

# L'ÉVALUATION ET LA FORMATION AUX PRATIQUES PROFESSIONNELLES THÉRAPEUTIQUES DE QUALITÉ AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

F. GATTO, E. PASTOR, C. RIOLACCI

## L'évaluation et la modification des pratiques professionnelles thérapeutiques auprès des personnes âgées

En avril 1995, l'O.M.S.\* a lancé le programme « Vieillesse et Santé » dont l'objectif est de promouvoir la santé et le bien-être durant toute la vie, la plus haute qualité de vie pour le plus longtemps possible et pour le plus grand nombre de personnes âgées. Les politiques de santé et les experts en gériatrie demandent aux professionnels de modifier leurs pratiques pour mieux soigner les personnes âgées.

Pour cela il est recommandé de mettre en œuvre le modèle global de la santé (Laroque, 1987., Conférence Nationale de Santé, 1999., Leclerc et al. (2000), Haut comité de santé publique, 1999). Ce modèle contient et dépasse le modèle bio-médical en intervenant sur tous les déterminants de la santé. « Pour ce modèle, la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psycho-sociaux et environnementaux. L'action thérapeutique prend en compte ces facteurs depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement du mourant » (D'Ivernois et Gagnayre, 1995). Dans ces perspectives de récents travaux (Gatto, 2005 ; Gatto et al, 2007) ont conceptualisé un nouveau paradigme de santé et préconisent de dépasser le modèle de santé global en mettant en œuvre le modèle de santé complexe et ses applications pratiques. En effet, c'est à partir des savoirs et des techniques en médecine, en sciences humaines et sociales, en kinésithérapie par exemple, de l'expérience du patient et du professionnel que la qualité des soins et la santé du malade peuvent s'améliorer.

La loi du 04 mars 2002 ordonne le changement de pratiques par l'éducation à la santé au cours des soins dans une démarche thérapeutique non positiviste. Il s'agit de ne pas systématiser les pratiques thérapeutico-éducatives et de placer la personne malade et sa famille dans une posture de co-auteur des évaluations, des objectifs et des programmes de soins. « L'éducation à la santé a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont-ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie. Le soin s'adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires, histoires, émotions, projets...) sont singulières et évolutives dans le sens donné par l'individu et ne sont pas contrôlables, maîtrisables, neutralisables » (Gatto, 2005).

## Données Démographiques

Le vieillissement global de la population française résulte de la baisse de la fécondité depuis les années 1970 et de l'augmentation de la durée de vie des personnes âgées (Gaymu, 1997). Les prévisions pour 2020 indiquent que près de 10 % de la population aura plus de 75 ans si les données démographiques actuelles se maintiennent ( Beck, 1994).

Le maintien à domicile des personnes âgées est de plus en plus fréquent. Les personnes vivant dans des structures d'hébergement représentent 6.4 % de la population de plus de 65 ans et 13.3 % des 75 ans et plus (Leclerc et al., 2000). Selon l'I.N.S.E.E. \*\*, seulement 11 % des personnes de plus de 60 ans hors institution sont physiquement dépendantes et 1.7 % d'entre elles ont besoin d'une aide pour la vie quotidienne. En ce qui concerne les personnes de plus de 80 ans, 28 % sont physiquement dépendantes et 4.5 % nécessitent une aide pour la vie quotidienne. Ces chiffres tiennent compte de l'incapacité physique des personnes mais semblent oublier les conséquences de l'isolement et de la solitude chez les personnes âgées, même valides.

## Analyse sociétale

Aujourd'hui la vieillesse génère un problème d'ordre éthique, moral, économique, sanitaire et social. Selon Bour et Aumont (1973), « le vieux n'est pas une catégorie biologique mais une catégorie sociale qui prend un sens différent selon les époques ». Le vieillissement comporte trois composantes indissociables, le vieillissement physiologique ou sénescence, le vieillissement psychologique et le vieillissement social.

