ème</sup> année de Master

Jean-Christophe LANCEL

**Hospitalisations non programmées en EHPAD :  
quand la dépendance nous oblige à l'excellence**

Sous la Direction de Monsieur Arnaud EVE



U.F.R. Santé Rouen  
22 Boulevard GAMBETTA  
76000 ROUEN



I.A.E. Rouen  
3 rue PASTEUR  
76000 ROUEN

## Remerciements

Ce mémoire représente l'aboutissement d'une année de Master, année qui fut riche de réflexions, de recherches, de rencontres et d'échanges.

Je souhaite tout particulièrement remercier M. Arnaud EVE, Maître de conférences en Sciences de Gestion et responsable pédagogique de la filière Management des Organisations Sanitaires et Médico-Sociales de l'IAE de Rouen, pour ses enseignements, ses encouragements mais également pour son indéfectible disponibilité qui ont concouru, jour après jour, à la construction de ce travail de recherche et aujourd'hui à son aboutissement.

Je souhaite également remercier le Professeur Véronique MERLE, Professeur des universités et responsable pédagogique de la filière Management des Organisations Sanitaires et Médico-Sociales de l'UFR Santé de Rouen, qui a su nous convertir à la démarche qualité et nous partager son regard à la fois exigeant et bienveillant de Praticien Hospitalier.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des intervenants de notre formation qui, par leurs enseignements et le partage de leurs expériences professionnelles, nous ont préparés à l'exercice de nos futures fonctions et nous ont sensibilisés aux valeurs de l'action sanitaire et médico-sociale.

Je souhaite encore manifester ma reconnaissance à l'ensemble des professionnels, Médecins, Directeurs, Infirmières et Aides-soignantes, qui, en cette période de crise sanitaire nationale ont accepté de consacrer du temps à ce mémoire en m'accordant un entretien. Le partage de leur vécu et de leurs approches ont apporté à cette étude l'authenticité et la richesse de leur expérience de terrain.

Je souhaite enfin remercier ma tutrice Madame Laurence DE POMMERY, Directrice de la Résidence-Clinique « Le Château Blanc » qui a accepté de m'accueillir au sein de son établissement pour un stage de Direction de 6 mois et qui, par sa gentillesse et sa flexibilité, a largement contribué à la production de ce travail de recherche. Je sais déjà que je conserverai de cette première expérience professionnelle en Ehpad le souvenir d'un établissement de qualité, la joie d'avoir croisé le chemin de professionnels profondément investis auprès de personnes âgées vulnérables mais aussi le plaisir sincère d'avoir fait partie de cette équipe et de ce projet durant quelques mois.

Mais sans oublier toutes les personnes qui m'ont également soutenu, encouragé ou prodigué des conseils tout au long de la réalisation de ces travaux, notamment Cécile BOURDELLES pour la relecture attentive qu'elle m'a accordée.

Une dernière pensée pour ma compagne dont l'appui et le soutien furent quotidiens. Combien de soirées, de samedis, de dimanches occupés à mes recherches et à la rédaction ... et sans jamais une seule réflexion. Juste merci pour ta patience et ta constance qui furent pour moi un véritable réconfort. Et enfin à Nina qui, après neuf mois d'attente, doit rejoindre notre petite famille dans quelques jours.

## Liste des abréviations

A.G.G.I.R.	Autonomie gérontologique groupes iso ressources
A.N.A.P.	Agence nationale d'appui à la performance
A.N.E.S.M.	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
A.P.A.	Allocation personnalisée d'autonomie
A.R.S.	Agence régionale de santé
C.A.S.F.	Code de l'action sociale et des familles
C.D.	Conseil départemental
C.N.E.G.	Conseil national des enseignants de Gériatrie
C.N.S.A.	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
C.P.O.M.	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
C.S.P.	Code de la santé publique
D.L.U.	Dossier de liaison d'urgence
D.R.E.E.S.	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
E.H.P.A.D.	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
E.M.G.	Equipe mobile gériatrique
E.M.S.P	Equipe mobile de soins palliatifs
G.I.R.	Groupe iso-ressources
G.H.T.	Groupement hospitalier de territoire
H.A.D.	Hospitalisation à domicile
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
H.N.P.	Hospitalisation non programmée
H.T.	Hébergement temporaire
I.G.A.S.	Inspection générale des affaires sociales
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
O.N.F.V.	Observatoire national de la fin de vie
O.N.U.	Organisation des Nations Unies
O.P.C.O.	Opérateur de compétence (en matière de formation professionnelle continue)
P.A.E.R.P.A.	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
P.E.C.	Prise en charge
P.M.S.I.	Programme de médicalisation des systèmes d'information
P.S.D.	Prestation spécifique dépendance
P.U.I.	Pharmacie à usage intérieur
Q.V.T.	Qualité de vie au travail
S.U.	Service des urgences

## Résumé

Le monde vieillit. La France vieillit. Les instituts de statistiques prédisent, à l'échelle nationale, une augmentation de plus de 60% du nombre de personnes en perte d'autonomie à l'horizon 2050. Il y a là un enjeu de santé publique. Dans le même temps, un autre enjeu s'impose, celui des urgences dont la situation se dégrade inlassablement. Depuis quelques années déjà, les institutions s'alarment des trop nombreuses hospitalisations non programmées enregistrées dans les Ehpad. Ces hospitalisations concourent à l'engorgement des urgences et ont en outre un effet délétère voire funeste sur la personne âgée. Face à la dépendance, face à l'urgence, une seule réponse semble devoir être opposée : l'excellence. De nombreuses recommandations ont été formulées, des expérimentations lancées, le sujet massivement investi, toutefois d'importants progrès sont encore attendus. Ces différents constats ont alors appelé la question de recherche suivante : par quels moyens un Ehpad peut-il optimiser la gestion des hospitalisations non programmées de ses résidents ? A partir d'une revue de la littérature et d'une étude qualitative menée sur la base de cinq entretiens, nous avons tenté de mieux cerner cet environnement et d'identifier les freins qui affectent les performances. Nous avons dès lors observé, entre autres, un déficit de coopération entre les services hospitaliers et les Ehpad mais aussi, pour ces derniers, une carence trop fréquente en personnel infirmier de nuit et la nécessité de promouvoir la formation ou bien encore de recourir aux directives anticipées. Nos travaux de recherche ont identifié différents leviers de progression comme l'évaluation, la réflexion éthique, la formation de nuit et l'analyse de pratique. Sur la base de ces constats et de ces potentialités, nous avons encouragé l'amplification des partenariats Ville-Ehpad-Hôpital mais aussi l'engagement des Ehpad à mettre en œuvre les recommandations institutionnelles agrémentées de nos préconisations, et enfin, pour ces derniers, l'appui financier de l'état permettant d'accéder à un personnel infirmier de nuit qualifié à la gestion des urgences. Sur ces fondements, une réduction significative des hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad, nous est apparue tout à fait accessible.

**Mots-clé : Ehpad, hospitalisations non programmées, dépendance, performance, urgence.**

# Table des matières

	Page
<b>INTRODUCTION</b>	06
<b>PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE</b>	
Introduction .....	10
<b>1.1 La dépendance : conceptualisation et enjeux sociétaux</b>	
Introduction .....	10
1.1.1 Définitions et histoire du concept .....	11
1.1.2 Evaluation de la dépendance : les outils .....	15
1.1.3 La dépendance en EHPAD : données chiffrées .....	16
1.1.4 Les hospitalisations non programmées .....	17
1.1.5 Les responsabilités pointées du doigt .....	19
1.1.6 Conclusion .....	20
<b>1.2 La performance : conceptualisation et enjeux managériaux</b>	
Introduction .....	21
1.2.1 Définitions et histoire du concept .....	22
1.2.2 Les droits des résidents .....	26
1.2.3 Outils et ressources mobilisables .....	28
1.2.4 Recommandations .....	31
1.2.5 La mesure de la performance .....	33
1.2.6 Conclusion .....	36
<b>PARTIE 2 : ÉTUDE EMPIRIQUE SELON UNE APPROCHE QUALITATIVE</b>	
Introduction .....	38
<b>2.1 Méthodologie de recueil des données</b>	
2.1.1 Méthode choisie .....	39
2.1.2 Présentation du terrain d'étude .....	39
2.1.3 Elaboration du guide d'entretien et déroulement des entretiens .....	41
2.1.4 Méthode d'analyse des résultats .....	41
<b>2.2 Présentation des résultats</b>	
2.2.1 Thèmes principaux .....	43
2.2.2 Préconisations formulées par les répondants .....	45
<b>2.3 Discussion</b>	
Introduction .....	48
2.3.1 Causes, conséquences et « évitabilité » des hospitalisations non programmées .....	49
2.3.2 Nécessité d'une anticipation .....	49
2.3.3 Spécificités du travail de nuit .....	50
2.3.4 Questions d'éthique .....	51
2.3.5 Autres préconisations .....	52
2.3.6 Conclusion .....	53
<b>2.4 Préconisations managériales</b> .....	55
<b>2.5 Limites, biais et perspectives</b> .....	58
<b>CONCLUSION</b> .....	59
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	61
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	65

## Introduction

« Autrefois, la longévité avait été le privilège d'une minorité. Au XXe siècle, ce privilège était devenu le destin de la majorité ». (O.N.U, 1982, Assemblée mondiale sur le vieillissement, p50)

Nous sommes en 1982, Javier Pérez Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies prononce son discours devant l'assemblée mondiale sur le vieillissement qui se tient à Vienne. Son constat est sans appel : le monde vieillit, la tendance s'inverse, la longévité s'érige comme une norme, comme un privilège devenant « *le destin de la majorité* ». Les prévisions qu'il dévoile parlent d'elles-mêmes : en 2025 l'humanité pourrait compter un milliard de personnes de plus de 60 ans contre 350 millions en 1975<sup>1</sup>. Pour la première fois au cours de son l'histoire, le monde entier prend conscience qu'il devra faire face à une situation inédite qui augure des conséquences à la fois sociales, culturelles, économiques et éthiques. Qui aurait prédit lors de la création de l'Organisation des Nations Unies en 1945 que la structure démographique du monde changerait radicalement et concernerait tout autant les pays développés que ceux en voie de développement. Le Secrétaire Général rappelle alors les principes de base du Plan international d'action sur le vieillissement, à savoir que le but ultime d'un processus de croissance est d'assurer le mieux-être des populations, de promouvoir la dignité de l'individu et de garantir les soins médicaux essentiels à la préservation de la santé.

Quarante années plus tard, en 2020, la prise en compte du vieillissement est devenue une priorité de santé publique. Emmanuel Macron (2018, p9 p4), dans son discours prononcé le 13 Juin lors du congrès de la Mutualité Française, s'engage à lancer un « *débat national indispensable qui permettra de répondre à ce nouveau risque [la dépendance]* ». Le Président évoque alors longuement la question du grand-âge et le défi du vieillissement « *Nous vivons plus vieux [...] la dépendance est là et ce nouvel âge vulnérable de la vie est entrain de s'installer. Ne pas le voir ou considérer que cela serait l'affaire de quelques uns, c'est ne pas nous traiter dignement nous-mêmes* ».

Quelques mois plus tard, Dominique Libault (2019) rendra son rapport au Premier Ministre Edouard Philippe suite à une concertation nationale de grande ampleur menée sur le territoire Français. Ce rapport suggère que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie passerait de 1.265.000 en 2015 à 2.235.000 en 2050<sup>2</sup> (soit une augmentation de près de 77%) sur la base d'un scénario intermédiaire proposé par la DREES.

<sup>1</sup> L'humanité comptait 901 millions de personnes de plus de 60 ans en 2015 selon l'O.N.U.

<sup>2</sup> Estimation D.R.E.E.S. 2015 (ce scénario intègre l'arrivée massive des premières générations du baby-boom).

L'INSEE (2019) estime, pour sa part, que si les tendances démographiques récentes et l'amélioration de l'état de santé devaient se poursuivre, la France (hors Mayotte) pourrait alors compter environ 4 millions de séniors en perte d'autonomie à l'horizon 2050. Selon la définition retenue ici, la France comptait en 2015 2,5 millions de personnes âgées en perte d'autonomie ce qui représente une augmentation de 60%.

Les chiffres communiqués par ces deux institutions discordent substantiellement car ils sont le reflet de méthodes de projection différentes : la DREES a choisi, pour ses évaluations, de faire référence au nombre de bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), l'INSEE y a préféré des hypothèses portant sur l'espérance de vie et l'état de santé des personnes. Quoiqu'il en soit, les prévisions convergent sur un point : la France se trouve à l'orée d'une inflation majeure du nombre de personnes en perte d'autonomie (entre 60 et 77%). Ce constat, dans le cadre de nos travaux de recherche, a fait émerger un premier sujet de questionnement, celui de la prise en charge sociétale de la dépendance.

Toutefois ce premier constat s'assombrit encore un peu dès lors qu'on le corrèle à une autre crise majeure que traverse notre pays depuis de nombreuses années, celle des urgences en milieu hospitalier. A nouveau en 2019, des grèves massives ont émaillé le quotidien de nombreux hôpitaux français. Le rapport Mesnier-Carli (2019), demandé par le Premier Ministre Edouard Philippe et la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, a été remis en Décembre 2019 dans un climat de tensions nationales. Ce rapport fait amende honorable et exprime clairement que les symptômes de ce malaise sont connus de tous. Le nombre de passages aux urgences a en effet doublé en vingt ans, passant de 10 millions en 1996 à 21 millions en 2016, emportant avec lui des conséquences désastreuses sur les sujets vulnérables. Les rapporteurs s'accordent également sur le fait « *qu'en dépit des nombreux rapports portant sur ce sujet, et des multiples initiatives en découlant, la situation d'afflux aux urgences persiste et s'aggrave* »<sup>3</sup>.

Face à ce nouveau constat alarmant et dans la continuité de nos travaux de recherche, deux nouveaux sujets de questionnement se sont alors imposés : celui de l'impact, sur les personnes âgées dépendantes, des hospitalisations non programmées transitant par un service des urgences mais aussi celui de la pertinence des dispositifs mis en place afin de les éviter.

A ce titre, la Cour des Comptes (2019, p228), au travers de son rapport annuel, livre les prémices d'une réponse en précisant que « *les passages aux urgences et les hospitalisations sont reconnus comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées. La priorité doit être de les éviter, par une meilleure prise en charge à domicile ainsi qu'en EHPAD* ».

---

<sup>3</sup> Titre 2 du rapport Mesnier-Carli (2019) dit « pacte de refondation des urgences » (p.17).

Enfin l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) (2013) révèle, dans son rapport remis par le Professeur Régis Aubry<sup>4</sup> le 21 Janvier 2014 à Marisol Touraine alors Ministre des affaires sociales et de la Santé, des résultats évocateurs en matière de passages aux urgences des personnes âgées<sup>5</sup> : 13.000 patients de plus de 75 ans décèderaient chaque année aux urgences et en 2010, 61% des patients qui y sont décédés avaient plus de 80 ans. Ces chiffres mettent ici en évidence la nécessité pour les acteurs du grand-âge d'apporter des réponses à cette situation qui emporte avec elle son lot de questions éthiques, sociales mais aussi économiques.

Nos travaux de recherche nous ont donc conduits à différents constats : en premier lieu celui d'une augmentation sans précédent de la prévalence de la perte d'autonomie à l'horizon 2050, en second lieu celui de l'échec des politiques de santé qui se sont succédé durant plusieurs décennies en vue de réduire le nombre de passages aux urgences et enfin celui de l'impact désastreux que ces derniers induisent sur les personnes âgées vulnérables.

Ces différents constats ont fait l'objet de nombreux échanges avec les intervenants professionnels de notre formation universitaire ainsi qu'avec les membres de l'établissement au sein duquel nous avons réalisé notre stage de fin d'études (la Résidence-Clinique « Le Château Blanc » à Saint-Etienne du Rouvray (76)<sup>6</sup>). Il nous a ainsi été loisible de confronter nos points de vue, de tenter de cerner les déterminants et les effets attachés à ces différentes questions d'actualité mais aussi de questionner l'intérêt que constituaient ces sujets pour les établissements. Une préoccupation prégnante est alors apparue, celle des hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD (hospitalisations entendues ici au sens d'un passage par un service hospitalier des urgences). Nous avons ainsi pu mesurer les enjeux que constituait ce sujet sensible pour les établissements, notre établissement d'attache y compris. En premier lieu, l'enjeu d'offrir aux résidents une prise en charge de qualité fidèle aux exigences d'une mission médico-sociale. En second lieu, l'enjeu de neutraliser les hospitalisations potentiellement évitables. Enfin, l'enjeu de rompre avec l'échec véhiculé par une gestion insuffisamment performante des situations d'urgence dont les répercussions se mesurent directement sur des sujets âgés particulièrement vulnérables mais aussi sur des personnels soignants très investis dans leurs missions.

---

<sup>4</sup> Le Professeur régis AUBRY fût notamment Président de l'ONFV de 2010 à 2015, coordinateur du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 et membre de la mission sur la fin de vie confiée au Pr SICARD en 2012.

<sup>5</sup> Données extraites du PMSI MCO 2012 (programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine chirurgie obstétrique). L'analyse porte sur 17705 patients décédés en unité hospitalière de courte durée en 2012.

<sup>6</sup> **La résidence est la propriété du groupe PROBTP. Elle déploie sur un même site deux activités complémentaires : une activité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD de 117 lits) ainsi qu'une activité sanitaire de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR de 36 lits).**

De ces différents constats, de ces nombreux échanges mais aussi de ces enjeux s'est alors imposée la problématique suivante : **Par quels moyens un EHPAD<sup>7</sup> peut-il optimiser la gestion des hospitalisations non programmées de ses résidents ?**

Afin de répondre à cette question, nous avons structuré ce travail de recherche autour de deux parties :

La première partie s'attache à définir le cadre théorique de ces travaux. Ce cadre est destiné à apporter un éclairage scientifique à notre recherche. Il situe la problématique dans son contexte global, il permet d'explorer les constructions théoriques déjà énoncées dans le domaine et de les confronter. Il se construit donc à partir d'une vaste analyse de la littérature. La problématique retenue ici ouvre à la fois la réflexion sur une population spécifique, celle des personnes âgées dépendantes résidant en EHPAD et sur un sujet de management, celui de l'optimisation de la gestion des hospitalisations non programmées. Nous avons donc fait le choix de convoquer dans notre démarche de conceptualisation, en premier lieu, le concept de dépendance puis celui de performance. Après en avoir circonscrit les définitions à l'environnement de notre étude, nous développerons ces concepts au moyen d'éléments chiffrés, d'éléments de mesure et d'éléments juridiques ou réglementaires.

La seconde partie est dédiée à l'étude empirique que nous avons menée auprès de professionnels de santé tous impliqués dans des missions concernées par notre problématique. Nous présenterons, dans un premier temps, la méthodologie de recueil et d'analyse des données que nous avons privilégiée puis, dans un second temps, les résultats de notre recherche issus du dispositif d'investigation retenu. Ces résultats seront alors analysés puis confrontés, au travers d'une discussion approfondie, aux apports théoriques de notre conceptualisation. C'est alors que nous formulerons des préconisations concrètes, aboutissement de notre travail de recherche. Avant de conclure, nous présenterons les limites de nos travaux et les biais auxquels nous avons été exposés mais aussi les perspectives qui nous sont apparues.

---

<sup>7</sup> Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont définis à l'article D 312-155-0 du Code de l'Action Sociale et des familles (Voir Annexe 1). Selon la CNSA (2017), la France compte près de 7000 EHPAD ; plus de 43 % sont publics, plus d'un tiers appartiennent au secteur privé non lucratif et un quart au secteur privé commercial.

## 1<sup>ère</sup> partie : cadre théorique

*« Il n'est pas de description qui soit vierge de théorie. [...] chaque énoncé et chaque raisonnement doit passer par les mots, c'est-à-dire par les concepts. Chaque concept à son tour est le fruit d'une théorie, qui décide que certains faits sont pertinents et d'autres accessoires, que certains facteurs orientent le cours des événements, et que d'autres sont des intermédiaires fortuits. ».* Bronislaw Malinowski (1944, p9)<sup>8</sup>

Selon Giordano (Eds.) (2003, p66), laquelle s'appuie sur les propos de Morse<sup>9</sup>, « la théorie est présente tout au long de la recherche : elle guide la démarche d'investigation et de collecte. Elle aide à structurer les données, elle aide à faire ressortir les applications possibles des résultats ». Ce stade de construction théorique est donc essentiel. Il s'agit ici de spécifier les concepts que nous allons mobiliser et, au moyen de la littérature, de les définir, de les circonscrire, de les analyser et de les mettre en lien aux fins d'éclairer notre sujet de recherche (ici les hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad) et d'en démêler les déterminants.

Nous investiguerons dans un premier temps le concept de dépendance, dont nous attendons qu'il situe cette problématique, puis nous le ferons interagir avec le concept de performance que nous mobiliserons dans un second temps.

### 1.1 La dépendance : conceptualisation et enjeux sociétaux

*« Monsieur Hamil avait parfois besoin de pisser et il fallait le conduire aux W.C. avant que les choses se précipitent. Mais il ne faut pas croire que Monsieur Hamil n'était plus responsable et qu'il ne valait plus rien. Les vieux ont la même valeur que tout le monde, même s'ils diminuent. Ils sentent comme vous et moi et parfois même ça les fait souffrir encore plus que nous parce qu'ils ne peuvent plus se défendre. Mais ils sont attaqués par la nature, qui peut être une belle salope et qui les fait crever à petit feu. Chez nous, c'est encore plus vache que dans la nature, car il est interdit d'avorter les vieux quand la nature les étouffe lentement et qu'ils ont les yeux qui sortent de la tête. »*  
(Romain Gary (Emile Ajar), *La vie devant soi*, Gallimard, Folio, 1982, p. 158)

Romain Gary, au travers de son roman « *La vie devant soi* » qui obtint en 1975 le Prix Goncourt, nous offre ici, en jouant avec brio d'une verve verte et d'un propos magistralement décalé, une représentation crue de la dépendance, d'une dépendance qui fait peur et qui dénature.

Afin de la démystifier, nous nous attacherons, au travers d'une revue de la littérature, à appréhender son enracinement historique, à identifier les différentes notions qu'elle recouvre et à répertorier les outils d'évaluation disponibles. Nous en mesurerons également son impact sur les personnes âgées vieillissantes et en décèlerons les pathologies qui y sont associées en vue d'en

<sup>8</sup> Bronislaw Malinowski (1944). *Une théorie scientifique de la culture*. Paris : François Maspero, p.9. Collection : Les textes à l'appui. traduit de l'anglais par pierre Clinquart. [http://classiques.uqac.ca/classiques/malinowski/theorie\\_culture/theorie\\_culture.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/malinowski/theorie_culture/theorie_culture.pdf)

<sup>9</sup> Morse J. (1994). *Emerging from the data : the cognitive processes of analysis in qualitative inquiry*, in critical issues in qualitative research methods, Beverly Hill : Sage, 23-43

recueillir une représentation scientifique. Nous tenterons également de mieux cerner les conséquences qu'elle emporte sur le parcours d'un résident en EHPAD et donc en quoi elle peut être reliée au concept de performance que nous développerons en seconde intention.

### **1.1.1 Définitions et histoire du concept**

Nous avons fait le choix de circonscrire le périmètre de définition au champ des personnes âgées dites dépendantes. Les autres champs de la dépendance et notamment celui de l'addictologie (dépendance à un produit définie par l'Organisation Mondiale de la Santé) mais aussi celui des troubles psychopathologiques (troubles de la personnalité dépendante définis par le manuel diagnostique des troubles mentaux DSM-5) ne seront pas développés ici. Nous les évoquons toutefois en liminaire afin de rappeler que ce concept ne se limite pas au périmètre des présents travaux de recherche.

Comme nous le rappelle Ennuyer (2003, p7), la première utilisation du qualificatif « dépendant », dans le champ de la vieillesse, nous est donnée en 1973 par Delomier<sup>10</sup>, médecin de l'hospice « La Charité » à Saint-Etienne. Ce dernier estime que « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* ». Ennuyer (2003) y voit déjà ici l'annexion d'un vocable par la communauté médicale aux fins de définir un état déficitaire lié à l'âge dans une idée d'assujettissement à un tiers. De plus, l'auteur déplore que cette définition biomédicale, en offrant une représentation imagée, ne soit pas conceptualisée.

Trépiéd (2015) considère également que cette définition, reposant sur des critères biomédicaux, a connoté négativement cet attribut en réduisant la personne âgée à une incapacité à faire, occultant ainsi toute perception positive de cet état au profit d'une dimension réductrice d'assujettissement. La sociologue y entrevoit également, s'appuyant sur les propos de Paugam (2009)<sup>11</sup>, une forme de « *disqualification sociale* » liée à un processus d'étiquetage.

Frinault (2005, p20) souligne, quant à lui, qu'une simple vision biomédicale donc réductrice, « *jette un discrédit sur elle [sur la personne] en la rabaissant au rang d'individu amputé* », assigné à une « *identité sociale virtuelle* ». Frinault emprunte cette formule à Goffmann (1975)<sup>12</sup> qui considérait déjà que cette vision excluait les notions de lien social et d'expérience intime également attachées au vieillissement. Enfin Frinault estime que cette approche médicale de la vieillesse, tendant à la commuer en pathologie, sert les intérêts des gériatres lesquels s'érigent en dépositaires d'un savoir-faire qui leur est propre. Selon lui, cette « *lecture gériatrique* » exigüe présente à l'évidence divers intérêts pour

---

<sup>10</sup> Delomier Y. (1973). Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance. *Revue Gérontologique*, N°12, p.9.

<sup>11</sup> Paugam S. (2009). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : Presses universitaires de France

<sup>12</sup> Goffman E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*. Paris : Minituit, p.13.

l'Etat-providence : celui de gérer de façon appropriée des coûts de la vieillesse, celui de distribuer des statuts dévalorisés en contrepartie desquels des prestations sociales sont allouées et enfin celui d'offrir aux personnes dépendantes les « *bonnes garanties de la science* ».

Les années 79-80 furent toutefois marquées par quelques velléités visant à faire évoluer cette vision réductrice de la vieillesse. Ennuyer (2003, p7) nous rappelle que le sociologue Memmi (1979)<sup>13</sup> propose alors une définition conceptualisée de la dépendance : « *la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* ». L'auteur constate qu'au cours de cette période, deux approches s'opposent : l'une médicale, accompagnée d'une vision incapacitaire de la dépendance, l'autre conceptuelle et sociale, modélisant la vieillesse autour du lien social et des échanges auxquels il invite. Mais selon Ennuyer (2003, p8), cette période représente l'épicentre d'un virage capital : en premier lieu, le vocable « dépendant », sous l'influence de la communauté médicale, se substitue peu à peu aux vocables « invalide » et « handicapé » ce qui le renforce. En second lieu, et pour la première fois en 1979, le terme dépendance est utilisé dans un rapport d'une mission parlementaire : le rapport Arreckx<sup>14</sup>. Ce rapport, qui manifeste l'intérêt porté par la classe politique à ce sujet, accrédite l'approche médicale de la dépendance en proposant la définition suivante : « *Il convient alors de rappeler tout d'abord que l'on entend ici par personne âgée dépendante, tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et par là même, doit avoir recours à une tierce-personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie* ».

Il faudra toutefois attendre, comme nous le rappelle Ennuyer (2003), la loi N° 97-60 du 24 Janvier 1997 pour que la dénomination dépendance s'inscrive dans le droit français. L'article L.232-1 en donnera la définition suivante : « *La dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ». Cette loi institue dans le même temps, et pour la première fois, une prestation spécifique dépendance (PSD) destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans. La loi fait ainsi de ce seuil d'âge un facteur déterminant pour que la qualité de « dépendant » soit reconnue (avant cette date, les personnes âgées étaient sous l'effet de la loi du 30 Juin 1975 dite « *loi d'orientation en faveur des personnes handicapées* »). L'auteur estime que la législation française devient ainsi génératrice d'une ségrégation sociale fondée sur l'âge et donc productrice d'une discrimination qu'il qualifie « d'âgisme ».

