



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public**

Date du Jury : Décembre 2001

L'IMAGE DES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : SIMPLE VITRINE ?

Etude de l'image de l'hôpital local de Malestroit

Karine CHAUVEL

SOMMAIRE

<u>L'IMAGE DES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : SIMPLE VITRINE ?</u>	4
<u>I – L'IMAGE DE L'HOPITAL LOCAL DE MALESTROIT : DU PASSE AU PRESENT</u>	5
<u>A – L'histoire de l'hôpital : un élément incontournable dans la construction de l'image actuelle</u>	5
<u>B – Les caractéristiques de l'image actuelle de l'hôpital local de Malestroit</u>	12
<u>C – La perception des protagonistes de la vie institutionnelle : incidence sur l'image extérieure</u>	27
<u>II – LE CONTEXTE ACTUEL : DES RAISONS ET DES OPPORTUNITES A SAISIR POUR AMELIORER L'IMAGE EXTERIEURE</u>	33
<u>A – L'image, garant de la pérennité de l'hôpital dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé</u>	33
<u>B – Incidences des représentations culturelles sur les établissements pour personnes âgées dépendantes</u>	37
<u>C – Le cadre juridique : saisir l'opportunité des "démarches qualité" pour améliorer l'image</u>	42
<u>III – TRAVAILLER LES POINTS FAIBLES DE L'HOPITAL POUR AMELIORER SON IMAGE</u>	45
<u>A – La qualification et la motivation des personnels : instruments de l'amélioration des prestations de type hôtelier et des soins</u>	46
<u>B – Innover pour faire de l'hôpital un véritable lieu de vie</u>	51
<u>C – Relayer les actions menées au sein de l'hôpital par une politique de communication interne et externe</u>	56
<u>POUR UNE PLUS GRANDE RECONNAISSANCE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES</u>	61
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	63
<u>ANNEXES</u>	66

Remerciements :

✧ à toutes les personnes de Malestroit ayant apporté leur contribution à mon travail et plus spécialement à :

- ◆ Monsieur MOUNIER Eugène pour m'avoir permis d'accéder aux fruits de ses recherches historiques,

- ◆ Monsieur CAMUSSI Jean, ancien maire de Malestroit,

✧ aux personnels soignants, aux résidents de l'unité de soins de longue durée et aux familles ayant accepté de me rencontrer,

✧ à Mesdames DUCHEMIN, BLEHER, ROUXEL et DUVAL, agents administratifs de l'hôpital, pour leur aide dans mes recherches,

✧ à Monsieur TOUCHE Jean-Louis, directeur de l'hôpital local de Malestroit, pour son soutien et sa collaboration.

L'IMAGE DES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : SIMPLE VITRINE ?

"A une époque encore récente (que les actuelles personnes âgées ont connue), l'image de l'institution des vieillards était symbolisée par les hospices, avec leur manque de confort manifeste et l'abandon à leur triste sort des malheureux qui avaient la malchance d'y aboutir"¹. Qu'en est-il désormais ? La grande vague d'humanisation des hôpitaux et hospices a-t-elle mis fin à cette image négative des établissements pour personnes âgées ? A cette question, il me semble pouvoir répondre que la perception de telles institutions n'est plus aussi altérée qu'elle a pu l'être dans le passé. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que ces établissements, et notamment ceux qui accueillent des personnes âgées très dépendantes, bénéficient d'un a priori favorable. Il me semble, en effet, que les anciens hospices, aujourd'hui humanisés, souffrent encore de cette mauvaise image. Aussi, il apparaît que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes désireux de se doter d'une bonne image ne peuvent pas attendre que les choses changent d'elles-mêmes. C'est à eux d'impulser la démarche et de fournir les efforts nécessaires pour améliorer leur image. Posséder une bonne image extérieure est un enjeu d'autant plus important pour l'hôpital local de Malestroit que celui-ci doit être aussi attractif que sa rivale, la clinique des Augustines se trouvant, elle aussi, sur la commune de Malestroit.

Une question se pose alors, quel avantage un tel établissement peut-il retirer de ce travail ? Il est évident que l'acquisition d'une bonne image est un attribut fort pour rendre un établissement attractif et incidemment pour la gestion financière de celui-ci. Toutefois, l'amélioration de l'image extérieure ne doit-elle être considérée que comme un instrument managérial et / ou de marketing ? Les courants actuels de pensée placent les personnes âgées et leurs volontés au centre de tous les systèmes gérontologiques. Le travail consistant à améliorer l'image de l'hôpital ne posséderait-il pas, lui aussi, cette dimension humaine allant au-delà des simples considérations pécuniaires ?

Pour tenter d'apporter une réponse à toutes ces questions, il convient dans un premier temps de dégager les caractéristiques de l'image actuelle de l'hôpital local de Malestroit, tout en essayant de comprendre comment une telle image s'est construite (I). Ce travail préalable est nécessaire pour appuyer les raisons incitant plus ou moins fortement tout directeur à améliorer l'image des établissements pour personnes âgées dépendantes, qu'elles soient de l'ordre du marketing ou qu'elles visent à placer les résidents de ces établissements au cœur des préoccupations (II). Enfin, ce n'est qu'après avoir dégagé les points faibles et les points forts de l'établissement à partir d'un travail préalable, et surtout après avoir déterminé ceux sur lesquels il est possible de travailler, que des propositions visant à améliorer l'image extérieure de l'hôpital local de Malestroit pourront être émises (III).

I – L'IMAGE DE L'HOPITAL LOCAL DE MALESTROIT : DU PASSE AU PRESENT

L'image actuelle de l'hôpital local de Malestroit est le fruit d'un long processus de construction. Elle résulte de diverses composantes, tant passées que présentes. En effet, l'origine médiévale de l'hôpital et son évolution au cours des siècles (A) ont nécessairement laissé une empreinte dans la représentation qui s'en dégage aujourd'hui. Mais que reste-t-il aujourd'hui de ces vestiges du passé, quelle est l'image extérieure dégagée actuellement par l'hôpital (B) ? Comment les acteurs quotidiens perçoivent-ils leur théâtre et comment en parlent-ils (C) ?

A – L'histoire de l'hôpital : un élément incontournable dans la construction de l'image actuelle

La construction de l'hôpital remonte au Moyen Age, et plus précisément à 1374². Ses missions étaient alors bien différentes de celles d'un hôpital tel que nous le concevons actuellement. Elles sont alors de plusieurs ordres.

¹ ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, p. 153.

² Les éléments concernant la fondation et l'histoire médiévale de l'hôpital ont été recueillis au cours d'un entretien en date du 02/01/01 avec Monsieur Eugène MOUNIER, âgé de 93 ans, historien amateur et auteur d'ouvrages relatifs à la commune de

Tout d'abord, "l'hôpital, créé à l'issue d'une guerre atroce (1341 – 1364) avait pour mission principale l'accueil des enfants sans famille, des enfants « jetés », des enfants trouvés"³. Il offrait, par ailleurs, l'hospitalité aux vieillards sans famille ou abandonnés, aux infirmes et aux indigents et plus rarement aux malades. Bien que l'hôpital fut alors laïc, le but était, non pas de dispenser des soins à toutes ces personnes, mais de ne pas les laisser mourir seules et de "leur assurer une bonne mort"⁴ c'est-à-dire d'augmenter leur chance d'aller au Paradis ou de réduire le temps à passer au Purgatoire. Enfin, l'hôpital portait secours aux "pauvres honteux de la ville"⁵ en leur proposant des travaux de charité (filage à la quenouille de la laine et du lin, tissage...). A cette époque, l'hôpital s'apparente davantage à un "bureau des pauvres"⁶ qu'à un lieu de soins. En effet, à cette époque, la fonction soin est quasiment absente des missions de l'établissement qui est surtout là pour offrir un refuge de fortune aux plus démunis. Les conditions de vie et d'hygiène y sont déplorables. Construit "hors de la ville close pour éviter les contagions [...]"⁷ l'établissement ne possède qu'une unique pièce où toutes les personnes accueillies séjournent sans distinction de sexe, qu'elles soient malades ou non. L'hôpital est alors perçu comme "un asile où on allait quand on n'avait plus rien d'autre"⁸.

Malgré la dispensation des premiers soins au début du XIX siècle, l'hôpital ne parvient pas à corriger son image. La population accueillie demeure la même (vieillards, infirmes, indigents, "innocents"). Les familles de la région malestroyenne⁹, lorsqu'elles en ont les moyens, préfèrent employer une servante pour s'occuper de leur(s) "vieux". Lorsque l'état de santé de ces derniers ne leur permettait plus de rester à domicile, les personnes âgées les plus riches étaient

Malestroit. La date de construction de l'hôpital est, d'ailleurs, une découverte de Monsieur MOUNIER.

³ MOUNIER Eugène, entretien du 02/01/01 (propos repris dans un ouvrage en cours d'édition).

⁴ Idem.

⁵ Ibid.

⁶ GUILLEMOT André, L'Hôpital de Malestroit du milieu du XVII siècle à la Révolution, sous la direction de M. CORVISIER, 1967, p. 212 (thèse d'histoire, Rennes).

⁷ GUILLEMOT André, L'Hôpital de Malestroit du milieu du XVII siècle à la Révolution, sous la direction de M. CORVISIER, , 1967, p. 149 (thèse d'histoire, Rennes).

⁸ MOUNIER Eugène, entretien du 02/01/01.

⁹ De Malestroit.

alors confiées aux Ursulines¹⁰. Celles-ci assuraient les mêmes fonctions que l'hôpital, mais les personnes accueillies payant leur hébergement, les conditions de vie et d'hygiène y sont plus favorables. Pour ces personnes aisées, il était inconcevable de laisser leurs aînés, même extrêmement diminués, à l'hôpital tant il est, à cette époque, empreint de misère. Les travaux de modernisation effectués au cours du XIX siècle ne parviendront pas à modifier l'image de l'hôpital. Même sa reconstruction totale (photo n°1), en 1926, sera vaine en raison de l'édification simultanée de la clinique des Augustines, toujours mieux estimée que l'hôpital et développant, de surcroît, à cette époque une véritable activité hospitalière au sens moderne (présence d'un chirurgien, de sages-femmes...).

La reconstruction de l'hôpital, quant à elle, ne modifie que très peu les missions qu'il assure. Les populations accueillies sont relativement les mêmes. L'établissement restructuré héberge dans deux salles communes (photo n°2) des personnes mourantes et plus particulièrement des personnes âgées. Un pavillon (photo n°3), disposant de chambres doubles (photo n°4), permet d'isoler les malades, notamment les contagieux, et de leur dispenser des soins. Cette situation demeurera jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, après quoi ce pavillon deviendra essentiellement le bâtiment d'isolement et de traitement des tuberculeux. Par ailleurs, l'hôpital continue d'offrir l'hospitalité à quelques personnes valides, souvent des gens simples et / ou handicapés, en échange de services rendus (entretien du jardin, petits travaux agricoles dans la ferme de l'hôpital...). Cette "congrégation" hétéroclite dresse, au quotidien, un tableau burlesque aux yeux des habitants de la commune. "Il y avait là des gens de toute sorte, c'était l'amusement des gosses"¹¹. L'hôpital est alors perçu, aux yeux de tous, comme un hospice avec tout ce que cela peut avoir d'a priori négatif.

¹⁰ La maison des Ursulines se situait à l'emplacement actuel de la clinique des Augustines, établissement "concurrent" de l'hôpital.

¹¹ Propos recueillis auprès de Monsieur CAMUSSI Jean, ancien maire de la commune de Malestroit et, à ce titre, ancien président du conseil d'administration de l'hôpital (entretien réalisé le 05/01/01).

**PHOTO N° 1 – LE BATIMENT PRINCIPAL DE L'HOPITAL DE
MALESTROIT
APRES LA RECONSTRUCTION DE 1926**



PHOTO N° 2 – LA SALLE COMMUNE DES FEMMES



**PHOTO N° 3 – LE PAVILLON DES CONTAGIEUX
ET DES TUBERCULEUX (au premier plan)**



**PHOTO N° 4 – UNE CHAMBRE DOUBLE
DU PAVILLON DES CONTAGIEUX ET TUBERCULEUX**



Des travaux d'humanisation mettent fin aux salles communes dans la deuxième moitié des années 1970. Les bâtiments, ainsi réaménagés, accueillent dès lors le service de médecine générale ainsi que celui de soins de suite et de réadaptation (aussi appelé service de convalescence). Le pavillon des contagieux et tuberculeux, quant à lui, a été démoli et une unité de soins de longue durée a été construite en 1978 à cet emplacement.

Malgré la volonté affichée, dès lors, d'être un véritable hôpital, celui-ci a beaucoup de mal à se défaire de son image d'hospice. Ceci est d'ailleurs renforcé par la présence, jusqu'en 1999, de huit lits d'hébergement pour personnes âgées valides et dont l'état de santé relativement bon explique difficilement leur présence à l'hôpital.

Ce service n'étant pas financé par les organismes payeurs, le coût de cet hébergement est absorbé par le budget principal et les deux budgets annexes de l'hôpital. Ce mode de financement permet, en fait, à des personnes possédant de faibles revenus d'être hébergées à moindre coût. Ces personnes rendent, de leur propre chef, de menus services aux différents personnels de l'établissement pour compenser de façon symbolique leur faible contribution au coût de leur hébergement. Ce micro service appelé "hospice" en possède de nombreuses caractéristiques (population valide, faible médicalisation...). Aujourd'hui, l'établissement ne s'apparente plus vraiment à un hospice tant d'un point de vue esthétique (photo n°5) que sur le plan de l'activité sanitaire. Les services de l'hôpital ont désormais une réelle visée hospitalière. Ceux-ci accueillent toujours des personnes âgées, à l'exception du service de médecine où sont parfois dispensés des soins palliatifs à des patients de moins de soixante ans (phase terminale de cancer notamment), mais l'objectif est bien de leur apporter des soins. Les personnes hospitalisées en médecine générale le sont généralement pour des polyopathologies et pour différentes maladies ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. L'hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation se fait généralement afin de poursuivre les soins médicaux post-traumatiques (traumatisme simple, prothèse totale de la hanche, polytraumatisme). Les personnes admises dans l'unité de soins de longue durée sont, quant à elles, souvent très dépendantes, qu'il s'agisse d'une dépendance physique ou psychique (les deux types de dépendance étant parfois cumulés). Le

dernier G.I.R.¹² moyen pondéré connu (premier trimestre 2001) s'élève à 830, les deux premiers G.I.R. (ceux attribués aux personnes les plus dépendantes) représentent près de 85% de la totalité de la population accueillie en unité de soins de longue durée. Cependant, l'architecture et les prestations fournies n'ont pas su évoluer avec le niveau de dépendance des résidents (chambres doubles, exigües, pas toujours pourvues d'un grand confort ; pas de prise en charge spécifique pour les personnes désorientées...).

PHOTO N° 5 – L'HÔPITAL DE NOS JOURS

(en haut : l'unité de soins de longue durée, en bas : l'accueil et les services de médecine et de convalescence)



Malgré des efforts notables pour améliorer particulièrement l'aspect extérieur de l'établissement (bâtiments colorés au lieu des façades ternes...) mais aussi la qualité de vie à l'intérieur, l'histoire de l'hôpital à travers les siècles a laissé des stigmates notamment chez les plus anciens. Il reste avant tout, pour

¹² Groupe Iso Ressources.

ces personnes, un endroit où les personnes âgées viennent mourir quand la médecine moderne ne peut plus rien pour leur vie¹³. Les idées d'hospice et de "mouroir" sont encore très présentes dans les esprits des contemporains puisque cette époque n'est pas si lointaine. En effet, les personnes âgées vivant dans la région malestroyenne, susceptibles d'être hospitalisées à l'hôpital, ont probablement de vieux souvenirs de ce qu'il était et de ce qu'il représentait lorsqu'ils étaient plus jeunes. En effet, l'hospice n'a réellement disparu que depuis 1999. Ceci ne concerne pas seulement l'hôpital local de Malestroit. La représentation générale des établissements pour personnes âgées, ainsi que le souligne Philippe ALBOU dans L'image des personnes âgées à travers l'histoire, est celle des "hospices" et du "manque de confort manifeste"¹⁴. Même s'il est indéniable que l'image actuelle de l'hôpital n'est plus ce qu'elle était dans les siècles passés, il est évident cependant qu'elle en a constitué le fondement, encore plus pour ceux qui ont connaissance de l'histoire de l'hôpital. Aussi convient-il, à présent, de décrire l'image de l'hôpital local de Malestroit telle qu'elle est aujourd'hui, afin de savoir si la population de la région malestroyenne est sensible ou non à l'évolution de l'établissement.