Pour Henrard (1997), « le vieillissement physiologique est constitué par l'ensemble des processus biologiques rendant l'individu plus sensible aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort. Ce vieillissement se fait par des modifications cellulaires entraînant des modifications morphologiques, une baisse des performances physiologiques et intellectuelles ». C'est l'expression du déroulement du temps biologique. « La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres » (Beauvoir, 1970). La vitesse de la sénescence est fonction du patrimoine génétique, mais aussi du parcours de vie individuel et collectif de la personne. Les expériences vécues et les comportements mettent en évidence des facteurs accélérant ou ralentissant le processus de vieillissement. Vieillir correspondrait à une perte progressive de ses capacités physiques, psychiques et sociales. Pour l'O.M.S (1999), une personne est âgée à partir de 65 ans, un vieillard entre 75 et 90 ans et un grand vieillard au-delà de 90 ans. « La dernière partie de la vie correspond, en psychologie du développement, à la phase de recherche de son intégrité, c'est à dire à la recherche de sens pour sa propre vie et à sa mise en ordre pour pouvoir faire face à la mort » (Erikson, 1986). Depuis l'ère industrielle, en Occident, la vieillesse sociale correspondait plutôt à la phase de cessation d'activité professionnelle. C'est l'âge associé à la non-productivité, à la dépendance et à l'absence de projet de vie. Dans les sociétés d'Afrique ou d'Asie, le vieillard possède un certain pouvoir. Il a un rôle d'éducation, de transmission des savoirs, des savoir-faire et des traditions. Il incarne la sagesse et ses expériences de vie le placent dans une position de référent lui permettant de donner du sens à sa vie. « Dans les sociétés industrielles, la vieillesse a plutôt une représentation négative. Elle est souvent associée à l'isolement, la dépendance, le besoin de prise en charge et la perte des facultés intellectuelles » (Lehr, 1972).

Pour Beauvoir (1972), « Le drame de l'âge ne se produit pas sur le plan sexuel mais sur le plan économique. Le vieillard n'incarne pas, comme chez les anthropoïdes, l'individu qui n'est plus capable de se battre, mais celui qui ne peut plus travailler et qui est devenu une bouche inutile ». Il paraissait nécessaire de définir un nouveau rôle aux personnes âgées afin d'enrayer le processus de désocialisation. En passant d'une activité professionnelle à la retraite, les personnes âgées vivaient souvent une rupture qui conduisait à l'exclusion, à la marginalisation, à une perte de repères temporels, spatiaux, psychologiques et sociaux. La catégorisation de non-productif développait chez la personne âgée un sentiment de mort sociale. Cette situation était souvent génératrice d'angoisse et de souffrance. Le stigmate de « vieux » conduisait dans la majorité des cas à la désinsertion sociale caractérisée par la retraite professionnelle, la perte progressive de l'intégrité physique, la désinsertion symboli-

que par le rapprochement de la mort. Pour Thomas (1980), « le placement en institution, en maison de retraite, en service de moyen séjour, est à la fois la conséquence de la « mort sociale » et son instrument le plus perfectionné dans le sens où il institutionnalise l'aliénation du vieillard tout en déculpabilisant les familles qui se débarrassent ainsi des parents devenus encombrants tout en se donnant bonne conscience ». Vignat (1970), décrit les établissements d'accueil et de soins comme des mouiroirs, une antichambre de la mort. Ils transforment la mort sociale en mort biologique, ceci malgré les efforts de modernisation. La position de ces auteurs des années 1970 était assez dure. Actuellement les pratiques thérapeutiques de terrain sont-elles conformes aux recommandations politiques et scientifiques ?

## Les modèles et les pratiques de santé

### **Le modèle bio-médical**

C'est le traitement curatif de la maladie qui a pour unique objectif de corriger la déficience.

La maladie est au centre du dispositif de soins. C'est l'époque de la « médecine triomphante », de la « biologie triomphante ». Il est imaginé que la biologie et la médecine peuvent vaincre toutes les maladies.

### **Le modèle social**

C'est le traitement social de la maladie et du handicap. C'est l'ère de la socialisation du handicap et de la maladie. Le pôle d'intérêt est social.

Exemples : La sécurité sociale, la COTOREP.

### **Le modèle de santé global et le modèle de santé complexe**

Le modèle de santé global est encore dans une démarche positiviste en découpant la personne malade par de multiples variables et en déterminants de la santé qu'il est nécessaire de contrôler et de prendre en charge en supprimant ou en neutralisant les savoirs et les pratiques de l'expérience, la subjectivité, l'imprévisible, l'inventivité, la créativité, la construction du soin et du projet de soin en cheminant.

Le modèle de santé complexe est axé sur l'équilibre dynamique et évolutif de l'individu avec son environnement par la mise en œuvre de l'interaction dialogique de la logique positiviste et de la logique phénoménologique du soin et de l'éducation.