Sur le plan européen, la tendance à favoriser une approche médicalisante de la vieillesse se renforce également. Pacolet (1999, p35), rapporteur de la communauté européenne, définit la

---

<sup>13</sup> Memmi A. (1979). *La dépendance*. Paris : Editions Gallimard.

<sup>14</sup> Arreckx M. (1979). *Amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*. Paris : Assemblée Nationale (p17)

dépendance de la façon suivante : « *La dépendance peut être définie en fonction de quatre dimensions. On peut tout d'abord exprimer la dépendance en termes physiques et en tant que telle, la mesurer sur des échelles (comme par exemple celle de KATZ). On peut étendre une telle échelle à un certain nombre de facteurs psychiques. Outre ces deux dimensions, il y a encore la dépendance sociale et la dépendance économique [...] étant donné que cette étude met l'accent sur les personnes dépendantes nécessitant des soins à long terme, il faudra tout particulièrement faire référence à la dimension physique et psychique de cette dépendance* ».

Le Collège national des enseignants de Gériatrie (CNEG) (2000, p91) reprendra en partie cette définition, sans évoquer toutefois la notion de dépendance économique, et proposera ainsi la construction suivante : « *La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement* ». Mais dans le même temps, un nouveau concept se renforce et rivalise avec celui de dépendance : celui d'autonomie. Le CNEG précise alors que l'autonomie et la dépendance ne doivent pas être opposées ; l'autonomie étant définie par la « *capacité à se gouverner soi-même* » tandis que la dépendance est définie par le « *besoin d'aide* ». Selon le CNEG, l'usage du terme dépendance est justifié dès lors que la dépendance est analysable, évaluable (*via* des méthodes et outils fiables) et conduit à la construction d'un projet gérontologique et d'un plan d'aides.

La sociologue V.Trépied (2015) observe toutefois que depuis la loi du 20 Juillet 2001 (laquelle a institué l'allocation personnalisée d'autonomie APA venue se substituer à la PSD), le terme « perte d'autonomie » s'est imposé progressivement comme le qualificatif désignant les personnes âgées nécessitant d'être aidées dans leur vie quotidienne. Elle rappelle que ce terme a été promu par un groupe de travail réuni en Juin 2011 sous la responsabilité de Roselyne Bachelot alors Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale. Ce groupe intitulé « vieillissement et société » a en effet estimé que le terme dépendance était aisément critiquable compte tenu des représentations négatives qu'il véhiculait. Cependant, comme le déplore la sociologue, laquelle s'appuie sur les propos d'Ennuyer (2004), la loi de 2001 n'a pas défini le concept d'autonomie et s'est à nouveau construite sur une approche incapacitaire de la dépendance.

Il nous semble enfin pertinent de présenter une autre approche du concept de dépendance, celle de la sociologue Myriam Winance (2007, p87). Cette dernière, en le confrontant dans son article au concept d'autonomie, observe en premier lieu que la notion d'autonomie renferme en elle une part de violence dès lors qu'elle s'érige en norme, en injonction à rester autonome à tout prix. En second lieu, elle observe que la notion de dépendance peut être perçue de deux façons : la première, en considérant qu'elle se caractérise par la substitution progressive des relations sociales à une relation médicale exclusive, dépendante, enfermante et appauvrissante. La seconde, plus inattendue mais non dénuée d'intérêt, en considérant que « *nous sommes tous dépendants d'une manière ou d'une autre* ».

Nous pouvons constater, au travers de cette première partie, que la communauté scientifique est divisée quant à la définition de la dépendance. Ces divergences se trouvent encore renforcées par l'émergence du concept de « perte d'autonomie » qui, après sa promotion en 2011 au sein de la sphère politique, poursuit sa progression dans la sphère publique. En ce sens, Ferney (2020), journaliste au journal La Croix, a interviewé Pascal Champvert, Président de l'Association « Les Directeurs au service des personnes âgées » et membre du Haut Conseil de l'âge. Ce dernier appelle à une « *révolution sémantique* » et propose, associé à trois experts de la santé et du médico-social, un lexique « *digne et bienveillant* » pour évoquer le sujet des personnes âgées. Ce lexique bannit, entre autres, les vocables « *Démence* », « *Sénilité* » et « *Dépendance* », considérant qu'ils sont blessants, dévalorisants et disqualifiants.

Ces premiers constats nous amènent à un questionnement : « Quel avenir pour le concept de dépendance et à travers lui, quel avenir pour l'acronyme EHPAD ? ». Nous pouvons valablement penser que la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en Juillet 2001 revêtait déjà le caractère d'une amorce politique visant à gommer les représentations négatives véhiculées par le vocable « dépendance ». En effet, qui d'entre nous aujourd'hui entretient intimement l'espoir d'être un jour qualifié (ou plutôt disqualifié) d'adulte dépendant ?

Cette revue de la littérature achevée, il nous appartient maintenant, avant de poursuivre l'analyse de ce concept, d'en circonscrire sa définition à l'environnement de notre problématique c'est-à-dire à celui des Ehpads, pris ici au sens d'établissements médicalisés. Nous retiendrons donc, dans la seule perspective de nos travaux, une définition plus « médicalisante » de la dépendance : celle du Collège national des enseignants de Gériatrie (voir page précédente). Néanmoins, ce choix ne postule pas notre adhésion pleine et entière à cette définition. De fait, l'approche biomédicale de la dépendance peut s'avérer critiquable car sous-tendue par un principe d'évaluation sociale qui, en effet, étiquette et ségrègue. Toutefois cette approche nous apparaît empreinte de dualité dès lors que, certes restrictive, elle concourt dans le même temps à la mise en place d'aides sociales et d'un projet d'accompagnement, visant à améliorer la qualité de vie et la qualité de soins de la personne âgée. Nous ne pouvons donc occulter les dimensions scientifique et philanthropique qui ont animé la communauté médicale et notamment la communauté gériatrique. Nous considérons néanmoins que cette définition appellerait à être amendée par l'adjonction de dimensions « qualifiantes » (par opposition à « disqualifiantes ») permettant de rompre en effet avec cette vision uniquement incapacitaire et donc réductrice du grand-âge. En ce sens, nous postulons également à l'abandon du vocable « dépendance » auquel nous préférons celui de « perte d'autonomie » plus respectueux du caractère progressif de l'avancée en âge et moins stigmatisant.

### 1.1.2 Evaluation de la dépendance : les outils

*« Pour passer des attributs du concept aux critères d'évaluation observables, il faut opérer une conversion qui doit être scientifiquement validée, quels que soient les outils de recherche utilisés. Il est donc impossible d'évaluer un concept à haut niveau d'abstraction sans avoir recours à des moyens appropriés, des instruments qui vont mesurer le concept de façon indirecte, en mesurant ses attributs. ».* Formarier (2012, p24)

Après avoir circonscrit la définition de la dépendance à notre environnement de recherche, nous nous intéresserons maintenant à son évaluation et à ses outils de mesure. Le CNEG (2000, p94), en premier lieu, définit l'évaluation de la façon suivante : *« L'évaluation donne les moyens d'analyse et de mesure d'une situation complexe. Le regroupement d'informations caractéristiques, la transformation d'éléments qualitatifs en valeurs quantitatives, associées à des facteurs de pondération, produisent un résultat concis qui cherche à rendre compte de l'ensemble de la réalité décrite. La simplicité du résultat autorise la communication avec une perte minimum d'information ».* En second lieu, le Collège recense deux principales qualités pour un outil d'évaluation : la validité (mesurer ce que l'outil est prétendu mesurer) et la reproductibilité (donner des résultats comparables dans des situations comparables).

Au fil des années, différents outils ont été retenus par la communauté médicale. Frinault (2005) nous en livre ici un bref historique : il existait jusqu'en 1994 de très nombreuses grilles d'évaluation de la dépendance souvent développées à titre individuel. Dès 1980, le Dr Jean Gordin manifeste le souhait que soit créée une grille d'évaluation commune, il sera alors rejoint dans cette démarche par les pouvoirs publics. Le rapport Braun de 1987<sup>15</sup> renforcera cette idée, laissant de nouveaux outils d'évaluation plus pragmatiques se substituer aux anciennes grilles. En 1991, les rapports de Boulard et Schopflin<sup>16</sup> rappellent la nécessité d'évaluer la dépendance à partir d'un outil commun lié à la politique publique, outil médico-économique permettant de dénombrer les personnes dépendantes, de les classer et d'élaborer un système de tarification. Il faudra toutefois attendre la loi du 24 Janvier 1997, instaurant une prestation spécifique dépendance (PSD), pour que soient officialisés des seuils de dépendance et que soit instauré un nouvel outil de mesure des incapacités : la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources).

Cette grille, véritable outil de référence, est aujourd'hui utilisée à des fins réglementaires pour l'évaluation de la dépendance. Elle sert, selon le CNEG (2000, p96), *« à évaluer l'état fonctionnel et à classer les besoins du sujet au sein d'un référentiel à 6 niveaux »* (soit 6 groupes iso-ressources dits « GIR »). La grille AGGIR classe donc les personnes âgées selon leur degré d'incapacité physique et psychique et permet d'évaluer, notamment, la capacité d'une personne à accomplir seule ou non certains actes essentiels de la vie quotidienne comme : se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer, etc. (les variables évaluées au sein de la grille AGGIR sont présentées en annexe 2).

<sup>15</sup> Rapport de Théo Braun sur la situation des personnes âgées dépendantes remis le 29/10/1987 au Sénat.

<sup>16</sup> Rapport de J.C. Boulard de Juin 1991 « Vivre ensemble » et rapport de P. Schopflin de Septembre 1991 « Dépendance et solidarités – Mieux aider les personnes âgées » remis tous deux à l'Assemblée nationale.

### **1.1.3 La dépendance en EHPAD : données chiffrées**

Après avoir circonscrit la définition de la dépendance à l'environnement de notre étude et en avoir précisé les modalités d'évaluation (grille AGGIR), nous poursuivons maintenant nos travaux par l'exploration d'une des composantes de notre sujet de recherche, à savoir : la personne âgée dépendante résidant en Ehpad. Nous nous attacherons, d'une part, à appréhender les différentes typologies de personnes accueillies dans ces établissements et à en décrire les spécificités de santé et, d'autre part, à mesurer les conséquences qu'emportent la dépendance et les différentes pathologies qui lui sont associées sur la personne âgée et la collectivité.

Afin d'autoriser une analyse fondée sur des éléments objectifs, nous avons étudié les résultats de différentes études statistiques portant sur la dépendance, études menées par plusieurs institutions représentatives du champ de la Santé.

Comme nous le présentions dans notre introduction générale, l'INSEE et la DREES évoquent respectivement une augmentation de 60 et 77% du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2050 ce qui augure un prochain bouleversement des équilibres de notre société.

De ces premières estimations, l'INSEE, au travers de sa publication Insee Première (2019), projette une augmentation nécessaire d'environ 50% du nombre de places d'hébergement permanent en EHPAD à l'horizon 2050 (passant ainsi de 600.000 places en 2015 à 900.000 en 2050). La CNSA (2017) rappelle d'autre part que le niveau de dépendance des personnes âgées accueillies en EHPAD ne cesse de progresser (passant de l'indice 680 en 2010 à l'indice 722 en 2016<sup>17</sup>). Cette perte d'autonomie représente aussi un coût individuel et collectif. Le coût global moyen annuel de fonctionnement d'une place d'hébergement permanent en EHPAD représente environ 41.000€ : 22.000€ affectés à la section hébergement, 6.000€ à la section dépendance et 13.000€ à la section soins. Le rapport Libault (2019) précise à ce titre que le reste à charge moyen pour la personne âgée est d'environ 22000€ par an. Le solde, soit 19.000€ est pris en charge par la solidarité nationale au travers de nos impôts et cotisations. Ce même rapport considère ainsi, au travers des multiples adaptations auxquelles la société devra se prêter à l'horizon 2050, que la perte d'autonomie est un véritable « *risque social* » pour notre pays.

Sans prendre pour socle des données économiques, l'ANESM (2012a) étaye cette idée en précisant qu'au début du 19<sup>e</sup> siècle, seulement 35% des décès avaient lieu après 60 ans contre 90% de nos jours. L'Agence (aujourd'hui fusionnée avec la HAS) met également l'accent sur la fragilité des personnes âgées accueillies en EHPAD : 88% des résidents ont besoin d'une aide à la toilette, 79% d'une aide à l'habillement et 69% d'une aide à l'élimination.

---

<sup>17</sup> Ce niveau de dépendance est calculé à partir du GMP (GIR moyen pondéré de l'établissement) représentant la somme des cotations GIR de chaque résident divisé par le nombre de personnes accueillies.

La HAS (2015) rapporte, quant à elle, des chiffres clés en matière de mesure de la dépendance dans les EHPAD. Avec un âge moyen de 85,8 ans, 54,5% des résidents sont très dépendants (*classés en GIR 1-2 : personnes confinées au lit et au fauteuil avec fonctions mentales totalement ou gravement altérées*), 32,9% des résidents sont dépendants (*classés en GIR 3-4 : personnes ayant conservé une certaine autonomie mentale mais ayant besoin d'une aide quotidienne*) et 12,6% sont non dépendants ... les degrés de dépendance par GIR sont définis en annexe 3. La HAS précise enfin que 59% des décès en EHPAD relèvent des soins palliatifs.

La DREES (2016) rapporte également des données très significatives : les résidents les plus dépendants en EHPAD (GIR 1-2) cumulent en moyenne 8,6 pathologies. 96% de ces mêmes résidents sont atteints d'affections neuropsychiatriques (Parkinson, état dépressif, état anxieux, syndrome démentiel dont Alzheimer, troubles du comportement), 77% sont atteints d'affections cardio-vasculaires, 63% d'affections gastro-entérologiques, 63% d'affections uro-néphrologiques et 54% d'affections ostéo-articulaires. La DREES (2006) apporte aussi quelques précisions sur la prévalence de la douleur chez les sujets âgés et dépendants : 60% d'entre eux souffriraient de douleurs chroniques dont un tiers de douleurs sévères.

Enfin, la DREES (2020) met l'accent sur l'état psychologique des personnes âgées résidant en EHPAD : 50% d'entre elles disent consommer des antidépresseurs, 76% jugent leur état de santé très altéré et estiment être en situation de détresse psychologique. De plus le manque d'appétit et de motivation pour effectuer des activités quotidiennes est jusqu'à 7 fois plus présent que parmi les personnes séjournant à domicile. Nous observons donc ici l'impact de la dégradation fonctionnelle, de la dégradation de l'image de soi et de l'isolement sur le psychisme des personnes âgées résidant en EHPAD. La question des effets de l'institutionnalisation sur les personnes âgées dépendantes se pose donc légitimement. Toujours selon la DREES (2020, p1), 8 français sur 10 souhaiteraient que leur proche parent puisse être maintenu à domicile. La Direction estime ainsi que la question du bien-être des personnes âgées en établissement est un « *enjeu de politique publique de premier plan* ».

#### **1.1.4 Les hospitalisations non programmées**

Les données chiffrées que nous venons de présenter mettent en évidence la grande vulnérabilité de la population accueillie en EHPAD et donc un risque accru d'hospitalisations non programmées avec passage par un service des urgences.

Nous allons maintenant poursuivre nos travaux par l'exploration de l'autre composante de notre sujet de recherche, à savoir : les hospitalisations non programmées. Nous avons, pour cela, investigué différentes sources, académiques et statistiques, aux fins de mesurer l'enjeu représenté par ces hospitalisations sur les personnes âgées et sur la société.

Au préalable, la HAS (2015) rappelle que le taux annuel d'hospitalisations (tout confondu) des résidents d'EHPAD est de 40% pour une durée moyenne de séjour de 19 jours et que cette durée est deux fois plus longue pour une personne âgée de 85 ans et plus que pour une personne de moins de 65 ans. Ces hospitalisations ont un réel impact sur les résidents : selon une enquête menée par le Gérontopôle de Toulouse en 2010<sup>18</sup>, après hospitalisation, trois indicateurs de fragilité affichent une progression : les chutes (+5%), la dénutrition (+14%) et les contentions (+23%). Ces hospitalisations sont notamment influencées par une prise excessive de médicaments : selon la HAS, en moyenne un résident d'EHPAD se voit prescrire sept médicaments différents par jour, associés à plusieurs délivrances quotidiennes. 20% des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus sont liées à une prise médicamenteuse. Quatre classes de médicaments représentent à elles seules 80% de la iatrogénie<sup>19</sup> (les antihypertenseurs, les hypoglycémifiants, les anticoagulants et les psychotropes)<sup>20</sup>.

La HAS (2015, p17) relève maintenant que le taux d'hospitalisations non programmées (% de séjours hospitaliers précédés d'un passage par un SU), considéré comme un « *marqueur du déficit d'organisation des soins* », s'élève à 22,9% pour les personnes de 70 ans et plus. Les principaux motifs d'hospitalisation sont les suivants : les chutes (33%), les décompensations cardio pulmonaires (30%), suivis par les affections uro-digestives, les affections neuro-vasculaires et les troubles du comportement. A l'échelle internationale, toujours selon la HAS, 25% des résidents des « nursing home » (équivalent des EHPAD en France) passent par un SU **au moins une fois par an**. Les taux d'hospitalisations non programmées sont eux compris **entre 9 et 60%** (et 19 à 67% de ces hospitalisations pourraient être évitées). Ces derniers chiffres reflètent la variabilité des usages sociétaux, des politiques nationales mais aussi des moyens engagés et des efforts accomplis ; ils mettent également en évidence une perspective de progression pour notre pays.

L'Observatoire national de la fin de vie (2013), dans une étude qui fait encore référence à ce jour, note que 61% des patients décédés dans un service des urgences avaient plus de 80 ans et 64% d'entre eux relevaient d'affections permettant d'envisager des soins palliatifs. L'étude révèle également que 13.000 personnes âgées de plus de 75 ans décèdent chaque année aux urgences, que 46,5% d'entre elles succombent au cours de leur première nuit et que 16% séjournent au moins 48 heures en UHCD<sup>21</sup> avant d'y décéder. L'observatoire souligne enfin que 23,4% des personnes âgées décédées en EHPAD ont été transférées au moins une fois vers un service d'urgence au cours de leurs deux dernières semaines de vie. Ce taux d'hospitalisations est toutefois réduit de 37% lorsque l'EHPAD

---

<sup>18</sup> Enquête PLEIADE de 2010 portant sur 300 EHPAD et 2231 résidents.

<sup>19</sup> Iatrogénie : trouble ou maladie consécutif à la prise d'un médicament ou à un traitement médical.

<sup>20</sup> Représentant respectivement des affections liées à l'hypertension, au diabète, au fonctionnement vasculaire-cérébral et aux troubles psychiques.

<sup>21</sup> UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée (service accueillant les patients en provenance du SU).

dispose d'une infirmière de nuit. Des progrès sont donc tangibles et une mobilisation de tous les acteurs nationaux aurait pour effet de modifier les tendances. A cet égard le Professeur Régis Aubry, Président de l'Observatoire en 2013, estime que la mort dans un service des urgences reflète un « *dysfonctionnement majeur de notre système de santé* (ONFV 2013 p79) ».

Jacquot (2017) nous livre quelques précisions complémentaires intéressantes en citant l'étude IQUARE de 2015<sup>22</sup> : le risque d'hospitalisations des résidents atteints par plus de deux affections physiques et mentales serait majoré jusqu'à deux fois et demi en comparaison des résidents n'en ayant développé qu'une seule. Ce chiffre corrobore l'idée que la multi morbidité des résidents d'EHPAD les expose à de fréquentes hospitalisations lesquelles, nous le rappelons, sont source de déstabilisation physique et psychique. A ce titre, Vellard-Hamelin (2015) rappelle que seuls 31,6% des résidents d'EHPAD récupèrent l'ensemble de leurs facultés au sortir d'une d'hospitalisation.

Nous clôturerons ce chapitre par les répercussions économiques induites par les hospitalisations avec passage par les urgences. La cour des comptes (2019), dans son rapport public annuel, rappelle qu'en 2016 les services des urgences ont accueilli 21,2 millions de personnes pour un coût de 3,1 Milliards d'euros. La cour précise que le coût d'une consultation dans ces services (hors hospitalisation en UHCD) est de 115€ en journée et de 150€ la nuit contre 25€ en journée et 71€ la nuit dans les services de ville. Au-delà d'un enjeu humain, sanitaire et éthique, il en va ainsi d'un enjeu économique pour notre pays.

### **1.1.5 Les responsabilités pointées du doigt**

« *Les interventions pour réduire les hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables sont connues, mais ne sont que rarement appliquées en EHPAD* » (HAS 2015, p35) ... Ainsi, selon la Haute Autorité de Santé, les EHPAD emportent une part significative de responsabilité. L'institution poursuit alors ce bref réquisitoire en précisant que les résultats obtenus par les EHPAD en matière de gestion des hospitalisations non programmées varient selon la motivation des établissements et de leurs équipes à mettre en place des mesures effectives et pérennes.

La HAS reconnaît toutefois que ces établissements médico-sociaux, sauf exception, ne disposent pas d'infirmier(ière) de nuit. De même, la nuit, le nombre d'agents est souvent limité à deux : une aide-soignante et un agent non qualifié. La HAS reconnaît encore que les temps médicaux, paramédicaux et de psychologue restent limités et que les médecins coordonnateurs sont souvent confrontés à des difficultés (relations avec les médecins libéraux, accès au dossier médical, etc.).

---

<sup>22</sup> Etude IQUARE (2015) «Une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents en EHPAD de Midi-Pyrénées », menée par le Gérontopôle de Toulouse auprès de 175 EHPAD et de 6275 résidents.

L'ONFV (2013) pointe aussi du doigt quelques insuffisances au sein des EHPAD : seuls 8% d'entre eux font appel à l'hospitalisation à domicile (HAD), 37% n'ont pas encore engagé de démarches afin de conventionner avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et enfin 21% des médecins-coordonnateurs n'ont aucune formation à l'accompagnement de fin de vie. L'Observatoire rappelle toutefois que seuls 14% des EHPAD disposent d'un(e) infirmier(ière) de nuit, cette présence s'avérant souvent décisive pour la prise en charge des personnes fragiles. L'ANESM (2015), quant à elle, relève que seuls 28% des résidents d'Ehpad ont rédigé des directives anticipées<sup>23</sup>.

L'ARS Normandie (2019) estime enfin que la coordination entre les EHPAD et les services de l'hôpital n'est pas de qualité suffisante. De plus, l'Agence souligne que les médecins-coordonnateurs n'assurent en général pas d'astreinte téléphonique la nuit et met également l'accent sur les difficultés rencontrées par le personnel des EHPAD en vue de distinguer une situation d'urgence d'un simple besoin en soin non programmé (nous reviendrons sur ce dernier point dans la suite de nos travaux).

Les éléments présentés dans ces quelques lignes doivent toutefois, à ce stade, être considérés avec précaution car, faute d'une approche contradictoire, ils ne constituent ici que de simples conjectures. Ces éléments seront donc confrontés et corrélés aux données empiriques qui naîtront de nos entretiens (seconde partie de ce mémoire).

### **1.1.6 Conclusion**

Cette première approche conceptuelle de la dépendance a mis en évidence la grande vulnérabilité des personnes âgées résidant en EHPAD. Nous y avons découvert une population multi pathologique, surexposée aux médicaments et en proie à une détresse psychique. Nous y avons également découvert une frange de la population très exposée à des hospitalisations inappropriées lesquelles entraînent encore trop souvent une perte d'autonomie irréversible et parfois un décès dans des conditions inadaptées.

Ces hospitalisations sont non seulement coûteuses pour la collectivité mais participent également de l'engorgement du service des urgences, service qui, selon Couilliot et al. (2011), n'est pas conçu pour la prise en charge de ces malades. En effet les médecins qui y interviennent sont en général des réanimateurs formés d'avantage à l'efficacité clinique plus qu'à la réflexion éthique. Toujours selon l'auteur, ce terrain spécifique, associé à une nécessaire rapidité des transferts, peut donc aussi conduire à une forme d'obstination déraisonnable.

---

<sup>23</sup> Les directives anticipées permettent au patient d'exprimer ses souhaits concernant sa fin de vie et donc, dans certains cas, d'éviter une hospitalisation non programmée au profit de la mise en place de soins palliatifs (voir annexe 4).

L'enjeu, nous le voyons, est élevé. Il est à la fois éthique, médical, économique et sociétal. La HAS (2015) rappelle, en ce sens, que la prévention de ces hospitalisations est primordiale pour les sujets âgés, fragiles ou dépendants.

Enfin, le rapport Libault (2019, p13), construit à partir d'une consultation citoyenne composée de plus de 400.000 personnes (personnes âgées, aidants, professionnels de santé, etc.), livre ses conclusions : « *La concertation révèle de fortes attentes. Attente d'un discours fort sur la citoyenneté pleine et entière de la personne âgée, sur la dignité et son droit à de bonnes conditions de vie [...] les français aspirent à un effort plus marqué : une exigence quantitative de voir plus de personnel auprès de leurs aînés et une exigence qualitative pour que leurs derniers jours soient sereins et heureux* » ... C'est tout l'enjeu de notre problématique de recherche et l'ambition de cette étude : investiguer les moyens permettant d'optimiser la gestion des hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD et donc concourir à la réflexion sur l'amélioration de leur qualité de vie et de leur fin de vie.

Nous l'avons vu, la vulnérabilité liée à la dépendance conduit à des hospitalisations non programmées, souvent inadaptées, dont les conséquences sont particulièrement préjudiciables aux personnes âgées. Ce constat oblige l'ensemble des acteurs de la dépendance (institutionnels, managers, soignants, etc.) à s'inscrire dans une démarche d'excellence. L'excellence invite, quant à elle, à questionner la qualité du management. Le management enfin, doit veiller à la performance des mesures mises en place afin de limiter les effets délétères de cette situation.

La poursuite de nos travaux nous conduit donc naturellement à mobiliser un second concept : celui de la « performance ». Nous nous attacherons, dans un premier temps, à appréhender le sens qu'il revêt et à répertorier les outils permettant son évaluation. Nous en analyserons ensuite les limites, examinerons quelles sont les ressources à disposition des établissements et rechercherons si des préconisations institutionnelles ont été formulées afin d'éviter des hospitalisations non programmées.

## **1.2 La Performance : conceptualisation et enjeux managériaux**

*« L'entrée par la performance génère beaucoup de résistance dans les associations sociales et médico-sociales ... »*  
Cambon L., Mauduit L. (2018, p65).

Nous considérons en introduction du précédent concept que la dépendance faisait peur. Le concept de performance, dans l'environnement médico-social, semble lui aussi souffrir d'une fâcheuse réputation.

Lux (2016) en a étudié les représentations au sein d'un échantillon de 32 directeurs d'établissements dans le champ du handicap. Cette étude met en évidence des conceptions différentes de la notion de performance. Elle introduit ainsi l'idée d'une perception très individuelle de ce concept et donc d'une difficulté à en présenter une définition appelant un consensus. Dans cette étude,

14 directeurs (soit 43,75% d'entre eux) ont manifesté un rejet total de cette notion jugée dangereuse, considérant qu'elle ne se prête pas à l'analyse d'une activité portant sur l'humain. 6 autres (soit 18,75% d'entre eux), tout en accréditant la dimension économique de la gestion d'un établissement médico-social, se refusent également à corréliser performance et accompagnement des usagers.

Ce premier constat de divergences, voire d'hostilité au présent concept, nous invite à orienter nos travaux de recherche en convoquant à nouveau la littérature aux fins d'en déceler les différentes significations et d'en mieux appréhender les perceptions.