B – Les caractéristiques de l'image actuelle de l'hôpital local de Malestroit

Pour déterminer les caractéristiques de l'image actuelle, j'ai décidé de procéder à une enquête de terrain. Pour ce faire, j'ai opéré par le biais de deux questionnaires. Ceux-ci ont été élaborés pour, d'une part, dégager les caractéristiques principales de l'image actuelle de l'hôpital. D'autre part, ils devaient me fournir des indications sur la façon dont s'élabore l'image d'un établissement et notamment celle de l'hôpital local de Malestroit. Partant de l'hypothèse que la perception extérieure de l'hôpital pouvait varier selon que l'on y avait des "attaches" particulières ou non, deux types de questionnaires ont été élaborés. L'un des deux s'adressait à des personnes dont j'ignorais si elles connaissaient ou non l'hôpital tandis que j'étais sûre que les destinataires du

¹³ Lors de notre rencontre avec M. MOUNIER, celui-ci nous a déclaré qu'il souhaitait, le moment venu, être hospitalisé à l'hôpital car il ne désirait pas que sa vie soit prolongée artificiellement.

second questionnaire le connaissaient. Le premier des deux, que j'appellerai questionnaire n°1 (le second sera nommé questionnaire n°2), a ainsi été distribué à des usagers de différents services publics et privés de Malestroit. Afin de recueillir l'avis de toutes les générations, l'échantillonnage s'est fait de façon aléatoire et en grappes (découpage de la population ciblée en groupes d'âges puis désignation aléatoire au sein de chaque groupe)¹⁵. Les questionnaires ont été remis en plusieurs lieux pour cibler les différentes tranches d'âges. Ainsi, des exemplaires ont été remis aux directeurs des collèges privé et public pour être ensuite distribués aux enseignants, aux autres membres du personnel et aux élèves. La même démarche a été effectuée auprès des écoles privée et publique (population ciblée : ensemble des personnels), des auto-écoles (jeunes adultes) et du club des retraités (personnes âgées). Au total, cent-vingt-cinq exemplaires ont été distribués. Quarante-quatre questionnaires ont été retournés soit un taux de retour de 35,2%. Les réponses apportées ont été analysées selon trois critères : la venue à l'hôpital, le lieu d'habitation et l'âge.

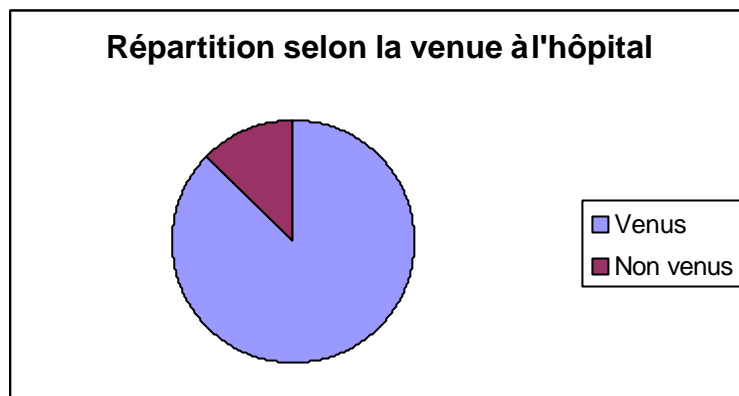
Parmi ces questionnaires retournés, vingt-cinq étaient intégralement complétés, quatre ne l'étaient que partiellement. L'analyse statistique de ces questionnaires s'est faite selon les trois critères énoncés. Dix des quarante-quatre questionnaires retournés n'ont pu être intégrés initialement à l'analyse statistique du fait que leur auteur ne mentionnait pas leur âge et / ou leur lieu d'habitation, je ne les ai cependant pas écartés. Je ne les ai intégrés qu'en fin d'analyse (ligne dénommée "hors critères" dans les tableaux qui suivent) pour donner plus de poids aux résultats statistiques. Cinq n'apportent aucune information sur l'hôpital puisque leur auteur a confondu l'hôpital et la clinique de Malestroit, confusion que nous tenterons aussi d'expliquer.

Le premier angle d'analyse retenu est comme je l'ai déjà dit la venue à l'hôpital. Cette information me permet de distinguer, tant que faire se peut, la part du réel et de l'imaginaire dans la perception de l'hôpital. Lorsque l'auteur du questionnaire mentionnait qu'il était venu à l'établissement, je me suis attachée à connaître le service "visité" ceci afin de savoir si l'image de l'hôpital varie selon

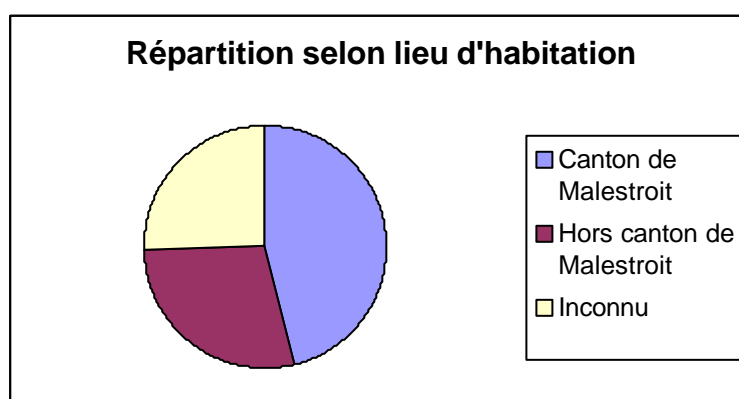
¹⁴ ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, p. 153.

¹⁵ VERNETTE Eric, Etudes de marché, Vuibert, Paris, 1993, p. 157.

le(s) service(s) "connu(s)". Parmi les trente-neuf personnes dont le questionnaire a pu être exploité, trente-quatre sont venues à l'hôpital.

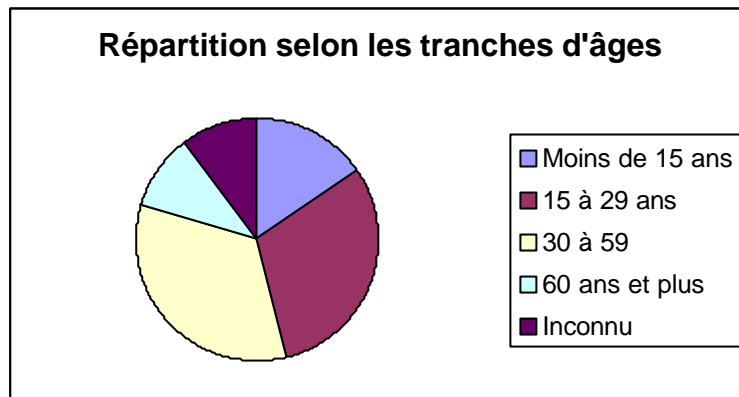


J'ai retenu le deuxième critère d'analyse (le lieu d'habitation) afin de savoir si l'image passée de l'hôpital a une incidence sur l'actuelle. En effet, j'ai considéré que les personnes habitant à proximité de Malestroit connaissent le passé d'hospice. J'ai ainsi cherché à savoir si la possession de cette information modifie la perception actuelle de l'hôpital et dans quel sens. Ce critère permet, en outre, de connaître le périmètre de propagation de l'image. S'agissant de ce critère, dix-huit des personnes ayant répondu au questionnaire habitent le canton de Malestroit, onze habitent en dehors. Dix ont un lieu d'habitation inconnu.



Le critère d'âge me permet de savoir si la perception de l'hôpital est différente selon les étapes de la vie. Quatre tranches d'âges ont ainsi été arrêtées : celle des adolescents (moins de quinze ans), celle des jeunes adultes (de quinze à vingt-neuf ans), celle des adultes (de trente à cinquante-neuf ans)

et celle des personnes âgées (plus de soixante ans). Six des trente-neuf personnes interrogées appartiennent au premier groupe, douze au deuxième, treize au troisième et quatre au dernier. Quatre n'entrent dans aucune des tranches, leur auteur n'ayant pas mentionné leur âge.



Ainsi que je l'ai déjà dit, le questionnaire n°2 poursuit les mêmes finalités que le premier mais avec un public différent. Il a pour but de connaître la perception que se font des professionnels en lien plus ou moins direct avec l'hôpital mais aussi d'essayer de savoir si leur "clientèle" a la même image que la leur. Contrairement au questionnaire n°1, l'échantillonnage ne s'est pas fait de façon aléatoire mais selon un procédé empirique (échantillonnage "a priori"¹⁶). Le questionnaire n°2 n'a été adressé qu'à des personnes que j'ai jugées représentatives. Ainsi dix-sept questionnaires de ce type ont été envoyés aux médecins autorisés à intervenir à l'hôpital, au directeur de la clinique des Augustines, au responsable du centre de soins de Malestroit, à un salon de coiffure (dont la propriétaire est membre du conseil d'administration de l'hôpital), aux fleuristes (où les familles des personnes décédées à l'hôpital se rendent), à l'artisan boulanger travaillant avec l'hôpital, aux ambulanciers et aux infirmières libérales de Malestroit (travaillant eux aussi en lien avec l'hôpital). Malgré les mesures prises pour s'assurer du retour par courrier des questionnaires (enveloppe affranchie, comportant l'adresse de l'hôpital envoyée en même temps que le questionnaire), seuls neuf d'entre eux ont été complétés et retournés soit un taux de réponse de 52,9%. Les réponses apportées ont été analysées de façon globale sans autre angle d'approche que les questions posées (les

¹⁶ VERNETTE Eric, Etudes de marché, Vuibert, Paris, 1993, p. 161.

personnes sollicitées n'ayant, par ailleurs, pas toujours mentionné leur âge et / ou leur profession).

Les questionnaires se présentaient sous la forme suivante.

QUESTIONNAIRE N° 1

Age :	Lieu d'habitation :		
1 – Etes-vous déjà venu(e) à l'hôpital de Malestroit ?			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
↳ Si "oui" :			
a – Dans quel(s) service(s) ?	b – Dans quelle(s) circonstance(s) ?		
<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Visite à une personne de votre entourage		
<input type="checkbox"/> Convalescence	<input type="checkbox"/> Bénévolat		
<input type="checkbox"/> Soins de Longue Durée	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)		
↳ Si "non", pourriez-vous décrire en quelques lignes, comment vous imaginez l'hôpital (chambres, locaux...).			
2 – Selon vous, l'image de l'hôpital de Malestroit est-elle ?			
<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Plutôt bonne	<input type="checkbox"/> Plutôt mauvaise	<input type="checkbox"/> Très mauvaise
3 – Qu'est-ce qui, selon vous, détermine l'image de l'hôpital local de Malestroit ?			
<input type="checkbox"/> L'image d'un service	<input type="checkbox"/> La qualité des prestations assurées		
<input type="checkbox"/> Les personnes accueillies	<input type="checkbox"/> La qualité des personnels		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)			
4 – Quel(s) mot(s) associez-vous à l'hôpital de Malestroit ?			
<input type="checkbox"/> Dépendance physique	<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Dynamisme	
<input type="checkbox"/> Dépendance mentale	<input type="checkbox"/> Tristesse	<input type="checkbox"/> Evolution	
<input type="checkbox"/> Rééducation	<input type="checkbox"/> Mort	<input type="checkbox"/> Repos / Calme	
<input type="checkbox"/> Guérison	<input type="checkbox"/> Personne âgée	<input type="checkbox"/> Solitude	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)			

Commentaire libre

.....

QUESTIONNAIRE N° 2

Age :

Profession :

**I – VOTRE OPINION PERSONNELLE SUR L'HOPITAL LOCAL DE
MALESTROIT**

1 – Selon vous, l'image de l'hôpital de Malestroit est-elle ?

- Très bonne Plutôt bonne Plutôt mauvaise Très mauvaise

2 – Qu'est-ce qui, selon vous, détermine l'image de l'hôpital local de Malestroit ?

- L'image d'un service La qualité des prestations assurées
 Les personnes accueillies La qualité des personnels
 Autre (précisez)

3 – Quel(s) mot(s) associez-vous à l'hôpital de Malestroit ?

- Dépendance physique Retour à domicile Dynamisme
 Dépendance mentale Tristesse Evolution
 Rééducation Mort Repos / Calme
 Guérison Personne âgée Solitude
 Autre (précisez)

Commentaire libre

.....

**II – L'OPINION DES GENS DE VOTRE ENTOURAGE SUR L'HOPITAL LOCAL
DE MALESTROIT**

1 – Votre image de l'hôpital local de Malestroit correspond-elle, de façon générale, à celle que les gens qui vous entourent (famille, amis, clients/patients...) évoquent en votre présence ?

- Oui Non

↳ Si vous avez répondu "non" :

2 – Selon ces tiers, l'image de l'hôpital de Malestroit est-elle ?

- Très bonne Plutôt bonne Plutôt mauvaise Très mauvaise

3 – Qu'est-ce qui, selon ces tiers, détermine l'image de l'hôpital de Malestroit ?

- L'image d'un service La qualité des prestations assurées
 Les personnes accueillies La qualité du personnel
 Autre (précisez)

4 – Quel(s) mot(s) ces tiers associent-ils à l'hôpital de Malestroit ?

- Dépendance physique Retour à domicile Dynamisme
 Dépendance mentale Tristesse Evolution
 Rééducation Mort Repos / Calme
 Guérison Personne âgée Solitude
 Autre (précisez)

Commentaire libre

.....

◆ **Réponses apportées au questionnaire n° 1**

(39 questionnaires)

Les réponses apportées à la question n°2 (après intégration des critères d'analyse retenus) se répartissent ainsi.

			Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise	Ne sait pas	
Venu à l'hôpital	Canton de Malestroit	- de 15	1					
		15 / 30	1	3		1		
		30 / 60		6	1	1		
		+ de 60	1					
	Hors canton de Malestroit	- de 15						
		15 / 30		4	1			
		30 / 60	1	1				
		+ de 60	1	1				
	Hors critères			2	5	1		2
	Non venu à l'hôpital	Canton de Malestroit	- de 15		1			
15 / 30				1				
30 / 60								
+ de 60								
Hors canton de Malestroit		- de 15						
		15 / 30		1				
		30 / 60		1			1	
		+ de 60						
Hors critères								
TOTAL			7	24	3	-	5	
POURCENTAGE (%)			19,95	61,54	7,69	-	12,82	

Les réponses apportées à la question n°3 se répartissent ainsi.

			L'image d'un service	Les personnes accueillies	La qualité des prestations	La qualité du personnel	Autre*	Ne sait pas
Venu à l'hôpital	Canton de Malestroit	- de 15				1		
		15 / 30	3	4	2	2		
		30 / 60	4		8	4	1	
		+ de 60	1		1	2		
	Hors canton de Malestroit	- de 15						
		15 / 30	1	2		4		
		30 / 60	1			1		
		+ de 60		1		1		
Hors critères			5	8	2	5		1
Non venu à l'hôpital	Canton de Malestroit	- de 15	1	1				
		15 / 30			2			1
		30 / 60			1			
		+ de 60						
	Hors canton de Malestroit	- de 15						
		15 / 30	1	1		1		
		30 / 60	1	1				
		+ de 60						1
Hors critères								
TOTAL			18	18	16	21	1	3
POURCENTAGE (%)			46,15	46,15	41,03	53,85	2,56	7,69

* La notion d'hygiène a été ajoutée à la liste proposée.

Le total des pourcentages dépasse cent pour cent dans la mesure où plusieurs réponses étaient admises.

Les réponses apportées à la question n°4 se répartissent ainsi.

	Venu à l'hôpital										Non venu à l'hôpital					TOTAL	POURCENTAGE								
	Canton de Malestroit					Hors canton de Malestroit					Canton de Malestroit							Hors critères							
	- de 15	15 / 30	30 / 60	+ de 60	Hors critères	- de 15	15 / 30	30 / 60	+ de 60	Hors critères	- de 15	15 / 30	30 / 60	+ de 60	Hors critères			- de 15	15 / 30	30 / 60	+ de 60	Hors critères			
Personne âgée	1	4	8	1	5	4	2	2		1	1			1	1					2	2			29	74,36
Dépendance physique		1	4	1	2	1	2		2															12	30,77
Dépendance Mentale		1	1		1		1		1						1									4	10,26
Tristesse		4	3	1	2	2			2						2	1								14	35,90
Mort		2	3		2				2						2									8	20,51
Solitude		1	1	1	2	2		1	1						1	1								9	23,08
Rééducation	1	2	2	1	6	1			1						1	1								14	35,90
Guérison	1	3	1		2	2		1	2						2									10	25,64
Retour à Domicile		2	2		2			1	2						2									7	17,95
Dynamisme		1			1				1						1									2	5,13
Evolution			1																					1	2,56
Repos / calme	1	4	5	1	8	3	2	1	1	1	1	1			1									28	71,79
Autre*			1		1										1									2	5,13
Ne sait pas					1										1									2	5,13

* La locution "antichambre de la mort" a été ajoutée, à deux reprises, à la liste proposée.

