

Ehpad "institutionnalisés": la Fnaqpa appelle à casser le moule

Pour Didier Sapy, directeur général de la Fnaqpa, les Ehpad fonctionnent encore "sur un modèle du siècle dernier, plutôt institutionnel et médical". Cette approche ne permet pas réellement de placer l'usager "au coeur"... le voeu pieu, pourtant, des acteurs du secteur.

"En France, on a un modèle de fonctionnement très institutionnel qui date du XXe siècle et qui n'a pas beaucoup évolué, que ce soit en termes de planification, d'autorisation, ou de tarification [...], où on essaye d'évaluer des besoins sur un territoire", a résumé Didier Sapy le 22 juin lors du Géronforum annuel de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), à Nancy.

Le directeur général a souligné en plus "une vraie spécificité française", qui est "un système institutionnel très hospitalo-centré".

"L'administration du secteur est faite par des gens qui ont l'habitude d'administrer des hôpitaux et qui, par déformation professionnelle, veulent faire la même chose dans le secteur médico-social", a-t-il assuré. Avant de prendre l'exemple des événements indésirables graves (EIG), "un truc génial qui a été fait pour les hôpitaux et uniquement les hôpitaux, en concertation avec les fédérations hospitalières et que hospitalières", et qu'un "technocrate" a décidé d'implanter dans les maisons de retraite.

Mais l'administration n'est pas la seule à avoir cette "culture". Elle est partagée par des professionnels "formés à l'EHESP [Ecoles des hautes études en santé publique]". Cette école forme "d'abord des directeurs d'hôpitaux". Le directeur de la Fnaqpa a souligné que cette "culture de la blouse blanche" rassurait tout le monde, familles, résidents comme professionnels.

"Le rapport qualité/prix n'est pas le bon"

La plus forte médicalisation des Ehpad "n'est pas critiquable, les établissements ont évolué favorablement, se sont professionnalisés", mais "on s'est attaché ces 15 dernières années à répondre essentiellement à des besoins médico-techniques", a-t-il assuré. "L'individualisation, le projet de vie individuel n'est pas dans les indicateurs, on ne peut pas le traduire par des indicateurs financiers."

"On est donc dans cette logique-là, toujours assez institutionnelle, avec une médicalisation toujours de plus en plus forte, et des gens mieux soignés... mais pas forcément mieux soignés pour une meilleure qualité de vie sociale. Ce n'est pas forcément l'objectif final", a-t-il déploré. "J'ai l'impression qu'il y en a qui rêvent de soigner la vieillesse... de la guérir peut-être, même", a-t-il ironisé.

Didier Sapy a aussi relevé que si la loi "2002.2" rénovant l'action sociale "place l'usager au coeur du dispositif, cela fait 15 ans que l'on attend que l'usager soit vraiment au coeur du dispositif". L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) fait un travail important pour cela, a-t-il néanmoins loué. Cela a permis de faire "évoluer un petit peu les mentalités", même si, au vu des contraintes budgétaires, "la qualité devient aussi la variable d'ajustement, quand on plafonne le tarif dépendance et qu'on baisse le budget des établissements".

"Ce n'est pas un changement qu'il faut, c'est une révolution de l'approche globale, y compris sur le plan économique. Il y a des possibilités de dépenser mieux, il y a une vraie question d'efficience, de rapport

qualité/prix qui n'est pas le bon. Et aujourd'hui, nous croyons à cette notion de 'désinstitutionnalisation', que l'organisation s'efface au profit des attentes individuelles", a-t-il encouragé.

En plus, "on a des nouvelles générations qui vont avoir de nouvelles attentes. Co-construire son projet de vie sera l'exigence de la nouvelle clientèle qui nous attend".

"Si on veut rendre nos établissements attractifs, si on veut en faire autre chose que des hôpitaux qui n'ont pas les moyens des hôpitaux mais qui sont considérés comme tels, il va falloir changer ce paradigme et faire cette révolution culturelle de désinstitutionnaliser", a-t-il martelé.

Des "coordonnateurs de projet de vie"

Un plus tôt dans la matinée, Freek Lapre, titulaire de la chaire administration de la santé à l'université de Tilburg (Pays-Bas) et administrateur de l'Association européenne des établissements et services pour personnes âgées, avait dressé le constat d'une "révolution dans l'aide aux personnes âgées en Europe" avec "une approche plus sociale, à la place d'une approche qui jusqu'à présent était plus médicale", et l'idée d'aller d'une standardisation - "one size fits all", a-t-il dit en anglais [une seule taille convient à tout le monde, ndlr]- vers une individualisation de l'accompagnement.

"Le système dominant évolue vers une personnalisation où les besoins et les exigences du résident sont placés en premier", a-t-il assuré.

"Dans le domaine médical, les personnes âgées sont des patients et le corps médical décide ce qui est bon pour elles. Dans l'approche sociale, ce sont les personnes qui choisissent leur manière de vivre", en "co-construction", a-t-il défini. "Dans le modèle médical, la maladie neurovégétative doit être soignée; dans le modèle social, l'objectif principal est la qualité de vie", a-t-il ajouté.

Parmi les conséquences de ce changement de perspective, il a notamment cité celles sur les ressources humaines. "Il faut un bon équilibre entre les praticiens médicaux et les 'assistants de vie', et le lien peut être fait par l'infirmière", a-t-il souligné.

"Les personnes très importantes sont les 'assistants de vie' qui accompagnent les résidents au quotidien et qui peuvent éventuellement observer des problématiques de santé", le corps médical étant considéré comme "des experts extérieurs" -un peu comme quand on est chez soi et qu'on appelle le médecin.

Il a aussi évoqué l'existence d'un "coordonnateur de projet de vie" au sein de l'établissement, qui pourrait être un travailleur social.

vl/fb/cbe/eh

Valérie Lespez