### **1.2.1 Définitions et histoire du concept**

Le mot « performance », de l'anglais « to perform », apparaît dans les pays anglo-saxons au XVI<sup>e</sup> siècle et revêt alors la notion d'accomplissement d'un processus attaché à un résultat et au succès qu'on peut lui attribuer (Pesqueux, 2004).

Selon le même auteur, au sens strict du mot, la performance est un résultat chiffré, évalué au regard d'un référentiel ou d'une échelle de mesure, dans un objectif de classement. Pesqueux (2004, p6) nous rappelle que ce vocable est aujourd'hui employé dans de nombreux domaines dans lesquels il recouvre des significations distinctes. Pour exemple : en physique, la performance est perçue comme « *un effet utile au regard de l'objet qui est le sien* » ; dans le domaine du sport, elle peut être assimilée à un dépassement de soi, à une victoire et concourt donc à la construction des mythes comme celui des héros ; en esthétique, elle apparaît au début des années 1970 chez les critiques d'art américains qui la scrutent dans toute manifestation artistique notamment au travers du geste d'exécution.

Pesqueux perçoit ainsi ce concept comme un « *attrape tout* » et Lux (2016), reprenant les propos de Bourguignon (1997)<sup>24</sup>, utilise l'expression de concept « *flou et fourre-tout* ». Salgado (2013) le définit enfin comme un « *mot-valise* » qui ne prend son sens que dans le contexte où il est employé. L'auteur considère toutefois ce concept comme étant l'un des fondements majeurs des recherches en sciences de gestion mais concède l'imprécision qui l'entoure. Salgado, s'appuyant sur les propos de Saulquin et al. (2007)<sup>25</sup>, rappelle qu'il a longtemps été utilisé dans une logique unidimensionnelle centrée sur la notion de profit. Selon l'auteur, cette logique de performance financière est aujourd'hui fréquemment remise en cause dans la littérature au profit d'une performance plus organisationnelle. Cette dernière intègre, toujours selon Salgado, les différents acteurs concourant au développement de l'entreprise (dirigeants, salariés, clients, etc.) et différents indicateurs tels que la satisfaction du client, le climat de travail, la mobilisation des salariés, la productivité, etc.

---

<sup>24</sup> Bourguignon A. (1997). Sous les pavés de la plage ... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, N°1, p89.

<sup>25</sup> Saulquin J., Schier G. (2007). Responsabilité sociale des entreprises et performance. Complémentarité ou substituabilité ?, *la Revue des Sciences de Gestion*, 2007/1, N°223, P.57-65.

Issor (2017) observe que, dans le champ de l'entreprise, la performance peut être définie comme un niveau de réalisation des résultats mesuré par les efforts engagés et les ressources consommées. Elle présente d'autre part la pensée de Bourguignon (1997) lequel a regroupé sa signification autour de trois axes : la « *performance succès* » (jugement de valeur au regard d'un référentiel associé à la réussite), la « *performance résultat* » (niveau de réalisation des objectifs, sans jugement de valeur) et la « *performance action* » (focus sur le processus qui mène au résultat). L'auteure (p96) précise encore, en s'appuyant sur Lorino (1997)<sup>26</sup>, qu'en entreprise ce concept peut également être défini par « *ce qui contribue à atteindre les objectifs stratégiques* ».

Partant d'un constat de divergence de signification, Salgado (2013, p2 p3) définit la performance comme un « *construit social subjectif* » possédant autant de définitions que d'utilisateurs et de contextes spécifiques et restant donc une affaire de perception. Selon l'auteur, qui prend appui sur Saulquin et al. (2007)<sup>27</sup>, cette notion ne doit pas être limitée à un outil de mesure trop réducteur ; elle doit également être utilisée comme un outil de management « *reposant sur une relation positive entre pratiques managériales et indicateurs de performance* ». Dans cette continuité, Salgado plaide pour une indissociabilité entre performance sociale et performance économique et rappelle aussi qu'une nouvelle notion émerge, celle de « *performance sociétale de l'entreprise* » évoquée par Carroll (1979), Germain et al. (2004)<sup>28</sup>. Selon Salgado, ce nouveau concept fédérateur réconcilie « *des approches jusqu'alors disjointes au sein du champ de recherche* » (termes empruntés à Aggeri et al. 2005<sup>29</sup>). L'auteur observe encore que, quelque soit la grille de lecture retenue, la performance est associée à quatre principes fondamentaux : L'efficacité (aptitude à atteindre les objectifs, eux-mêmes rapportés aux résultats), l'efficience (rapport entre résultats obtenus et moyens engagés), la cohérence (relation harmonieuse entre les objectifs et les moyens) et la pertinence (mise en relation des objectifs, des moyens et des contraintes de l'environnement).

Cambon et Mauduit (2018) reprennent l'approche de Salgado (sans référence toutefois au principe de cohérence) en lui adjoignant, dans un environnement médico-social, la notion d'« *efficacité sociale* » à laquelle est associée le degré d'atteinte des objectifs sociaux ou sociaux-économiques (ex : taux d'absentéisme, taux de formation, frais de personnel, etc.).

Sogbossi Bocco (2010) dégage quant à lui de la littérature d'entreprise trois dimensions essentielles associées à la performance : la première est la « *performance stratégique* ». Celle-ci repose sur un principe d'excellence mesurant la croissance des activités, la culture d'entreprise,

---

<sup>26</sup> Lorino P. (1997). *Méthodes et pratiques de la performance*. Paris : les éditions d'organisation, p.512.

<sup>27</sup> Saulquin J., Schier G. (2007). Responsabilité sociale des entreprises et performance. Complémentarité ou substituabilité ?, *la Revue des Sciences de Gestion*, 2007/1, N°223, P.57-65.

<sup>28</sup> Carroll A.B. (1979). A three dimensional conceptual model of corporate social performance, *Academy of management review*, vol.4, p.497-505 --- Germain C., Trébucq S. (2004). La performance globale de l'entreprise et son pilotage : quelques réflexions, *Semaine sociale Lamy*, p.35-41.

<sup>29</sup> Aggeri F., Pezet E., Abrassart C., Acquier A. (2005). *Organiser le développement durable*. Paris : Vuibert.

l'engagement des salariés, la capacité à créer de la valeur, la maîtrise de l'environnement, etc. S'appuyant sur Dixon et al. (1990)<sup>30</sup> l'auteur fait toutefois remarquer que les différents facteurs déterminant l'excellence peuvent conduire à l'échec lorsqu'ils sont poussés à l'extrême. La seconde dimension est la « *performance concurrentielle* », matérialisant la capacité de l'organisation à saisir les opportunités de systèmes obéissant à la concurrence et donc fluctuants pas nature. Enfin, la troisième dimension est la « *performance socio-économique* » laquelle intègre quatre niveaux de performance : la performance organisationnelle, sociale, commerciale et enfin économique et financière.

En France c'est en 2001, par l'adoption de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), que l'Administration passe d'une logique de moyens à une logique de résultat et inscrit la performance au cœur même de la politique budgétaire. Ce virage influencera l'ensemble des mesures qui seront adoptées dans les décennies à venir et notamment celles portant sur le champ de la santé. L'Administration décline alors ses objectifs en trois catégories : l'efficacité socio-économique, la qualité de service et l'efficience de la gestion. A ces trois objectifs sont associés des indicateurs de mesure chiffrés et des valeurs cibles fixés dans le cadre d'un dialogue de gestion dont la durée peut atteindre cinq ans. Pour chaque programme, les ministères doivent présenter au Parlement un projet annuel de performance (PAP) ainsi qu'un rapport annuel de performance (RAP).

Dès lors cette notion, ainsi que sa mesure, deviennent omniprésentes dans l'environnement politique français. En matière de santé, Grenier et Martin (2013) observent que la littérature définit la performance des organisations dans une perspective systémique associant qualité des soins et performance de la gestion de l'offre. Nous retrouvons cette approche à travers la définition de la performance donnée par Smith, Mossialos et Papanicolas (2008, p2), tous trois rapporteurs à la conférence ministérielle européenne de l'OMS : « *la performance des systèmes de santé présente un certain nombre d'aspects, dont la santé de la population, les résultats sanitaires obtenus après traitement, la qualité clinique et le caractère approprié des soins, la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, l'équité et la productivité* ».

La prégnance de la notion de performance, dans le champ de la santé, se manifeste, comme l'indique Grenier et al. (2013), au travers d'une multiplicité d'instruments juridiques (tableaux de bord, CPOM, évaluations internes et externes, etc.) et de recommandations de bonnes pratiques. A ce titre, une Agence dédiée spécifiquement à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, l'ANAP, a été instituée par la loi N°2009-879 du 21 Juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire ». Selon Lux (2016), l'ANAP s'inscrit dans une approche multidimensionnelle restrictive de la performance en se concentrant sur quatre uniques dimensions : les prestations de soins, les ressources humaines,

---

<sup>30</sup> Dixon R., Nanni A., Vollmann T. (1990). The new performance challenge. Measuring operations for world-class competition. Business one irwin, *APICS series in production management*, New-York, p.12.

la finance et les objectifs. Selon l'auteur, cette définition, marquée par une forte orientation économique et financière, diverge des six dimensions de la performance en santé développées dans les travaux académiques : performance économique et financière, capacité à mobiliser les ressources externes, travail en réseau, recherche d'utilité sociale, recherche d'une efficacité organisationnelle et recherche d'une satisfaction des salariés.

Nous le voyons, nos travaux de recherche ont ici mis en évidence de multiples représentations du concept de performance. Pesqueux (2004) le considère ainsi comme un « *attracteur étrange* » dans sa capacité à absorber de nombreuses traductions, voire contradictions. C'est la raison pour laquelle Bessire (1999) s'est attachée à repérer, au sein de la littérature, l'existence d'éléments de convergence susceptibles de concourir à un nouveau modèle de définition. L'auteure met en exergue quatre points de convergence : (1) le vocable performance est généralement employé dans un contexte d'évaluation, (2) il est très souvent défini au travers de différentes dimensions, (3) sa mise en relation avec les termes cohérence et pertinence est fréquente, (4) ses diverses interprétations engendrent une tension palpable entre ce qui est de l'ordre de l'objectivité ou de la subjectivité.

Mais cette analyse serait incomplète si la notion de performance éthique développée par Bertezene (2013, p56) n'était pas présentée. Pour l'auteure, et selon une définition proposée par Rawls (1987) et Ricoeur (1990)<sup>31</sup>, « *l'éthique est considérée comme une recherche du bien vivre et du bien faire, fondée sur une disposition individuelle à agir de manière constante en vue du bien d'autrui et dans des institutions justes* ». L'auteure rappelle que le questionnement éthique est devenu prioritaire pour l'ANESM<sup>32</sup> qui entrevoit dans la performance éthique trois dimensions : le respect des droits et des libertés, la qualité et enfin la bientraitance. Par la porte de l'éthique, Bertezene nous invite ainsi à une nouvelle approche de la performance. Cette approche, associée aux dimensions déjà développées dans les pages précédentes ouvre, selon nous, la perspective d'un modèle plus abouti et plus respectueux de la motivation médico-sociale laquelle est mue, comme l'indique la définition ci-avant, par le « *bien d'autrui* ». Afin de respecter les déterminants de cette culture médico-sociale mais aussi les exigences contemporaines liées à l'évaluation de la gestion des établissements, nous circonscrivons donc ici le concept de performance aux 5 dimensions suivantes : **organisationnelle**<sup>33</sup>, **sociale**, **stratégique**, **économique et éthique**<sup>34</sup>. Ce sont toutes ces dimensions qui, dans le cadre de notre étude, devront être prises en compte dans une perspective de mesure de la performance.

---

<sup>31</sup> Rawls J. (1987). *Théorie de la justice*. Paris : Editions du Seuil --- Ricoeur P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Editions du Seuil.

<sup>32</sup> L'ANESM est aujourd'hui fusionnée avec la HAS.

<sup>33</sup> Limitée ici à la notion de satisfaction du « client » c'est-à-dire à la performance des prestations de soins et d'accompagnement des résidents.

<sup>34</sup> Attachée aux trois dimensions de l'ANESM : respect des droits et des libertés, qualité et bientraitance.

## 1.2.2 Les droits des résidents

Comme nous venons de l'exposer, notre problématique de recherche (conditionnée ici à l'environnement des personnes âgées dépendantes résidant en EHPAD) nous conduit à intégrer dans le périmètre du concept de performance que nous explorons, la notion de performance éthique. Cette notion, nous venons de le voir, recoupe selon l'ANESM trois dimensions : le respect des droits et des libertés, la qualité et enfin la bientraitance.

Il nous semble nécessaire à ce stade de la recherche, et avant d'envisager les moyens qui permettraient à un établissement d'optimiser la gestion des hospitalisations non programmées, d'analyser le contexte légal dans lequel se situe notre problématique au regard du droit des patients.

Nous investiguerons donc ici la première dimension de la performance éthique : celle relative au respect des droits et des libertés. Nous questionnerons différentes sources de droit afin de mesurer l'éventuel retentissement des dispositions légales sur le management d'un établissement médico-social.

Les articles de loi qui concernent notre présent sujet d'étude émanent principalement du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) et du CSP (Code de la Santé Publique). Ils sont issus de plusieurs lois qui ont contribué à l'histoire du droit des patients :

- *Loi N° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,*
- *Loi N° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,*
- *Loi N° 2005-370 du 22 Avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti),*
- *Loi N° 2015-1776 du 28 Décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,*
- *Loi N° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de Santé,*
- *Loi N° 2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie (dite loi Leonetti-Claeys).*

Ces textes de loi ont amendé ou ont donné naissance à des articles qui aujourd'hui jouent un rôle majeur dans l'approche patient, que ce dernier soit simplement malade, qu'il nécessite une hospitalisation ou qu'il se trouve en situation de fin de vie.

Nous avons retenu, dans ce panorama législatif, quelques articles qui illustrent la portée des droits des patients ou des résidents :

- **Extrait Art. L 313 du CASF** : « **L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : [...] une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité [...] respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché** lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ».
- **Extrait Art. L 1111-4 du CSP** : « **Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. [...] Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.** ».

- **Extrait Art. L 1110-8 du CSP** : « **Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire** ».
- **Extrait Art. L 1111-2 du CSP** : « **Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus** ».
- **Extrait Art. R 4127-42 du CSP** : « **un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement** ».

Ces textes laissent émerger l'esprit de la loi : à l'exception de certaines situations où le résident ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit légalement et en toutes circonstances être recueilli pour toute décision relative à sa prise en charge (traitement médical, soins, hospitalisation, investigations, etc.). Ces dispositions sont un principe fondamental de la législation sanitaire ; elles s'imposent donc aux managers, aux médecins et aux soignants.

L'ANESM (2016, p99) précise toutefois, en s'appuyant sur Boucher-Castel (2010)<sup>35</sup>, que « *les résidents en fin de vie s'avèrent dans la grande majorité incertains quant à la décision de recevoir ou non des traitements permettant de prolonger la vie, et s'en remettent aux médecins pour décider ce qu'il faut faire* ».

Nous le percevons ici encore, le management de la performance se doit d'accéder à une dimension éthique. En effet, le résident se retrouve parfois face à l'indécision mais il est aussi en droit de refuser des soins, de refuser une thérapeutique, de refuser un transfert vers l'hôpital et tous types d'investigations. Les managers, les médecins et les soignants ont ainsi pour mission de laisser s'exprimer la volonté du résident et de l'accompagner s'il le souhaite, lui et ses proches, dans des questionnements éthiques parfois lourds de conséquences. Ils devront alors proposer et mobiliser des outils, des ressources, permettant de garantir sa sécurité et une prise en charge adaptée à son état de santé et à ses décisions. C'est ce que nous développerons dans le prochain chapitre.

Est-ce à dire toutefois que le management de la performance pourrait être entravé par les limites posées par le droit des patients ? Non. Le management de la performance intègre pleinement le droit des patients. Il se trouve même légitimé et renforcé dès lors qu'il s'ouvre à cette dimension éthique.

---

<sup>35</sup> Boucher-Castel (2010). *Revue de littérature relative à la qualité de vie en EHPAD*, s.l., ANESM.

### **1.2.3 Outils et ressources mobilisables**

Le management de la performance a ici pour objectif d'optimiser la gestion des hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad. Dans la majorité des situations, il s'agira de les limiter ou bien, si elles apparaissent inéluctables, de les anticiper et de les préparer au mieux. La littérature propose différents outils et différentes ressources que les managers pourront mobiliser. Nous les présentons ci-après<sup>36</sup> :

#### **Les directives anticipées**

Les directives anticipées (Art. L 1111-11 du CSP : annexe 4) permettent aux résidents d'EHPAD, dans l'hypothèse où ils ne seraient plus en état d'exprimer leur volonté, de formuler des souhaits relatifs à leur prise en charge médicale (poursuite, interruption, limitation, arrêt ou refus de traitement ou d'acte médical). Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles s'imposent au médecin sauf en cas d'urgence vitale (pendant le temps nécessaire à une évaluation) et si les directives rédigées apparaissent inappropriées à la situation médicale.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'ANESM (2015) relève que seuls 28% des résidents ont procédé à leur rédaction. Bien qu'insuffisamment utilisé, ce dispositif demeure un levier managérial essentiel car il permet de donner droit aux dernières volontés du résident et d'éviter, par exemple, une hospitalisation non souhaitée en y substituant une prise en charge relai adaptée (ex : soins palliatifs).

#### **La personne de confiance**

A l'instar des directives anticipées, la désignation d'une personne de confiance (Art. L 1111-6 du CSP : annexe 5) permet, par la parole d'un tiers, l'expression des souhaits d'un résident qui ne serait plus en état d'exprimer sa volonté. Ce témoignage prévaut alors sur tout autre témoignage. Comme pour les directives anticipées, cette désignation est révisable et révocable à tout moment.

L'ANESM (2016) précise toutefois, en s'appuyant sur De Broca et al. (2014)<sup>37</sup>, que la presque totalité des dossiers des résidents d'Ehpad ne disposent d'aucune transcription de la personne de confiance. Cette situation, selon cette étude, pourrait trouver une explication dans la culpabilité des résidents à choisir un membre de leur famille plutôt qu'un autre au titre de personne de confiance.

Nos travaux nous conduisent donc à un nouveau constat : cet outil de management qui pourrait être mobilisé lors d'une hospitalisation non programmée n'est, dans les faits, que peu utilisé.

---

**<sup>36</sup> Nous ne présentons ici que les dispositifs accessibles à l'ensemble des EHPAD français. D'autres outils ou ressources existent mais font actuellement l'objet d'expérimentations. D'autres, encore, ne bénéficient pas d'un maillage territorial suffisant et souffrent alors d'une inégalité d'accès.**

<sup>37</sup> De Broca A., Traore M. et Bajus F. (2014). Directives anticipées et personne de confiance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : analyse des entretiens de personnels soignants et administratifs. *Médecine palliative: Soins de support – Accompagnement - Ethique*. 2014, 13, pp. 26-33.

### Les prescriptions d'urgence des médecins coordonnateurs

Au nombre des personnes ressources qui disposent d'outils permettant d'éviter une hospitalisation non programmée, nous trouvons également les médecins coordonnateurs d'EHPAD. Ces derniers, par Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme de leur profession au sein des Ehpad, ont aujourd'hui la faculté, en cas de situation d'urgence ou de situation exceptionnelle, de réaliser des prescriptions médicales pour les résidents. Il en va de même si le médecin traitant se trouve dans l'impossibilité d'assurer une consultation physique ou téléphonique.

### L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est une modalité d'hospitalisation à part entière qui se distingue des autres formes d'hospitalisation par son lieu d'intervention (le domicile) et par les soins dispensés (caractérisés par leur fréquence et leur complexité). L'HAD peut notamment être prescrite par le médecin traitant ou un médecin hospitalier en cas de pathologie aiguë ou bien de fin de vie. Elle est le gage d'une qualité des soins complexes et d'une prise en charge globale des résidents. Elle a pour finalité d'éviter, de différer ou bien de raccourcir une hospitalisation classique.

La Circulaire DGOS/R4/DGCS no 2013-107 du 18 mars 2013 organise l'intervention de l'HAD en EHPAD. Le recours à l'HAD, s'il est anticipé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD en lien avec le médecin traitant, peut concourir à l'évitement d'une hospitalisation en urgence et participe donc du management de la performance.

### Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP ont un rôle de conseil, de soutien et d'information auprès du personnel d'un établissement mais également auprès de la famille d'un résident lorsque des soins palliatifs deviennent nécessaires.

L'instruction DGOS/R 4/DGCS no 2010-275 du 15 juillet 2010 organise l'intervention de ce service hospitalier au sein des EHPAD. L'équipe mobile intervient donc en soutien de l'établissement mais en aucun cas ne doit se substituer aux personnels de l'EHPAD. À ce titre, le médecin de l'EMSP ne dispose d'aucun pouvoir de prescription, ni l'infirmier d'une capacité à assurer des soins. L'équipe mobile peut proposer une aide à la décision, une aide à la prescription et une évaluation globale de l'état de santé du résident. Elle peut encore proposer un accompagnement au résident et à sa famille ainsi qu'une formation aux personnels soignants et non-soignants de l'EHPAD, associés à une réflexion éthique.

Si L'EMSP est interpellée dans une phase précoce du parcours de soins du résident permettant d'anticiper les besoins de la prise en charge alors elle pourra concourir à l'évitement d'une hospitalisation en urgence.

### Le dossier de liaison d'urgences (DLU)

Ce dossier, composé de trois documents (liaison d'urgence, transfert d'EHPAD et retour d'urgence), ne vise pas à éviter une hospitalisation d'urgence d'un résident d'EHPAD mais à optimiser sa prise en charge médicale. Il permet d'améliorer l'échange des informations entre les différents médecins ou soignants (dont notamment les médecins régulateurs du SAMU-Centre 15) et concoure à la qualité du transfert du résident.

Le DLU, dans sa version EHPAD, a été institué par la circulaire DGOS/R4/R3/PF3 n°2012-106 du 6 mars 2012. Il doit être accessible 24h/24 à tout médecin intervenant en urgence dans ce type d'établissement. Selon la HAS (2015bis), 69,3% des EHPAD ont des dossiers médicaux accessibles 24h/24 mais seuls 30,6 % ont mis en place un DLU.

Les managers, dans le cadre de leur démarche qualité et dans une dynamique de performance, devront donc s'assurer, afin d'éviter les conséquences souvent désastreuses d'une hospitalisation non programmée d'un résident d'EHPAD, que le dossier de liaison d'urgence soit servi et correctement utilisé au sein de leur établissement.

### Le plan de développement des compétences et le développement professionnel continu

La formation professionnelle continue représente, dans le cadre de notre problématique de recherche, un des outils majeurs à disposition des managers, permettant de limiter le recours aux hospitalisations non programmées. Les formations à destination des personnels d'EHPAD sont en effet multiples et essentielles : formations à la prévention des chutes, au repérage des fragilités, aux soins palliatifs, aux gestes d'urgence, etc. Il en va ici, pour les managers, d'assurer la sécurité des résidents, la qualité de leur prise en charge et la pertinence de leurs transferts en s'appuyant sur les compétences développées par les ressources internes de l'établissement.

Les managers pourront ainsi mobiliser deux outils : d'une part le plan de développement des compétences (anciennement dénommé plan de formation) institué par la loi n°2018-771 du 5 Septembre 2018 (loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel) et d'autre part, le développement professionnel continu ou DPC. Le DPC, lui-même associé au plan de développement des compétences, est un programme de formation spécifique dédié aux professionnels médicaux et paramédicaux. Institué par la loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » n° 2009-879 du 22 Juillet 2009, il a pour vocation d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pratiqués par les professionnels de santé au travers de cycles de formation répétés de trois ans. Ces dispositifs participent pleinement du management de la performance.

## 1.2.4 Recommandations

Nous l'avons vu, la HAS (2015) estime que les recommandations permettant d'éviter les hospitalisations non programmées sont connues des EHPAD mais rarement appliquées. Le rapport Mesnier-Carli (2019) concède, lui, que malgré de nombreux rapports et de multiples initiatives portant sur ce sujet, la situation d'afflux aux urgences s'est aggravée.

Nous avons donc poursuivi notre investigation de la littérature afin d'identifier les différentes recommandations formulées et de les recenser. Après avoir confronté les résultats de nos recherches, nous avons observé un croisement de nombreuses données. Ainsi, pour plus de clarté et de pertinence, nous avons construit le tableau de présentation suivant au travers duquel apparaît l'ensemble des recommandations identifiées au travers de 9 sources nationales (les sources ont été portées dans les colonnes **1 à 9** et sont présentées au bas du tableau), le nombre de fois où elles ont été citées (**N**) et leur représentativité (**R = N/9 x 100**) :

<b>Recommandations</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>N</b>	<b>R</b>
Renforcer les actions relatives à la prévention des chutes	x		x				x			3	33%
Améliorer la gestion des urgences	x			x			x			3	33%
Développer le recours au Dossier de Liaison d'Urgence Ehpap	x		x	x	x		x		x	6	66%
Intégrer les Ehpap dans les filières gériatriques hospitalières		x								1	11%
Multiplier les interventions des EMG en Ehpap	x	x		x			x			4	44%
Augmenter le niveau de recours à la télé médecine	x	x		x	x		x			5	55%
Développer l'HT en Ehpap avec liaison tél. méd-co/méd. gériatre		x								1	11%
Permanence téléphonique de jour destinée aux MT et Méd-co		x								1	11%
Augmenter la capacité des Ehpap à réaliser des soins auxiliaires	x						x			2	22%
Renforcer le partenariat Ehpap-EMSP								x		1	11%
Améliorer le repérage des résidents à fort risque d'hospitalisation	x						x		x	3	33%
Réduire les risques d'iatrogénie médicamenteuse	x		x				x			3	33%
Développer les soins palliatifs en Ehpap	x		x				x	x		4	44%
Améliorer le taux de recours à l'HAD	x						x	x		3	33%
Augmenter le taux de recours à la vaccination antigrippale	x		x				x			3	33%
Renforcer l'expertise gériatrique des Ehpap	x		x				x		x	4	44%
Développer la formation des personnels d'Ehpap	x						x	x		3	33%
Améliorer la coordination entre les Ehpap et les Ets hospitaliers	x		x				x		x	4	44%
Mettre en place un dispositif d'IDE de nuit mutualisée			x	x	x			x		4	44%
Renforcer les actions liées aux troubles de la déglutition			x							1	11%
Améliorer l'hygiène bucco-dentaire			x							1	11%
Apprendre à différencier urgence et besoin en soin non programmé			x							1	11%
Sensibiliser les Ehpap à l'antibiorésistance					x					1	11%
Renforcer la médicalisation des Ehpap (Mise en place de PUI)					x	x				2	22%
Développer les réseaux de Gérontologie							x			1	11%
Renforcer les ressources soignantes de l'Ehpap	x						x	x		3	33%

(1) HAS (2015) ... Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD  
(2) Fouquet A, Tregoat J.J., Sitruk P. (2011) ... Rapport IGAS  
(3) ARS Normandie (2019) ... Urgences en EHPAD, comment réduire les hospitalisations non programmées  
(4) Mesnier T., Carli P., Fillion S., Siahmed H. (2019) ... **Pacte de refondation des urgences**  
(5) Gerontonews.com (2017) ... Rapport CNAMTS  
(6) DREES (2016) ... En EHPAD les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës  
(7) Instruction DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017  
(8) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2015) ... **Plan national** 2015-2018 pour le développement des **soins palliatifs** et de l'accompagnement de fin de vie  
(9) Vellard-Hamelin A-C. (2015) ... Description du parcours de soins et des **hospitalisations des résidents en EHPAD**

Au niveau national, ces résultats laissent apparaître de multiples recommandations émanant de divers rapports, études et concertations. Sur les **26 recommandations** recensées, seules **deux** ont dépassé un score de 50% et **cinq** ont obtenu un score de 44%.