Le total des pourcentages dépasse cent pour cent dans la mesure où plusieurs réponses étaient admises.

◆ **Réponses apportées au questionnaire n° 2**

(9 questionnaires)

Les réponses apportées à la question n°1 se répartissent ainsi.

IMAGE DE L'HOPITAL				
	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise
TOTAL		9		
POURCENTAGE		100%		

Les réponses apportées à la question n°2 se répartissent ainsi.

FACTEURS DETERMINANT L'IMAGE					
	L'image d'un service	Les personnes accueillies	La qualité des prestations	La qualité du personnel	Autre*
TOTAL	2	2	5	5	2
POURCENTAGE	22,22%	22,22%	55,56%	55,56%	22,22%

* "L'esthétisme des bâtiments" et "hôpital de proximité" ont été ajoutés à la liste proposée.

Le total des pourcentages dépasse cent pour cent dans la mesure où plusieurs réponses étaient admises.

Les réponses apportées à la question n°3 se répartissent ainsi.

		NOMBRE	POURCENTAGE
MOTS ASSOCIES	Personne âgée	3	33,33%
	Dépendance physique	6	66,67%
	Dépendance mentale	-	-
	Tristesse	8	88,89%
	Mort	1	11,11%
	Solitude	1	11,11%
	Rééducation	4	44,44%
	Guérison	1	11,11%
	Retour à domicile	3	33,33%
	Dynamisme	-	-
	Evolution	2	22,22%
	Repos / Calme	4	44,44%
	Autre*	1	11,11%

* Le mot "convalescence" a été ajouté à la liste proposée.

Le total des pourcentages dépasse cent pour cent dans la mesure où plusieurs réponses étaient admises.

Les réponses apportées à la question n°4 se répartissent ainsi.

OPINION PARTAGEE PAR LES TIERS		
	Oui	Non*
TOTAL	5	4
POURCENTAGE	55,56%	44,44%

* Les divergences ne concernent pas l'appréciation de l'image mais les facteurs la déterminant et les mots associés à l'hôpital. Les tiers confirment donc l'image "plutôt bonne" de l'hôpital (question n°2).

De façon générale, les questionnaires révèlent que l'image actuelle de l'hôpital est "plutôt bonne" (61,54% pour le premier questionnaire et 100% pour

le second, opinion confirmée par les proches des personnes sondées). La mention du lieu d'habitation nous montre que cette image s'étend au-delà du canton de Malestroit. Au vu des tableaux précédents, il n'est pas établi de façon probante que le fait d'habiter à proximité de Malestroit influe de façon négative sur l'image de l'hôpital. La perception de l'hôpital ne connaît pas de grandes variations en fonction de l'âge des personnes interrogées. En revanche, la connaissance concrète de l'hôpital est bien un facteur important dans la construction et l'évolution de l'image d'un établissement. En effet, les personnes venues à l'hôpital sont les seules à considérer que son image est très bonne. Il faut cependant pondérer cette analyse en raison du faible taux de retour des questionnaires pouvant biaiser les résultats de l'enquête. Par ailleurs, dans un des questionnaires il avait été écrit : "L'image de l'hôpital de Malestroit, jusqu'à ces dernières années, dans la tête de nombreux malestroyens était plutôt mauvaise ; elle est meilleure actuellement en raison du service médecine et convalescence". Aussi, ai-je cherché à savoir quel était le rôle de ces services dans la perception plutôt favorable de l'hôpital. J'ai donc essayé de voir si cette bonne opinion pouvait effectivement être imputée aux services de médecine et de convalescence. Ce faisant, j'ai pu remarquer que sur trente-quatre personnes venues à l'hôpital, seulement cinq ne connaissaient exclusivement que l'unité de soins de longue durée. Aussi, puis-je en déduire que l'hypothèse selon laquelle la bonne image actuelle de l'hôpital tient surtout aux services de médecine et de convalescence n'est pas infondée. En outre, il apparaît après analyse croisée des réponses que cinq des sept personnes attribuant une très bonne image à l'hôpital s'étaient rendues dans les services précédemment cités. Les commentaires libres d'une infirmière libérale (recueillis grâce au questionnaire n°2) corroborent d'ailleurs cette analyse. Celle-ci écrit : "Je pense que l'hôpital de Malestroit est très bien réputé pour son service de rééducation fonctionnelle. Pour ce qui est du long séjour, j'éprouve toujours une certaine tristesse lorsque mes clients doivent s'y rendre car il n'y a malheureusement aucune issue !". Par ailleurs, un médecin autorisé à exercer à l'hôpital souligne que "les mots à associer [à l'image de l'hôpital] varient en fonction des services", lui-même associant les mots "retour à domicile" et "rééducation" aux services de médecine et de convalescence ; les mots "dépendance", "personne âgée" et "solitude" à l'unité de soins de longue durée. Après une analyse plus fine des mots associés à l'image de l'hôpital, il apparaît qu'un de ceux qui reviennent le plus souvent est "rééducation" (35,90%

des personnes interrogées l'ont cité pour le questionnaire n°1 et 44,44% pour le questionnaire n°2), ce qui correspond au service de convalescence, seul service à pratiquer la rééducation fonctionnelle. Il en est de même avec les termes "guérison" et "retour à domicile" qui caractérisent davantage les services de médecine et de convalescence. En effet, les retours à domicile sont peu fréquents en unité de soins de longue durée (trois retours à domicile dans cette unité, en 2000, contre trente-neuf décès).

En revanche, les personnes interrogées connaissant le service de soins de longue durée associent à l'image de l'établissement les termes "dépendance physique" (50% des personnes ayant répondu au questionnaire n°1 et connaissant l'unité de soins de longue durée), "tristesse" (41,67%), "mort" (33,33%) et "solitude" (33,33%). Il semble donc bien que l'image "plutôt bonne" de l'hôpital soit davantage l'œuvre des services de médecine et de convalescence que celle de l'unité de soins de longue durée. "Il est vrai que les « longs séjours » (longtemps appelés «mouroirs» par une large fraction du public) ont eu tendance à remplacer, dans l'imaginaire collectif, l'hospice en tant qu'image négative de la fin de vie en institution"¹⁷.

S'agissant de l'activité gériatrique, il semblerait, à première vue, qu'elle soit établie de façon générale. Le public ciblé par le second questionnaire connaît forcément l'activité de l'hôpital de part leur profession. Par ailleurs, l'hôpital est associé à "personne âgée" par 77,36% des personnes ayant répondu au premier questionnaire. Toutefois, plusieurs éléments tendent à prouver le contraire. Tout d'abord, cinq questionnaires du premier type (soit près de 12% de ceux rendus) ont dû être exclus de l'analyse statistique puisque, comme je l'ai déjà dit, leur auteur a confondu la clinique et l'hôpital de Malestroit. Deux d'entre eux font allusion à des services dont ne dispose pas l'hôpital (services implantés à la clinique). Les trois autres ne mentionnent pas les services qu'ils connaissent ce que j'ai interprété comme une absence délibérée de réponse. La liste des services de l'hôpital était exhaustive, j'ai donc estimé que si l'auteur n'avait pas répondu c'est qu'il ne parvenait pas à identifier le service qu'il connaissait. Par ailleurs, un groupe de travail composé de membres du personnel a procédé à une enquête, dans le cadre de l'accréditation. Après avoir interrogé de façon

¹⁷ ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, p. 155.

aléatoire cinquante-neuf personnes (à la sortie du supermarché), il s'est avéré que seulement trente d'entre elles connaissaient l'existence de l'hôpital soit 50,8%. En outre, peu de ces personnes connaissaient réellement les activités qui y sont pratiquées. Cette méconnaissance de l'hôpital est également confirmée par certains commentaires libres du questionnaire n°1. Ainsi, une des personnes interrogées écrit : "Il y a trois ans, j'ai amené une amie avec une blessure au pied. Je n'ai pas trouvé les urgences [...]. Est-ce une maison de retraite ?". Les personnes responsables de l'accueil et du standard de l'hôpital confirment d'ailleurs que très souvent des visiteurs ou des appels téléphoniques doivent être réorientés sur la clinique. Cette situation pose problème en terme d'image. En effet, il est à craindre que l'hôpital ne soit connu que par des événements douloureux. Toutefois, il ne semble pas que ce soit là le facteur déterminant dans la construction de l'image de l'hôpital. Quel que soit le service concerné, il apparaît, au vu des deux questionnaires, que l'image tient essentiellement à la qualité tant des prestations servies que celle du personnel. En outre, le premier questionnaire montre que la représentation des personnes accueillies influence aussi sur la perception que l'on peut avoir de l'établissement. Aussi, m'a-t-il semblé important de poursuivre le travail afin de connaître les caractéristiques de l'image véhiculée par les personnes vivant au quotidien à l'hôpital.

C – La perception des protagonistes de la vie institutionnelle : incidence sur l'image extérieure

Afin de recueillir l'opinion des personnes connaissant l'hôpital de l'intérieur, j'ai, dans un premier temps, organisé des entretiens semi-directifs¹⁸ avec les membres soignants des équipes de l'hôpital (guide d'entretien en annexe I). L'image de l'hôpital est, comme je l'ai constaté précédemment lors de l'analyse des questionnaires, influencée par la qualité des prestations et du personnel. C'est pourquoi, seuls les personnels soignant (entendu au sens large) ont été sollicités pour ces entretiens dans la mesure où il s'agit de la catégorie d'agents qui sert le plus de prestations aux résidents. En outre, le personnel soignant est la figure de proue de toutes les structures hospitalières. C'est la première catégorie professionnelle qui vient à l'esprit lorsque la qualité du

¹⁸ VERNETTE Eric, Etudes de marché, Vuibert, Paris, 1993, p. 77.

personnel est évoquée. Ainsi, l'ensemble des infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier et animatrices des différents services de l'hôpital a été personnellement convié à ces entretiens (une information sur leur objet avait, au préalable, été faite). Les agents du service de soins à domicile géré par l'hôpital ont également été sollicités dans une optique légèrement différente. Les personnes ayant recours à ce service étant souvent âgées et dépendantes, il s'agit généralement d'une alternative ou d'un relais à une hospitalisation. Certains éléments ainsi rapportés par les aides-soignantes du service de soins à domicile viennent compléter ceux recueillis par les précédents questionnaires. Vingt entretiens ont ainsi été réalisés (soixante personnes avaient été sollicitées). La participation aux entretiens n'ayant pas été imposée, l'échantillonnage ainsi constitué n'est pas des plus représentatifs. Ces rencontres présentent cependant un intérêt quant à leur contenu. Il existe donc une sur-représentation des infirmières au détriment des agents de service hospitalier. Deux raisons peuvent être avancées pour l'expliquer. Dans un premier temps, j'ai pu constater lors de mon stage à l'hôpital de Malestroit que les agents de service hospitalier de cet établissement, contrairement aux aides-soignants et aux infirmiers, répondent peu lorsque leur avis ou leur participation sont requis (transmissions, groupes de travail...). Dans un second temps, j'ai pu apprendre que ces entretiens étaient une source d'angoisse et plus particulièrement chez les agents de service hospitalier. Malgré l'assurance répétée que les informations recueillies resteraient anonymes, cette crainte concernait les répercussions que pouvaient avoir les propos tenus lors de ces entretiens. Aussi, puis-je considérer que l'analyse statistique des réponses données doit être considérée avec prudence du fait de ce manque de représentativité de l'échantillonnage. Par ailleurs, je peux également supposer qu'une partie des personnes n'ayant pas participé aux entretiens ont adopté cette position pour ne pas avoir à tenir des propos "péjoratifs" sur l'hôpital. Grâce à ces entretiens, j'ai recueilli l'avis de deux agents de service hospitalier (de l'unité de soins de longue durée et des services de médecine et de convalescence), de onze aides-soignantes (de chaque service), de six infirmières (du service de soins de longue durée et des services de médecine et de convalescence) et d'une surveillante (de l'unité de soins de longue durée). De ces entretiens, il ressort que d'une façon générale les soignants (treize personnes sur les vingt interrogées) aiment leur métier même s'il s'agit rarement d'un véritable choix (moins de la moitié ont choisi de travailler

en secteur gériatrique). Globalement les agents ont une image plutôt bonne de l'établissement (seuls deux ont déclaré avoir une mauvaise image de l'hôpital). Pourtant, ce n'est pas cette bonne image qui les pousse à y travailler. En effet, les agents interrogés confessent qu'ils travaillent à l'hôpital en raison de sa proximité ou parce qu'un poste y était disponible. Douze des vingt agents rencontrés estiment que si l'hôpital a une bonne image, il faut cependant opérer une distinction entre les services de médecine et de convalescence et l'unité de soins de longue durée. Cette dernière, pour les agents, perpétue l'image de l'hospice et du "mouroir". Les entretiens confortent donc ce qui ressortait déjà des questionnaires. Les agents expliquent cette mauvaise image par des effectifs non adaptés au niveau de dépendance des personnes hébergées. Or le manque de personnel a deux conséquences dommageables en terme de qualité des prestations. D'une part, il oblige les agents titulaires à accroître la cadence de travail et donc à réduire le temps passé auprès de chaque résident. D'autre part, cette situation nécessite un recours fréquent aux stagiaires et personnels contractuels qui ne connaissent pas les habitudes de vie des personnes hébergées. Il faut, en effet, préciser que les effectifs sont constants depuis la création de l'unité de soins de longue durée alors que le niveau de dépendance des résidents n'a cessé de croître (une étude récente montre que le niveau général de dépendance en institution progresse effectivement¹⁹). A la lumière des éléments apportés par l'analyse des questionnaires, le constat de la mauvaise image de ce service n'est donc pas surprenant puisque la qualité des prestations, un des deux facteurs déterminants dans la construction d'une image, est indirectement montrée du doigt par les soignants.

J'ai aussi cherché à connaître l'avis des personnes hospitalisées ou de leur famille, le cas échéant, concernant notamment la qualité des prestations et du personnel. Pour cela, j'ai procédé de façon différente selon les services. S'agissant des services de médecine et de convalescence, j'ai exploité un outil existant : le questionnaire de sortie (annexe II). Celui-ci, rempli par les personnes sortantes des services de médecine générale et de convalescence, nous permet ainsi de connaître leur degré de satisfaction quant à la qualité des prestations servies et celle du personnel notamment. Les réponses apportées à

¹⁹ EVANS Anne, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000, La documentation française, Paris, 2001, p. 131.

ce questionnaire sont traitées par informatique au sein de l'hôpital. La dernière analyse statistique mise à jour et portée à ma connaissance date du 31 mai 2001. Celle-ci révèle une satisfaction quasi-unanime des services de médecine et de convalescence. En effet, la note moyenne attribuée par les personnes sortant de ces services est de 9,03 sur 10. En grande majorité, les différents items abordés par le questionnaire de sortie recueillent une cotation "très bien" (entre 54 et 72% des réponses) ou "bien" (entre 17 et 46% des réponses). Ainsi, je peux avancer qu'environ 85% des personnes ayant été hospitalisées dans les services de médecine et de convalescence sont satisfaits des prestations qui y sont servies (accueil, repas, hygiène, animations le cas échéant) mais aussi du personnel y travaillant. Les qualités relationnelles des membres des équipes, leur disponibilité, leurs compétences sont d'ailleurs régulièrement soulignées dans l'espace réservé aux commentaires libres.

Un tel outil n'existant pas actuellement dans l'unité de soins de longue durée, j'ai cherché une autre voie. Aussi, me suis-je rendue directement auprès de quelques résidents (sélectionnés en fonction de leur représentativité) pour leur poser des questions similaires à celles du questionnaire de sortie précédemment évoqué. Toutefois, je n'ai pas pu procéder à de nombreuses rencontres. En effet, 64% des résidents de l'unité de soins de longue durée souffrent de troubles mentaux rendant les conversations suivies délicates. A cette première difficulté, il faut en ajouter une seconde. Le niveau de dépendance physique très élevé dans ce service ne facilite pas les rencontres directes (personnes grabataires, mourantes). J'ai, ainsi, recueilli les propos de sept résidents parmi les plus autonomes (soit un tiers des personnes susceptibles de me répondre). Pour compléter ces informations, j'ai sollicité auprès des familles des soixante-quinze résidents un rendez-vous pour échanger sur l'image de l'hôpital et la qualité du service de soins de longue durée (guide d'entretien en annexe III). Après relance, six familles ont accepté de me rencontrer. J'explique cette faible participation en citant la mère d'une des résidentes. "On essaie de ne pas faire de vague pour que son parent ne soit pas pris en grippe par les employés". Cette phrase nous donne d'ailleurs un orientation de l'image ! En effet, pourquoi les familles auraient-elles peur de s'exprimer si elle étaient totalement satisfaites ? Les familles ayant accepté un rendez-vous sont d'ailleurs celles qui n'hésitent pas à rencontrer la surveillante ou le directeur lorsqu'elles se trouvent confrontées à un problème. Aussi, malgré cette petite participation, je peux cependant dire que

ces familles m'ont permis de déceler les points faibles du service, ceux susceptibles de nuire à son image.

Il ressort des entretiens réalisés auprès des résidents de l'unité de soins de longue durée une assez bonne opinion quant aux prestations servies (six résidents sont satisfaits des repas, de l'entretien de leur chambre et des soins dispensés) et quant aux membres des équipes. Ceci ne signifie pas pour autant que cet avis soit partagé par tous. En effet, certains n'acceptent pas avec joie l'idée d'être hébergés dans cette unité. Au détour d'une rencontre, une résidente de quatre-vingt-huit ans m'a déclaré : "Ceux qui se plaisent ici ne savent pas ce que c'est que le bonheur, ils ont du avoir une vie bien malheureuse !". Tous les résidents vivant mal cette vie en institution n'expriment pas leur malaise avec autant de violence verbale. Toutefois, leur ton plus posé ne suffit pas à le masquer. Quelles que soient les circonstances de leur entrée dans cette unité, tous manifestent une certaine résignation à vivre ainsi. Les phrases construites du type "il faut bien" reviennent régulièrement au cours des entretiens. Bien que conscients qu'ils ne peuvent plus vivre seuls, tous préféreraient être chez eux. Rares sont ceux qui se sont réellement appropriés les lieux et leur chambre. Il est vrai que la disposition des locaux ne s'y prête pas réellement : les chambres ne permettent pas de conserver beaucoup d'effets personnels, elles doivent parfois être partagées avec un autre résident, les espaces permettant de se retirer sont inexistantes... En outre, les personnes lucides souffrent de leur cohabitation forcée avec les personnes désorientées et déambulantes qui font régulièrement irruption dans leur chambre et "empruntent" les objets qui s'y trouvent.

S'agissant à présent des familles rencontrées, elles attribuent globalement une bonne image à l'hôpital considéré dans sa globalité. Toutefois, quand je leur ai demandé si tous les services bénéficiaient de cette bonne image, cinq des six familles ont révélé que ce n'est pas le cas pour l'unité de soins de longue durée. Ce regard critique à l'égard de ce service s'explique en partie par la dimension culpabilisante, pour les familles, de l'institutionnalisation. En effet, celles-ci attendent une prise en charge parfaite lorsqu'elles décident du placement de leur parent alors que les établissements d'accueil ne disposent pas nécessairement des moyens financiers et humains pour y parvenir. Lors des entretiens réalisés

avec les personnels soignants, les exigences croissantes des familles ont souvent été soulignées. Ainsi que le soulignait une aide-soignante, "à partir du moment où on paie [...], on attend un service à la hauteur". Ceci explique alors que les familles de l'unité de soins de longue durée soient plus demandeuses et plus critiques à l'égard des prestations et de la qualité du personnel que celles des services de médecine et de convalescence où la contribution financière est indolore puisque prise en charge par les assurances sociales. Il est probable que cette attitude influe aussi sur la représentation du service. Je peux, en effet, considérer que les familles des résidents de l'unité de soins de longue durée véhiculent une image dégradée de ce service parce qu'elles paient relativement cher (près de 7 300 francs par mois) des services qu'elles n'estiment pas de qualité suffisante. L'hôpital doit donc tirer les conséquences de cette attitude des familles. Le temps n'est plus à considérer les résidents comme de simples usagers d'un service public, n'ayant pas le droit à la parole²⁰. Le résident est avant tout un client car il paie les services que l'hôpital lui rend. Tout comme les soignants, les familles estiment que les faibles effectifs ont des conséquences dommageables sur la qualité de la prise en charge (services de type hôtelier et soins confondus). En outre, la faible qualification de certains agents est également montrée du doigt. Ceci concerne exclusivement les agents de services hospitaliers qui sont présents dans les mêmes proportions que les aides-soignantes (un agent de service hospitalier pour une aide-soignante). Un autre problème soulevé par les familles concerne l'absence de médecins salariés alors que leur parent dépendant requiert, selon elles, une surveillance médicale (et non infirmière) permanente.

Bien que l'image globale de l'hôpital ne soit pas mauvaise, les critiques faites à l'unité de soins de longue durée tendent à montrer qu'améliorer l'image de ce service, tout en conservant la notoriété des services de médecine et de convalescence, est désormais un véritable enjeu et ce pour de multiples raisons autres que celles déjà avancées.

²⁰ MISPELBIOM Frédéric, "Management et marketing dans les services publics : quels rapports entre le personnel et les usagers ?", tiré de Gérer et comprendre, Saint-Just-la-Pendue, 1992 (n°29), p. 31.

II – LE CONTEXTE ACTUEL : DES RAISONS ET DES OPPORTUNITES **A SAISIR POUR AMELIORER L'IMAGE EXTERIEURE**

Trois raisons peuvent être avancées pour justifier la nécessité pour l'hôpital de Malestroit de travailler son image. Tout d'abord, l'image est la "vitrine" de l'établissement. C'est elle qui incite toute personne à choisir tel établissement au lieu d'un autre. C'est pourquoi, il importe d'un point de vue marketing de présenter une "belle devanture" (A). Ensuite, les représentations culturelles actuelles plutôt hostiles aux personnes âgées dépendantes obligent à fournir un réel effort pour renvoyer une image positive des établissements les hébergeant (B). Enfin, les réflexions actuelles et les incitations juridiques à engager des "démarches qualité" constituent une véritable opportunité pour améliorer l'image de l'hôpital (C).

A – L'image, garant de la pérennité de l'hôpital dans un **contexte de rationalisation des dépenses de santé**

Ainsi que je l'ai déjà dit, il me semble capital, en tant que directeur d'établissement sanitaire et social, de travailler l'image de l'unité de soins de longue durée tout en maintenant à son niveau celle des services de médecine et de convalescence dans une optique de marketing. Il en va, d'ailleurs, de la pérennité de l'établissement. En effet, le contexte actuel de rationalisation de l'offre de soins fait planer une menace sur les structures hospitalières. En effet, les autorités de tutelle et les financeurs n'hésitent plus aujourd'hui à contraindre à des fusions, à des fermetures de services ou à des transformations de lits lorsque ceux-ci sont jugés redondants ou superflus dans une zone géographique donnée. Ceci est d'autant plus vrai à Malestroit où deux structures hospitalières coexistent sur une même commune. Aussi, est-il nécessaire, et ce pour tout établissement hospitalier, d'afficher un bon taux d'activité. Il me semble qu'une bonne image attire et permet de remplir plus facilement les lits. En effet, quand il est possible de choisir l'établissement dans lequel on va être hospitalisé, l'image est un facteur déterminant dans ce choix. Les hospitalisations en services de médecine et de convalescence sont généralement planifiables. L'admission en unité de soins de longue durée se fait rarement sans avoir visité plusieurs

services. Il apparaît donc que le choix délibéré de l'hôpital local de Malestroit est possible quel que soit le service. Posséder une bonne image est alors un véritable enjeu pour s'assurer du bon remplissage des lits et, de ce fait, pour garantir la pérennité de l'hôpital. Toutefois, une mauvaise image n'est pas nécessairement incompatible avec un bon taux de remplissage. C'est ce que tend à montrer l'analyse de l'activité de l'hôpital local de Malestroit.

En 2000, le service de médecine affiche un taux de remplissage de 65,57%. Toutefois, les lits de médecine ne sont pas pour autant restés vides puisqu'ils ont été occupés par des personnes hospitalisées pour des soins de suite et de réadaptation. Le taux de remplissage du service de convalescence est, de ce fait, supérieur à 100% (104,31%). Le bon taux moyen de remplissage (près de 85%) ne semble pas surprenant compte tenu de la bonne image de ces services auprès des habitants de la région malestroyenne. En revanche, le taux de remplissage élevé de l'unité de soins de longue durée (97,16% en 2000) interroge davantage. Aussi, ai-je poursuivi les investigations pour comprendre comment un service ayant une image si controversée peut cependant afficher un tel taux d'activité. Les entretiens réalisés avec les familles des résidents de cette unité m'ont fourni une piste de recherche. En effet, interrogées sur les raisons du "choix" de l'hôpital de Malestroit, cinq des six familles nous ont répondu qu'elles avaient agi ainsi pour des raisons de proximité. Il est vrai que près de 60% des résidents du service sont originaires du canton de Malestroit. Aussi, ai-je cherché à identifier les établissements qui étaient susceptibles d'entrer en concurrence avec l'hôpital local de Malestroit. Pour y parvenir, il convenait tout d'abord de définir le bassin d'attraction et de déterminer les établissements concurrents dans cette zone géographique. Il apparaît, au vu des renseignements recueillis lors de l'admission en unité de soins de longue durée, que le bassin d'attraction de ce service s'étend au-delà du canton de Malestroit. Il s'étend, en effet, à trois autres cantons limitrophes : Guer, Questembert et Rochefort-en-Terre. Dans cette zone, nous avons constaté qu'il existait plusieurs structures destinées à accueillir des personnes âgées. Toutefois, il s'agit de maisons de retraite (médicalisées ou non), de maisons rurales d'accueil pour personnes âgées ou de foyers-logements. Or, ces structures ne permettent pas de prendre en charge des personnes âgées très dépendantes. Il n'existe pas de structures permettant l'accueil de ces personnes à l'exception de quelques unités d'une dizaine de lits pour personnes désorientées. Il apparaît donc que l'unité de soins de longue

durée de l'hôpital local de Malestroit est en situation de quasi-monopole sur sa zone d'attraction. Ce constat éclaire alors les propos tenus par certains agents lors des entretiens qualifiant l'hôpital de "nécessaire" et d' "utile". Il est vrai que l'admission en unité de soins de longue durée se fait généralement lorsque tous les autres types de prise en charge sont devenus impossibles. Les personnes âgées dépendantes, désireuses de demeurer aux alentours de Malestroit ont alors peu d'alternatives à une admission à l'hôpital. Ceci explique alors que, malgré une mauvaise image, ce service ne souffre pas d'un faible taux de remplissage. En outre, les familles des résidents que j'ai rencontrées m'ont aussi révélé que le prix est un critère important dans le choix de l'établissement. Or, une comparaison des "prix de journée applicables aux services d'hébergement de personnes âgées des établissements d'hospitalisation de soins et de cure publics et privés"²¹ montre que le tarif de l'unité de soins de longue durée est le moins élevé du département. Il apparaît donc que la combinaison des critères de proximité et tarifaire atténue les effets dissuasifs d'une mauvaise image.

S'agissant des services de médecine et de convalescence, le critère prix n'a pas tant d'importance. Les tarifs pratiqués sont arrêtés par la Sécurité sociale et sont les mêmes dans tous les services de ce type. En outre, les personnes hospitalisées et leur famille s'attachent peu au montant à régler puisque les sommes éventuellement avancées sont remboursées par les assurances sociales. En revanche, la bonne image de ces services est un élément important dans leur remplissage. En effet, la clinique se positionne sur le même secteur d'activité en matière de soins de suite et de convalescence. Le bon taux de remplissage du service de convalescence peut, de ce fait, être attribué pour une part importante à sa bonne image. S'agissant du service de médecine, l'hôpital se positionne sur un secteur sensiblement différent de celui de la clinique dans la mesure où l'hôpital ne possède ni plateau technique, ni médecin salarié ce qui limite nécessairement les interventions pouvant être pratiquées dans ce service. Cette situation pourrait réduire le nombre d'admissions dans ce service. Cependant, bien que le taux de remplissage en médecine soit plus faible que celui affiché par la convalescence, il n'en demeure pas moins satisfaisant compte tenu des difficultés rencontrées par l'hôpital pour rester concurrentiel vis-à-vis de la clinique.

²¹ Arrêté du Conseil Général du Morbihan fixant le tarifs d'hébergement au 1^{er} janvier 2001.

En l'état actuel des choses, il n'apparaît donc pas que le travail de l'image de l'hôpital du strict point de vue du remplissage soit une absolue nécessité. L'analyse du secteur d'activité et l'identification des établissements proposant des services similaires tendent à conforter cette idée. Toutefois, il n'est pas établi que les choses resteront en l'état notamment en ce qui concerne l'hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes. Il appartient alors au directeur de l'établissement d'anticiper les évolutions prévisibles des demandes d'entrée en unité de soins de longue durée. Au vu des résultats du dernier recensement²², il apparaît que le canton de Malestroit vieillit du fait des phénomènes migratoires. Les jeunes retraités reviennent généralement dans leur pays d'origine après avoir cessé leur activité professionnelle, c'est ce que font de nombreux retraités originaires du canton de Malestroit. Aussi, est-il prévisible que le nombre de personnes âgées susceptibles d'avoir recours à une structure d'hébergement collectif, notamment à une unité de soins de longue durée, augmentera dans les décennies à venir. Face à cet accroissement de la demande, il est probable que de nouvelles structures seront créées à proximité de l'hôpital. S'il est difficile d'anticiper les évolutions du marché en augmentant son nombre de lits, il est tout à fait possible, en revanche, d'asseoir le positionnement sur le marché en entretenant la bonne image des services de médecine et de convalescence et en améliorant celle de l'unité de soins de longue durée. Aussi, importe-t-il, dès aujourd'hui, d'amorcer un véritable travail sur l'image pour être attractif et continuer d'afficher de bons taux de remplissage quel que soit le nombre d'établissements concurrents.

Travailler l'image de l'hôpital peut aussi avoir un impact positif pour les membres du personnel. En effet, quinze agents sur les vingt interrogés m'ont déclaré que la motivation et le sentiment de valorisation sont liés à l'image du service dans lequel ils travaillent. Aussi, améliorer l'image de l'hôpital et plus particulièrement celle de l'unité de soins de longue durée correspond, en fait, à revaloriser le travail dans ces structures et à s'assurer, par voie de conséquence, de la motivation des agents. En somme, il s'agit d'instaurer un cercle vertueux autour de la bonne image de l'hôpital. En effet, une meilleure image de l'hôpital renforce la motivation des agents. Les personnels motivés serviront des

²² Document de l'INSEE.

prestations de meilleure qualité ce qui augmente la satisfaction des usagers, alimentant de ce fait la bonne image de l'établissement.

Par ailleurs, posséder une bonne image est un atout pour l'hôpital en terme de recrutement. En effet, un établissement pourvu d'une bonne image n'est pas seulement attractif pour les personnes susceptibles d'être hospitalisées, il l'est aussi pour les personnes cherchant un emploi. Aussi, me semble-t-il que les candidatures sont plus nombreuses et de qualité supérieure lorsqu'un établissement est connu et réputé. Actuellement, l'hôpital est peu connu et un de ses services souffre d'une image dégradée. Aussi, est-il possible d'espérer qu'une fois l'image améliorée, les candidatures plus riches permettront le recrutement d'un personnel qualifié et surtout motivé pour travailler en milieu gériatrique. Il est d'ailleurs d'autant plus important que les agents, et plus particulièrement les soignants, soient réellement motivés car le travail ardu auprès de personnes âgées dépendantes et le reflet permanent des mauvais aspects de la vieillesse en hôpital local n'incitent pas a priori à travailler dans ces services. Ces arguments marketing montrent l'importance de travailler l'image de l'hôpital local de Malestroit d'autant plus que les représentations actuelles de la vieillesse ne tendent pas à valoriser les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

B – Incidences des représentations culturelles sur les établissements pour personnes âgées dépendantes

Comme je l'ai déjà montré, la représentation des personnes accueillies par les différents services de l'hôpital a une incidence sur son image. Aussi convient-il de s'attarder sur ces représentations afin de comprendre l'impact sur les établissements hébergeant des personnes âgées et d'en tirer des conséquences notamment pour l'unité de soins de longue durée de l'hôpital de Malestroit.

Dans les sociétés antiques, "les vieillards avaient un statut marqué par des privilèges [...], leur grande longévité leur assurait un statut de « proche des

dieux »²³. Aujourd'hui, la représentation des personnes âgées ne leur est plus aussi favorable.