Ces chiffres nous conduisent à différents constats : (1) nos travaux portent sur un sujet de santé publique très investi et toujours d'actualité, (2) alors que les institutions recommandent aux EHPAD d'avantage de coordination avec les acteurs de santé extérieurs, les recommandations formulées ne semblent pas avoir fait l'objet de propositions concertées de la part de ces mêmes institutions (à l'exception de la DGCS et de la HAS), (3) l'intérêt manifesté pour le sujet a engendré de multiples recommandations qui apparaissent diluées dans une masse hétérogène, reléguant ainsi certaines propositions, qui mériteraient d'être développées, à un second rang ... Tout ceci éclaire peut-être en partie le constat d'échec concédé par le rapport Mesnier-Carli (2019).

Ces recommandations présentent toutefois l'intérêt majeur, pour notre problématique, de constituer autant d'axes managériaux à investir dans l'objectif de limiter le recours aux hospitalisations non programmées. Bien que ces axes managériaux soient naturellement contraints au cadre législatif de la réglementation française et à l'organisation spécifique de notre système de santé, nous avons souhaité investiguer la littérature internationale afin d'y déceler d'éventuelles recommandations complémentaires ou approches novatrices.

En ce sens, une récente étude systématique<sup>38</sup> menée par Lemoyne et al. (2019), équipe de chercheurs exerçant en Belgique, apporte un éclairage intéressant. A partir de plus de douze mille articles publiés dans des revues internationales, soixante dix-sept d'entre eux ont été retenus pour leur pertinence et ont ainsi fait l'objet d'une extraction de données. Sur les 77 études concernées, 71% ont été publiées entre 2011 et 2018 ; ces études proviennent majoritairement d'Europe (25 études) et des Etats-Unis (22 études). Les chercheurs ont observé en premier lieu que de 4 à 55% des transferts des résidents des « nursing home » vers les services des urgences étaient inappropriés ce qui les a conduit à formuler diverses recommandations : 1°) définir de façon consensuelle le caractère « approprié » d'un transfert vers un SU, 2°) encourager le recours aux directives anticipées, 3°) permettre aux établissements de gérer des situations médicales aiguës (notamment patients en phase terminale) de façon à éviter un décès à l'hôpital, 4°) disposer de ressources soignantes suffisantes et investir dans leur formation, 5°) améliorer la disponibilité des médecins en dehors des heures ouvrables, 6°) améliorer la coordination entre la ville, l'hôpital et le « nursing home », 7°) recourir à la télémédecine.

---

<sup>38</sup> Une revue systématique est la synthèse rigoureuse et reproductible des résultats de toutes les études originales existantes répondant à une même question de recherche.

En Angleterre, dans une récente étude, Wolters et al. (2019) font également le constat suivant : 40% des admissions en urgence provenant des « foyers de soins » (personnes âgées de 65 ans et plus) auraient pu être évitées car dues à une qualité de soins insuffisante. Les chercheurs préconisent ainsi le recours à du personnel infirmier en pratique avancée<sup>39</sup>.

Enfin une étude suédoise mérite d'être citée car elle ouvre des perspectives à nos travaux de recherche. Kirsebom et al. (2016) ont exploré les facteurs qui pouvaient être à l'origine d'une différence de taux transfert des résidents des « maisons de soins infirmiers » vers les services des urgences. Ils dégagent de leur étude que ces transferts sont plus élevés lorsque les établissements sont gérés par des prestataires à but lucratif. Ainsi, et sans présumer que cette situation puisse se retrouver en France, il pourrait s'avérer pertinent de confronter les taux de transferts entre les EHPAD à but non lucratif et les EHPAD commerciaux et, dans l'hypothèse où des différences seraient identifiées, d'en déceler les déterminants. Une telle recherche permettrait par ailleurs d'éprouver de trop faciles assertions attribuant aux Ehpads commerciaux des intérêts capitalistiques dégradant certaines de leurs performances ou adjugeant aux Ehpads à but non lucratif une altération de la qualité de leur service au motif d'un manque de moyens.

### **1.2.5 La mesure de la performance**

Les présentes recommandations seront probablement enrichies, c'est l'objet de ce travail de recherche, par de nouveaux axes de réflexion qui émergeront de nos entretiens. Nous espérons ainsi disposer d'un panel d'outils destinés à améliorer la performance de la gestion des hospitalisations non programmées. Il deviendra alors nécessaire d'en mesurer l'efficacité, l'efficience et la pertinence, ce qui nous conduit maintenant à investiguer les modalités de cette évaluation.

Issor (2017) nous rappelle que la performance est un concept complexe comportant différentes dimensions et utilisant différents indicateurs de mesure. Pesqueux (2004), s'appuyant sur les propos de Lorino (2001)<sup>40</sup>, définit un indicateur comme une information destinée à aider un acteur à conduire une action en vue d'atteindre un objectif. Toujours selon Pesqueux, l'indicateur peut alors revêtir toute forme informationnelle (chiffre, jugement qualitatif, signe binaire, etc.) et doit afficher une pertinence opérationnelle, stratégique et cognitive (doit être compris et avoir du sens).

---

<sup>39</sup> En France, la notion de « pratique avancée » a été introduite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les premiers infirmiers en pratique avancée (IPA) entreront en exercice à compter de 2020 avec des compétences élargies dans le champ clinique.

<sup>40</sup> P. Lorino (2001). Le balanced scorecard revisité : dynamique stratégique et pilotage de performance, exemple d'une entreprise énergétique. *Actes du 22<sup>ème</sup> congrès de l'AFC*, Metz, 17-19 Mai.

Smith et al. (2008), en introduction de leur rapport à la conférence ministérielle européenne de l’OMS, plébiscitent le « *mesurage de la performance* » en y percevant une opportunité, proposée aux décideurs, d’améliorer les systèmes de santé et de les rendre plus responsables.

Cambon et Mauduit (2018) entrevoient dans le pilotage et la mesure de la performance une méthodologie d’action et de conduite d’un établissement médico-social. Cette démarche, selon les auteurs, impose aux gestionnaires la tenue de tableaux de bord et une sélection d’indicateurs pertinents, indicateurs souvent associés à des facteurs clés de succès (ex : qualité de service, équilibre budgétaire, etc.) et émanant en général des objectifs institutionnels. Cambon et Mauduit rappellent que l’ANAP, n’a cessé depuis la publication de la loi N° 2002-2 du 2 Janvier 2002<sup>41</sup> et du Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003<sup>42</sup> de renforcer la logique de recours aux indicateurs introduite par ces textes.

L’ANAP (2012, p7) estime, sur un autre plan, que la culture de la performance dans le secteur médico-social doit répondre aux attentes et aux besoins du secteur lequel est fondé sur « *un socle de valeurs fortes et structurantes qu’il ne faut pas altérer* ». Ainsi, bien que la performance combine des objectifs de qualité de service et d’efficience de pilotage des organisations, l’Agence assure, contrairement à l’idée soutenue par Lux (2016) (voir §1.2.1), que l’efficience ne doit pas être envisagée ici sous un aspect strictement financier ou budgétaire. Toujours selon l’ANAP, les indicateurs revêtent le caractère d’une information normalisée (au moyen d’une fiche-indicateur), nécessairement chiffrée, permettant à une entité de piloter sa performance en répondant à une question clé (ex : atteinte d’un objectif, réalisation d’une mission).

A ce sujet, dans le champ médico-social, l’ANAP (2019) a construit, avec l’ensemble des acteurs du secteur, un **tableau de bord de la performance** permettant de mesurer l’efficacité et l’efficience des structures. Ce tableau de bord, comportant de nombreux indicateurs divisés en quatre domaines (prestations, ressources humaines, finances, objectifs) et en trois niveaux (caractérisation, dialogue, analyse), est présenté en annexe 6. Il a été conçu par l’Agence comme un outil d’aide au pilotage interne des établissements en leur permettant notamment, au moyen d’une restitution annuelle automatisée, de se comparer entre eux et ainsi d’encourager une amélioration de leurs résultats.

Ce tableau de bord, généralisé depuis 2018 à l’ensemble des établissements médico-sociaux français, fait figure de référence en matière d’évaluation et de mesure de la performance. Nos travaux de recherche y ont toutefois mis en évidence une omission. En effet, malgré le caractère essentiel de ce sujet en matière de politique de santé, le suivi des hospitalisations non programmées des résidents d’EHPAD n’y fait l’objet d’aucun indicateur spécifique. L’ARS de Normandie nous confirmera

---

<sup>41</sup> Loi N° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale.

<sup>42</sup> Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux

téléphoniquement<sup>43</sup>, d'une part, que l'Etat suit cet indicateur mais *via* les remontées automatisées du système informatique des services des urgences (PMSI) et d'autre part, que les EHPAD, face à l'ANAP, n'ont de fait aucune obligation de suivi ni d'évaluation de la qualité de leur gestion à ce sujet.

**Le tableau de bord de l'ANAP** compte au nombre des différents outils de mesure de la performance mis en place au fil des politiques de santé. Nous trouvons également parmi eux :

- **les évaluations interne et externe** des établissements instituées par la loi N° 2002-2 du 2 Janvier 2002. Ces dispositifs font tous deux l'objet d'une recommandation de l'ANESM (2012b et 2014). La démarche d'évaluation interne repose sur 5 axes centrés sur les effets des prestations de l'établissement sur les résidents<sup>44</sup>. A chaque axe sont associés des thèmes et des indicateurs (dont un indicateur de suivi des hospitalisations en urgence). La démarche d'évaluation externe, décrite par le Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007, a pour objectifs de porter une appréciation globale sur les activités et la qualité des prestations, d'examiner les suites réservées aux résultats de l'évaluation interne, d'examiner également différentes thématiques ou registres spécifiques et d'élaborer enfin des propositions et/ou préconisations. La fréquence quinquennale de l'évaluation interne et septennale de l'évaluation externe ne leur confère de ce fait qu'un intérêt limité dans le cadre de notre problématique. Nous présentons un tableau récapitulatif des différents axes, thèmes et indicateurs de l'évaluation interne en annexe 7 et les différents objectifs de l'évaluation externe en annexe 8.

- **le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens** dont le contenu est fixé par l'Arrêté du 3 Mars 2017. Le CPOM, conclu pour une durée de cinq ans, doit permettre aux établissements de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers et donc d'améliorer leur prise en charge ainsi que faciliter leur accès à la santé et à l'autonomie. Le CPOM est composé de thématiques à partir desquelles sont définis des objectifs assortis d'indicateurs fixés par les ARS. Ces objectifs et ces indicateurs doivent être en nombre restreint afin que la structure puisse y répondre pleinement. Sans demeurer une obligation, un indicateur de suivi des hospitalisations non programmées peut être valablement intégré au contrat et donc suivi annuellement.

En matière de mesure de la performance, nous nous arrêterons enfin sur un dispositif expérimental déployé par les ARS dans plusieurs régions françaises. Ce dispositif instaure un service infirmier de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD d'un même territoire. Il a pour objectif de réduire, d'une part, les hospitalisations en urgence des résidents et, d'autre part, celles pouvant résulter d'une fin de vie. Ces expérimentations, initiées dans le cadre du plan national de soins palliatifs 2015-2018 et

---

<sup>43</sup> Cet appel téléphonique a eu lieu dans le cadre de la préparation de nos premiers entretiens et n'a donc pas été retranscrit. Ce premier échange avec l'ARS devait être suivi d'un compte rendu écrit qui ne nous a malheureusement pas été adressé compte tenu de la mobilisation des agents de l'ARS dans la gestion de la crise sanitaire liée au virus Covid-19.

<sup>44</sup> Au sein de chaque axe, la démarche questionne également l'organisation de l'établissement (dont ressources humaines) mais aussi le projet d'établissement et le positionnement de la structure dans son environnement.

du PAERPA 2014<sup>45</sup>, sont présentées au travers de l'Instruction du 15 mai 2018<sup>46</sup>. Ce dispositif, circonvoisin au cadre de notre recherche, intéresse particulièrement ce chapitre dès lors qu'y sont associés quatre indicateurs trimestriels pertinents : 1°) le nombre de patients d'EHPAD adressés aux services des urgences, 2°) le motif de recours à l'hospitalisation, 3°) le nombre de patients relevant de soins palliatifs et 4°) le nombre de fiches SAMU enregistrées. Ces indicateurs pourront être valablement utilisés ici par les managers afin de mesurer la performance de leur gestion en matière d'hospitalisations non programmées. Toutefois, ces indicateurs n'intègrent pas l'ensemble des dimensions de la performance que nous avons retenues au paragraphe 1.2.1. Nous proposerons donc, dans le cadre des préconisations présentées en seconde partie de ce mémoire, une liste exhaustive d'indicateurs conforme à l'ensemble de ces dimensions.

Nous revenons maintenant brièvement sur les travaux de Bertezene (2013) centrés sur la mesure de la performance éthique en EHPAD. L'auteur identifie trois types d'éléments (cing vertus associées à la démarche éthique de l'établissement / trois recommandations favorisant le questionnement éthique / les trois dimensions de la performance éthique de l'ANESM) destinés à être traduits en indicateurs en vue d'être intégrés à un « balanced scorecard » contextualisé. Avec tout l'intérêt que nous avons porté à ces travaux et à l'originalité de l'outil de pilotage proposé, nous ne les retiendrons pas ici dès lors que certains résultats présentent encore, selon l'auteure, « *différentes carences* » ne nous autorisant pas à les intégrer à un modèle opérationnel. Nous présentons toutefois ce schéma de pilotage de la performance éthique (associé à quelques d'indicateurs) en annexe 9 (la définition d'un « balanced scorecard » est présentée en annexe 10).

### **1.2.6 Conclusion**

Après avoir exploré la performance, nous y avons découvert un concept revêtant diverses significations, de multiples dimensions et souvent associé à des indicateurs de mesure. Dans le champ de la santé, nous avons perçu que l'approche par ce concept emportait de fréquentes réticences de la part des acteurs. Portets (2012, p32) en observe également les limites et les risques de dérive. Au travers d'une approche étymologique, l'auteure exhume de ce concept une idée d'accomplissement maximal et donc de perfection mais (questionne l'auteure) « *comment se mesure la perfection d'un geste ? [...] à quelle échelle se mesure la performance des travailleurs sociaux ?* ». Portets (2012, p32), nous livre alors le témoignage de Fournier (2008)<sup>47</sup> : « *Je regarde un vieil enfant de 20 ans. Son éducateur essaye de lui faire manger tout seul ses petit pois. Je me rends compte de la performance que représentent les moindres gestes de la vie quotidienne [...] Il vient d'attraper plusieurs petit pois avec la fourchette et les a portés à la bouche sans faire tout tomber. Il est très fier* ». L'auteure nous offre ici un autre visage de la performance, une performance qui nécessite

---

<sup>45</sup> Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

<sup>46</sup> Instruction DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

<sup>47</sup> Fournier J-L. (2008). *Où on va papa ?* Paris : Stock

de ralentir, de prendre en compte le rythme de chacun par opposition à la tendance contemporaine qui, selon elle, encourage à « *per-former les choses* » avec cette idée sous-jacente de toujours devoir accélérer mais aussi d'optimiser les coûts et les bénéfices. Comme le suggère enfin Portets (2012, p29), en reprenant les mots de Viveret (2003)<sup>48</sup>, c'est peut-être alors l'idée même de l'évaluation qu'il est utile de réinterroger car cette dernière ne doit pas se réduire à un « *simple exercice de mesure* » porté par « *un économisme qui a coupé ses liens avec l'éthique* ».

Emmanuel KANT<sup>49</sup>, dans son œuvre philosophique parue en 1785 « *Fondements de la métaphysique des mœurs* », nous sensibilisait déjà à un impératif qui, selon lui, devait présider dans nos actions : ne pas se servir des autres comme d'un moyen car « *les autres, en qualité d'êtres raisonnables, doivent être toujours estimés en même temps comme des fins* ». N'est-il donc pas devenu nécessaire, comme le souligne encore Portets (2012, p28), de se poser la question de « *la priorité et de la hiérarchisation des moyens et des fins* ».

C'est, selon nous, au travers de ce questionnement éthique qu'un équilibre pourra être maintenu face à deux enjeux qui peuvent apparaître antinomiques : celui de la qualité de la prise en charge des usagers et celui de l'efficacité économique. En effet, bien que les outils d'évaluation de la performance cités au chapitre précédent expriment, selon nous, un intérêt marqué des pouvoirs publics à l'égard de la qualité des prestations délivrées aux usagers, les contraintes budgétaires aboutissent fréquemment à un « contre-résultat ». Les établissements peuvent alors légitimement considérer qu'ils sont devenus les « *moyens* » de politiques de santé permettant d'atteindre une « *fin* » assujettie à des exigences économiques lesquelles phagocytent parfois LA « *fin* » à visée philanthropique.

C'est pourquoi Cambon et Mauduit (2018, p210) nous rappellent les fondamentaux du management attachés à l'environnement médico-social : « *L'action sociale et médico-sociale repose sur le principe général de l'utilité sociale et de l'intérêt général [...] C'est au prix de cette réaffirmation constante des principes fondateurs du travail social que les outils de pilotage de la performance deviendront demain des facteurs clés de succès.* ». Les axes de réflexion qui seront proposés au terme de ces travaux, sans nullement remettre en cause tout l'intérêt que constitue une approche managériale par la performance, devront tenir compte de ce postulat. Le management de la performance dans le secteur médico-social doit en effet être porté par un esprit de service tourné vers l'utilisateur et ne pas se laisser happer par les seules contraintes économiques qui, *in fine*, pourraient le détourner de son objet. Il doit ainsi, comme nous l'avons vu et afin de parvenir à un subtil équilibre, s'ouvrir à de multiples dimensions, toutes mâtinées d'éthique<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Viveret P. (2003). Reconsidérer la richesse. Paris : Editions de l'Aube.

<sup>49</sup> KANT E. (1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : les intégrales de philo, p1-présentation

<sup>50</sup> En effet, nous considérons ici que la dimension éthique est transversale à toutes les autres.

## 2<sup>ème</sup> partie : étude empirique selon une approche qualitative

« C'est dans le rapport au terrain que se joue une part décisive de la connaissance ... »  
De Sardan J-P. O. (2004, p43)<sup>51</sup>

« Les situations ne peuvent se comprendre, s'analyser, qu'à partir de la représentation qu'en donnent, à travers leurs justifications, les personnes qui les font. »  
Amblard et al. (2005, p78)<sup>52</sup>

Après avoir présenté le cadre théorique de nos travaux de recherche, nous allons maintenant le confronter aux données ressorties d'une étude empirique<sup>53</sup> que nous venons de conduire. Nous rappelons que, dans le cadre de ses travaux de recherche, le chercheur peut se saisir de deux approches distinctes : l'une quantitative et l'autre qualitative ; c'est cette dernière que nous avons retenue pour notre étude.

Aubin-Auger et al.(2008) rappellent toutefois que ces deux approches sont complémentaires. L'étude quantitative s'inscrit dans une démarche de quantification<sup>54</sup> alors que l'étude qualitative s'attache le plus souvent à recueillir ou à mesurer des données verbales dans une logique interprétative. Kohn et Christiaens (2014) notent alors que les méthodes de recherche qualitative sont plus précisément orientées vers les expériences, les perceptions et les représentations des acteurs en vue d'apporter un éclairage à la compréhension de la problématique de recherche.

En ce sens, Dumez (2011) assimile l'analyse qualitative à une démarche « *exploratoire* » préparant l'analyse quantitative. Cette démarche exploratoire, selon l'auteur, affiche clairement une « *visée compréhensive* » dès lors que son objectif est de comprendre comment pensent, parlent, agissent, interagissent, coopèrent ou s'affrontent les acteurs de la problématique.

Giordano (Eds.) (2003) rappelle, quant à elle, qu'une recherche qualitative suppose que l'investigation se déroule dans un cadre naturel plutôt qu'artificiel et privilégie donc une approche idiographique (centrée sur l'étude d'individus considérés de manière isolée). L'auteure en évoque les méthodes qui semblent parfois relever d'un « *bricolage complexe* » (expression empruntée à Denzin et Lincoln, 1998)<sup>55</sup>, considéré ici dans une acception empreinte de créativité. Giordano invite alors le chercheur à faire preuve d'ingéniosité et de souplesse de façon à inventer un cheminement rigoureux mobilisant la littérature scientifique tout en captant l'intérêt des acteurs de terrain. C'est donc ce à quoi nous nous

<sup>51</sup> De Sardan J-P.O. (2004). La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique, *Espace temps*, 2004/84-86, 38-50 (fait partie d'un numéro thématique : l'opération épistémologique. Réfléchir les sciences sociales).

<sup>52</sup> Amblard H., Bernioux P., Herreros G., Livian Y. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Le seuil (p78).

<sup>53</sup> Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) donne la définition suivante de l'adjectif empirique : « *qui ne s'appuie que sur l'expérience* ». L'idée de « données de terrain » est donc très présente ici.

<sup>54</sup> Collecte d'une grande quantité de données permettant d'identifier des régularités statistiques et de proposer des conclusions scientifiquement viables. Source : <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-empirique/>

<sup>55</sup> Denzin N.K., Lincoln Y.S. (Eds) (1998). *Strategies of qualitative Inquiry*. Thousand Oaks : Sage

sommes attachés dans la poursuite de nos travaux de recherche, travaux dont nous présentons maintenant, en liminaire de cette seconde partie, la méthodologie retenue en vue d'une collecte de données basée sur une approche qualitative.

## **2.1 Méthodologie de recueil des données**

*« La collecte de données est une phase de la recherche scientifique pour laquelle le chercheur doit définir la technique et/ou les outils qui seront utilisés principalement dans les recherches empiriques [...] Ils constituent des moyens de comprendre la perception et de chercher des informations contenues dans le discours des sujets de recherche. »*  
(Spagnol et al., 2016, p109)<sup>56</sup>

### **2.1.1 Méthode choisie**

Comme le précisent Kohn et Christiaens (2014), les modes de recueil des données rencontrés dans les recherches qualitatives sont principalement : l'entretien individuel, le focus-group<sup>57</sup> et l'observation. Giordano (Eds.) (2003) et Dumez (2011) recensent toutefois deux autres modes : les documents internes (Giordano) et les notes prises par le chercheur (Dumez).

Dans le cadre de nos travaux, il nous est apparu essentiel de nous appuyer sur une recherche empirique en vue d'identifier les différentes représentations que se faisaient de notre problématique de recherche les acteurs de terrain. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi, comme mode de collecte, l'entretien semi-directif (également appelé semi-structuré ou semi-dirigé). Selon Giordano (Eds.) (2003), l'entretien semi-structuré se caractérise par des questions ouvertes et des interactions entre chercheur et répondant. Il est construit sur un mode conversationnel autorisant une adaptation permanente des thématiques abordées.

L'entretien semi-directif répond donc à nos attentes dès lors qu'il permet :

- L'illustration de la théorie grâce à des opinions et des expériences vécues,
- Le recueil de témoignages d'individus considérés de manière isolée.

Nous poursuivons maintenant la présentation de notre méthodologie par la réflexion qui fût engagée en vue de retenir un terrain d'étude pertinent pour notre problématique de recherche.

### **2.1.2 Présentation du terrain d'étude**

Comme l'indique Giordano (Eds.) (2003, p191) « *Dans les recherches qualitatives, la sélection des répondants n'est pas aléatoire, le chercheur vise plutôt à avoir accès, à l'intérieur d'un échantillon modeste de répondants, à la diversité des points de vue sur le sujet à l'étude.* ». Il nous est donc apparu

---

<sup>56</sup> Spagnol CA, L'abbate S., Monceau G., Jovic L. (2016). Dispositif socianalytique : instrument d'intervention et de collecte de données en recherche qualitative en soins infirmiers, *recherche en soins infirmiers*, 2016/1, N°124, 108-117.

<sup>57</sup> Série de discussions facilitées par le chercheur au sein de différents groupes de participants.

indispensable d'aborder ce chapitre de nos travaux dans une approche réflexive permettant de cibler de façon pertinente la population d'étude qui serait sollicitée (nous précisons que le nombre d'entretiens devait, quant à lui, être compris entre 3 et 6 afin de respecter le cadre universitaire attaché à cette production).

Différents questionnements ont alors émergé : Devait-on privilégier un type de personnel spécifique (ex : aides-soignantes d'Ehpad) ou bien segmenter l'échantillon en vertu d'un statut (ex : cadre et/ou non-cadre) ou bien encore intégrer à notre échantillon des ressources extérieures partenaires de l'EHPAD et directement concernées par notre problématique ?

Après avoir pris attache de plusieurs Directrices et Directeurs d'EHPAD aux fins de recueillir leur positionnement face à cette question, nous avons pris l'option d'interviewer à la fois du personnel cadre et non-cadre d'EHPAD ainsi que des ressources extérieures. Cette option nous permet ainsi d'accéder à un maillage de professionnels tous concernés par notre sujet d'étude et donc à une pluralité de vécus, de regards et de représentations ayant vocation à enrichir notre collecte.

Après contact de différentes structures, un premier échantillon de six répondants fût déterminé : ARS, SAMU, EMSP, Directeur, Médecin-coordonnateur et aide-soignante d'EHPAD. Mais ceci était sans compter sur les conseils avisés de Giordano (Eds.) (2003, p192) qui nous rappelle que « *l'accès aux répondants est un parcours semé d'embûches* ». En effet, à l'heure où nous rédigeons ces lignes, la France entière est confinée depuis quelques semaines suite à la propagation d'un nouveau virus très actif : le Covid-19. Cinq des six entretiens programmés ont ainsi été annulés par des professionnels impliqués dans la gestion de cette crise sanitaire internationale. Nous avons donc dû mobiliser toute notre énergie afin de reconstruire un échantillon pertinent nous permettant de poursuivre nos travaux de recherche.

#### Notre terrain d'étude se compose aujourd'hui de l'échantillon d'intervenants suivants :

Dans une démarche d'anonymisation demandée par les répondants, nous ne divulguons ni leurs noms ni leurs structures d'attache.

1°) **MmeAS** est aide-soignante de jour et de nuit. Elle travaille depuis plusieurs années exclusivement en Ehpad dans le cadre de missions d'intérim. Ce choix est porté à la fois par la nécessité d'obtenir un meilleur revenu mais également par le souhait d'enrichir son expérience dans le champ de la santé. Mme AS est essentiellement intervenue dans des établissements organisés la nuit autour de deux agents : une aide-soignante et un agent de service.

2°) **MmeIDE** exerce en qualité d'infirmière soignante en Ehpad. Elle a quitté ce poste il y a quelques mois afin de poursuivre ses études dans le champ de la santé. Son dernier établissement d'emploi (en dehors de celui qu'elle occupe actuellement dans le cadre d'une mission temporaire d'infirmière en lien avec le Covid-19) est un Ehpad privé à but non lucratif comptant environ 80 lits. Cet établissement, situé en Normandie, n'est pas inscrit dans le dispositif d'expérimentation "IDE de nuit mutualisée". L'organisation de nuit est limitée à une aide-soignante et un agent de service. Une astreinte de nuit est organisée autour du personnel de direction, du Médecin-coordonnateur et de l'IDE coordinatrice. L'établissement ne dispose pas de PUI (pharmacie à usage intérieur).

3°) **MmeHAD** a exercé durant un peu plus de trois ans en qualité d'infirmière soignante en HAD. Elle a quitté son poste normand il y a 3 mois pour une nouvelle orientation dans le champ de la santé.

4°) **MrDIR** est Directeur d'un Ehpad normand détenu par un groupe privé commercial. L'établissement compte une quarantaine de lits et est inscrit dans le dispositif d'expérimentation régional "IDE de nuit mutualisée". L'établissement ne dispose pas de PUI (pharmacie à usage intérieur) ni d'infirmière soignante salariée intervenant la nuit (à l'exception de l'IDE mise à disposition dans le cadre du dispositif d'expérimentation).

5°) **DrSP** est Médecin dans une Equipe Mobile de Soins Palliatifs normande. L'EMSP dédie deux demi-journées par semaine aux Ehpad. L'équipe Ehpad est composée d'un trinôme : Médecin-IDE-Psychologue. Le périmètre d'intervention de l'EMSP est limité au GHT du territoire. Ce territoire compte environ 80 Ehpad. 50 Ehpad ont conventionné avec l'EMSP soit environ 60% des Ets (ce chiffre demeure un bon résultat pour l'EMSP mais signifie toutefois que 40% des établissements ne font pas appel à ses services). Sur une activité globale annuelle de 1300 patients, les Ehpad représentent 200 patients soit 15% de l'activité de l'EMSP avec une moyenne de 4 patients suivis par Ehpad et par an.

Notre terrain d'étude arrêté, nous présentons maintenant le guide d'entretien que nous avons construit et la méthodologie que nous avons retenue pour la conduite de nos interviews.

### **2.1.3 Elaboration du guide d'entretien ET déroulement des entretiens**

Selon Gaspard (2019), le guide d'entretien a pour objectif d'établir le cadre général et ordonné des entrevues. Il recense ainsi l'ensemble des questions ou thèmes à aborder. Par ailleurs, Giordano (Eds.) (2003) nous rappelle qu'au cours de l'entretien, le chercheur doit favoriser l'expression du répondant en instaurant un climat de confiance et en adaptant sa posture.

Comme nous le précisons plus haut, nous avons choisi l'entretien semi-directif comme outil d'investigation. Nous avons donc eu recours à des questions ouvertes afin de faciliter l'échange et d'enrichir la collecte des données. Cette forme non-structurée nous a conduits à ne mentionner dans notre guide qu'une question-type de départ, aisément transposable à l'ensemble des entretiens au moyen de simples ajustements.

Compte tenu du contexte de crise sanitaire et de confinement dans lequel s'est inscrit ce travail de recherche, les entretiens, d'une durée de 30 à 50mn, se sont déroulés par téléphone ou visio-conférence. Ils ont été enregistrés au moyen d'un enregistreur de voix. Lors de ces entretiens, nous avons donc veillé à nous adapter à chaque interlocuteur et à instaurer un climat de confiance. Préalablement à l'engagement des échanges, nous avons présenté aux répondants, dans des termes généraux, les objectifs de notre recherche puis avons ouvert l'entretien au moyen de notre question-type. Les questions qui ont suivi sont nées du déroulement même de l'entretien, le chercheur n'ayant à sa disposition qu'un tableau répertoriant différents thèmes à mobiliser en vue de favoriser, réorienter ou relancer l'échange. L'entretien achevé, nous avons assuré les intervenants de l'anonymisation de notre restitution. Notre guide d'entretien (reprenant ici les données de l'interview du DrSP) est présenté en annexe 11.

### **2.1.4 Méthode d'analyse des résultats**

Après avoir présenté notre outil d'investigation, notre terrain d'étude et notre guide d'entretien, il nous appartient maintenant de présenter la méthode d'analyse des résultats que nous avons retenue.

Fallery et Rodhain (2007) constatent que la recherche dispose aujourd'hui de plusieurs outils, manuels et méthodes visant à extraire d'un contenu « *l'information essentielle* ». Les auteurs estiment toutefois que les chercheurs sont nombreux à considérer le discours (c.a.d. les données émanant du terrain)

comme une entrée privilégiée de l'objet d'étude et en attendent donc une analyse scientifique. En ce sens, les auteurs proposent ici **quatre méthodes** d'analyse de données textuelles (ADT). La première, s'originant dans le « de quoi parle-t-on ? » ouvre sur une approche lexicale. La seconde, partant du « comment en parle-t-on ? » s'inscrit dans une approche linguistique. La troisième, s'interrogeant sur « comment structurer une pensée ? » propose de construire une cartographie cognitive. La dernière, centrée sur l'interprétation et l'analyse d'un contenu propose enfin une approche thématique.

Compte tenu, d'une part, de notre objet de recherche nous invitant à identifier et classifier des outils managériaux destinés à optimiser la gestion des hospitalisations non programmées et, d'autre part, de l'émergence spontanée et réitérée de plusieurs thématiques au cours de nos entretiens, nous avons choisi de privilégier cette quatrième méthode sans toutefois négliger les apports scientifiques des trois autres que nous mobiliserons au fil des besoins de l'étude.

Selon Fallery et Rodhain (2007, p9), cette dernière méthode permet en effet d'analyser le contenu d'un texte « *fragment par fragment* » en établissant un codage basé sur une catégorisation des éléments extraits d'un corpus. Giordano (Eds.) (2003, p198) estime par ailleurs que les données d'un entretien doivent systématiquement faire l'objet d'un travail permettant de parvenir à une « *compréhension profonde du phénomène étudié* ». En ce sens, elle encourage également les chercheurs à coder rapidement leurs entretiens.

Forts de ces conseils, nous nous sommes attachés, dans les jours qui ont suivi nos entretiens, à en retranscrire les verbatims au sein d'un unique fichier Excel, selon la méthodologie suivante :

- **Les verbatims ont été catégorisés en vertu de thématiques apparues spontanément au travers des échanges.**
- **Nous avons segmenté ces thématiques en deux divisions : les « thèmes principaux » et les « catégories de préconisations ».**
- *En vue de scorer nos résultats et d'en dégager des statistiques, nous avons affecté à chaque verbatim catégorisé la valeur 1 (sauf exception présentée dans le haut du tableau de la page suivante).*
- *De façon à situer précisément les verbatims au sein de l'entretien, nous les avons horodatés.*
- *Aux fins d'évaluer leur représentativité dans le discours du répondant, nous les avons quantifiés en mentionnant le « nombre de caractères » dont ils étaient composés. Nous avons privilégié cette variable à la variable « temps de parole » dans l'objectif de contourner le biais attaché aux caractéristiques d'élocution du répondant (débit, pauses) ainsi que le biais attaché aux interruptions impromptues de l'échange. Nous avons considéré que ces biais faussaient en effet la valeur temps attribuée au discours.*
- **Les « thèmes principaux » et les « catégories de préconisations » qui ont émergé des entretiens ont été codés (les intitulés des codes ont été portés en zone « commentaire » des cellules Excel).**
- *En vue d'extraire des résultats catégoriels du fichier Excel, nous avons généré un filtre de données.*
- *Enfin, nous avons surligné en rouge et en gras les fragments de verbatims qui offraient un éclairage à notre problématique de recherche et qu'il nous semblait pertinent de mobiliser dans la suite de nos travaux.*

Afin d'illustrer cette méthodologie, des copies d'écran attachées à ce codage sont proposées en annexe 12. Nous pouvons donc maintenant procéder à la présentation de nos résultats.

## 2.2 Présentation des résultats

### 2.2.1 Thèmes principaux

Comme nous l'indiquions dans les pages précédentes, notre outil d'investigation, ici l'entretien semi-directif à questions ouvertes, a permis de favoriser l'expression des répondants dans l'objectif, comme le laissait augurer Giordano (Eds.) (2003, p198), d'accéder à une « *compréhension profonde du phénomène étudié* » au moyen d'un retraitement des données collectées. Nous constatons en effet qu'après analyse de ces entretiens sont apparus de façon récurrente différents thèmes dits « principaux ». Ces thèmes mettent en perspective les priorités abordées spontanément par les répondants face à notre problématique de recherche.

Notre méthode d'analyse de données, ici l'analyse thématique par codage (associée à un filtre automatique des verbatims catégorisés), a ainsi apporté un premier éclairage à notre question de recherche en décelant les principaux axes qui allaient orienter la suite de nos travaux.

Nous présentons dans le tableau ci-après les résultats de cette extraction de données :

<p><b>Réurrence du thème</b> : c'est le nombre de fois où le thème a été abordé par les répondants. Dans notre étude, l'ensemble des thèmes a été abordé à 75 reprises (si un même thème a été abordé 2 fois par un même répondant mais sans offrir un nouvel élément éclairant pour notre étude (ex : nouvelle préconisation), il n'a été retenu que pour 1).</p> <p><b>Prévalence du thème</b> : C'est la réurrence du thème mais présentée ici sous forme de % (ex ligne 1 : <math>20 \times 100 / 75 = 27\%</math>).</p> <p><b>Verbatims (caractères)</b> : c'est le discours précis du répondant (attaché à chaque thème) dont nous avons extrait le nombre de caractères. La totalité des verbatims retranscrits représente 34.236 caractères (c'est ce qui est indiqué dans le tableau sous la forme 34Mc).</p> <p><b>Intérêt porté au thème</b> : ce sont les verbatims (caractères) mais présentés ici sous forme de % (ex ligne 1 : <math>8815 \times 100 / 34236 = 26\%</math>).</p>				
Thèmes abordés par les répondants	Réurrence du thème	Prévalence du thème	Verbatims : nombre de caractères	Intérêt porté au thème dans le discours
Nécessité d'une anticipation (préconisations)	20 fois s/75	<b>27%</b>	8404c s/34Mc	<b>24%</b>
Nécessité d'une approche éthique (préconisations)	9 fois s/75	<b>12%</b>	4940c s/34Mc	<b>14%</b>
Travail de nuit (préconisations)	16 fois s/75	<b>21%</b>	7449c s/34Mc	<b>22%</b>
Préconisations diverses suggérées par les répondants	17 fois s/75	<b>23%</b>	7559c s/34Mc	<b>22%</b>
Causes des hospitalisations non programmées	2 fois s/75	<b>3%</b>	743c s/34Mc	<b>2%</b>
Caractère évitable des hospitalisations	3 fois s/75	<b>4%</b>	911c s/34Mc	<b>3%</b>
Manque de moyens	1 fois s/75	<b>1%</b>	116c s/34Mc	<b>1%</b>
Pertes de chances pour les résidents	3 fois s/75	<b>4%</b>	2124c s/34Mc	<b>6%</b>
Responsabilité de l'Ehpad face aux hospi non progr.	4 fois s/75	<b>5%</b>	1990c s/34Mc	<b>6%</b>
		<b>100%</b>	<b>34236c</b>	<b>100%</b>

Les thèmes abordés apparaissent ici de deux types : **en partie haute du tableau** : 4 thèmes attachés à des préconisations formulées par les répondants en réponse à notre problématique ; **en partie basse du tableau** : 5 thèmes abordés par les répondants en lien avec notre sujet de recherche.

## Premiers constats :

- La prévalence des thèmes est proche de l'intérêt que leur ont accordé les répondants au travers de leur discours ce qui conforte la valeur hiérarchique des thèmes abordés.

- En partie haute du tableau, si l'on écarte le thème « *préconisations diverses suggérées par les répondants* » qui fût généré à notre initiative aux fins de regrouper diverses préconisations dispersées au sein des entretiens (préconisations que nous développerons un peu plus tard), 3 thèmes abordés par les répondants ressortent plus particulièrement :

- la nécessité d'une **anticipation** face aux risques d'hospitalisations non programmées (prévalence de 27%)
- le thème sensible du **travail de nuit** en Ehpad (prévalence de 21%),
- enfin l'importance des **sujets éthiques** autour de l'hospitalisation des résidents (prévalence de 12%).

- Les répondants (ayant abordé le sujet) s'accordent sur le fait que **ces hospitalisations sont évitables** :

*DrSP « pour la plupart, les motifs d'hospitalisation sont anticipables donc évitables »,*

*MrDIR « pour moi ces hospitalisations sont évitables dès lors qu'on met en place plusieurs solutions notamment en amont »,*

*MmeIDE « la plupart des hospitalisations de nuit sont évitables mais pour ça il faudrait qu'il y ait plus de ressources »*

La dernière intervention nous renvoie au **manque de moyens** affectant les EHPAD, point qui ne fût que très peu évoqué lors de nos entretiens.

- Les répondants (ayant abordé le sujet) s'accordent encore sur le fait que les hospitalisations transitant par un service des urgences constituent de **réelles pertes de chances pour les résidents** :

*DrSP « Il y a donc une réelle perte de chance pour ces patients car les équipes sont sur-sollicitées »,*

*MrDIR « les hospitalisations s'avèrent extrêmement délétères pour les résidents en terme de dénutrition, ils ont beaucoup de mal à s'en remettre »,*

*MmeIDE « Alors fréquemment les résidents perdent de l'autonomie, ils ne savent plus manger tous seuls quand ils reviennent et, lorsqu'ils n'ont pas été levés, ils ne parviennent plus à marcher ».*

- Au sujet de la **responsabilité portée par les EHPAD** face aux hospitalisations non programmées de leurs résidents<sup>58</sup> les avis sont nuancés. Quelques tentatives d'explications ont toutefois été apportées aux fins d'atténuer cette responsabilité : la dépendance de certains EHPAD vis-à-vis des décisions des médecins libéraux mais aussi le poids des responsabilités pesant sur les épaules des agents de nuit lesquels peuvent se retrouver à l'origine des hospitalisations :

*DrSP « Malheureusement ce que dit la HAS au sujet de la responsabilité des Ehpads et des hospitalisations non programmées m'apparaît assez provocateur mais toutefois assez fondé ... à ce sujet, les Ehpads ont un grand rôle à jouer, ils doivent s'approprier cette mission car l'essentiel du travail est de leur côté ... parfois le médecin libéral ne voit pas les choses de la même façon ; cela peut constituer un frein »,*

*MrDIR « Je trouve ça plutôt gratuit car oui c'est mis en œuvre ... »,*

*MmeAS « En fait s'il y a des hospitalisations en urgence la nuit on peut vite être considérés comme responsables si on fait pas bien notre travail donc on préfère faire gérer par le médecin du SAMU pour que le résident soit quand même bien pris en charge ».*

---

<sup>58</sup> cf §1.1.5 : la HAS indiquait, en dépit de quelques atténuations liées à un manque de moyens, que les solutions étaient connues des Ehpads mais rarement appliquées.

## 2.2.1 Préconisations formulées par les répondants

Après ce premier éclairage apporté par les « thèmes principaux », nous poursuivons la présentation de notre collecte de données par l'inventaire détaillé des préconisations formulées par les répondants dans le cadre de nos entretiens. [*Précision* : à chacun des 4 thèmes principaux présentés en partie haute du tableau précédent ont été associées des catégories de préconisations qui ont été portées en colonne G du tableau de retranscription des verbatims (annexe 12)].

De cette analyse thématique par codage et après extraction de données (utilisation d'un filtre automatique proposé par le tableur Excel), le tableau de résultat suivant a été produit :

<b>Récurrence catégories de préconisations</b> Ex ligne 1 : « 1 pers. s/5 » signifie qu'un seul répondant sur 5 a mobilisé spontanément cette catégorie de préconisations (précision : un répondant avait la faculté de proposer plusieurs préconisations pour une même catégorie). <b>Verbatims (caractères)</b> : idem tableau précédent. La totalité des verbatims retranscrits représente ici 28.352 caractères (c'est ce qui est indiqué dans le tableau sous la forme 28Mc). <b>Intérêt porté au thème</b> : idem tableau précédent. Ex ligne 1 : $404 \times 100 / 28352 = 1\%$				
Rattach. aux thèmes principaux	Catégories de préconisations évoquées par les répondants	Récurrence catégories de préconisations	Verbatims : nombre de caractères	Intérêt porté au sujet dans le discours
Antic	Coordination entre Ehpad-Ville-Hôpital	1 pers. s/5	404c s/28Mc	1%
Antic	Intégrat° des Ehpad dans la filière gériatrique	2 pers. s/5	928c s/28Mc	3%
Antic	Intervention des EMSP et HAD	<b>5 pers. s/5</b>	4162c s/28Mc	<b>15%</b>
Antic	Repérage des patients à risques	2 pers. s/5	279c s/28Mc	1%
Antic Nuit	Echanges avec le SAMU	<b>5 pers. s/5</b>	3307c s/28Mc	<b>12%</b>
Nuit	Expérimentation « IDE de nuit mutualisée »	<b>4 pers. s/5</b>	3186c s/28Mc	<b>12%</b>
Nuit	Intérêt d'un Médecin de nuit mutualisé	2 pers. s/5	1095c s/28Mc	4%
Nuit	Communication entre équipe jour/nuit	1 pers. s/5	392c s/28Mc	1%
Nuit Div	Formations	<b>5 pers. s/5</b>	4392c s/28Mc	<b>16%</b>
Div	Excès de médication	1 pers. s/5	1022c s/28Mc	4%
Div	Analyse des pratiques	1 pers. s/5	430c s/28Mc	1%
Div	Prescription des médecins	1 pers. s/5	442c s/28Mc	1%
Div	Pharmacie à usage intérieur	3 pers. s/5	1276c s/28Mc	5%
Div	Montée en compétence-soins des IDE	3 pers. s/5	857c s/28Mc	3%
Div	Télé médecine	<b>4 pers. s/5</b>	1794c s/28Mc	<b>6%</b>
Ethique	Mise en place des directives anticipées	<b>5 pers. s/5</b>	3862c s/28Mc	<b>14%</b>
Ethique	Désignation de la personne de confiance	2 pers. s/5	524c s/28Mc	1%
			<b>28352c</b>	<b>100%</b>

### Constats relatifs aux catégories de préconisations :

- Au total, 17 catégories de préconisations sont ressorties de nos entretiens dont 53% (9 sur 17) n'ont été évoquées que par 1 ou 2 répondants sur 5.
- 6 catégories de préconisations ont été mobilisées par 4 ou 5 répondants sur 5. Il s'agit : des interventions des EMSP/HAD - des échanges avec le SAMU - de l'expérimentation « IDE de nuit mutualisée » - des formations - de la mise en place des directives anticipées et enfin de la télé médecine. Sur ces 6 catégories, seules les 5 premières ont obtenu un score de plus 10% en matière d'intérêt porté dans le discours des répondants.

## Préconisations concernant la gestion interne d'un EHPAD

- 2 répondants sur 5 ont insisté sur le caractère essentiel du **repérage de la fragilité des résidents** afin d'identifier de potentiels risques pouvant favoriser une hospitalisation non programmée (HNP) :

*DrSP « Un autre point important, c'est aussi d'identifier les patients à risques : chutes, pneumopathie à répétition, perte de poids progressive ... »,*

*MrDIR « Premièrement : mettre en place une vigilance accrue, directement sur le terrain, et tout tracer de façon à pouvoir émettre des alertes ».*

- Le Directeur d'EHPAD est largement intervenu sur les risques attachés à la **sur-médication des résidents** et notamment sur la consommation de neuroleptiques. Ces risques, selon lui, représentent un risque élevé de chutes et donc d'HNP dès lors qu'elles affectent la vigilance du résident :

*MrDIR « On va travailler également sur l'évaluation des traitements et faire en sorte d'agir sur les prises en charge non médicamenteuses. En effet, plus un traitement est fort et plus on aura des risques de somnolence, de perte de vigilance et de perte de réflexes ... Selon moi, il serait intéressant de corrélérer le nombre de résidents sous neuroleptiques et le nombre de chutes si l'on veut réduire le nombre d'hospi non programmées. Je suis convaincu qu'il y a beaucoup à faire à ce sujet ».*

- Le sujet des **formations** en EHPAD fût le sujet le plus investi par l'ensemble des intervenants. Ces derniers ont mis en évidence : un besoin de formation du personnel (y compris pour les médecins) mais aussi des difficultés dans l'organisation de ces formations lesquelles, de plus, ne sont que trop souvent proposées en interne. Ces carences ont été souvent rapprochées par les répondants des situations dans lesquelles des soignants peuvent se trouver démunis :

*MmeIDE « Les aides-soignantes sont très peu formées pour exercer de nuit d'ailleurs elles disent souvent que face à telle ou telle situation, elles ne savent pas quoi faire et elles paniquent » ... « En fait la formation des AS et des ASH c'est nous qui la faisons avant de quitter notre poste à 21h »,*

*MmeHAD « ce personnel ne me semble pas assez formé. Même les infirmières parfois peuvent se retrouver très démunies ... les médecins traitants ou les médecin coordonnateurs d'Ehpad ne sont pas nécessairement habitués et formés à gérer ce genre de choses et notamment les soins palliatifs »,*

*MmeAS « La nuit parfois on est en difficulté, par exemple pour les détresses respiratoires. Là on peut se sentir totalement démunies car parfois on a un médecin en astreinte téléphonique mais parfois ce sont des administratifs ... En plus les personnels de nuit n'ont quasiment pas de formation car c'est pas facile de changer les plannings et durant la journée on dort ... en Ehpad les formations c'est souvent en interne »,*

*MrDIR « en même temps il n'est pas utile de faire des formations de 3/4 jours ; des petits modules de formation sur différents thèmes, qui vont être dispensés par le cadre de santé ou bien le médecin-co, suffisent ».*

- La question de la **réalisation de soins techniques par le personnel infirmier** d'un EHPAD, en vue d'éviter des HNP, a été abordée par 2 répondants sur 5 mais sans toutefois révéler de consensus :

*MmeIDE « Pour ce qui est plaies, il serait intéressant d'avoir un médecin sur place pour recoudre. Mais on peut aussi imaginer une évolution du métier d'infirmier. On commence à en parler avec les infirmiers en pratique avancée. Ça pourrait être envisageable notamment en Ehpad pour éviter de transférer les résidents aux urgences »,*

*MrDIR « pour moi de manière systématique il faut avoir un avis médical car sinon ce serait faire porter la responsabilité à l'infirmière et les degrés de responsabilité sont déjà tellement élevés qu'on ne pas se permettre de tout demander et de faire peser d'avantage sur les épaules des infirmiers ».*

- La question des **directives anticipées** fût, après les formations, le second thème privilégié par l'ensemble des répondants. Ces derniers ont majoritairement plébiscité le recours à ces directives tout en exprimant certaines difficultés de mise en œuvre et en reconnaissant une mobilisation faible méritant, selon eux, d'avantage d'investissement :

*DrSP « Nous militons beaucoup pour la rédaction des directives anticipées et lorsque cela est possible dès l'entrée dans l'Ehpad. Il faut évidemment que le patient soit compétent pour le faire. Mais même lorsque le patient est compétent, il est fréquent que ces directives ne soient pas rédigées »,*

*MrDIR « Sur une structure comme la mienne, récupérer des directives anticipées pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, c'est impossible et ça n'a pas de sens. Toujours est-il c'est une question qu'il est impératif d'aborder ... j'indiquais à cette famille qu'il n'y avait rien de pire que de réagir dans l'urgence sans connaître les besoins ou la volonté du proche qui est entrain de nous quitter »,*

*MmeIDE « Pour ce qui est des directives anticipées, on était pas très bons il est vrai, peu de choses étaient mentionnées dans les dossiers. Ce qui est difficile en Ehpad, lors de l'entrée des résidents, c'est qu'ils sont pas forcément très bien alors*

on a pas envie d'aborder cette notion de fin de vie tout de suite ; on laisse de côté et malheureusement personne ne revient ensuite sur le sujet donc finalement on appelle en urgence les familles. Ce serait donc bien d'avoir des directives anticipées, notamment pour la nuit où il y a que deux soignants qui, sans info, risquent de faire hospitaliser un résident aux urgences », **MmeHAD** « Donc les directives anticipées, c'est le grand débat car pour des pathologies dégénératives ou bien même des cancers avancés, sans directives anticipées, tout se fait dans l'urgence et pas nécessairement dans de bonnes conditions », **MmeAS** « Moi en Ehpad je n'ai jamais vu un résident qui a rédigé des directives anticipées ».

### Préconisations concernant l'EHPAD et ses partenaires

- La question de la relation Ville-hôpital, sujet tant débattu en France, n'a été évoquée que par le Médecin hospitalier. Ce dernier a rappelé la nécessité d'une bonne **coordination entre les différents acteurs** et d'une protocolisation des pratiques :

**DrSP** « la coordination de ces 3 acteurs (Ehpad-Hôpital-Médecin traitant) est fondamentale pour la fluidité du parcours de soins ... Il faudrait également protocoliser un certain nombre de choses comme les traitements de la douleur ».

- Toutefois l'ensemble des répondants s'est investi de la question des partenariats **EHPAD-HAD-EMSP**. Bien que le recours à ces deux services, comme l'ont rappelé les 2 répondants hospitaliers, soit encore perfectible, les relations semblent établies mais de façon inégale d'un établissement à l'autre :

**DrSP** « [rappelant que 40% des Ehpad n'ont pas conventionné avec une EMSP] Il est aussi nécessaire d'établir des collaborations fortes avec les EMSP et les HAD lesquelles peuvent venir en soutien »,

**MrDIR** « Des conventions ont été passées avec l'EMSP du \*\*\* et la HAD de \*\*\*. L'idée, autant que possible, c'est que tout puisse se faire sur la résidence car il est aussi essentiel de désengorger les hôpitaux et les urgences »,

**MmeIDE** « En fait la nuit, pour les fins de vie, tout était anticipé de jour avec notamment l'HAD ou l'EMSP ... L'EMSP lors de sa visite, faisait un bilan au résident, analysait ce qu'on pouvait mettre en place comme traitement et en discutait avec le médecin traitant du résident. Ensuite, s'il y avait besoin de l'HAD ... on faisait appel à leurs services »,

**MmeHAD** « Certains étaient réfractaires à l'HAD car ils avaient le sentiment qu'on se substituait à eux. Pour environ les 2/3 des Ehpad, les conventions étaient bien signées mais nos interventions restaient très épisodiques, voire n'étaient jamais engagées ... Dans les Ehpad nous rencontrons un autre problème : celui, dans certains cas, des infirmières libérales. Nous étions un peu vus comme ceux qui volions le travail aux autres même si ce n'était surtout pas l'objectif ... Mais il y a parfois aussi des difficultés liées aux prescriptions : les médecins traitants doivent [en évoquant le manque de formation] téléphoner parfois à l'HAD pour demander conseil ce qui n'est pas nécessairement une démarche facile pour tous ».

- Autre sujet très mobilisateur pour l'ensemble des répondants : celui des **relations avec le SAMU**. Les perceptions y apparaissent partagées, oscillant entre tension, satisfaction et potentialités disponibles :

**DrSP** « Il faut savoir aussi qu'encore trop souvent les urgences n'ont pas accès aux dossiers médicaux des patients d'Ehpad et s'ils appellent l'Ehpad ils auront en général au téléphone un professionnel, aide-soignant ou aide-soignante, qui ne pourra pas leur répondre. Le maître-mot pour éviter cela c'est évidemment "ANTICIPER" ... Il est possible de signaler ces patients à risques au Samu via la fiche urgence-pallia ... Cette fiche permet d'orienter rapidement le patient lors d'un appel Samu et donc d'éviter le service des urgences. Elle concourt à la fluidification du parcours de soins du patient »,

**MrDIR** « si la nuit le médecin régulateur du Samu décide de ne pas mobiliser l'astreinte mais d'hospitaliser, dans ce cas le DLU (dossier de liaison d'urgence) est établi automatiquement via notre système informatique »,

**MmeIDE** « Si on appelle le SAMU pour avoir un avis médical, on se faisait souvent envoyer balader par les médecins régulateurs, ça posait souci, moi ça m'a choquée. Il serait donc peut-être intéressant de faire visiter l'Ehpad aux médecins du SMUR pour qu'ils comprennent mieux quels sont nos modes de fonctionnement »,

**MmeAS** « La nuit on ressent plus les manques de coordination entre l'Ehpad et les urgences car si une situation se dégrade et si elle n'a pas été préparée on ne peut pas faire du bon travail, on agit dans l'urgence ... Quand on téléphone la nuit au Samu parce qu'on est face à une situation dégradée, on est pas toujours bien accueillies car on est AS et on peut pas toujours bien les renseigner. Donc là encore il faudrait plus de protocoles entre le Samu et l'Ehpad ».