De façon classique, la vieillesse englobe toutes les personnes de plus de soixante ans. Cette vision de la vieillesse voudrait en faire un groupe homogène mais force est de constater que la réalité est toute autre. Dans la pensée collective, tous les vieux ne se valent pas. Une distinction doit être opérée au sein de ce groupe social. En effet, il existe une différence entre les "jeunes vieux" et les "vieux vieux". Il s'agit de séparer "le troisième âge [qui] est actif, autonome tandis que le quatrième et cinquième âge sont liés à la dépendance"²⁴. La société actuelle ne reçoit pas l'immobilisme et l'inactivité comme valeurs de base. Les personnes âgées n'échappent pas à la règle en vertu de l'adulto-centrisme²⁵ et du principe de non-oisiveté²⁶. Ces deux règles de vie ont façonné les modes de pensée et les esprits dans notre société actuelle. Elles obligent les personnes âgées à se comporter comme des jeunes sous peine d'exclusion. "Aujourd'hui, qui ne peut plus passer pour jeune est rejeté"²⁷. La distinction entre les personnes âgées dépendantes vivant à domicile et celles hébergées en institution est ainsi consommée, la normalité n'indique pas la vie en institution. En effet, vivre en collectivité impose de perdre une grande partie de son libre-arbitre, attribut naturel de l'adulte. La personne âgée dépendante en institution n'est donc plus un adulte comme les autres. Par voie de conséquence, les établissements les accueillant sont eux aussi marqués d'un a priori négatif. Ceci est d'autant plus vrai que les institutions accueillent des personnes âgées "stigmatisées". Selon Erving GOFFMAN, "la société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories"²⁸. La catégorisation s'effectue selon les stigmates portés par chaque individu. Chez les Grecs, les stigmates sont "des marques corporelles destinées à exposer ce

²³ ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, p. 61.

²⁴ LELEU Myriam, Misère et insolence de la vieillesse, Labor, Bruxelles, 1998, p. 34.

²⁵ "Les personnes âgées continuent à se comporter sur bien des plans de la même manière que les adultes [...]", ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, p. 168.

²⁶ "Ne pas chercher à s'occuper pendant sa retraite est désormais perçu comme une anomalie comportementale", idem.

²⁷ MAISONDIEU Jean, "Vieux fous ?", tiré de Autrement – Etre vieux, de la négation à l'échange, série Mutations n°124, Paris, 1991, p. 42.

²⁸ GOFFMAN Erving, Stigmate, Les éditions de minuit, Paris, 1975, p. 11.

qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée"²⁹. Aujourd'hui, il s'agit davantage de toutes les sortes de disgrâce dont peuvent être frappés les individus. Les personnes âgées dépendantes hébergées en institution sont marquées de "stigmates" en ce que le corps vieux porte des "traces qui lui disent et qui disent aux autres sa vieillesse, qui le marquent et le désignent comme celui que le temps a labouré, usé"³⁰. La catégorisation conduit à exclure ceux jugés anormaux. La stigmatisation appliquée aux personnes âgées dépendantes conduit à en faire un groupe d'exclus et par là-même à faire des institutions un lieu d'exclusion. Ceci est corroboré par la localisation des institutions. "Si le vieux entre en établissement, il lui faudra quitter son quartier car la plupart des équipements pour personnes âgées sont excentrées. [...]. D'ailleurs, même s'ils sont au cœur des villes, les établissements de personnes âgées sont coupés de l'extérieur, ghettos ignorés"³¹. "La vieillesse est un crime puni d'exclusion"³².

Ce n'est pas tant l'âge qui fait des personnes âgées des individus marqués du sceau de la différence mais le mauvais vieillissement caractérisé par les polyopathologies, le cumul des handicaps. "Nous vivons dans une société qui a érigé la jeunesse en valeur de référence quasi absolue depuis plusieurs décennies : il faut être jeune, penser jeune, agir jeune, faire jeune"³³, mais il y a une certaine admiration pour les vieux qui ont su rester jeunes. Cette admiration tombe lorsque les personnes âgées ne peuvent plus entretenir l'illusion de la jeunesse. Dans la pensée collective, les "jeunes vieux" ne sont pas perçus comme des vieux. La vieillesse ne concerne que ceux atteints de polyopathologies, de handicaps cumulés. La définition de la vieillesse recoupe alors celle du mauvais vieillissement. La vieillesse, ainsi redéfinie, effraie en ce qu'elle montre ce qu'il y a de pire dans le vieillissement. Cette peur rejaille d'ailleurs sur les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, perpétuant ainsi leur mauvaise image. Par ailleurs, la médiatisation des maladies liées à la vieillesse (maladie d'Alzheimer...) ainsi que la médicalisation des institutions

²⁹ GOFFMAN Erving, Stigmate, Les éditions de minuit, Paris, 1975, p.11.

³⁰ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 89.

³¹ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 18.

³² MAISONDIEU Jean, "Vieux fous ?", tiré de Autrement – Etre vieux, de la négation à l'échange, série Mutations n°124, Paris, 1991, p. 42.

n'ont fait que cristalliser cette peur du mauvais vieillissement en l'enfermant dans un carcan médical³⁴. Elles ont inscrit dans l'esprit collectif que la vie ne peut s'achever autrement que dans la dépendance physique et / ou psychique et les soins, alors que le mauvais vieillissement ne concerne et ne concernera qu'une minorité de personnes âgées. En 1995, il ne concernait qu'environ 6% des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et 17,5% des plus de quatre-vingts ans³⁵. "La vieillesse est placée sous le signe de l'involution et trouve là sa spécificité : on parlera en termes de manque et de handicaps.[...]. La démarche consiste alors à faire l'inventaire des différents déficits qui conduisent à la dépendance"³⁶. La mauvaise représentation de la vieillesse est alors confortée par la perception de la vieillesse en terme de pertes. La vieillesse commence par la perte de l'activité professionnelle, la retraite est en effet perçue comme l'entrée dans la vieillesse. S'en suit une longue énumération de pertes et de manques : perte de capacités physiques et mentales, réduction du tissu relationnel... qui conduit à la perte de son identité. Il semble donc que la vieillesse ne puisse pas être perçue autrement qu'en terme de dépouillement et de deuil. D'ailleurs, les mots employés par les textes législatifs relatifs aux personnes âgées dépendantes renforcent ces sentiments de pertes, de dépendance et de passivité. En effet, jusqu'alors, les personnes âgées atteintes de handicaps pouvaient bénéficier de la "prestation spécifique dépendance". D'un point de vue étymologique³⁷, cette appellation sous-entend que les personnes âgées devenues dépendantes remettent leur vie dans les mains d'un tiers et perdent tout droit de regard. Ce n'est qu'avec "l'allocation personnalisée à l'autonomie", devant entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2002, que la société conçoit qu'elles puissent gérer leurs dépendances, qu'elles décident des orientations de leur vie.

³³ BLANC Henri cité par ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, p. 124.

³⁴ ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe et Biotem éditions, Paris, 1999, p. 147 et suivantes.

³⁵ EVANS Anne, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000, La documentation française, Paris, 2001, p. 130.

³⁶ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 20-21.

³⁷ Etymologiquement, "dépendance " signifie "être suspendu à" et "autonomie" signifie "celui qui fixe sa propre loi". VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 23 et 26.

Ces mauvaises représentations de la vieillesse ne touchent pas tous les services de l'hôpital de Malestroit. Elles ne concernent que ceux accueillant les "vrais vieux" c'est-à-dire "ceux qui se dégradent, se démentifient et meurent"³⁸. Ainsi, seule l'unité de soins de longue durée est concernée par cette mauvaise perception de la vieillesse. Les personnes âgées hospitalisées dans les services de médecine et de convalescence ne sont pas réellement stigmatisées. Elles ne vivent pas en institution. L'hospitalisation dans ces services est un moyen pour repousser l'échéance, le seuil de la vieillesse. En effet, les retours à domicile concernent plus de 80% des personnes hospitalisées dans ces services. En revanche, les résidents de l'unité de soins de longue durée perdent, aux yeux de la société, dès leur admission dans ce service leur statut d'adulte. Ceci explique que les personnes hébergées soient infantilisées par leur famille mais aussi par les membres du personnel des institutions gérontologiques. "L'enfance et la vieillesse sont les deux moments de la vie où d'autres peuvent décider à notre place de ce qui est bien pour nous et de ce qui ne l'est pas. Si cela semble justifié pour le jeune enfant, on peut s'interroger pour la personne âgée [...]"³⁹. Travailler l'image de l'hôpital local de Malestroit ne modifiera pas les représentations culturelles de la vieillesse. Toutefois, ce travail pourra en atténuer, au niveau local, les effets négatifs sur la perception de l'unité de soins de longue durée. En outre, il est à espérer qu'un tel travail recevra un accueil favorable auprès des autres établissements et qu'ils procéderont, convaincus des bienfaits, de façon similaire sur leur zone d'activité. Ce travail est une réelle nécessité non pas pour des raisons de marketing mais dans l'intérêt des résidents. "Comme l'image de soi dépend pour une large part du regard des autres, les personnes vieillissantes intègrent l'image que leur renvoient les autres générations"⁴⁰. Il est donc essentiel de modifier le regard extérieur porté sur les personnes âgées dépendantes de l'unité de soins de longue durée. Là encore, le but est de mettre en place une dynamique autour de la bonne image de l'hôpital. Améliorer la perception de l'unité de soins de longue durée contribue à faire évoluer le regard porté sur les personnes âgées dépendantes ainsi que celui porté sur leur lieu d'hébergement.

³⁸ VEYSSET-PUIJALON Bernadette, Autrement – Etre vieux, de la négation à l'échange, série Mutations n°124, Paris, 1991, p. 9.

³⁹ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 145.

Ce travail sur l'image de l'hôpital de Malestroit est, certes, un argument de marketing mais il est aussi une nécessité pour les résidents et leur estime de soi. Le contexte juridique plaide d'ailleurs en ce sens puisqu'il contraint les établissements hospitaliers ainsi que les institutions médico-sociales à s'engager sur la voie de la qualité dans l'intérêt des résidents.

C – Le cadre juridique : saisir l'opportunité des "démarches qualité" pour améliorer l'image

Le contexte de qualité régissant actuellement le secteur sanitaire et social se présente comme une véritable aubaine pour tout établissement désireux de travailler son image. Il a, en effet, déjà été établi que la qualité tenait une place prépondérante dans l'amélioration de la perception extérieure. Aussi, l'hôpital doit saisir l'occasion qui lui est aujourd'hui donnée d'améliorer la qualité dans ses services et, par là-même, d'améliorer son image extérieure.

L'hôpital est concerné à double titre par les démarches qualité aujourd'hui impulsées. Tout d'abord, l'article 2 de la l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée insère un article L. 710-5 au code de la santé publique. Cet article dispose qu' "afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation". L'alinéa 2 de ce même article précise que "cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement". En tant qu'établissement public de santé, l'hôpital local de Malestroit est juridiquement obligé de se soumettre à cette procédure. Les premiers compte-rendus des experts visiteurs ont établi que seuls les services cliniques étaient soumis à la procédure d'accréditation, excluant de ce fait les services d'hébergement alors qu'ils représentent généralement

⁴⁰ LELEU Myriam, Misère et insolence de la vieillesse, Labor, Bruxelles, 1998, p. 37.

l'activité principale des hôpitaux locaux. Aussi, les unités de soins de longue durée n'entrent pas dans le champ d'application de la procédure d'accréditation. Cependant, le travail de préparation en amont de la visite des experts visiteurs est lourd pour les établissements hospitaliers. Il requiert de mobiliser d'importants moyens humains et financiers. Aussi, bien que l'accréditation ne concerne que les services de médecine et de convalescence, il me semble plus pertinent de réaliser ce travail pour l'ensemble de l'établissement. C'est, d'ailleurs, dans cette voie que l'hôpital s'est engagé. En effet, il serait absurde d'engager une procédure si contraignante pour moins d'un tiers des lits sans en tirer tous les bienfaits. C'est pourquoi, les mesures d'amélioration continue de la qualité et son évaluation, mises en place dans le cadre de l'accréditation, concerneront à terme l'ensemble des services de l'hôpital. L'unité de soins de longue durée n'est donc pas directement concernée par la procédure d'accréditation. En revanche, elle est explicitement visée par la dimension qualitative de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales rappelle dans son préambule que "ladite convention doit notamment définir « les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en attendant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil »". La signature de la convention pluriannuelle tripartite engage l'établissement à garantir un niveau de qualité optimale au regard des moyens dont il dispose. En contrepartie, les représentants de l'Etat (directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ou préfet de région) et du conseil général (président du conseil général ou directeur départemental des affaires sociales) s'engagent, lors de la signature de la convention, à mettre à la disposition de cet établissement les moyens financiers permettant de garantir ce niveau de qualité.

L'accréditation et la démarche qualité engagée par la réforme de la tarification poursuivent le même objectif et les modes opératoires sont sensiblement les mêmes. L'établissement doit, dans un premier temps, dresser un bilan qualitatif au vu d'une auto-évaluation. Ces démarches sont d'autant plus intéressantes qu'elles impliquent directement l'ensemble des catégories

professionnelles intervenant dans l'établissement. Cette participation des agents, au sein de groupe de travail, les amène à réfléchir à leurs propres pratiques professionnelles, à distinguer les bonnes et les mauvaises pratiques. Cette façon de procéder est moins culpabilisante qu'un audit externe qui prend très aisément la forme d'un jugement porté sur les pratiques professionnelles. En fonctionnant de la sorte, les agents corrigent d'eux-mêmes les mauvaises pratiques et ne vivent pas cette expérience comme une remise en question de leurs compétences. Ce travail fait aussi prendre conscience aux personnels de l'importance de la qualité pour les personnes qu'elles servent. Indépendamment de la qualité des professionnels, un tel travail améliore la qualité des prestations servies par les agents car, d'une part, ils sont davantage mobilisés pour servir des prestations de qualité. D'autre part, un plan pluriannuel d'actions à mener pour accroître la qualité est arrêté au vu des résultats de l'auto-évaluation. Ce plan d'action a pour but d'échelonner dans le temps les actions à mener pour améliorer la qualité des prestations mais aussi celle du niveau de formation des agents. L'échelonnement se fait en fonction des moyens pouvant être alloués à l'action envisagée mais surtout en fonction de son caractère urgent ou non. La pluriannualité de ces deux démarches prouvent bien la volonté d'en faire une dynamique pérenne et non une action ponctuelle.

L'activité sanitaire et sociale est donc bien toute entière régie par la notion de qualité. Tous les acteurs sont mobilisés en ce sens. Les financeurs des établissements hospitaliers et d'hébergement pour personnes âgées encouragent d'ailleurs les initiatives permettant une amélioration des prestations servies en dehors de la procédure d'accréditation ou de la signature des conventions tripartites. En effet, des "primes à l'initiative" sont distribuées de façon parcimonieuse pour favoriser les actions dont le but est d'améliorer la qualité de vie en institution. C'est ainsi que l'hôpital de Malestroit a pu bénéficier de subventions non renouvelables pour financer une campagne de lutte contre la douleur (sensibiliser les soignants et les former à la prise en charge de la douleur, évaluer l'adaptation des traitements médicamenteux à la douleur ressentie...).

A n'en pas douter ce contexte généralisé de qualité est une véritable chance pour travailler l'image de tout établissement et plus particulièrement pour l'hôpital de Malestroit. En effet, il a déjà été établi que la qualité des prestations et celle des

personnels étaient les facteurs principaux dans l'élaboration d'une bonne image. Aussi, le travail visant à améliorer l'image de l'unité de soins de longue durée tout en maintenant à un bon niveau celle des services de médecine et de convalescence sera d'autant plus aisé que la qualité de l'hôpital sera au rendez-vous. C'est pourquoi, il convient de s'appuyer sur ce contexte de qualité pour faire du travail de l'image de l'hôpital une véritable priorité. On est bien loin avec cet argument des ambitions marketing avancées précédemment. Il s'agit là non plus de s'assurer du remplissage des lits mais d'assurer une authentique qualité de vie aux personnes hospitalisées et surtout à celles qui le sont de façon permanente. Ici, travailler l'image de l'hôpital en parallèle de l'amélioration continue de la qualité est une nécessité pour les personnes âgées. Certes, les démarches qualité sont en premier lieu des obligations juridiques mais elles peuvent aussi constituer un réel bienfait pour les personnes âgées dépendantes et les établissements qui les hébergent.