- Le sujet de la **télé médecine** a également été abordé par 4 répondants sur 5. L'intérêt y est marqué mais le déploiement encore récent de cette technologie explique la réserve manifestée par certains :

**DrSP** « Il semble aussi important d'évoquer la télé médecine ... Cela permettra, pour les Ehpad qui en seront équipés, de pouvoir anticiper par exemple la prise en charge d'un soin douloureux et d'éviter une hospitalisation »,

**MrDIR** « Selon moi la télé médecine ne peut actuellement éviter que des hospitalisations programmées sauf toutefois si elle est développée, comme ça commence à être pratiqué ... Je pense que cela pourrait être un soutien, cela éviterait de perturber les résidents car devoir se déplacer peut être source d'angoisse pour eux »,

**MmeAS** « ça pourrait peut-être aider car parfois si une AS est en panique, en appelant ça permet d'avoir un conseil et de prendre de la distance avec nos émotions ».

• Le **dispositif expérimental « IDE de nuit mutualisée »**, décliné en régions par les ARS, commence aujourd'hui à être connu des professionnels. L'établissement géré par notre répondant-Directeur est inscrit dans ce dispositif. Sans emporter un complet consensus, ce sujet actuellement au centre des débats de la réduction des HNP de nuit, a été abordé par 4 répondants sur 5 :

*DrSP « Le fait qu'il y ait une infirmière la nuit permet réellement d'éviter des hospitalisations ... L'infirmière coordinatrice permet également de juguler l'angoisse des aides-soignantes la nuit lorsqu'elles sont confrontées à un patient douloureux ... En Ehpad, lorsqu'un poste d'infirmier coordinateur ou d'infirmière coordinatrice est ouvert la nuit, ces derniers résolvent environ 80% des problèmes. Dans ces Ehpad, le niveau des urgences de nuit peut baisser drastiquement »,*

*MrDIR « Depuis que ce dispositif a été mis en place, sur la résidence, le nombre d'hospi de nuit a diminué de moitié »,*

*MmeIDE « La nuit, recruter une infirmière pour 80 résidents ne semble pas forcément intéressant car aurait-elle suffisamment de travail pour combler une nuit de 10 heures, sans doute pas ... L'idée d'une IDE de nuit mutualisée entre Ehpad, je trouve ça très bien mais je trouve ça risqué pour l'infirmière de prendre des décisions concernant des résidents qu'elle n'a jamais vus et pour lesquels elle ne connaît pas non plus les familles ».*

### Préconisations citées à titre marginal et préconisations jugées sans intérêt

Nous achevons cette présentation par quelques préconisations formulées de façon isolée par les répondants : *l'analyse des pratiques professionnelles, la communication entre équipes jour/nuit, l'inscription des EHPAD dans les filières gériatriques hospitalières, les astreinte de nuit mutualisée entre méd-co d'un même secteur* et d'autres qui ont été jugées sans intérêt : la mise en place d'une pharmacie à usage intérieur ainsi que la désignation d'une personne de confiance. Nous précisons toutefois que ce positionnement des répondants ne postule pas un quelconque désintérêt que nous pourrions porter à ces sujets

## **2.3 Discussion**

Alors que la présentation des résultats de notre collecte de données est maintenant achevée, il nous appartient d'en analyser le contenu et de le confronter aux apports de notre cadre théorique.

Cette discussion est destinée à offrir un éclairage à notre sujet d'étude mais aussi des réponses à notre problématique. Ces réponses prendront la forme de préconisations managériales que nous développerons au chapitre suivant.

Dans cette perspective, nous bâtirons cette discussion autour des thèmes principaux<sup>59</sup> et des préconisations qui ont émergé de nos entretiens. Nous les confronterons donc aux apports de notre cadre théorique de façon à cerner les enjeux environnant notre problématique, à en appréhender leur nature, à en mesurer les contraintes et à y opposer une posture managériale adaptée et opérationnalisable.

Nous rappelons en liminaire de ce développement deux positionnements institutionnels qui influenceront notre discussion : 1°) la HAS (2015, p35) estime que « *les interventions pour réduire les hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables sont connues, mais ne sont que rarement appliquées en Ehpad* » et 2°) Mesnier-Carli (2019, p17), dans leur rapport intitulé « *pacte de refondation des urgences* » estiment « *qu'en dépit des nombreux rapports portant sur ce sujet, et des multiples initiatives en découlant, la situation d'afflux aux urgences persiste et s'aggrave* ».

---

<sup>59</sup> Les questions du manque de moyens et de la responsabilité des Ehpad seront traitées en conclusion de ce chapitre.

### **2.3.1 Causes, conséquences et « évitabilité » des hospitalisations non programmées**

*Précisions concernant les § 2.3.1 à § 2.3.6 : les personnes interviewées seront dénommées « les répondants ». Les recommandations émanant des diverses sources de notre cadre théorique seront dénommées « les institutionnels ». L'acronyme « HNP » constituera l'abréviation de : « Hospitalisations Non Programmées des résidents d'Ehpad ».*

Lors de nos entretiens, plusieurs consensus sont rapidement apparus sur divers sujets. Répondants et institutionnels s'accordent en effet sur les causes à l'origine des HNP et notamment sur la cause principale : les chutes. Les deux parties s'accordent encore sur le fait que ces HNP constituent une réelle perte de chance pour les résidents dès lors qu'elles sont susceptibles d'entraîner un décès dans un service des urgences ou bien une perte d'autonomie en sortie d'hospitalisation. De même et en dehors de situations cliniques aiguës (AVC, arrêt cardiaque, fractures, altération brutale de l'état général, détresse respiratoire, etc.), ces HNP restent pour les répondants et les institutionnels très majoritairement évitables ; ce constat est également dressé par la littérature internationale.

### **2.3.2 Nécessité d'anticiper**

La présente thématique fût la plus développée par les répondants. Ces derniers considèrent en effet que la gestion des HNP ne peut être assurée dans l'urgence mais se doit d'être anticipée. Cette assertion nous renvoie alors à une problématique séculaire : celle, au sens large, des coopérations Ville-Hôpital (Ehpad y compris). La question de la coordination des intervenants, de l'ouverture des filières hospitalières, de la fluidité des parcours mais aussi des partenariats à développer est inscrite depuis longtemps dans les débats, les rapports et les lois mais demeure encore très perfectible. Ce point est donc ici essentiel dès lors que, dans le cadre des HNP, les champs du sanitaire et du médico-social, régis par des sources de droit distinctes<sup>60</sup>, sont appelés à interagir au profit des patients.

Bien que la nécessité d'une coordination efficiente, en vue de limiter les HNP, soit au nombre des recommandations plébiscitées par les institutionnels (au travers notamment des relations avec les EMSP, les HAD, les SAMU, les filières gériatriques hospitalières, etc.), les répondants hospitaliers de notre étude nous rappellent, comme le faisait l'ONFV (2013) au §1.1.5, que plus d'un tiers des Ehpad n'a pas encore conventionné avec une EMSP et que le recours à l'HAD est encore trop insuffisant. Ces derniers nous rappellent encore que certains médecins généralistes ou infirmières libérales sont hostiles à l'intervention de l'HAD, percevant dans ce service une substitution à la médecine de ville voir une immixtion dans leurs pratiques au travers, notamment, de prescriptions médicales imposées par la médecine hospitalière. Quant au recours à la filière gériatrique, nos entretiens nous enseignent que le maillage territorial, encore inégal et insuffisant, décourage parfois les managers d'Ehpad.

---

<sup>60</sup> Le code de la Santé Publique (CSP) pour le champ sanitaire et le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) pour le champ médico-social.

La coordination avec les services des urgences, qui demeure une préoccupation majeure des répondants et des institutionnels, semble également souffrir de désaffection. En dehors du dispositif d' « IDE de nuit mutualisée » que nous développerons au § 2.3.3, les relations entretenues par le SAMU et les Ehpad semblent empreintes de fréquentes tensions au motif, notamment, d'un manque de formation des personnels de nuit d'Ehpad. Les répondants hospitaliers nous rapportent également que les outils mis à la disposition des établissements (fiche urgence-pallia et dossier de liaison d'urgence) ne sont encore que trop peu investis.

Ainsi et bien que de nombreux Ehpad se soient déjà saisis de ces recommandations en les mettant en pratique depuis plusieurs années, trop nombreux sont encore les établissements à ne pas jouer le jeu de la coordination et à concourir, bien malgré eux parfois, à des HNP. Il semble donc urgent, pour l'ensemble des acteurs concernés, de rompre avec ces postures archaïsantes qui nourrissent les clivages Ville-Hôpital ou Sanitaire-Médico-social au détriment du parcours de santé du patient. Les managers se trouvent donc face à un premier enjeu, celui de réaffirmer leur adhésion à la dynamique de parcours coordonné en santé, par un engagement marqué de leur établissement.

Nous achèverons cette seconde sous-partie par un autre sujet tout aussi crucial en matière de limitation des HNP : la prévention des chutes et le repérage des fragilités. Ici encore, la littérature ne tarit pas de conseils et de fiches pratiques (ex : HAS 2015 et ARS 2019). L'anticipation s'avérant le maître-mot d'une bonne gestion des HNP, une politique de prévention portée par la démarche qualité devra être engagée. Les répondants de notre étude étaient tous acquis à cette cause mais les résultats restent dépendants des moyens disponibles ou des moyens engagés par les Ehpad.

### **2.3.3 Spécificités du travail de nuit**

La nuit reste le siège de nombreuses HNP en Ehpad. Répondants et institutionnels l'ont exprimé, le manque de ressources soignantes la nuit et notamment l'absence de personnel infirmier concoure à ces hospitalisations. Depuis plusieurs années, les politiques de santé se sont saisies de cette problématique et un dispositif d'IDE de nuit mutualisée est en cours d'expérimentation (voir §1.2.5). Ce dispositif, selon les premières estimations nationales, semble participer d'une réduction significative des HNP de nuit. Il offre également l'avantage de protocoliser les échanges entre le médecin régulateur du SAMU et l'établissement, ce qui favorise les coopérations et améliore la gestion des urgences. Les répondants de notre étude ont encouragé le recours à cette expérimentation qui, selon l'Ex-Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, devait être généralisée en 2020.

Toutefois, compte tenu d'un maillage territorial parfois inégal ou d'un éloignement géographique peu propice aux mutualisations, l'ensemble des Ehpad ne pourra bénéficier du dispositif précité. Les managers devront donc rester vigilants à la gestion des HNP de nuit, lesquelles se présentent à

eux comme un réel enjeu. Nous rappelons que le personnel de nuit se retrouve parfois, comme l'ont exprimé les répondants, en proie à un fort sentiment d'impuissance faute d'une présence médicale qui ne peut être assurée de façon permanente. Le besoin de formation des personnels de nuit a également été largement évoqué (nous reviendrons sur ce point au §2.3.5) mais aussi la problématique singulière que constitue l'organisation de ces formations pour des personnels souvent indisponibles en journée compte tenu de l'inversement des rythmes de travail.

Enfin, la littérature internationale (au travers de l'étude Belge citée au §1.2.4) mais aussi l'ARS (2019) font le constat d'une faible disponibilité des médecins généralistes ou médecins coordonnateurs d'Ehpad la nuit, avalisant ainsi indirectement le sentiment d'isolement exprimé par les répondants. Ces travaux de recherche, qui n'ont pas pour finalité d'investiguer les fondements de ce constat (lequel sera donc considéré à ce stade comme simple conjecture) ouvrent toutefois la voie d'intéressantes perspectives.

#### **2.3.4 Questions d'éthique**

Le questionnement éthique fût essentiellement investi par les répondants sous l'angle des directives anticipées. Ces derniers, confirmant les tendances de l'ONFV (2013), ont évoqué un faible recours à cet outil, alléguant la difficulté de le proposer à des résidents déjà fragilisés psychologiquement par la perte d'autonomie mais également l'impossibilité d'encourager leur rédaction en cas de troubles cognitifs sévères. La pertinence de ces directives est toutefois reconnue dès lors qu'elles permettent, dans certaines situations, d'éviter au résident une hospitalisation non souhaitée. Mais en dépit des recommandations formulées par diverses institutions, un recours malheureusement trop tardif entrave souvent leur mise en place et les prive de leur effet ; cette situation engendre en outre des situations douloureuses et mal vécues par les familles par suite de décisions prises dans l'urgence.

Un autre sujet, celui des soins palliatifs et de la fin de vie, qui emporte avec lui une kyrielle de questionnements éthiques et de compétences cliniques à acquérir, n'a été que peu évoqué par les répondants. Ce sujet, marqué par plusieurs plans stratégiques nationaux pluriannuels, demeure toutefois prégnant dans cet environnement dès lors que de nombreux Ehpad n'ont pas encore recours aux EMSP et aux HAD et que, selon la HAS (2015), 59% des décès en EHPAD relèvent des soins palliatifs. Les répondants de notre étude n'ont cependant que confirmé, à l'instar des recommandations institutionnelles, la nécessité de poursuivre les formations des professionnels d'Ehpad à ce sujet.

Si l'on associe au caractère essentiel de ces deux sujets une absence d'évaluation institutionnelle de la performance éthique, il semble aisé de mesurer le nouvel enjeu que représente cette question pour les Ehpad. Une porte « éthique » devra donc être ouverte par les managers afin de permettre, notamment, un digne accompagnement de la fin de vie de leurs résidents et un évitement des hospitalisations non souhaitées dont l'issue se profile trop souvent comme fatale.

### **2.3.5 Autres préconisations**

Nous allons maintenant aborder un point essentiel voire stratégique, largement développé dans la littérature, conforté par les études internationales et très investi par les répondants lors de notre étude, celui du nécessaire renforcement des processus de formation au sein des Ehpad. En effet une insuffisance de formation, face à des personnes âgées polypathologiques affectées par une importante perte d'autonomie associée parfois à des troubles cognitifs majeurs, peut emporter des conséquences désastreuses en matière d'HNP.

Le recours à la formation s'érige donc en outil managérial central dans la gestion de ces hospitalisations. L'ensemble des personnels est ici concerné et les thématiques sont multiples. Les managers devront alors mobiliser différents outils tels que le plan de formation ou le DPC (voir §1.2.3). L'enjeu y est élevé car la formation est la porte d'accès, pour les médecins, au développement attendu d'une expertise gériatrique (HAS 2015 p33) ou d'une expertise en soins palliatifs (HAS 2015 p29) et, pour le personnel infirmier, au développement de compétences cliniques dans le champ du soin permettant d'affronter une situation d'urgence en évitant le recours à l'hospitalisation (HAS 2015 p28).

Nous pouvons associer à ce sujet un outil non abordé dans la littérature mais suggéré par un répondant, celui que constitue les groupes d'analyse de pratique. Ces réunions permettent aux professionnels, à partir de situations cliniques vécues, de revisiter une prise en charge avec un regard distancié et collectif, d'en questionner la qualité, d'échanger sur les difficultés rencontrées et d'envisager d'éventuelles améliorations. Ces groupes, dans une approche d'échange, constituent un format spécifique de formation interne et concourent également à limiter les risques psychosociaux.

Mais ces questions renvoient inévitablement aux moyens à engager par l'établissement afin d'atteindre ces objectifs (nous reviendrons sur ce dernier point dans notre conclusion). Capitaliser sur la formation des personnels induit en effet des arbitrages budgétaires à conduire. Ces arbitrages budgétaires concernent également, comme l'ont évoqué les répondants de notre étude, de nouvelles ressources à mobiliser en vue d'optimiser la gestion des HNP. A ce titre, les managers pourront bientôt avoir accès à un personnel infirmier bénéficiant d'un nouveau statut : celui d'infirmier en pratique avancée (IPA). Ce statut, recommandé par une étude anglaise de 2019 (voir §1.2.4) et introduit dans la loi française en 2016, deviendra effectif en 2020 par l'entrée en service des premiers IPA. Le recours à ces IPA, dans certains Ehpad, pourrait ainsi concourir à limiter les HNP.

Nous achèverons cette sous-partie par deux recommandations assez peu développées par les répondants de notre étude mais largement plébiscitées par les institutionnels : 1°) la réduction des risques d'iatrogénie médicamenteuse : en effet, 20% des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus sont liées à une prise de médicaments. Cette réalité nous renvoie à la conviction portée par

un de nos répondants (Directeur) tenant à favoriser les prises en charge non-médicamenteuses afin d'éviter une perte de vigilance des résidents concourant à des chutes, elles-mêmes facteurs d'HNP. 2°) Le recours à la télémédecine : cette recommandation emporte de nombreux espoirs en matière de limitation des HNP par l'appui significatif qu'elle peut apporter au personnel de nuit. Bien que les répondants de notre étude aient manifesté un intérêt nuancé pour cette technique encore en cours de déploiement, les managers devront l'intégrer comme un outil d'avenir favorisant la gestion des HNP.

### **2.3.6 Conclusion**

Comme nous l'indiquions en introduction de ce chapitre, cette discussion est destinée, au travers d'une confrontation entre étude empirique et cadre théorique (ou institutionnel), à offrir un éclairage à notre sujet d'étude et à apporter des réponses à notre problématique de recherche.

Nous l'avons vu, ce sujet aujourd'hui d'ordre public est largement investi par les institutions mais aussi par la littérature scientifique. Les recommandations proposées en vue de limiter le recours aux hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad sont ainsi légion.

Mais comme le mentionne le pacte de refondation des urgences, malgré les nombreux rapports et les initiatives portant sur le sujet, la situation persiste et s'aggrave. Cette situation révèle ainsi l'échec des acteurs de santé et des pouvoirs publics à améliorer la situation des urgences en France.

Au sein de l'environnement médico-social, la HAS a fait connaître son positionnement (non pas infondé mais très englobant) en transférant aux Ehpad, malgré quelques atténuations, une grande part de la responsabilité attachée à la gestion des hospitalisations non programmées de ses résidents.

Cette posture, dont nous reconnaissons en partie le fondement au motif que certains Ehpad ne manifestent pas, en effet, un réel investissement à ce sujet, appelle toutefois plusieurs remarques :

- Les nombreuses recommandations formulées, aussi pertinentes soient-elles, sont noyées dans un entrelacs de textes et de rapports engendrant ainsi une forme de confusion réglementaire.
- Ces recommandations, non opposables aux établissements, voient leurs effets limités en l'absence de procédure d'évaluation contraignante.
- L'ANAP, dont une des missions est d'évaluer la performance des Ehpad, a construit, nous l'avons vu, un tableau de bord national au sein duquel ne figure aucun indicateur de mesure des HNP<sup>61</sup>.
- Le clivage législatif entre le sanitaire et le médico-social est propice à une réglementation à deux vitesses, source de dysfonctionnements. Pour exemple, l'absence de certification des établissements médico-sociaux annihile en partie le rôle de la HAS et entretient une performance parfois médiocre des Ehpad qui ne se voient pas dans l'obligation de mettre en place une démarche qualité structurée à l'image des établissements sanitaires.

---

<sup>61</sup> Nous précisons toutefois que la HAS et la DGCS, notamment, proposent au travers de leurs rapports de nombreux indicateurs pertinents en matière d'HNP mais le suivi de ces indicateurs n'est en rien contraint.

Ces remarques viennent, selon nous, nuancer la posture de la HAS au sujet de la responsabilité des Ehpad. Mais ces remarques peuvent encore être supplémentées par quelques enseignements empiriques :

- Le niveau de dépendance des résidents accueillis en Ehpad ne cesse de croître d'années en années, favorisant ainsi le développement de la médicalisation des établissements. L'accueil de résidents de plus en plus vulnérables, en grande perte d'autonomie et concernés par de nombreuses comorbidités, devient ainsi un facteur naturel d'augmentation des hospitalisations non programmées.
- La réticence de certains médecins généralistes à l'intervention de l'HAD, lorsqu'elle est associée à un manque d'expertise de ces derniers (notamment en gériatrie ou en soins palliatifs) s'impose aux établissements comme un facteur limitant l'amélioration de leur performance.
- En fonction des territoires, le taux d'équipement en établissements ou services sanitaires et médico-sociaux peut varier considérablement ce qui impacte le maillage territorial nécessaire à une bonne coordination (ex : manque d'EMG, d'EMSP, de places en service gériatrique ; Ehpad isolés, etc.).

Il ressort de cette discussion qu'en dépit de nombreux efforts devant encore être consentis par les Ehpad, plusieurs arguments viennent plaider en faveur d'une atténuation de leur part de responsabilité dans la gestion des hospitalisations non programmées de leurs résidents. Mais cette discussion aura également fait émerger des freins, des carences et des potentialités issus directement de ce travail de recherche (c'est à dire non développés dans la littérature relative à notre problématique) et qui entretiennent l'idée d'une amélioration tout à fait accessible de la gestion des HNP dans les Ehpad. Après les avoir évoqués dans le corps de la discussion, nous présentons ci-après et synthétiquement **les apports de ce travail de recherche** :

- 1°) la difficulté d'intégration des agents de nuit dans le plan de formation de l'établissement, compte tenu de leur rythme de travail et des difficultés de remplacement, est un frein à une bonne gestion des urgences,
- 2°) l'absence de groupe de réflexion éthique au sein de l'Ehpad est un facteur limitant de la qualité globale de prise en charge d'un résident,
- 3°) l'absence fréquente de réunions d'analyse des pratiques n'inscrit pas les professionnels dans une dynamique d'échange et donc d'amélioration de la gestion des HNP,
- 4°) la réticence de certains médecins traitants à l'intervention de l'HAD, lorsqu'elle est associée à un manque d'expertise en gériatrie ou en soins palliatifs, contraint les Ehpad à une gestion interne des urgences pour laquelle les personnels de nuit sont insuffisamment formés et insuffisamment préparés,
- 5°) Le tableau de bord de la performance de l'ANAP ne mentionne aucun indicateur de suivi des HNP ce qui ne concoure pas à l'intégration de cette dimension dans la démarche qualité d'un établissement,
- 6°) La démarche qualité est moins développée dans le secteur médico-social qu'elle ne l'est dans le secteur sanitaire ce qui ne favorise pas la mise en place d'une évaluation régulière de la gestion des HNP, <sup>62</sup>
- 7°) les recommandations formulées par les institutions sont pertinentes mais trop nombreuses. Diluées dans de multiples documents, elles perdent de leur intérêt. Dans le cadre d'une approche qualité, les actions doivent être limitées pour devenir porteuses de résultats.

---

<sup>62</sup> Le rapport Fouquet et al. (2011, p39) dit rapport de l'IGAS (voir §1.2.4) pointe toutefois des différences de culture entre sanitaire et médico-social mais évoque simplement une défiance et une ignorance des ressources mutuelles.

Un dernier point mérite enfin d'être développé, un point aujourd'hui reconnu par le gouvernement<sup>63</sup>, celui du manque de moyens affectant les Ehpad. Comme nous l'indiquons au chapitre précédent, cette question ne fût que très peu évoquée par les répondants ou bien de façon très elliptique. Une forme de résignation semble en effet happer les professionnels, tous investis à leurs missions mais impuissants face à un contexte financier semblant ôter toute perspective. À grand renfort de « budgets contraints », de « mutualisations » et de « rationalisation des coûts », les politiques de santé n'ont-elles pas construit un nouveau paradigme lexical visant à institutionnaliser ce manque de moyens, acculant alors les soignants à supporter tant bien que mal des insuffisances institutionnelles de bienveillance ? Cécile Karsenty, aide-soignante de nuit, nous rappelle ici, sans faire grand bruit, que ce manque de moyens s'insinue quotidiennement dans le service en prenant notamment la forme d'un manque de temps à consacrer aux résidents :

*« La nuit est tombée, Madame Rieutord est dans sa chambre toute seule, en fin de vie. Doucement changer la protection, masser le dos, les talons, recoiffer ... Nous venons régulièrement, mais si peu de temps à la fois. Son fils est fâché avec elle depuis de longues années. Il apporte à l'accueil des savons et des shampoings très onéreux, mais ne va jamais la voir. Cette fois, il a été prévenu de la « fin de vie », mais ne vient toujours pas ... Elle nous regarde, serre nos mains encore très fort. C'est très difficile de la laisser ainsi toute seule dans la nuit, avec juste la petite lumière de la lampe de chevet, dans l'attente solitaire de la mort. La nuit est tombée. »*  
Karsenty (2014). La nuit est tombée (p8)<sup>64</sup>

## 2.4 Préconisations managériales

Les multiples recommandations proposées dans la littérature, associées aux résultats de notre étude, manifestent à la fois l'enjeu et la complexité de la situation mais aussi la nécessité de mettre en œuvre un ensemble de solutions pertinent, offrant des réponses congruentes à notre problématique.

C'est ainsi que nos travaux de recherche nous conduisent maintenant à formuler diverses préconisations qui, sans être exhaustives, ont pour avantage d'être lisibles et opérationnalisables :

1°) En premier lieu, nous l'avons dit, la limitation des HNP et par voie de conséquence la fluidification du parcours de santé du résident, passe par une amélioration de la coopération entre les Ehpad et l'ensemble des services hospitaliers. En ce sens il est impératif que des partenariats effectifs (ne prenant pas la forme de conventions de complaisance) soient entretenus et développés par les Ehpad avec notamment les EMSP, les HAD, les EMG, les services gériatriques, l'hôpital et les cliniques. Une attention toute particulière sera apportée au conventionnement avec le SAMU et à la mise en place de deux outils majeurs que sont le DLU et la fiche Urgence-Pallia. Dans la même logique, l'établissement pourra prendre attache de l'ARS et proposer sa participation à des groupes de travail territoriaux aux fins de nouer des relations durables et fortes avec ses partenaires en santé.

<sup>63</sup> Le 26 Janvier 2018, au micro d'Europe 1, Agnès Buzyn ex-Ministre des Solidarités et de la Santé, déclarait ne pas pouvoir « nier » des dysfonctionnements dans les Ehpad et s'est dite consciente de « l'urgence des besoins ».

<sup>64</sup> Karsenty C. (2014). La nuit est tombée. Version courte. *Raconter la vie*. p8

2°) Si un dispositif « IDE de nuit mutualisée » existe sur le territoire et dans l'hypothèse où l'établissement ne disposerait pas de personnel permettant une gestion performante des HNP, l'intégration de ce dernier à ce dispositif devra être envisagé avec l'ARS.

3°) Dans le cadre de la négociation du CPOM, l'établissement pourra également proposer, soit par ouverture de poste, soit par la voie de la formation interne, que son effectif soignant soit complété par des infirmiers en pratique avancée. Dans l'hypothèse d'une ouverture de poste, une attention toute particulière devra alors être portée au recrutement afin que le profil du candidat soit en parfaite adéquation avec les compétences spécifiques attendues. Nous proposons, à ce titre, de rédiger une fiche de fonction et un profil de poste rigoureux et enfin d'utiliser une grille d'aide à la décision permettant à l'employeur d'optimiser la qualité de son analyse<sup>65</sup> (nous précisons que compte-tenu de l'entrée en exercice de ces IPA courant 2020 et donc d'un manque de précisions relatives à leur statut, nous préconisons, à ce stade, une réflexion et une rédaction concertée de ces documents entre Direction, Médco et SAMU).

4°) En vue d'apporter un appui aux soignants et aux personnels de nuit, il semble pertinent de mettre en place, en lien étroit avec le Médecin coordonnateur, un arbre décisionnel de gestion des situations pouvant conduire à une hospitalisation par un SU. Nous présentons en annexe 13 un exemple d'arbre décisionnel créé par nos soins (cet exemple prend la forme d'un logigramme --- nous précisons que les informations médicales relevant de la compétence exclusive du Médecin coordonnateur n'ont pas été renseignées).

5°) Dans le même esprit, afin d'apporter un appui aux personnels, l'établissement pourra proposer des réunions mensuelles dites d' « analyse de pratique » (voir §2.3.5).

6°) Afin de marquer l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité collaborative, les instances gouvernantes pourront proposer la mise en place de différents comités au sein de l'établissement : comité éthique (directives anticipées, limitation ou interruption des traitements, réflexion sur l'urgence, etc.), comité de prise médicamenteuse (limiter la iatrogénie médicamenteuse, privilégier les prises en charge non-médicamenteuses, etc.), comité d'évaluation des pratiques professionnelles (mise en place de procédures, amélioration des pratiques, etc.) ou encore un comité soins palliatifs (usage des stupéfiants, maîtrise des outils, gestion de la fin de vie, relations EMSP-HAD, etc.).

7°) La télémédecine fait partie des axes d'amélioration cités abondamment par les institutionnels en vue de la limitation des HNP. Les projets de télémédecine, régis par le Décret 2010-1229 du 19 Octobre 2019, doivent obligatoirement faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS et s'inscrire dans le cadre : **a)** d'un programme national ou **b)** d'un contrat régional ou **c)** d'une inscription

---

<sup>65</sup> **Une fiche de fonction** comporte un détail précis des missions et des responsabilités (ex : prise en charge des urgences) mais aussi un détail des activités (ex : soins d'urgence, appui aux AS) et enfin un détail des tâches (gestion du chariot d'urgence, établissement du DLU et de la fiche Urgence-Pallia). **Le profil de poste** décrit les compétences requises (savoirs, savoir-faire, savoir-être) et les aptitudes professionnelles nécessaires à l'exercice des activités ainsi que les diplômes, les formations, l'expérience, la motivation, etc. **La grille d'aide à la décision** doit être conforme au profil de poste et doit permettre, au travers d'un tableau, de prioriser les compétences et de les pondérer de façon à scorer le profil du candidat. (Source : M2 MOSMS IAE de Rouen).

dans un CPOM. Les instances gouvernantes pourront prendre attache de leur ARS afin d'envisager le dépôt d'un projet de télémédecine respectant les modalités spécifiques qui leur seront présentées.

8°) Le développement de la formation professionnelle est un enjeu majeur pour les établissements en matière de gestion des HNP. Il s'agira ici, en premier lieu, de mobiliser le plan de formation et le DPC des soignants afin d'assurer le maintien et le développement des compétences des personnels. Les besoins sont en effet multiples (soins palliatifs, gériatrie, prévention des chutes, repérage des fragilités, connaissances des pathologies associées à la dépendance, etc.) et la mise en œuvre des actions peut s'avérer complexe notamment pour les personnels de nuit. Pour ces derniers, des stages d'immersion dans un service d'urgence de nuit pourront être encouragés. Ces stages permettront à la fois d'offrir une formation de terrain à ces agents essentiels de la prise en charge des urgences et de renforcer la coopération entre l'établissement et l'Hôpital.

Afin de mettre en place ces formations, les Ehpad devront se rapprocher de leur organisme dédié (OPCO) et identifier les différentes enveloppes disponibles permettant le financement des actions prioritaires. Dans le cadre des entretiens professionnels (qui ont lieu tous les deux ans et revêtent un caractère obligatoire), l'établissement assurera également l'information des salariés quant aux formations accessibles via leur CPF (compte personnel de formation) et quant à l'éventuel abondement de l'employeur aux formations précitées (l'établissement sera ainsi conduit à opérer des arbitrages budgétaires permettant de mobiliser les moyens adaptés à une politique de formation performante). Enfin, l'établissement pourra mettre en place, au travers d'un dispositif de formation interne, de multiples interventions assurées par son encadrement et destinées aux personnels. Dans cette dynamique, l'établissement pourra notamment divulguer un guide très intéressant proposé par l'ARS et intitulé « Comment identifier une urgence ou un besoin en soins non programmé en Ehpad ? ».

9°) Enfin, toute démarche qualité doit s'appuyer sur un enchaînement rigoureux d'étapes permettant d'atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Les Ehpad doivent également prendre cette règle pour socle et structurer leur démarche qualité en vue de la rendre opérationnelle. Dans cette perspective, la « Roue de Deming » pourra être utilisée (Cette roue est une transposition graphique d'une méthode de gestion de la qualité dite « PDCA » élaborée par W.A. Shewhart mais vulgarisée dans les années 1950 par W.E. Deming).



La mise en place de cet outil composé de quatre étapes (chacune entraînant l'autre), doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité de la gestion des hospitalisations non programmées :

- 1- Plan : préparer, planifier (ce que l'on va réaliser) ;
- 2- Do : développer, réaliser, mettre en œuvre ;
- 3- Check : contrôler, vérifier ;
- 4- Act (ou Adjust) : agir, ajuster, réagir.

(source : M2 MOSMS UFR Santé de Rouen)

Toutefois, comme le préconisent aujourd'hui certains universitaires, nous adjoindrons à cette démarche une 5<sup>ème</sup> étape : le « **O** » de « **Observe** ». Ce « PDCA » adapté, que nous dénommerons ici « **OPDCA** », s'articulera donc autour de 5 axes : **O** (observer le fonctionnement des services en matière d'HNP), **P** (planifier des actions en utilisant notamment les préconisations de ce chapitre), **D** (mettre en œuvre les actions), **C** (contrôler si les protocoles sont respectés), **A** (évaluer, ajuster). À partir de cet outil, l'établissement pourra ainsi organiser la procédure de gestion des hospitalisations non programmées comme un sous-processus<sup>66</sup> faisant partie intégrante de la démarche qualité. Afin de procéder à des ajustements destinés à améliorer de façon continue sa gestion, il devra alors s'inscrire dans une démarche rigoureuse d'évaluation (point **A**). C'est ce qui nous conduit maintenant, comme nous l'évoquions en 1<sup>ère</sup> partie, à proposer une procédure d'évaluation des hospitalisations non programmées prenant en compte l'ensemble des dimensions retenues au §1.2.1 (nous présentons en annexe 14 un tableau d'indicateurs et deux questionnaires de satisfaction créés par nos soins et destinés à une mesure globale de la performance).

---

Conclusion : Ces préconisations sont le fruit de notre travail de recherche. Il nous semble raisonnable de penser que leur mise en œuvre, associée à l'ensemble des actions déjà en place dans l'établissement, concourront à une limitation significative des HNP des résidents.

## 2.5 Limites, biais et perspectives

Avant de conclure et afin que soit bien appréhendées les caractéristiques de ce travail de recherche, il convient encore d'en préciser l'environnement. Ces travaux se sont en effet déroulés, pour partie, en période de confinement national consécutif à l'apparition du virus Covid-19. Les contraintes nées de ce contexte ont fait apparaître les premières limites de nos travaux : l'indisponibilité de certains acteurs centraux de notre sujet de recherche investis alors dans la gestion de crise (ex : ARS, Samu, Médico d'Ehpad) mais aussi la nécessité de conduire des entretiens téléphoniques impactés par l'absence physique des répondants et par de fréquentes interruptions. Enfin une limite « universitaire » est apparue, celle liée au format contraint de cette production (5 mois de recherche, 5 entretiens, 55 pages) empêchant, d'une part, d'accéder à une saturation des données et, d'autre part, d'approfondir certaines notions ou investigations (ex : évaluation de la performance éthique, littérature internationale, concept d'urgence).

Limités en nombre, ces entretiens ont toutefois été riches en observations. A ce titre, plusieurs nous sont apparus empreints d'une influence sociale laissant augurer un discours inconsciemment et partiellement biaisé. Nous avons ainsi identifié trois potentiels biais : 1<sup>o</sup>) un biais de « désirabilité sociale » rencontré plus particulièrement au sein du corps « aide-soignant » qui semblait attaché à offrir

---

<sup>66</sup> En démarche qualité un processus est un enchaînement d'étapes concourant à la production d'un résultat défini (**élément sortant** – ex : transfert vers un SU) pour répondre à un besoin (**élément entrant** – ex : demande de PEC urgente d'un résident). Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir de multiples acteurs. (source M2 MOSMS UFR Santé de Rouen)

une image de « bon soignant », rendant ainsi plus complexe l'appropriation de notre problématique, 2°) un biais ou « effet de halo » caractérisé par l'influence du savoir « supposé » du chercheur lequel, malgré un effort constant de neutralité, a pu engendrer une forme d'adhésion inconditionnelle à son discours, biaisant alors le positionnement du répondant, 3°) un biais de « conformité sociale » caractérisé par un discours imprégné d'un univers professionnel (ex : hospitalier) manifestant l'adhésion forte du répondant à un groupe social et donc une potentielle perte d'indépendance.

A ces trois biais, nous ajouterons enfin ce que nous nommerons le « biais éthique » ou bien encore le « biais du chercheur ». En effet, l'honnêteté intellectuelle nous impose ici de reconnaître que quelques verbatims n'ont pas fait l'objet d'une stricte retranscription dès lors qu'ils auraient pu entretenir des répondants une image légèrement dégradée ... oubliées donc quelques fautes de français ou quelques onomatopées disgracieuses ou bien encore quelques petites vulgarités spontanées symbolisant le lien de confiance établi entre le chercheur et le répondant mais dont la retranscription serait apparue déloyale.

Ces biais et ces limites ont été utiles à notre recherche : les biais, car ils ont astreint le chercheur à l'exigence dans l'analyse et la pondération des résultats de sa collecte de données ; les limites, car certaines d'entre elles (format de production contraint) ont ouvert des perspectives à la recherche. Ces travaux en ont d'ailleurs révélé quelques unes que nous présentons maintenant :

1°) Approfondir la notion d'urgence : *Qu'est-ce qu'une urgence ? Quelles en sont les différentes perceptions ? Quels en sont les effets ? Comment définir la notion d'hospitalisation appropriée ? L'urgence autorise-t-elle l'obstination déraisonnable ? Comment y intégrer les droits d'un patient non désireux de soins ? Y a-t-il toujours urgence à sauver ?*

2°) Poursuivre les travaux de recherche de Bertezene (2013) portant sur le pilotage de la performance éthique (impliquant notamment la construction d'un balanced scorecard) et tenter de construire un modèle scientifique d'évaluation éprouvé pouvant être utilisé par des établissements médico-sociaux.

3°) Investiguer plus à même la littérature internationale de façon à explorer d'autres éventuelles solutions mises en place hors de France par les « nursing home » et d'autres éventuelles recommandations formulées à l'étranger.

4°) En prenant pour socle l'étude suédoise de Kirsebom et al. (2016), étudier les taux de transfert vers un SU des Ehpad à but non lucratif et des Ehpad commerciaux.

5°) Etudier les déterminants de la potentielle indisponibilité des Médecins-coordonnateurs durant la nuit (assertion qui relève à ce stade, comme l'avons déjà indiqué, d'une pure conjecture).

## Conclusion

La vulnérabilité liée à la dépendance conduit les personnes âgées résidant en Ehpad à des hospitalisations non programmées, malheureusement souvent évitables, dont les effets s'accompagnent d'une fréquente perte d'autonomie voire parfois d'un décès. Ce constat nous a amené à nous questionner sur les outils managériaux à mettre en œuvre afin de limiter ces hospitalisations.

A partir d'une revue de la littérature et des résultats de l'étude qualitative que nous avons menée sur la base de cinq entretiens, nous avons inféré, en premier lieu, un manque fréquent de coordination entre les établissements sanitaires et les Ehpad. En second lieu, nous avons constaté chez ces derniers : une absence prégnante de personnel infirmier de nuit, la nécessité de promouvoir les formations, une difficulté à recourir aux directives anticipées et enfin une ouverture à la télémédecine encore balbutiante. Toutefois, l'analyse de notre collecte de données, confrontée aux apports théoriques, a permis de laisser émerger des potentialités non encore développées dans la littérature. Ces travaux ont ainsi mis en évidence de nouveaux leviers pouvant concourir à l'amélioration de la gestion de ces hospitalisations : mise en place d'un groupe de réflexion éthique, promotion de l'analyse des pratiques, prise en charge spécifique de la formation des agents de nuit, développement d'une démarche qualité au moyen, notamment, d'une évaluation régulière de la performance de l'établissement (évaluation circonscrite ici à notre problématique de recherche).

Il est enfin apparu que, malgré un contexte global parfois contraignant, les Ehpad demeurent le principal vecteur du changement. Ces travaux de recherche nous encouragent donc à penser que sur le respect de trois fondements une réduction significative des hospitalisations non programmées est accessible. Premier fondement : le développement de la coopération entre la Ville, l'Hôpital et les Ehpad. Second fondement : l'engagement de ces derniers à s'approprier les recommandations institutionnelles existantes, agrémentées ici des nouveaux leviers proposés par notre recherche. Et dernier fondement : un accompagnement financier de l'Etat permettant aux Ehpad d'accéder à du personnel infirmier de nuit qualifié à la gestion des urgences.

Mais ces conclusions ne se suffisent pas à elles-mêmes et les perspectives nées de cette étude nous invitent encore à approfondir et à ouvrir la réflexion sur une dimension centrale de notre problématique : la dimension éthique. Une question nous semble ici devoir être évoquée, celle de l'urgence et plus particulièrement celle de l'urgence face à un résident non désireux de soins. En effet, dans une société vouant un culte à l'immédiateté et prompt à mythifier l'urgentiste, comment laisser la place à la réflexion ? Comment laisser la place au désir du patient ? Comment rompre avec le cycle infernal, mais si légitime humainement, de « l'agir programmé pour sauver » ? N'est-t-il pas utile ici de se questionner sur la finitude de l'être ? Les personnes âgées dépendantes ne sont-elles pas réduites parfois à des objets de soins, victimes d'un simple réflexe soignant, d'une projection d'un désir de vie ? Y a-t-il donc toujours urgence à sauver ? N'y a-t-il pas parfois urgence à penser ?

Ainsi le chercheur que je fus, avec un immense plaisir durant ces quelques mois, et le Directeur d'établissement que je serai dans quelques temps s'associent à Bénévent (2009) lequel clôt sa « Rhétorique de l'urgence » par une invite à la réflexion : « *en situation d'urgence, donner la pensée dans sa patience : un beau mythe qui, à son tour, donne à penser* ».

## Bibliographie

### Ouvrages

- Cambon L., Mauduit L. (2018). *Maîtriser le contrôle de gestion en établissement social et médico-social, enjeux, périmètres et outils* – 3<sup>ème</sup> édition, Montrouge : ESF éditeur.
- Collège national des enseignants de Gériatrie (2000). *Corpus de Gériatrie – Tome 1*, Montmorency : 2m2 Edition Et Communication, 91-100.  
([http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08\\_dependance.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf))
- Ennuyer B. (2003). 4. *Histoire d'une catégorie : personnes âgées dépendantes* (in : *La dépendance des personnes âgées : quelles politiques en Europe ?*). Rennes : presses universitaires de Rennes, 95-114. (<http://openedition.org/pur/14911>>)
- Formarier M. (2012). *Approches épistémologique et opérationnelle des concepts* (in : *Les concepts en sciences infirmières*) - 2<sup>ème</sup> édition, Toulouse : Edition Mallet Conseil, 13-26.  
(<https://cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition---page-13.htm>)
- Giordano Y., (Eds.) (2003). *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, Colombelles : éditions EMS.

### Articles académiques

- Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A-M., Imbert P., Letriliart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine générale*, 2008/19 n°84, 142-145.
- Bénévent R. (2009). La rhétorique de l'urgence. *ERES « la lettre de l'enfance et de l'adolescence »*, 2009/2 N°76, 13-20.
- Bertezene S. (2013). Le pilotage de la performance éthique, résultats de recherches-interventions dans le secteur médico-social. *Management et avenir*, 2013/6 n° 64, 56-75.
- Bessire D. (1999). Définir la performance. *Comptabilité-contrôle-audit*, 1999/2 Tome 5, 127-150.
- Couilliot M.F., Vassy C., Leboul D. (2011). Le temps de mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux urgences. *Santé Publique* Vol.23, 269-278.
- Dumez H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le libellio d'AEGIS*, Vol.7 n°4, 47-58.
- Fallery B., Rodhain F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. *XVIème conférence de l'Association Internationale de Management AIMS*, 2007, Montréal, Canada, 1-16, hal-00821448.
- Frinault T. (2005). La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap. *Politix*, 2005/4 n°72, 11-31.
- Grenier C., Martin V. (2013). Performance des organisations et bien-être des usagers, quels modes de pilotage et d'intervention. *Management et avenir*, 2013/3 n° 61, 129-145.
- Issor Z. (2017). La performance de l'entreprise, un concept complexe aux multiples dimensions. *Projectics / Proyética / Projectique*, 2017/2 n°17, 93-103.
- Jacquot A. (2017). Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD : étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux. *Médecine humaine et pathologie*. HAL Id : dumas-01679123.
- Kirsebom M., Hedström M., Pöder U., Wadensten B. (2017). Transfer of nursing home residents to emergency departments organizational differences between nursing homes with high vs low transfer rates. *infirmière ouverte*, Janv 2017, 41-48.
- Kohn L., Christiaens W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économiques*, 2014/4 Tome LIII, 67-82.

- Lemoyne SE, Berbots HH, De Blick D. et al (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments : a systematic review. *BMC Geriatr* Vol.19 Art.17. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>
- Lux G. (2016). Les représentations de la performance des directeurs d'établissements et services médicaux-sociaux. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2016/2 n° 21,46- 68.
- Pesqueux Y. (2004). La notion de performance globale. *5<sup>ème</sup> Forum international ETHICS*, Tunis, Tunisie. HAL Id : halshs-00004006.
- Portets N. (2012). Les sentiers de la performance. *Empan*, 2012/3 n° 87, 27-33.
- Salgado M. (2013). *La performance : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations*. HAL Id: hal-00842219.
- Smith P., Mossialos E., Papanicolas I. (2008). Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives. *Conférence ministérielle européenne de l'OMS (Estonie)*.
- Sogbossi-Bocco B. (2010). Perception de la notion de performance par les dirigeants de petites entreprises en Afrique. *La revue des sciences de gestion*, 2010/1 n°241, 117-124.
- Trépied V. (2015). *Devenir dépendant, approche sociologique du grand-âge en institution*. (thèse de doctorat en sociologie qui m'a été communiquée directement par la sociologue). V.Trépied est aujourd'hui sociologue spécialiste de la vieillesse et du vieillissement à la HAS.
- Vellard-Hamelin A-C. (2015). *Description du parcours de soins et des hospitalisations des résidents en EHPAD*. IdRef : 190856300.
- Winance M. (2007). Dépendance versus autonomie, de la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sciences sociales et santé*, 2007/4 Vol.25, 83-91.
- Wolters A., Santos F., Lloyd T., Liburne C., Steventon A. (2019). Emergency admissions to hospital from care homes : how often and what for ?. *The health Foundation*, July 2019, 2-35.

### Lois, décrets, circulaires

- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 no 2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) (annexe : guide méthodologique).
- Circulaire DGOS/R4/DGCS no 2013-107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Instruction DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.
- Instruction DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services

médicosociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées (synthèse expérimentation IDE de nuit en EHPAD annexe 12).

- Instruction DGOS/R 4/DGCS no 2010-275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

### **Rapports, études, sites internet, discours**

- ANAP (2012). *Piloter la performance dans le secteur médico-social, expérimentation d'un tableau de bord de pilotage.*
- ANAP (2019). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, mieux se connaître et dialoguer sur son territoire.*
- ANESM (2012a). *Qualité de vie en Ehpads (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident.*
- ANESM (2012b). *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*
- ANESM (2014). *Evaluation externe, guide d'aide à la contractualisation.*
- ANESM (2015). *Bientraitance des personnes accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*
- ANESM (2016). *Accompagner la fin de vie des personnes âgées, recommandations de bonnes pratiques.*
- ARS Normandie (2019). *Urgences en EHPAD, comment réduire les hospitalisations non programmées*, Présentation plénière Rouen.
- CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) (2017). *La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2016 (Données d'activité 2017).*
- Cour des comptes (2019). *Rapport public annuel 2019*. Février 2019.
- DREES (2006). *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*. N°515.
- DREES (2016). *En EHPAD les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*. N°989.
- DREES (2020). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé*. N°1141.
- Fouquet A, Tregouat J.J., Sitruk P. (2011). *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. rapport de synthèse*. Paris: IGAS. Mai 2011.
- Gaspard C. (2019). *Le guide d'entretien : définition, caractéristiques, structure et exemple*. <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-dentretien/>
- HAS (2015). *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD (note méthodologique et de synthèse documentaire)*.
- HAS (2015bis). *DLU : dossier de liaison d'urgence (note méthodologique et de synthèse documentaire)*.
- INSEE Première (2019). *4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050*. N°1767.
- Libault D. (2019). *Concertation grand-âge et autonomie*. Mars 2019.
- Macron E. (2018). *Discours du Président de la République, Emmanuel Macron, lors du congrès de la mutualité française*. Montpellier, Elysée, 13 Juin 2018.

- Mesnier T., Carli P., Fillion S., Siahmed H. (2019). *Pour un Pacte de Refondation des Urgences*. Décembre 2019.
- Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (2004). *La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs. Guide méthodologique pour l'application de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001*.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2015). *Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie*.
- Observatoire national de la fin de vie (2013). *Fin de vie des personnes âgées, sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France*.
- Organisation des Nations Unies (1982). *Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement*. Vienne, du 26 Juillet au 6 Août 1982, 50-51.
- Pacolet J. (1999). La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et en Norvège. *Emploi et affaires sociales, communautés européennes*, 35-36.

### **Autres articles**

- Ferney J. (2020). Dépendant, sénile, ces mots qui discriminent les aînés. *Journal La Croix*, 19 Février 2020.  
<https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/Dependant-senile-dement-mots-discriminent-aines-2020-02-19-1201079268>.

## Liste des annexes

<b>N°</b>	<b>Titre du document</b>	<b>Page</b>
01	Définition EHPAD – CASF Art. D 312-155-0	66
02	Variables évaluées dans la grille AGGIR	67
03	Définition des GIR	68
04	Directives anticipées	69
05	La personne de confiance	70
06	Les indicateurs du tableau de bord de la performance (ANAP)	71
07	Evaluation interne : axes, thèmes et indicateurs	72
08	Evaluation externe : objectifs	73
09	Schéma de pilotage de la performance éthique et exemples d'indicateurs	74
10	Définition du « Balanced Scorecard »	75
11	Guide d'entretien	77
12	Codage des entretiens	78
13	Arbre décisionnel (situations pouvant conduire à une hospitalisation par un SU)	79
14	Evaluation de la performance : indicateurs et enquêtes de satisfaction	80
15	Fiche d'évaluation de stage	82

# Annexe 1

## Définition des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (source : Code de l'action sociale et des familles)

### Article D312-155-0

- Créé par Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 - art. 1

I.-Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 :

1° Hébergent à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D. 313-15 et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3 ;

2° Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ;

3° Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ;

4° Lorsqu'ils proposent des modalités d'accueil particulières telles que prévues au 1° de l'article L. 314-2, ils respectent les conditions prévues aux articles D. 312-8, D. 312-9, D. 312-155-0-1 et D. 312-155-0-2 ;

5° Inscrivent leur action au sein de la coordination gériatrique locale, en relation notamment avec les plateformes territoriales d'appui mentionnées aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 du code de la santé publique, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnées à l'article L. 113-3, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique mentionnés à l'article L. 312-1.

II.-Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs.

# Annexe 2

## Variables évaluées dans la grille AGGIR

(source : Cerfa 11510\*01)

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

# Annexe 3

## Définition des GIR

(source : site [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr))

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
<b>Gir</b>	<b>Degrés de dépendance</b>
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants  - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante  - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement  - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

# Annexe 4

## Les directives anticipées

(source : Code de la santé publique)

### Article L1111-11

- Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 8

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

# Annexe 5

## La personne de confiance

(source : Code de la santé publique)

### Article L1111-6

- Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

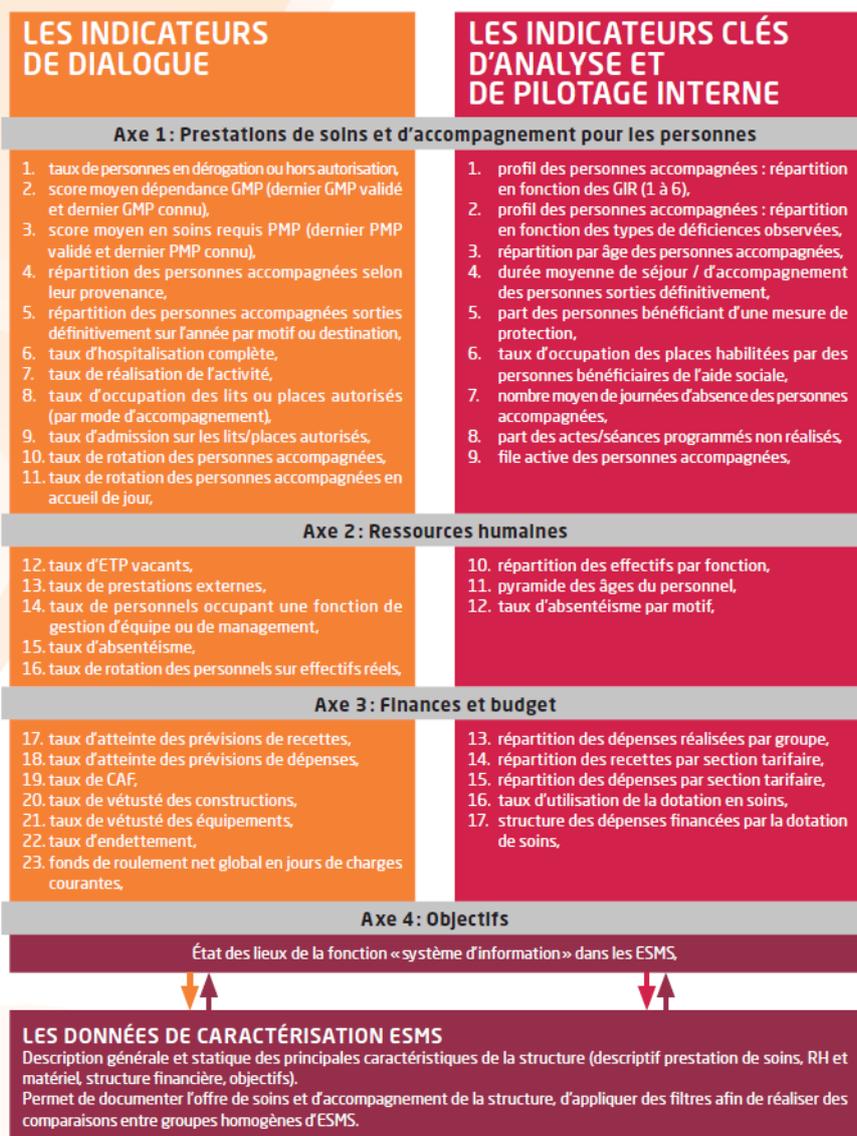
Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

# Annexe 6

## Les indicateurs du tableau de bord de la performance

(source : ANAP 2019)

### LES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE



# Annexe 7

## Evaluation interne : axes, thèmes et indicateurs

(source : ANESM 2012b)

### 2.4 Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi recommandés
<b>Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantie des droits individuels</li> <li>Garantie des droits collectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de contention passive</li> <li>Taux de réponses apportées aux demandes du CVS</li> </ul>
<b>Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention et prise en charge de la douleur</li> <li>Prévention et prise en charge des chutes</li> <li>Prévention et prise en charge des escarres</li> <li>Prévention et prise en charge de la dénutrition</li> <li>Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement</li> <li>Analyse et maîtrise du risque infectieux</li> <li>Continuité des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux évaluation douleur</li> <li>Taux de résidents ayant chuté</li> <li>Taux d'escarres acquises dans Ehpad</li> <li>Taux de résidents pesés une fois par mois</li> <li>Taux évaluation troubles humeur/comportement</li> <li>Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués</li> <li>Taux d'hospitalisation en urgence</li> </ul>
<b>Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides</li> <li>Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations</li> <li>Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations</li> </ul>
<b>Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet personnalisé</li> <li>Personnalisation des activités individuelles et collectives</li> <li>Possibilité du maintien des liens sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement</li> <li>Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées</li> <li>Taux de résidents isolés</li> </ul>
<b>Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagnement de la personne</li> <li>Le soutien des proches et des professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie</li> </ul>

# Annexe 8

## Evaluation externe : objectifs

(source : Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007)

### « CHAPITRE II

#### « Objectifs de l'évaluation externe

##### « Section 1

###### « Porter une appréciation globale

« L'évaluation des activités et de la qualité des prestations sera organisée de façon à fournir des éléments synthétiques sur les points suivants :

« 1° L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties.