Qu'il s'agisse de satisfaire les intérêts de l'hôpital ou ceux des personnes âgées dépendantes, travailler l'image de l'hôpital local de Malestroit semble être une réelle nécessité. Le contexte, dans ses dimensions concurrentielle, culturelle, et juridique tend à montrer que le moment est opportun pour y procéder. Le but de ce travail sera donc, je l'ai déjà dit, de revaloriser l'image de l'unité de soins de longue durée tout en conservant aux services de médecine et de convalescence son aura positive sur le bassin d'attraction de l'hôpital. Pour y parvenir, il faut pouvoir à la fois maîtriser les éléments négatifs (représentations altérées du mauvais vieillissement notamment) qui tirent vers le bas l'image de l'hôpital tout en mobilisant les outils permettant d'optimiser les éléments pouvant s'avérer positifs.

III – TRAVAILLER LES POINTS FAIBLES DE L'HOPITAL POUR AMELIORER SON IMAGE

Travailler l'image de l'hôpital local de Malestroit passe inéluctablement par une amélioration générale de la qualité. Pour y parvenir, il est nécessaire de dégager au préalable les points faibles de l'établissement et d'y remédier. Comme je l'ai déjà établi, l'image d'un établissement se bâtit essentiellement à

partir de la qualité des personnels et de celle des prestations assurées. L'hôpital, dans le cadre du travail de son image, doit donc s'efforcer d'accroître la qualité fournie par les personnels (A) tout en offrant la qualité de vie attendue par les usagers potentiels de l'hôpital (B). Toutefois, ces efforts auront un effet moindre s'ils ne sont pas relayés par une politique de communication (C).

A – La qualification et la motivation des personnels : instruments de l'amélioration des prestations de type hôtelier et des soins

Il m'a semblé que l'amélioration de la qualification des personnels constituait la première étape dans le travail de l'image de l'hôpital local de Malestroit en ce qu'elle est le gage de prestations de qualité. En effet, comme je l'ai déjà avancé à plusieurs reprises, posséder un personnel de qualité est un gage de satisfaction à l'égard des services de type hôtelier et des soins et par ricochet, d'une bonne image. Pour dégager des pistes de travail en la matière, je me suis appuyée sur les entretiens réalisés avec les soignants des différents services de l'hôpital ainsi que sur les renseignements fournis par les familles des résidents de l'unité de soins de longue durée. Ces rencontres m'ont ainsi permis de repérer les points faibles et les dysfonctionnements qui peuvent faire penser aux personnes extérieures que le personnel n'est pas de qualité. La première raison ainsi invoquée est le manque de qualification. Ce constat peut être fait pour l'ensemble des services de l'hôpital. En effet, l'établissement doit aujourd'hui faire face aux erreurs de recrutement commises dans les dernières décennies. En effet, les personnes recrutées dans les années passées l'ont été sur des postes d'agents de service hospitalier au détriment du recrutement d'aides-soignants. Ceci explique le manque de qualification actuelle des agents même s'ils participent régulièrement à des actions de formation continue. Ce manque de qualification s'explique d'autant mieux que dans les années passées, l'hôpital avait une dimension sociale bien réelle et ce bien souvent au détriment des résidents. En effet, l'hôpital était, certes, un établissement d'accueil pour personnes âgées, mais il était avant tout un créateur d'emplois peu qualifiés notamment pour les femmes n'ayant pas suivi d'études. Ainsi, moins d'un quart des agents de service hospitalier ont un diplôme en rapport avec leurs fonctions.

Ce manque de qualification de cette catégorie de personnel est, en outre, amplifié par la confusion des fonctions d'aides-soignants et d'agents de service hospitalier. En effet, j'ai déjà eu l'occasion d'aborder les difficultés induites par la faiblesse des effectifs. A celles déjà évoquées, il faut en ajouter une nouvelle. Le manque d'agents conduit à faire effectuer le même travail aux agents de service hospitalier et aux aides-soignants. Cette confusion des tâches, présente dans de nombreux établissements hospitaliers, pose problème à double titre. D'une part, elle contraint des agents à pratiquer des actes pour lesquels ils ne sont pas formés et par là-même à endosser des responsabilités qu'ils ne devraient pas supporter. D'autre part, elle est une source de conflits et de rivalités entre agents. Les agents de service hospitalier effectuent le même travail que les aides-soignants mais ne touchent pas la même rémunération mensuelle. Cette rupture d'égalité de traitement est assez mal vécue par la première catégorie d'agents évoquée. En outre, certains agents de service hospitalier se sentent valorisés par cette promotion officieuse mais d'autres ne le ressentent pas comme tel en raison du comportement des familles à leur égard. En effet, ces dernières s'adressent plus volontiers aux infirmiers et aux aides-soignants (les fonctions sont inscrites sur les blouses des agents) lorsqu'elles désirent avoir un regard soignant sur une situation alors que les agents de service hospitalier pourraient apporter une réponse aux familles au même titre que les aides-soignants. En outre, les aides-soignants n'apprécient pas non plus la situation car ils ont le sentiment que leur qualification et leur spécificité dans la prise en charge des personnes âgées ne sont pas reconnues puisque des agents n'ayant pas reçu la formation d'aide-soignant effectuent les mêmes tâches. Il apparaît donc qu'un terme doit être mis à cette situation, le plus rapidement possible. Il appartient donc au directeur aidé des cadres de santé de clarifier les rôles de chacun notamment en rédigeant des fiches de postes basées non pas, comme c'est actuellement le cas à l'hôpital de Malestroit, sur les horaires de travail mais sur les fonctions assurées par chaque catégorie d'agent. Cette clarification des rôles est indispensable pour garantir aux résidents des soins de qualité, dispensés par des agents qualifiés. Toutefois, elle ne sera pas sans poser problème pour le fonctionnement des services. La clarification des rôles mettra peut-être un terme aux tensions entre membres des équipes de travail mais elle mettra en exergue le manque d'agents qualifiés notamment au sein de l'unité de soins de longue durée. En effet, le nombre d'agents de service hospitalier étant

le même que celui des aides-soignants, la proportion de ces derniers est insuffisante au regard de la dépendance des résidents. Il faudra donc, dans les années à venir, réduire le nombre d'agents de service hospitalier et augmenter la proportion d'aides-soignants. L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle rappelle, d'ailleurs, qu'il est nécessaire d'accorder "une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil". Il faudra donc à l'avenir que les recruteurs, c'est-à-dire le directeur mais aussi les cadres de santé en hôpital local soient particulièrement vigilants. En outre, il est nécessaire de permettre (notamment budgétairement) un accès facilité aux formations continues pour les agents déjà en poste. Ceci dit, le problème n'est pas résolu pour autant. Les agents de service hospitalier partant à la retraite dans les années à venir ne sont pas nombreux. Les départs à la retraite de ces agents et le recrutement en contrepartie d'aides-soignants ne suffiront pas à accroître la proportion de cette dernière catégorie de personnel. L'hôpital n'a donc pas d'autre choix que de faire accéder les agents de service hospitalier en poste à la formation d'aides-soignants. Afin d'inciter les agents à présenter ce concours, l'hôpital devra être en mesure de proposer des conditions, notamment financières, attrayantes. Peu d'agents accepteront, en effet, de suivre une année de formation s'ils ne sont pas payés, si leurs frais de formation ne sont pas pris en charge et si leur remplacement au sein du service n'est pas assuré (une certaine solidarité entre les agents de l'unité de soins de longue durée conduit à refuser de suivre une formation si leurs collègues doivent en pâtir). Cette action de formation à grande échelle ne peut donc pas être improvisée. Il est nécessaire de la planifier surtout d'un point de vue budgétaire. Il est évident que des économies devront être faites sur d'autres postes budgétaires pour permettre de financer cette action. Les crédits alloués aux actions de formations ponctuelles pourront ainsi être diminués pendant cette période. Une analyse financière montre que le budget actuel reconduit permet à l'hôpital de financer la formation de deux agents par an et ce pendant cinq ans.

L'acquisition, lors de la période de formation, de bonnes pratiques professionnelles permettra peut-être d'accroître légèrement les cadences de travail mais cela n'apportera pas une réponse satisfaisante au manque d'agents. Il faudra tôt ou tard remédier à ce problème et penser à augmenter les effectifs. En effet, le manque de personnel pose un réel problème aux équipes. Le stress

provoqué par le manque de personnels (augmentation des cadences, sélection entre les tâches urgentes ou non, sentiment de "bâcler" le travail...) peut devenir à plus ou moins long terme une cause d'absentéisme qui oblige à avoir recours à des agents contractuels ne connaissant pas les habitudes du service et des personnes âgées s'y trouvant. Les faibles effectifs sont sans conteste une source de non-qualité. En outre, le stress ainsi provoqué conduit à des conflits entre agents, conflits qui s'ajoutent à ceux résultant de la confusion des tâches et aux inévitables "incompatibilités de tempéraments" (auxquelles l'hôpital peut difficilement remédier). Cette mauvaise ambiance visant plus particulièrement les équipes de l'unité de soins de longue durée (la plus concernée par le manque de personnel) est relayée à l'extérieur de l'établissement par les différents visiteurs mais aussi par certains membres du personnel, ce qui ne contribue pas à améliorer l'image de ce service. Même si la solution à ce problème d'effectifs est toute trouvée - recruter - sa faisabilité n'en est pas pour autant assurée. L'hôpital possède, en effet, une faible marge de manœuvre en la matière. Le recrutement d'agents supplémentaires est encadré par les crédits budgétaires prévus à ce poste de dépenses. Même si l'ensemble des personnels, les résidents, les familles et la direction concèdent que les effectifs sont insuffisants, ce n'est pas pour autant que le recrutement est possible. En effet, une augmentation des effectifs ne peut se faire que si les recettes budgétaires le permettent. La rationalisation des dépenses de santé a conduit à geler l'évolution des dotations globales, l'unique solution pour recruter des agents en unité de soins de longue durée réside alors dans l'augmentation du prix de journée. Pour que les effectifs soient suffisants, il faudrait recruter plusieurs agents (au moins un par étage de l'unité de soins de longue durée soit trois agents) ce qui représente une augmentation du prix de journée d'environ huit francs par agent recruté. L'amélioration de la qualité et par voie de conséquence de l'image de l'unité des soins de longue durée justifie cette hausse des tarifs pratiqués. Les résidents de ce service et leur famille sont-ils, pour autant, prêts à accepter une telle augmentation même si elle permet d'accroître la qualité ? Cette augmentation du prix de journée est d'autant plus importante qu'elle survient à une période où les coûts vont être revus à la hausse en raison de l'amélioration et de la réduction du temps de travail. Il est donc nécessaire de prendre en compte cette perspective afin de ne pas trop accroître les prix de journée. L'allocation personnalisée à l'autonomie offrira peut-être une alternative à cette

situation. En effet, elle permettra peut-être de rendre ces surcoûts indolores pour les résidents ou pour leur famille, en ce qu'une partie de ces coûts sera imputée à la section "dépendance" et prise en charge, de façon générale, par l'allocation personnalisée à l'autonomie.

Accroître la qualification et le niveau de formation des agents pour améliorer la niveau de qualité des services de type hôtelier et celle des soins à l'hôpital de Malestroit est donc une priorité dans le travail de l'image. Toutefois, il ne faut pas négliger l'importance de la motivation des agents. La phase de recrutement est une étape décisive en la matière. Les recruteurs doivent s'assurer à cette occasion que les candidats présentent une réelle motivation pour la gériatrie. En aval du recrutement, une mobilité interne maîtrisée des équipes permet de lutter contre la démotivation d'autant plus qu'au vu des entretiens réalisés avec les soignants, il semblerait que le travail dans l'unité de soins de longue durée soit plus difficile compte tenu du niveau de dépendance très élevé des personnes y résidant. Certains agents rencontrés ont même confessé que travailler définitivement dans ce service s'avèrerait déprimant du fait qu'aucune amélioration de l'état de santé des résidents n'est à attendre. Bien que peu appréciée des équipes, la mobilité possède de nombreux atouts lorsqu'elle est bien menée. En effet, elle permet de changer de cadre professionnel et de remotiver de la sorte les agents qui en avaient éventuellement besoin. Le changement de service permet aussi de se confronter à des savoir-faire différents et de remettre en cause ses propres pratiques. Il permet, en outre, de gérer de façon temporaire les incompatibilités d'humeurs entre agents. Toutefois, pour ne pas être mal perçue par les agents, la mobilité ne doit pas être vécue comme une sanction. Elle doit être cadrée. Aussi, doit-elle concerner l'ensemble des personnels et pas seulement une catégorie d'agents (les agents de jour) ou un service (l'unité de soins de longue durée). En outre, les différents entretiens nous ont montré que les résidents de l'unité de soins de longue durée, surtout ceux présentant des troubles de la désorientation, sont rassurés par les visages connus d'autant plus que les soignants finissent par connaître leurs habitudes de vie. Il est donc nécessaire, pour préserver les personnes âgées de ce service, que la mobilité ne concerne pas trop d'agents d'un même service en même temps. Par ailleurs, les agents doivent rester dans un même service suffisamment longtemps pour que les résidents s'habituent à

eux. Toutefois, le temps resté au sein d'un même service ne doit pas être une source de démotivation. La durée moyenne de séjour en unité de soins de longue durée constitue l'élément de base dans la détermination du temps de roulement. Celle-ci est d'un an et demi ce qui signifie que les agents doivent rester au minimum deux ans dans ce service. Toutefois, une telle durée implique de renouveler par moitié les effectifs ce qui ne me semble pas adapté aux besoins des résidents. Le renouvellement d'un tiers des effectifs tous les ans me apparaît plus adéquat. Cette durée de trois ans me semble, en effet, suffisamment longue pour permettre à tous les acteurs de trouver leurs repères et suffisamment courte pour ne pas démotiver les agents.

Un personnel qualifié et motivé est nécessaire pour garantir un niveau satisfaisant de qualité des services de type hôtelier et des soins. Le travail de l'image de l'hôpital ne doit pourtant pas se cantonner à la seule amélioration de la qualité des personnels. Il convient aussi de rendre l'hôpital plus attractif au regard des activités qu'il propose.

B – Innover pour faire de l'hôpital un véritable lieu de vie

Il ne s'agit pas tant ici d'impulser de la vie à l'hôpital en améliorant le cadre de vie et en offrant des prestations de qualité, l'amélioration des prestations de type hôtelier et des soins doit venir naturellement de la qualification et de la motivation des agents. Il me semble que pour faire progresser l'image de l'hôpital et pour chasser définitivement l'idée d'hospice, il faut aller au-delà de la simple qualité de l'hébergement et de la prise en charge médicale. En effet, pour éviter que l'hôpital ne soit un lieu "stigmatisé", il faut pouvoir chasser également l'idée de "mouroir" de la pensée collective. Il est, hélas, impossible de porter la mort hors des murs de l'établissement. Des personnes âgées continueront de mourir. Ceci est d'autant plus vrai que les résidents de l'unité de soins de longue durée viennent généralement finir leur vie dans ce service. Pour améliorer l'image de l'hôpital tout en servant l'intérêt des résidents, il faut permettre aux personnes âgées hospitalisées, et plus particulièrement à celles qui ne regagneront pas leur domicile, de vivre dans un établissement pourtant associé à la mort. "Qu'est-ce que vivre, sinon se nourrir

de relations, alimenter et soutenir des liens affectifs et des activités dans un va-et-vient permanent assurant la continuité du sujet"⁴¹. Pour faire de l'hôpital un lieu de vie, il faut donc pouvoir multiplier les échanges notamment en l'extériorisant. Cela implique, dans un premier temps, de permettre aux personnes âgées résidant de façon permanente à l'hôpital d'en sortir même si ce n'est que de façon temporaire. Multiplier les échanges et surtout les activités est d'autant plus important pour les résidents de l'unité de soins de longue durée que certains d'entre eux avouent s'ennuyer l'après-midi. Ceci est moins vrai pour les personnes âgées hospitalisées en service de médecine et de convalescence dans la mesure où la courte durée de séjour rend plus supportable le manque d'activité. Il apparaît donc que les efforts pour faire de l'hôpital un lieu de vie doivent surtout bénéficier aux résidents de l'unité de soins de longue durée. Aussi, l'hôpital doit-il garder à l'esprit que l'amélioration de son image passe inéluctablement par le bien-être de ses résidents. L'extériorisation de l'établissement doit donc leur permettre aux personnes âgées hospitalisées de conserver un tissu relationnel mais aussi de leur proposer des activités adaptées à leur niveau de dépendance pour éviter qu'ils ne s'ennuient. Il est vrai que multiplier les activités et animations proposées aux personnes âgées hospitalisées au sein de l'établissement peut avoir un coût élevé que l'hôpital n'a pas forcément les moyens d'assumer. Faire participer les résidents aux activités proposées au niveau communal semble être une solution peu onéreuse envisageable. J'ai d'ailleurs rencontré le président du club du troisième âge ainsi que celui de "l'Université du temps libre" (association qui organise des conférences sur des thèmes gérontologiques pour ses adhérents) qui se sont montrés assez favorables à cette démarche. La participation à des activités extérieures possède de nombreux avantages. D'une part, elle permet de diversifier les animations à moindre coût, même si les cotisations d'adhésions à ces activités venaient à être prises en charge par l'hôpital (par le biais de l'association constituée par les personnels finançant une partie des animations proposées). Cette proposition requiert alors de mettre à disposition un ou deux agent(s) pouvant conduire les résidents intéressés. Elle ne nécessite pas forcément de posséder un véhicule adapté au transport de personnes handicapées puisque le club du troisième âge se trouve à quelques mètres de