« 2° La cohérence des différents objectifs entre eux.

« 3° L'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place.

« 4° L'existence et la pertinence de dispositifs de gestion et de suivi.

« 5° L'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs.

« 6° L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés.

« 7° Les conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation.

##### « Section 2

###### « Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne

« 1° Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne.  
« 2° Apprécier la communication et la diffusion des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués.

« 3° Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu.

« 4° Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique.

« 5° Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations.

##### « Section 3

###### « Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques

« 3.1. – Les objectifs propres à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont de deux ordres :

« 1° Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé.

« 2° Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions.

« 3.2. – Les points suivants sont examinés en prenant en compte les particularités liées à l'établissement ou au service :

« 1° La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.

« 2° L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.

« 3° Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur.

« 4° L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.

« 5° La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.

« 6° La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.

« 7° La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.

« 8° La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers.

« 9° La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité – prévention des situations de crise – mise en place d'un dispositif de régulation des conflits – techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes – plus généralement politique globale de gestion des risques.

« 10° La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.

« 11° Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement.

« 12° Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels.

« 13° La capacité de l'établissement ou du service à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.

« 14° Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :

a) Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers ;

b) Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur.

« 15° L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :

– la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu ;

– sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

« 3.3. – L'analyse précise quelles thématiques sont intégrées dans le plan d'amélioration continue de la qualité. L'ensemble des éléments recueillis sont organisés dans une synthèse restituant les problématiques abordées.

##### « Section 4

###### « Elaborer des propositions et/ou préconisations

« 4.1. – Cet objectif porte en premier lieu sur des aspects stratégiques, et en second lieu sur des éléments plus directement opérationnels.

« 4.2. – Des priorités sont formulées, en regard de critères explicités.

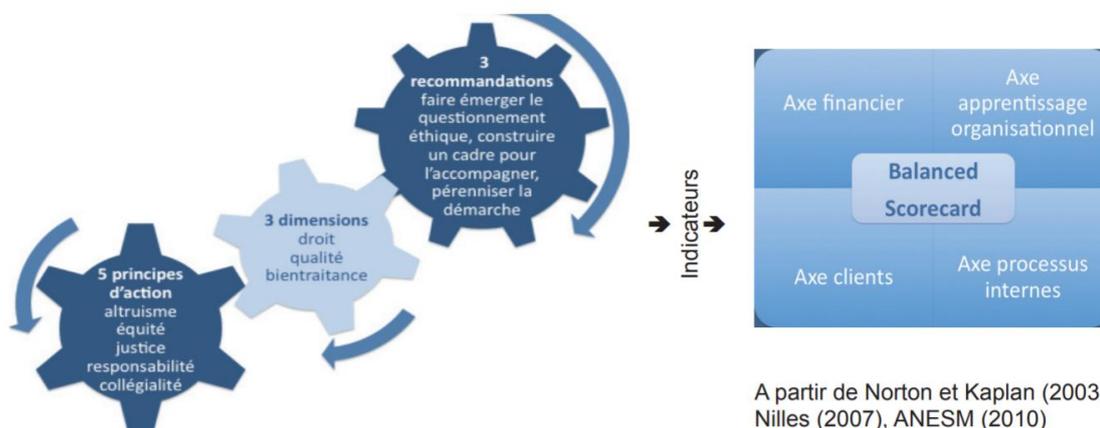
# Annexe 9

## Schéma de pilotage de la performance éthique

### et exemple d'indicateurs

(source : S. Bertezene 2013)

Schéma n°1 - Modèle du pilotage de la performance éthique



A partir de Norton et Kaplan (2003), Nilles (2007), ANESM (2010)

Tableau n°2 - Exemples d'indicateurs pour le pilotage de la performance éthique en EHPAD

	Intitulés des indicateurs	Dimensions du questionnaire éthique			Acteurs	Nature			Types d'objectifs			
		Droit et libertés	Qualité	Bientraitance		Qualitatif	Quantitatif	Financier	Efficacité	Efficience	Adaptabilité	
Axe Finances	<b>Altruisme</b> : Evolution des dépenses effectuées pour favoriser l'accueil des personnes handicapées vieillissantes		X		Résidents Familles	X		X				X
	<b>Responsabilité</b> : Evolution du volume et des prix par type de produits ou services (protections, blanchisserie par exemple)		X		Partenaires externes		X	X	X			

# Annexe 10

## Définition du « Balanced Scorecard »

(sources : M2 MOSMS IAE de Rouen et <https://www.piloter.org/balanced-scorecard/index.htm>)

Le Balanced Scorecard, connu dans sa version française sous le nom de « **Tableau de bord prospectif** », propose un nouveau mode de management de l'entreprise et de pilotage de la performance.

La traduction française "**tableau de bord équilibré**" serait toutefois préférable à "tableau de bord prospectif". En effet, cette autre traduction conviendrait mieux à l'idée de **ses auteurs Robert Kaplan et David Norton** lesquels ont opté pour le terme « balanced » afin de mettre **l'accent sur la notion d'équilibre**.

- *Equilibre entre les objectifs à court et à moyen/long terme,*
- *Equilibre entre les indicateurs financiers et non-financiers,*
- *Equilibre entre les indicateurs de mesure de la performance passée et les indicateurs prospectifs,*
- *Equilibre entre la perception externe et la performance réalisée en interne.*

Au contraire des idées reçues, le Balanced Scorecard n'est ni un simple instrument de mesure, ni une nouvelle méthode de conception de tableaux de bord. Il propose une **dimension bien plus globale du pilotage** en définissant un cadre rigoureux d'élaboration de la stratégie et une méthodologie stricte pour la décliner sur le plan opérationnel.

En effet, il est aujourd'hui primordial de mesurer la performance sous tous ses aspects et ne plus se contenter de ne mesurer que la performance financière laquelle répond à une boucle trop lente et ne permet pas de réagir à temps. Avec le tableau de bord prospectif, les auteurs exposent comment décliner la performance selon les quatre perspectives suivantes.

- 1- **Perspective financière** : quelle est notre performance au sens des financeurs ?
- 2- **Perspective client** : quelle est notre performance au sens des clients ?
- 3- **Processus internes** : quels sont nos avantages internes ?  
(ici la performance est vue sous l'angle de l'efficacité et de la qualité).
- 4- **Apprentissage, innovation, croissance** : allons-nous progresser et comment ?  
(ici la performance est vue sous l'angle du capital humain, du système d'information, de la culture etc.).

La conception du Balanced Scorecard et son déploiement impliquent donc une refonte organisationnelle de l'entreprise se traduisant dans les faits par l'instauration d'un mode de management adapté au nouveau principe de pilotage. En ce sens, l'évaluation de la performance est effectuée à l'aide de cartes de scores (scorecard). La rémunération des managers est de fait directement liée à la performance exprimée. C'est là que réside une des clés de la méthode.



## **Le *Balanced Scorecard* (BSC) vient toujours en support d'une « strategy map ».**

Une *Strategy Map*, terme qui devrait être traduit en français par « **carte de stratégie** » de préférence à « *carte stratégique* » ou « feuille de route stratégique », est un diagramme de type « cause à effet » présentant les relations entre les différents objectifs stratégiques selon les 4 perspectives (financière, client, processus, apprentissage-innovation-croissance).

La *Strategy Map* est la clé de voûte du cadre de travail proposé par le *Balanced Scorecard*. **Elle permet de "matérialiser" le passage de l'expression de la stratégie à la création de valeurs proprement dite.**

Selon les auteurs, la *Strategy Map* est un outil indispensable pour :

- 1) *Clarifier la stratégie et faciliter la communication de ladite stratégie auprès de chaque employé,*
- 2) *Identifier les processus clés du succès de la mise en œuvre stratégique,*
- 3) *"Aligner" les investissements humains, technologiques et organisationnels afin qu'ils œuvrent dans le sens de la stratégie,*
- 4) *Mettre en lumière les écarts de mise en œuvre de la stratégie et ainsi en faciliter la correction.*

### **Recommandations**

- *Il est fortement recommandé que la *Strategy Map* tienne en une seule page.*
- *Il est rappelé que la perspective financière ne s'exprime pas nécessairement dans la même unité de temps que les autres axes de performance. Cette boucle est à plus long terme. Elle est en fait la résultante des 3 autres perspectives.*
- *La réussite des objectifs stratégiques est directement dépendante des Hommes, de la culture et du management, bref de la qualité organisationnelle. Il est également rappelé que la réussite des objectifs stratégiques est aussi fortement liée à la fluidité de l'information (SI).*
- *Si la *Strategy Map* est un outil d'expression concrète de la stratégie, elle est aussi un instrument d'information au sein de l'entreprise.*

# Annexe 11

## Guide d'entretien

### Problématique de recherche :

Par quels moyens un EHPAD peut-il optimiser la gestion des Hospitalisations non programmées de ses résidents ?

L'objectif de ce guide est, à partir du recueil d'une expérience de terrain, d'identifier les moyens et les outils managériaux à mettre en œuvre afin de limiter les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD.

Nom de l'interviewé : **DrSP**

Métier et mission : **Médecin**

Structure d'emploi : **Equipe Mobile de Soins Palliatifs (Normandie)**

Description de la structure : **Service hospitalier dédié aux malades relevant de soins palliatifs (pris en charge en service hospitalier ou bien résidant en EHPAD)**

Dispositif en place la nuit (IDE, AS, Méd-co, astreintes, ...) : **Sans objet**

Inclus dans l'expérimentation IDE de nuit mutualisée : **Sans objet**

## Question de départ

Quelle **expérience** avez-vous des hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD ? Quelles en sont, selon vous, **les causes**, sont-elles **évitables** et comment les **limiter** ou en **améliorer la préparation** ?

### Thèmes éventuels à aborder en fonction du déroulement de l'entretien

Hospi en urgence fréquentes ?	La télémédecine
Décès dans un service des urgences fréquent ?	Questionnement éthique
Indicateur de suivi des HNP (mensuel, annuel ?)	Directives anticipées et personne de confiance
Perte d'autonomie au retour d'hospi (ou décès)	Développer les soins palliatifs en Ehpap
Dossier de Liaison d'Urgence Ehpap	La vaccination antigrippale
Coordination Ehpap – SAMU – Hôpital	La prévention des chutes
Filière gériatrique et expertise gériatrique	Actions liées aux troubles de la déglutition
Recours à l'HAD et conventions	Suivi de l'hygiène bucco-dentaire
Partenariat avec l'EMSP et conventions	Différencier urgence et besoin en soin non programmé
Mettre en place un dispositif d'IDE de nuit mutualisée	Repérage des résidents à fort risque d'hospitalisation
Soins auxiliaires à réaliser par les IDE et AS	Prescriptions du MT et du Méd-co
Formation des personnels	Renforcer la médicalisation des Ehpap (PUI) ?
Renforcer les ressources soignantes de l'Ehpap ?	Risques d'iatrogénie médicamenteuse
Manque de moyens dans les Ehpap ?	

**Selon la HAS, les Ehpap portent une responsabilité significative ? Qu'en pensez-vous ?**

# Annexe 12 Codage des entretiens

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2		S c o r e	Nbre caract. verbatim	Bande son	Qui ?	Thème principal	Catég. de préconis*	Verbatims
3								
4								
5								
7		1	487	3m 20s	DrSP	EVIT		Cette problématique, qui est d'éviter les hospitalisations non programmées des patients <b>les motifs d'hospitalisation sont anticipables donc évitables</b> et s'ils ne peuvent être ant urgences est la plupart du temps envisageable que ce soit pour les soins palliatifs, qu'il la gastro en cas d'hémorragie digestive.
24		1	183	0m 35s	MrDIR	EVIT		L'objectif est en effet d'éviter toute hospitalisation non programmée. <b>Pour moi ces hosp solutions notamment en amont.</b>
61		1	241	29m 30s	MmeIDE	EVIT		<b>C'est vrai que la plupart des hospi de nuit sont évitables mais pour ça il faudrait qu'il y évaluer la situation et non pas pour prendre une décision par téléphone.</b>
86	Total	3	911			tot	tot	
87	Sur	75	34236			tot	tot	
88	Soit	4%	3%			tot	tot	
89								

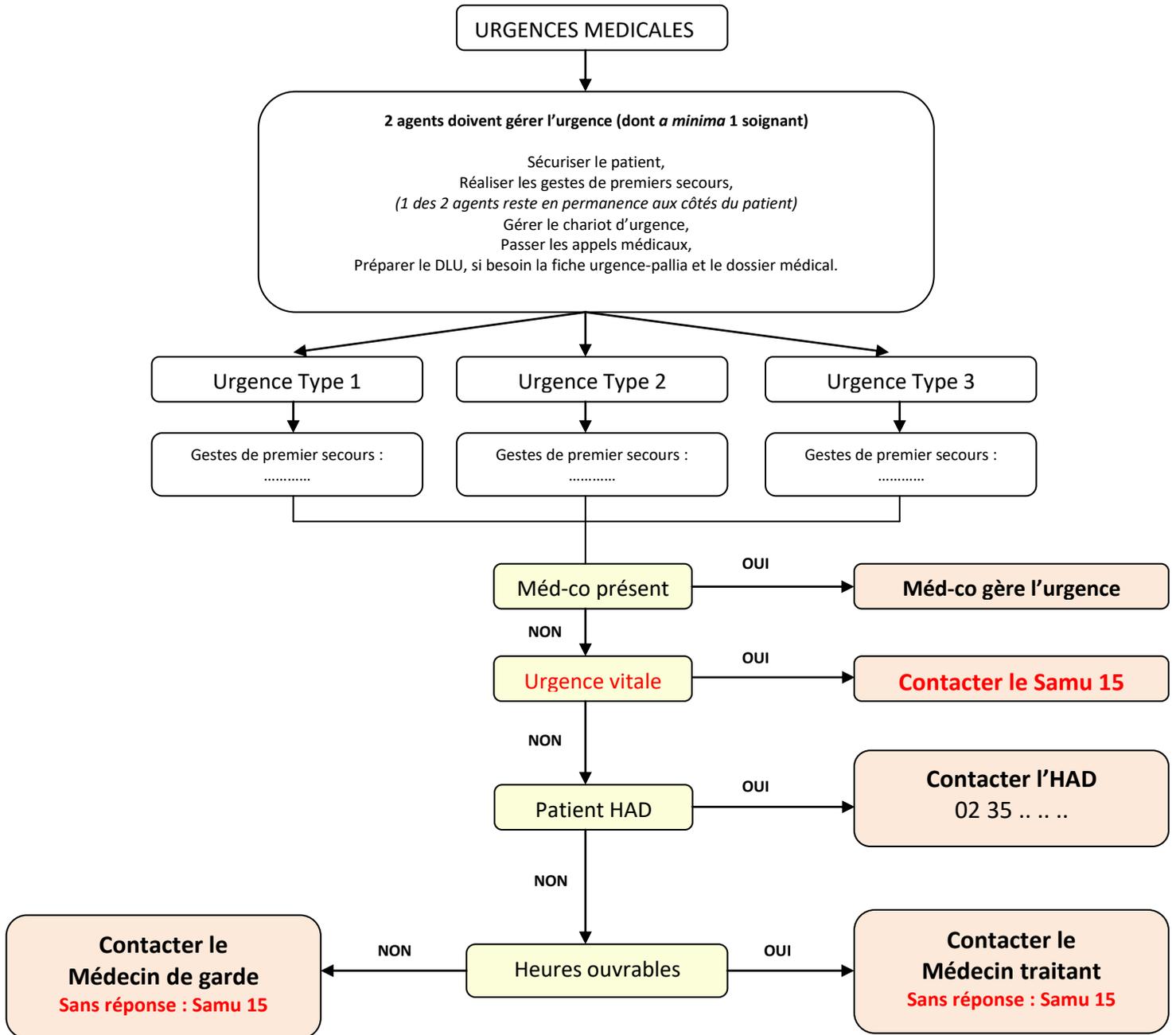
	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2		S c o r e	Nbre caract. verbatim	Bande son	Qui ?	Thème principal		Verbatims
3								
4								
5								
33		1	393	15m 20s	MrDIR	PERTE		<p><b>Liste des thèmes principaux</b></p> <p>P-ANT = Nécessité d'une anticipation (préconisations)                      P-ETH = Nécessité d'une approche éthique (préconisations)                      P-NUIT = Travail de nuit (préconisations)                      P-DIV = Préconisat° diverses suggérées par les répondants                      CAUSE = Causes des hospitalisat° non programmées                      EVIT = Caractère évitable des hospitalisations                      MOYEN = Manque de moyens                      PERTE = Pertes de chances pour les résidents                      RESP = Responsabilité de l'Ehpad face aux hospi non progr.</p>
42		1	1199	3m 30s	MmeIDE	PERTE		<p>ères pour les résider                      géronto, l'effet délétér                      ent à des bactéries et                      rres parce qu'ils ne so                      ne sont pas levés. Alor                      savent plus manger tous seuls quand ils reviennent et, lorsqu'ils n'ont pas été levés, P                      reprendre à zéro, faire un premier lever avec le kiné, revoir l'aide à la marche, etc. Par                      changés, avec une perte de poids, une déshydratation. Alors on ressent bien l'importa                      perturbations, les résidents n'ont pas l'habitude des autres soignants, en Ehpad on est                      connaissent bien, là ils arrivent dans un environnement inconnu. de plus ils ont souve                      ne peut être pris en charge comme en Ehpad donc ils reviennent complètement destal</p>
85	Total	3	2124			tot	tot	
86	Sur	75	34236			tot	tot	
87	Soit	4%	6%			tot	tot	
88								

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2		S c o r e	Nbre caract. verbatim	Bande son	Qui ?	Thème principal	Catég. de préconis*	Verbatims
3								
4								
10		1	1147	5m 50s	DrSP	P-ANT	SAMU	<p><b>Liste des catégories de préconisations</b></p> <p>COORD = Coordination entre Ehpad-Ville-Hôpital                      GERIA = Intégrat° des Ehpad dans la filière gériatrique                      HAD/EM = Intervention des EMSP et HAD                      IDRISQ = Repérage des patients à risques                      SAMU = Echanges avec le SAMU                      IDENM = Expérimentation « IDE de nuit mutualisée »                      MEDNM = Intérêt d'un Médecin de nuit mutualisé                      COMM = Communication entre équipe jour/nuit                      FORM = Formations                      MEDIC = Excès de médication                      ANALYS = Analyse des pratique                      PRESCR = Prescription des médecins                      PUI = Pharmacies à usage intérieur                      SOAUX = Montée en compétence-soins des IDE                      TELEM = Télémédecine                      DIREC = Mise en place des directives anticipées                      PERSC = Désignation de la personne de confiance</p>
56		1	413	25m 30s	MmeIDE	P-ANT	SAMU	<p>ne urgence-pallia.                      e hospitalisation n                      ligne antibiotique,                      eut permettre d'év                      ne et peut propose                      écente, nous ne di                      t d'orienter rapide                      patient.</p>
57		1	536	27m 55s	MmeIDE	P-ANT	SAMU	<p>ssiars étaient infor                      hères transmissio                      tait mis à jour. No                      uvent envoyer ba                      ad aux médecins d</p>
71		1	325	9m 35s	MmeAS	P-NUIT	SAMU	<p>fonctionnement ; en fait, nous, appeler le SAMU pour demander un avis médical, ça                      il y a quand même une grosse fracture et la communication doit vraiment être amé                      La nuit on ressent plus les manques de coordination entre l'Ehpad et les urgences car                      pas faire du bon travail, on agit dans l'urgence. Par exemple il arrive souvent que les                      même pas du tout.</p>
75		1	351	22m 09s	MmeAS	P-NUIT	SAMU	<p>Quand on téléphone la nuit au samu parce qu'on est face à une situation dégradée,                      toujours bien les renseigner. Donc là encore il faudrait plus de protocoles entre le s                      entre les différentes équipes autour du malade.</p>
83	Total	7	3307			tot	tot	
84	Sur	62	28352			tot	tot	
85	Soit	12%				tot	tot	
86								

# Annexe 13

## Arbre décisionnel

(situations pouvant conduire à une hospitalisation transitant par un SU)



(Ce document, créé par nos soins, s'est inspiré d'un logigramme proposé par le Dr Eric Maeker)  
(<https://www.maeker.fr>)

# Annexe 14

## Evaluation de la performance : indicateurs

(Document crée par nos soins)

**Définitions** : dans le champ de la santé un indicateur de qualité et de sécurité des soins permet de mesurer un état de santé, une pratique ou la survenue d'un évènement. Un indicateur doit être **pertinent**, **compréhensible** et doit **mesurer correctement**. Sur ce dernier point, nous nous attacherons à deux qualités essentielles : sa **validité** (aptitude à refléter ce qu'il est censé mesurer) et sa **sensibilité** (capacité à bien repérer les variations).  
Nous utiliserons ci-après des **indicateurs de processus** (destinés à mesurer si le processus est bien réalisé et donc à juger du respect des protocoles définis) ainsi que des **indicateurs de moyens** (destinés à mesurer les moyens mis à disposition des professionnels de santé afin de mettre en œuvre les processus). *(Source : M2 MOSMS UFR Santé de Rouen)*

### INDICATEURS D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

(hors éthique car dimension traitée dans le cadre des enquêtes de satisfaction)

<b>Dimension ORGANISATIONNELLE</b> (Perf. des soins et de l'accompagnement des résidents)	<b>Dimension SOCIALE</b> (Perf. de la gestion des ressources humaines)
<p>Taux de résidents GIR 1-2 Taux de résidents GIR 3-4 Taux de résidents GIR 5-6 Taux de résidents avec déficit cognitif lourd (GIR 1)</p> <p>Nbre total d'hospitalisations Nbre HNP avec passage par un SU Nbre HNP sans passage par un SU Nbre Hospi programmées</p> <p>Nbre HNP avec patients sous neuroleptiques Nbre HNP avec patients sous benzodiazépines Nbre de résidents sous neuroleptiques Nbre de résidents sous benzodiazépines</p> <p>Nbre HNP – cause chute Nbre HNP – cause accident iatrogénique Nbre HNP – cause patient en situation palliative Nbre HNP – cause décompensation cardio respiratoire Nbre HNP – cause hygiène dentaire Nbre HNP – cause pic de douleur Nbre HNP – autres causes</p> <p>Taux de vaccination grippale des résidents Taux de vaccination grippale des personnels</p> <p>Taux de directives anticipées signées</p> <p>Nbre de résidents décédés Nbre de résidents ayant bénéficié de soins palliatifs</p>	<p>Nbre de formations - Prévention des chutes - Soins palliatifs - Risque infectieux - Gestion de la douleur - Gestion et repérage des urgences - Repérage des fragilités</p> <p>Nbre d'analyses de pratiques</p> <p>Nbre de formations MED IDE AS ASH (par poste) Dont Nbre de formations destinées au personnel de nuit</p> <p>Taux de CDD et de contrats intérim Taux d'ETP vacants Taux d'absentéisme Taux de rotation des personnels</p>
	<b>Dimension STRATÉGIQUE</b> (Perf. de la coordination avec les services extérieurs)
	<p>Nbre HNP avec passage par un SU + DLU + régulation Nbre HNP avec passage par un SU + fiche UrgencePallia Nbre HNP avec contact par hôpital en amont de la sortie</p> <p>Nbre de PEC avec l'HAD Nbre de PEC avec l'EMSP Nbre de PEC avec une EMG</p> <p>Nbre de réunions de coordination Nbre de réunions territoriales avec l'ARS ou le CD</p> <p>Nbre de conventions signées avec services hospitaliers</p> <p>Nbre de consultations télémédecine de nuit</p> <p>Nbre d'interventions médecin de garde / SOS médecins</p>
	<b>Dimension ÉCONOMIQUE</b> (Perf. financière)
	<p>Montant des dépenses de formation externe Coût pour l'établissement de la formation interne Coût pour l'établissement des analyses de pratiques Investissement financier permettant de limiter les HNP (matériels télémédecine, soins palliatifs, chutes, etc.)</p>

# Annexe 14 (suite)

## Evaluation de la performance **ÉTHIQUE** : questionnaires de satisfaction

(Document crée par nos soins)

### La mise en place de ces questionnaires respectera les principes de la démarche qualité :

(Source : M2 MOSMS UFR Santé de Rouen)

#### **Travaux préalables :**

Créer deux groupes de travail en y associant les personnes concernées (représentants salariés ou résidents).  
Arrêter l'objectif : amélioration permanente de la qualité du service en matière d'HNP.

#### **Construction des questionnaires :**

Prévoir des questions fermées (éventuellement complétées par des questions ouvertes)

Ex. de réponses : oui/non --- note de 1 à 5 ou 1 à 10 --- insatisfaisant/satisfaisant/bien/très bien/excellent

Respecter un ordre logique de questions.

Prévoir une chronologie dans les questions : commencer par les plus faciles ; finir par les plus sensibles.

Adapter le nombre et le type de questions à la population cible.

Prévoir de permettre à l'enquêté de justifier sa non-satisfaction.

#### **Diffusion des questionnaires :**

Rappeler le caractère non obligatoire et la possibilité d'une anonymisation.

Tester le questionnaire avant diffusion.

#### **Traitement des questionnaires :**

Prévoir la saisie des réponses et l'exploitation des résultats.

Prévoir une publication des résultats par affichage interne (tous les 6 mois)

### !!! Limites des questionnaires de satisfaction :

(Source : M2 MOSMS UFR Santé de Rouen)

- Un sentiment de satisfaction n'indique pas toujours un service de qualité mais plutôt un niveau suffisant ou acceptable de réponse obtenu (sur une échelle de 5, une note de 4 est une note moyenne).
- Dans le contexte des soins de santé, il est souvent difficile pour le patient de critiquer le niveau de service car en le faisant, il critique les soignants et les soins dont il est dépendant.
- En pratique, une réponse d'insatisfaction ne survient que lorsque le « client » perçoit ou interprète une réelle négligence ou une faute grave.

<b>ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE ÉTHIQUE</b> Respect des droits et des libertés --- Qualité --- Bienveillance	
<b>Enquête de satisfaction « Résidents »</b> <b>Questionnaire à remplir après une sortie d'HNP</b> Si résident avec déficience cognitive, solliciter la famille Anonymisation possible	<b>Enquête de satisfaction « Personnels »</b> <b>Questionnaire à remplir après une sortie d'HNP</b> Anonymisation possible
<b>Exemples de questions :</b>  Avant votre transfert vers le service des urgences, l'Ets s'est-il bien occupé de vous ? Vos souhaits ont-ils été respectés par l'équipe ? Cette hospitalisation aurait-elle pu être évitée selon vous ? La prise en charge aux urgences était-elle satisfaisante ? Vos souhaits ont-ils été respectés par le service hospitalier ? S'est-on bien occupé de vous là-bas ? Avez-vous ressenti beaucoup d'anxiété au cours de cette hospitalisation ? Vous a-t-il fallu du temps pour vous rétablir ? Racontez-nous en quelques mots quels sont les souvenirs que vous conservez de cette hospitalisation ?	<b>Exemples de questions :</b>  La PEC du patient au sein de l'Ets vous a-t-elle semblé de qualité ? Cette hospitalisation, selon vous, était-elle évitable ? Vous êtes-vous sentie suffisamment formée ? Quelle était alors votre niveau d'anxiété ? Avez-vous ressenti un sentiment d'échec ? Qu'avez-vous pensé de la coordination Ehpad-Hôpital ? Une analyse de pratiques vous semblerait-t-elle utile afin de faire le point sur cette HNP ? La santé du résident vous est-elle apparue dégradée après sa sortie ? Avoir à gérer une prochaine HNP vous angoisse t-il ? Souhaiteriez-vous un accompagnement à ce sujet ? Que conserverez-vous de cette hospitalisation ?

# Annexe 15

Fiche d'évaluation de stage