⁴¹ BOIFFIN André, "Identité et vieillissement", tiré de Laennec, Paris, 1998 (n°3-4), p. 8.

l'hôpital (les locaux du club appartiennent à l'hôpital) et que les conférences organisées par "l'Université du temps libre" se déroulent dans une salle non loin de l'établissement. D'autre part, faire participer les résidents à de telles activités leur permet de nouer des relations avec des personnes de leur génération ayant les mêmes centres d'intérêt. Ils (re)créent ainsi un tissu relationnel qui a tendance à se relâcher avec l'avance en âge. Un recensement effectué par le cadre de santé de l'unité de soins de longue durée, en juin 2000, révèle que dix résidents de ce service seraient intéressés et pourraient se rendre à ces activités extérieures. Toutefois, il serait erroné de croire que cette solution ne pose aucune difficulté. En effet, les obstacles sont multiples. Tout d'abord, il n'est pas évident que les résidents de l'unité de soins de longue durée soient bien acceptés par les autres participants de ces deux groupes. Ceux-ci peuvent, en effet, être effrayés par l'image de la vieillesse renvoyée par les personnes âgées dépendantes hospitalisées en unité de soins de longue durée. Cette peur du mauvais vieillissement conduirait inéluctablement à l'exclusion des résidents de l'hôpital. Aussi, pour réduire ces risques, il serait raisonnable de limiter l'accès aux activités de ce type aux seules personnes atteintes de faibles dépendances notamment physiques, celles pouvant rester un après-midi sans surveillance médicale. En outre, et pour les mêmes raisons, il convient de ne pas donner la sensation aux adhérents de ces clubs d'être "la garderie de l'hôpital"⁴² en limitant le nombre de résidents pouvant participer simultanément à ces regroupements. Outre les apports pour les résidents que nous avons déjà évoqués, sortir les résidents de l'hôpital ne peut qu'être favorable à la perception de l'hôpital. En effet, l'établissement sortirait de son image de "prison" dans laquelle il est enfermé depuis plusieurs années (idée renforcée par l'installation de digicodes à l'entrée de l'unité de soins de longue durée pour des raisons sécuritaires) et renverrait une image plus dynamique des personnes âgées hospitalisées. Pour autant, cette participation aux activités extérieures ne doit pas devenir un prétexte pour ne plus rien faire par soi-même.

Pour faire de l'hôpital un lieu de vie, il est également important de multiplier les échanges pas seulement à l'extérieur. Il convient particulièrement d'inciter autant que possible les habitants de la région malestroyenne à venir à

⁴² Réflexion d'agents craignant des reproches si la solution émise venait à se concrétiser.

l'établissement dans des circonstances autres que professionnelles ou pour une visite à une personne de leur entourage. Cette démarche semble d'ailleurs nécessaire pour améliorer l'image de l'hôpital puisque l'analyse des questionnaires a montré que les personnes extérieures qui s'y étaient rendues en avaient une meilleure opinion. Les opérations "portes ouvertes" ayant montré leurs limites (seules les personnes envisageant de recourir prochainement à une hospitalisation s'y rendent), il convient de trouver d'autres moyens pour y parvenir. Les solutions que je propose incitent les personnes extérieures à venir à l'hôpital mais aussi y introduisent de la vie dans le respect du principe de spécificité régissant le secteur hospitalier. Dans cet objectif, deux propositions peuvent être émises. La première consiste en la mise en place d'un accueil de jour. D'un point de vue organisationnel, cette voie de travail ne pose pas de difficultés majeures dans la mesure où elle n'exige qu'une simple extension des activités et animations proposées à l'ensemble des personnes âgées vivant à proximité de l'hôpital. Ces personnes pourraient, en effet, venir déjeuner et participer aux animations avec les personnes hospitalisées. Ainsi, les personnes âgées résidant à l'hôpital ne pouvant ou ne voulant pas en sortir pourraient, elles aussi, rencontrer des personnes extérieures et tisser avec elles des liens. En outre, l'accueil de jour permet de répondre à un besoin sur le bassin d'attraction de l'hôpital. De nombreuses personnes âgées dépendantes ne sont pas hospitalisées mais prises en charge à domicile par leur famille (la forte sollicitation du service de soins à domicile de l'hôpital et du centre de soins communal le prouve). L'accueil de jour permettrait de soulager les aidants familiaux qui le désirent. Ceux-ci sont souvent mis sous pression car ils doivent faire face quotidiennement à la dépendance d'un de leur proche sans y être réellement préparés. L'entrée en institution est souvent un soulagement, même si elle est généralement culpabilisante, car elle met fin aux relations parfois difficiles entre le parent dépendant et l'aidant. L'accueil de jour serait donc une alternative à l'hospitalisation voire une étape pour faciliter l'entrée en institution. En cela, l'accueil de jour constitue un réel service public que l'hôpital pourrait gérer. Toutefois, la mise en place d'une telle activité requiert de demander l'autorisation de son ouverture et surtout son financement aux autorités de tutelle ce qui n'est pas sans poser problème. La procédure est longue et ne dépend pas uniquement de l'hôpital. Une autre solution, dont l'issue ne dépend que de l'établissement et de son conseil d'administration, peut être proposée

pour faire de l'hôpital un lieu de vie. Pour mettre en œuvre cette solution, l'établissement doit disposer de locaux disponibles, ce qui sera prochainement le cas pour l'hôpital de Malestroit. Cette solution consiste en l'instauration d'une halte-garderie dans l'enceinte de l'hôpital. Ceci est particulièrement réalisable à Malestroit car les lieux de garde d'enfants sont peu nombreux alors que les naissances n'ont cessé d'augmenter ces deux dernières années. L'hôpital pourrait alors accueillir dans ces locaux disponibles une halte-garderie. Il ne s'agit pas pour l'hôpital de gérer cette activité mais de louer pour une somme éventuellement symbolique des locaux (le but n'est pas de dégager des recettes subsidiaires). L'hôpital ne pourrait d'ailleurs pas en être le gestionnaire en vertu du principe de spécificité des activités hospitalières. La gestion pourrait être laissée aux parents dont certains membres du personnel de l'hôpital. L'instauration d'une halte-garderie au sein de l'hôpital, initiative très à la mode depuis 1993, "année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations", possède de nombreux avantages. En premier lieu, elle favorise les échanges intergénérationnels. Des activités et animations pourraient être communes aux jeunes enfants et aux personnes âgées afin de créer de véritables relations. Indirectement, cette coexistence de la jeunesse et de la vieillesse peut permettre de changer les représentations culturelles des personnes en institution. Les jeunes enfants placés dans cette halte-garderie n'auront probablement pas le même regard sur la vieillesse et sur le mauvais vieillissement une fois devenus adultes. Toutefois, seul l'avenir de ces expériences pourra le confirmer. En second lieu, elle redonne aux personnes âgées une véritable place dans la société en ce qu'elle implique que "le vieux n'est pas seulement celui dont les réseaux d'insertion se désagrègent, dont le corps lâche, mais qu'il possède une richesse, une valeur à donner à la société dont il fait partie"⁴³. C'est une expérience à tenter pour le bien-être des résidents car ces derniers apprécient la présence d'enfants et particulièrement des plus jeunes. Cette ouverture à la jeunesse est d'ailleurs bénéfique pour les personnes âgées désorientées. Les premières expériences de haltes-gardières implantées en milieu gérontologique vantent le mérite d'une telle démarche⁴⁴ tant pour les personnes âgées que pour les jeunes enfants. En outre, la présence d'une halte-garderie répond, elle aussi, à une demande sur la région malestroyenne ainsi

⁴³ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 119.

⁴⁴ Le Monde daté du jeudi 25 janvier 2001.

qu'a pu nous le confirmer l'actuel maire de Malestroit. Outre les apports bénéfiques pour les résidents et les parents, le directeur en retire aussi un intérêt au regard de ses fonctions managériales. De nombreux agents sont confrontés aux problèmes de garde de leurs enfants en raison de leurs horaires ce qui a une incidence sur la qualité de leur travail et sur l'organisation du service (plannings, agents devant s'absenter exceptionnellement pour chercher ses enfants...). Aussi, la présence au sein de l'hôpital d'une halte-garderie permettrait à ces agents, ainsi qu'au directeur, d'avoir l'esprit plus tranquille. En outre, le directeur de la clinique pourrait en tirer les mêmes avantages puisque les agents de la clinique seraient également susceptibles de bénéficier des horaires étendus de cette garde d'enfants.

Toutes ses activités visant à extérioriser l'hôpital et à en faire de la sorte un véritable lieu de vie auront toutefois un moindre impact si elles ne sont pas relayées par une politique de communication tant interne qu'externe.

C – Relayer les actions menées au sein de l'hôpital par une politique de communication interne et externe

Il semble nécessaire de parachever le travail de l'image de l'hôpital en instaurant une politique de communication à un triple niveau. Il convient, en effet, pour améliorer l'image de l'établissement de rendre publiques les actions menées pour y parvenir. Il est évident que les propositions auront un impact moindre si elles se limitent à leurs seuls protagonistes. Parallèlement, il semble tout aussi important de mieux communiquer avec les différents acteurs de la vie institutionnelle. Ceci est d'autant plus important que les entretiens réalisés auprès des soignants de l'hôpital ont mis en lumière un défaut de communication, tant ascendante que descendante, entre membres du personnel. Ces rencontres ont, en effet, révélé que les informations diffusées notamment lors des instances consultatives parvenaient difficilement à la totalité des agents. Ce constat est assez surprenant dans la mesure où les compte-rendus de ces réunions sont affichés dans les services. Cette perte d'informations s'explique en grande partie par une utilisation inefficace des tableaux d'affichage. Ce manque de communication touche également le directeur qui n'est pas toujours informé

des différents incidents survenus dans les services (chutes, pertes d'objet, et parfois décès de résidents). Ces dysfonctionnements dans la remontée d'informations sont particulièrement gênants dans la mesure où le directeur prend parfois connaissance de la vie de son établissement par des voies détournées. Cette rétention d'information, quel qu'en soit le niveau, est un obstacle à la bonne perception de l'hôpital dans la mesure où elle conduit à faire penser que l'ensemble des personnes travaillant dans cet établissement est indifférent à la vie de l'institution. En outre, il apparaît, au vu de ces mêmes entretiens, que les agents des différents services ne se connaissent pas nécessairement ce qui est d'autant plus problématique en matière de communication que les services sont interdépendants. Il convient donc de mettre en œuvre des procédés optimisant la descente et la remontée des informations relatives à la vie institutionnelle. Dans un premier temps, il est nécessaire de revoir les tableaux d'affichage. Il faut notamment remédier à leurs inconvénients actuels. Il convient plus particulièrement de revoir l'organisation de l'affichage. Celle-ci doit permettre de pouvoir distinguer d'un seul coup d'œil les différentes catégories d'informations (compte-rendus d'instances consultatives, synthèses des travaux en cours, notes de service et d'informations...). En outre, la position des tableaux d'affichage doit être stratégique. Ils doivent être placés dans un lieu de passage obligé des agents tel que le vestiaire ou dans la salle où les repas sont pris. Ce procédé ne garantira pas que tous les agents auront en leur possession toutes les informations mais il en optimisera la diffusion. Pour compléter l'effet des tableaux d'affichage, un moyen plus personnel pourrait être envisagé si les crédits budgétaires peuvent le permettre. En effet, une lettre interne reprenant ces mêmes informations pourraient être adressée à chaque agent (y compris les contractuels réguliers) pour s'assurer de la diffusion des informations même en cas d'absence prolongée (congrés annuels, maladie...). Celle-ci serait envoyée au domicile des agents. Il serait souhaitable, si le budget le permet, que l'envoi ne se fasse pas en même temps que le bulletin de paie pour ne pas donner le sentiment aux agents que ce n'est qu'à ce moment que l'hôpital pense à eux. Par ailleurs, il est nécessaire aussi de favoriser la remontée des informations vers la direction et de créer des lieux d'échanges. S'agissant de la remontée d'informations, la mise en œuvre de procès-verbaux relatifs aux chutes, pertes d'objet et divers autres incidents pourraient l'assurer. Ces documents remplis en deux exemplaires, remis au cadre de santé du service et

au directeur permettraient à ces deux acteurs d'être rapidement informés de ces évènements. Ce mode d'information risque pourtant de poser problème dans la mesure où l'écrit n'appartient pas à la tradition hospitalière. Toutefois, il faut sensibiliser les agents en insistant très fortement sur l'importance pour le cadre de santé et le directeur d'être en possession de ces éléments. En effet, il est nécessaire pour eux d'en avoir connaissance car ce sont eux que les familles désireront rencontrer en cas de mécontentement. Ce travail est également nécessaire en terme budgétaire. En effet, s'il est vrai que mettre en place un tel outil mobilisera du temps et des agents, il permettra aussi de faire des économies. En effet, la non-qualité a un coût. En l'occurrence, la rétention d'informations conduit, par exemple, à préparer des repas aux personnes âgées décédées ou hospitalisées dans un autre établissement. S'agissant enfin de l'échange d'informations entre les différents membres du personnel, elle pourrait être facilitée par l'instauration d'une réunion régulière rassemblant les responsables de service (soins et logistiques). Les informations n'étant pas trop nombreuses dans un petit établissement, une réunion tous les quinze jours pourrait suffire. Il convient, en outre, de limiter le temps de ces rencontres, celles-ci ne devant pas dépasser une heure compte tenu de leur objet. Ces réunions peuvent sembler venir en redondance des autres moyens mis en place mais en réalité, leur objet est un peu différent. Elles doivent permettre d'être un véritable lieu d'échanges d'informations pouvant aller au-delà des moyens précédemment évoqués. Dans le cadre de ces rencontres, le climat de convivialité et de confiance devra permettre d'évoquer les difficultés rencontrées au sein des services et de dégager en commun des solutions. De façon indirecte, ces réunions doivent créer un climat propice à la communication qui pourra se décliner dans chaque service. Tous ces moyens devant favoriser la communication permettront d'améliorer l'image de l'hôpital en ce qu'une meilleure information des agents profite aux familles qui voient ainsi leurs demandes de renseignements aboutir aisément, ce qui accroît leur satisfaction à l'égard de l'hôpital.

Le défaut de communication ne touche pas que les personnels de l'hôpital, il frappe aussi les familles des personnes âgées hospitalisées. Ce problème concerne plus particulièrement les familles de résidents de l'unité de soins de longue durée qui sont davantage intéressées par la vie institutionnelle que les

personnes hospitalisées en services de médecine et de convalescence qui ne sont là que pour peu de temps. Toutefois, les propositions faites pour remédier à ce défaut de communication pourront également les concerner. Les entretiens réalisés auprès des familles des résidents de l'unité de soins de longue durée ont montré que, là encore, il n'existait pas au sein de l'établissement un véritable lieu d'échange entre l'hôpital et ses usagers si ce n'est le conseil d'établissement mis en place récemment. Cette instance, bien qu'utile, n'est pas suffisante pour permettre aux familles de réellement communiquer car n'y siègent que des représentants des usagers et les sujets abordés ne sont pas réellement laissés à la discrétion des familles. Les thèmes abordés concernent, bien souvent, des éléments très généraux de la vie institutionnelle (phases budgétaires, organisation du travail...). En outre, les deux "démarches qualité" engagées au sein de l'hôpital ont révélé qu'il n'existait pas actuellement de procédures de recueil des plaintes et insatisfactions autres que le questionnaire de sortie des services de médecine et de convalescence. La politique de communication mise en œuvre devra donc permettre d'être à l'écoute des demandes des usagers mais aussi d'instaurer des relations de transparence avec les familles. Pour favoriser l'écoute que l'hôpital porte aux personnes âgées, il convient dans un premier temps de formaliser le recueil des plaintes et des insatisfactions. Dans ce sens, une personne pourrait être en charge de ce recueil (emploi jeune en charge de la qualité par exemple pour limiter les coûts) auprès des résidents. Cet agent pourra, à partir d'un questionnaire élaboré par un groupe de travail, relever les points d'insatisfaction des personnes hospitalisées. S'agissant des familles, les moyens de recueil des plaintes et des insatisfactions sont plus limités dans la mesure où celles-ci, comme j'ai pu le relever lors des entretiens, hésitent à se plaindre. Aussi, semble-t-il plus opportun d'anticiper autant que possible les plaintes et insatisfactions. Lorsque des familles demandent à rencontrer le cadre de santé du service concerné ou le directeur, c'est généralement à la suite des événements précédemment évoqués (chutes, pertes de lunettes ou de prothèse dentaire...). Aussi, pour remédier à ces plaintes, un travail peut être opéré en amont, au moment de l'admission. En effet, pour assainir les relations avec les familles, il conviendrait de contractualiser le droit au risque de chaque personne hospitalisée. Ceci est plus particulièrement vrai pour les résidents de l'unité de soins de longue durée. Si l'institution doit être considérée comme le domicile des résidents, il faut que la vie institutionnelle s'apparente à celle qu'ils menaient

auparavant. Vivre en institution "implique de prendre des risques, le refuser pour les personnes âgées, c'est, d'une certaine façon, leur refuser le droit à la vie"⁴⁵. Il convient donc de communiquer avec les familles pour établir un compromis acceptable en la matière et le formaliser lors de la signature du contrat de séjour. Toutefois, accepter le risque pour les familles n'est pas aisé car l'institutionnalisation est souvent le moyen d'éliminer le risque. Pourtant, cette acceptation du risque améliore l'image de l'hôpital à double titre. D'une part, elle consolide l'idée que l'hôpital est un lieu de vie. D'autre part, elle désamorce les mécontentements des familles et évite de la sorte de faire circuler une mauvaise image de l'hôpital. En aval de cette démarche, il convient également de mettre en œuvre des moyens permettant d'évacuer la culpabilité des familles lorsque le risque redouté s'est concrétisé. L'instauration de groupes de parole communs aux familles et aux membres du personnel permettrait d'y apporter une solution. En effet, ces groupes animés par un psychologue – neutre - peuvent permettre aux familles d'évacuer leurs angoisses mais aussi d'instaurer une véritable communication avec les agents qui ont eux aussi besoin d'évacuer la pression qu'ils emmagasinent au fil des jours. En outre, pour améliorer la communication entre l'institution et les familles des personnes hospitalisées, la lettre interne, devant être diffusée auprès des agents, pourrait aussi être adressée aux familles si les crédits budgétaires le permettent (en dehors de l'envoi de la facturation dans la mesure du possible). L'amélioration de la communication avec les familles doit permettre à l'établissement d'accéder aux demandes des familles et de remédier à leurs insatisfactions. Elle doit, en outre, valoriser les familles et (ré)investir les familles dans la vie institutionnelle. Cette meilleure communication doit permettre d'extérioriser la satisfaction des familles.

La manifestation de la satisfaction des familles ne doit pas être la seule opportunité pour l'hôpital de porter à la connaissance des personnes extérieures le travail effectué dans ses murs. L'amélioration de l'image de l'hôpital passe aussi par une politique de communication extérieure. Les rencontres avec les familles ont montré que les actions visant à accroître la qualité des prestations assurées par l'hôpital (campagne contre la douleur, procédure d'accréditation...) sont rarement connues des personnes extérieures. Il convient donc de mettre en

⁴⁵ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 148.

avant les actions et les animations présentes et à venir. Cette publicité autour de ce travail d'amélioration de la qualité doit permettre de faire évoluer l'image de l'hôpital de Malestroit. Pour y parvenir, le directeur doit nouer des liens rapprochés avec la presse locale, voire régionale (notamment Ouest-France). Il convient donc d'instaurer des contacts réguliers avec les journalistes. D'une part, ils permettent de rendre publics les efforts mis en œuvre par l'hôpital pour changer son image. Ils contribuent de la sorte à modifier le regard extérieur porté sur l'établissement et sur les personnes s'y trouvant. Ils font de l'hôpital un établissement dynamique. D'autre part, ces contacts réguliers doivent permettre d'instaurer un climat de confiance avec la presse, climat pouvant minimiser la mauvaise publicité susceptible d'être faite dans l'hypothèse d'un incident grave (incendie...). Toutefois, la politique de communication externe est un instrument à double tranchant. Si elle contribue indéniablement à améliorer l'image de l'hôpital, elle constitue également un "piège". En effet, l'hôpital doit être en permanence en mesure de prouver la qualité des services et prestations sans quoi, l'impact bénéfique de la publicité se retourne contre l'établissement. Cette difficulté peut cependant être perçue comme une façon de tirer l'image vers le haut dans le sens où l'hôpital n'a pas d'autre alternative que de soigner la qualité de l'établissement et de l'image extérieure qu'il renvoie.

POUR UNE PLUS GRANDE RECONNAISSANCE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

L'amélioration de l'image de l'hôpital et plus particulièrement celle de l'unité de soins de longue durée n'est-elle alors qu'une simple question de marketing ou alors, va-t-elle au-delà de cette dimension ? Si l'a priori relatif à l'hôpital n'est plus aussi négatif qu'il l'était auparavant, l'enquête réalisée sur le bassin d'attraction a établi que les notions d'hospice, de mort et de mourir sont encore bien souvent associées à l'unité de soins de longue durée.

Une bonne image est, certes, un argument marketing de poids pour assurer la pérennité de l'hôpital. Toutefois, il ne s'agit pas là du seul critère retenu par les usagers potentiels pour faire le choix d'un établissement. C'est

pourquoi, travailler l'image de l'hôpital doit avant tout se faire dans l'intérêt des personnes âgées qui y sont hospitalisées. La bonne image d'un service ou d'un établissement est profondément liée, pour les personnes que j'ai eu l'opportunité d'interroger, à la qualité des personnels et à celle des services. Aussi, si l'hôpital de Malestroit, représenté par son directeur, désire améliorer son image, il lui faut irrémédiablement jouer sur ces deux variables. Les solutions que nous avons dégagées vont d'ailleurs dans ce sens. Ce ne sont sûrement pas les seules pistes envisageables pour améliorer l'image de l'hôpital mais il m'a semblé qu'il s'agissait de celles qui s'adaptent le mieux au contexte local et aux contraintes qui s'imposent à l'hôpital. Ces pistes de travail, une fois mises en œuvre devront ensuite faire l'objet d'une évaluation périodique, notamment en renouvelant la démarche que j'ai adoptée pour parvenir à cette analyse, et de mesures correctives pour pérenniser les efforts engagés dans le travail de l'image de l'hôpital.

L'amélioration de l'image de l'hôpital doit donc permettre incidemment d'améliorer les conditions de vie en institution ainsi que le regard porté sur les personnes âgées dépendantes et les établissements qui les accueillent. Toutefois, ce bénéfice escompté soulève le problème de la subjectivité de la qualité. En effet, les efforts fournis par l'hôpital pour améliorer la qualité générale - et donc améliorer son image - seront-ils perçus de la même façon par tous ? La qualité ressentie par les personnes âgées hospitalisées sera-t-elle ressentie comme telle par les personnes extérieures, principaux édificateurs de l'image de l'hôpital ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ♦ ALBOU Philippe, L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 1999, 228 p.
- ♦ EVANS Anne, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000, La documentation française, Paris, 2001, 171 p.
- ♦ GOFFMAN Erving, Stigmate, Les éditions de minuit, Paris, 1975, 175 p.
- ♦ LELEU Myriam, Misère et insolence de la vieillesse, Labor, Bruxelles, 1998, 96 p.
- ♦ VERNETTE Eric, Etudes de marché, Vuibert, Paris, 1993, 399 p.
- ♦ VEYSSET Bernadette, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, Paris, 1989, 171 p.

MEMOIRES ET THESES

- ♦ COLLARD Nicole, Long séjour : lieu d'exclusion sociale ou lieu de vie ? Modification de l'image négative – contribution d'une infirmière générale, ENSP, 1992.
- ♦ DAUMAS Marie-José, L'entrée en institution : placement en situation d'urgence ou réponse au problème du vieillissement. La mise en place d'une stratégie de direction pour banaliser la rupture et valoriser l'image de l'établissement, ENSP, 1992.
- ♦ GUILLEMOT André, L'hôpital de Malestroit du milieu du XVII^e siècle à la Révolution, sous la direction de M. CORVISIER, 1967.
- ♦ LEGROS Brigitte, Réhabiliter les soins infirmiers gérontologiques ou changer une image, ENSP, 1993.
- ♦ MURGUE Marie-Laure, L'image de marque à la maison de retraite de Mornant, ENSP, 1989.

ARTICLES

- ♦ BOIFFIN André, "Identité et vieillissement", tiré de Laennec, Paris, 1998 (n°3-4), p. 6 – 9.
- ♦ BOURDELAIS Patrice, "Représentations et réalités de la vieillesse : du vieillissement individuel au vieillissement collectif", tiré de Laennec, Paris, 1998 (n°3-4), p. 2 – 5.
- ♦ COLVEZ Alain, "Elargir les conceptions habituelles de la santé et de la maladie : une exigence de la gérontologie", tiré de Laennec, Paris, 1998 (n°5), p. 10 – 12.
- ♦ ENNUYER Bernard, "L'objet «personne âgée»", tiré de Autrement – Etre vieux, de la négation à l'échange, Série "Mutations" (n°124), Paris, 1991, p. 14 – 28.
- ♦ GIGET Marc, "L'identité de l'entreprise – Préalable à la réflexion stratégique", tiré de Futuribles, Paris, 1989 (n°137), p. 15 – 32.
- ♦ GODET Michel, "Prospective et stratégie : approches intégrées", tiré de Futuribles, Paris, 1989 (n°137), p. 15 – 32.
- ♦ HENRARD Jean-Claude, "Les multiples facettes du vieillissement et de la vieillesse", tiré de Prévenir, Marseille, 1998 (n°35), p. 33 – 39.
- ♦ HELFTER Caroline, "Promouvoir un autre regard sur la vieillesse", tiré de Actualités Sociales Hebdomadaires, Paris, 1997 (n°2031), p. 19 – 20.
- ♦ HELFTER Caroline, "Vieillesse et âge – Age de la représentation de la vieillesse", tiré de Actualité et dossier en santé publique, Condé sur Noireau, 1997 (n°21), p. IV – XV.
- ♦ HENRARD Jean-Claude, "Pour une approche de la vieillesse et du vieillissement", tiré de Problèmes économiques, Paris, 2000 (n°2656 – 2657), p. 78 – 80.
- ♦ HUMMEL Cornélia, "La tête et les jambes. Représentations de la vieillesse chez les jeunes adultes", tiré de Prévenir, Marseille, 1998 (n°35), p. 15 – 22.
- ♦ LEGRAND Monique, "Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ?", tiré de Gérontologie et société, Paris, 1997 (n°81), p. 161 – 172.
- ♦ MAISONDIEU Jean, "Vieux fous ?", tiré de Autrement – Etre vieux, de la négation à l'échange, Série "Mutations" (n°124), Paris, 1991, p. 41 – 46.

- ♦ MISPELBLON Frédéric, "Marketing et management dans les services publics : quels rapports entre le personnel et les usagers ?", tiré de Gérer et comprendre, Saint-Just-la-Pendue, 1992 (n°29), p. 30 – 39.
- ♦ VEYSSET-PUIJALON Bernadette, Editorial, tiré de Autrement – Etre vieux, de la négation à l'échange, Série "Mutations" (n°124), Paris, 1991, p. 8 – 11.
- ♦ VRANCKEN Didier, "Les institutions gériatriques entre rationalisation et subjectivisation", tiré de Prévenir, Marseille, 1998 (n°35), p. 41 – 48.

ANNEXES

**ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DES RENCONTRES AVEC LES
PERSONNELS SOIGNANTS**

**ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DE SORTIE DES SERVICES DE MEDECINE
ET DE CONVALESCENCE**

**ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN DES RENCONTRES AVEC LES
FAMILLES DES RESIDENTS DE L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE**

ANNEXE I

GUIDE D'ENTRETIEN (personnel)

FONCTION :

ANCIENNETE :

EXPERIENCE(S) ANTERIEURE (S) :

AGE :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE :

① Pourquoi faites-vous ce métier (parcours professionnel)? Pourquoi à l'hôpital local de Malestroit ? Quelles sont vos ambitions professionnelles / comment envisagez-vous votre avenir professionnel (changement de profession, de service en interne ou en externe...) ?

② Comment percevez-vous l'établissement, quel(s) qualificatif(s) associez-vous à l'hôpital ? Pensez-vous que l'image des personnes âgées hospitalisées est bonne ? Pensez-vous que cela ait des conséquences pour l'hôpital ?

③ Avez-vous l'occasion de parler de votre métier ou de l'hôpital à l'extérieur ? En quelle(s) circonstance(s), en quel(s) terme(s), pourquoi ? Arrive-t-il que l'on vous pose des questions sur l'hôpital ou sur votre métier ? Sur quel(s) domaine(s) portent ces questions, comment y répondez-vous ? Y aurait-il quelque chose à faire pour que vous ayez envie d'en parler ?

④ A votre avis, l'image extérieure de l'établissement est-elle bonne, pour quelle(s) raison(s) ? La bonne / mauvaise image générale concerne-t-elle de façon uniforme tous les services, pourquoi ? Vous sentez-vous reconnu(e) /

dévalorisé(e) dans votre travail par cette bonne / mauvaise image de l'établissement / de votre service ?

⑤ Pensez-vous que l'établissement a évolué ? En quel sens ? Pensez-vous que cette évolution ait été perçue à l'extérieur, pourquoi ?

⑥ Si un de vos proches âgés devait être hospitalisé en (service de l'agent), lui conseilleriez-vous de venir à celui de l'hôpital, pourquoi ? Même question avec les autres services de l'hôpital.

⑦ Comment imaginez-vous l'hôpital dans l'avenir ?

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

1 – Votre arrivée aux admissions :

⇒ L'accueil vous a-t-il convenu ?

Oui Non

⇒ Comment noteriez-vous l'accueil des admissions ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

2 – Votre arrivée dans le service :

⇒ L'accueil a-t-il été chaleureux ?

Oui Non

⇒ Comment noteriez-vous l'accueil dans le service ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

3 – Votre séjour :

⇒ Avez- vous l'impression que le personnel a répondu à toutes vos attentes ?

Oui Non

⇒ Comment qualifieriez-vous vos relations avec le personnel ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

⇒ Comment pensez-vous avoir été soigné ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

⇒ Que pensez-vous des repas ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

⇒ Que pensez-vous de la façon dont les repas sont servis ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

⇒ Que pensez-vous de l'entretien de votre chambre ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

⇒ Si vous avez participé à des animations, comment les avez-vous appréciées ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

4 – Votre sortie :

⇒ Votre sortie a-t-elle été suffisamment bien préparée ?

Oui Non

⇒ Avez-vous reçu toute l'aide et les conseils que vous souhaitiez ?

Très bien Bien Passable Mauvais Très mauvais

5 – L'hôpital en général :

⇒ Si vous deviez donner une note générale relative à l'établissement, combien donneriez-vous entre 1 et 10 ?

6 – Vos remarques et vos suggestions

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN (famille)

LIEN DE PARENTE :

DATE DE L'ADMISSION :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE :

CONNAISSANCE ANTERIEURE DE L'HOPITAL :

① Dans quelles circonstances votre [parent] a-t-il (elle) été admis(e) en long séjour ?

② Avez-vous choisi l'hôpital de Malestroit ? (selon réponse précédente) Quelles ont été les raisons de ce choix ? / Pourquoi être quand même venu à Malestroit ?

③ Etes-vous satisfait du long séjour ? Pourquoi (points forts et points faibles) ? Avez-vous vu une évolution ? Laquelle ?

④ Quelle est, selon vous, l'image du long séjour ? Pourquoi (représentation des personnes âgées) ?

⑤ Quelle est, selon vous, l'image de l'hôpital (image globale ou dissociée selon les services) ?

⑥ Pensez-vous que les gens de Malestroit ont la même image que vous ?

⑦ Avez-vous l'occasion de parler de l'hôpital aux gens qui vous entourent ? En quelles circonstances ? Vous pose-t-on des questions sur l'hôpital ?

⑧ Avez-vous le sentiment d'être bien informé(e) sur ce que fait l'hôpital ? Saviez-vous que l'hôpital gérait un service de soins à domicile ? Saviez-vous que l'hôpital faisait du portage de repas à domicile ? Saviez-vous que l'hôpital était sensible à la prise en charge de la douleur ? Saviez-vous que l'hôpital menait une procédure d'accréditation (démarche de qualité) ?

⑨ Lorsque vous avez un renseignement à demander, savez-vous à qui vous adresser ? Aimeriez-vous avoir un référent dans l'institution ?