Ce modèle propose d'évaluer, de tracer et de mettre en place des dispositifs thérapeutiques, éducatifs et sociaux qui sont fusionnés dans l'action pratique pour permettre à la personne malade et à la personne âgée de s'engager au niveau sociétal et de prendre une position de décideur et de participant en fonction de ses besoins et de ses demandes. Ce modèle de santé ne rejette les précédents mais les englobe et les dépasse en s'appuyant les savoirs et les pratiques en médecine, en sciences humaines et sociales, en kinésithérapie par exemple, sur l'expérience du patient et sur l'expérience du professionnel.

« L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société. Il s'agit d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé » (Gatto, 2005). Depuis fort longtemps cette démarche est réalisée par les professionnels de santé. Mais l'éducation efficace et efficiente n'est pas uniquement une information, un conseil, une prescription ... tout comme l'évaluation n'est pas seulement un contrôle, une mesure, un bilan, un taux de glycémie... L'éducation se réalise dans une relation en fonction des valeurs, du projet, des connaissances, des savoir-faire, et de l'expérience de chaque protagoniste de la relation de soin. Les professionnels de santé possèdent-ils des connaissances et des savoir-faire pour réaliser des activités des actions thérapeutico-éducatives basées sur le modèle de santé complexe

xe ? Possèdent-ils des connaissances et des savoir-faire pour évaluer à court, à moyen et à long terme l'efficacité de leurs actions thérapeutico-éducatives ?

## Les objectifs de la recherche

Une recherche en situation réelle de soins des personnes âgées dépendantes a permis de tester l'éventuel écart entre les pratiques de terrain et les recommandations proposées par les experts en gériatrie et par les politiques de santé.

## Le dispositif de recherche

L'observation ethnographique a été réalisée auprès d'une population de 40 personnes âgées dépendantes choisies de manière aléatoire (20 personnes âgées soignées en institution et 20 personnes âgées soignées en hospitalisation à domicile).

Durant 30 jours de stage l'observateur, stagiaire kinésithérapeute - cadre de santé avait en sa possession une grille mentionnant les critères du modèle de santé bio-médical et les critères du modèle de santé complexe.

Le tri et l'analyse des notes prises ont été réalisés sur deux variables.

- Les discours et les pratiques relevant du modèle de santé bio-médical.
- Les discours et les pratiques relevant du modèle de santé complexe.

## Les résultats

A 80 % les professionnels considèrent la santé comme l'absence de maladie. Les pratiques et les activités discursives auprès des personnes âgées en établissement comme à domicile sont à 80 % basées sur le modèle bio-médical de la santé (évaluations, objectifs, discours, décisions, moyens...).

De nombreuses recherches en sciences de l'éducation ont montré depuis maintenant plus de 50 ans que les modèles de pensée peuvent être placés en interaction dialogique et sont à questionner pour conduire à une éventuelle modification des pratiques professionnelles. Les pratiques de certains professionnels sont dans certains cas installées depuis plus de trente ans. La mise en opposition systématique risquerait de renforcer des obstacles au changement.

Il a donc été formalisé à partir des résultats des travaux, de la littérature et des recommandations de bonnes pratiques un certain nombre de dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques de soin auprès des personnes âgées. Ces dispositifs devraient aider les professionnels à mieux développer la mise en œuvre du modèle complexe de la santé au cours de leurs pratiques.

Il est présenté ci – dessous les dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques matérialisés par des questions qui pourraient permettre aux acteurs de santé d'auto – évaluer leurs pratiques professionnelles, de se questionner sur leurs pratiques professionnelles et éventuellement de les faire évoluer .

### Les dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques :

1. Existe-t-il des savoirs et des pratiques en matière de soins des personnes âgées et comment les utilisez - vous (évaluation des écarts, régulation des écarts ...) ?
2. Utiliser – vous au cours des soins des savoirs et des pratiques issus des sciences humaines et sociales ? Lesquels ? Leurs effets sont – ils écrits, évalués et régulés ?
3. Les souffrances, les angoisses, les douleurs des personnes âgées sont-elles évaluées, écrites, prises en compte et tracées au cours des soins ?
4. Tous les intervenants auprès des personnes âgées ont-ils reçu une formation spécifique ? Laquelle ?
5. Les personnes âgées expriment-elles leurs besoins ou leurs envies et ont-elles un pouvoir de décision sur leur vie quotidienne ? Existe-t-il un registre tenu à jour ?
6. Les interventions des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sont-elles coordonnées et répertoriées ?
7. La personne âgée est-elle placée au centre du dispositif sanitaire et social ? Quels sont les indicateurs de cette démarche ?
8. En établissement spécialisé, les résidents participent-ils à la vie de l'établissement (distribution du courrier ou des journaux, préparation de repas ou de goûters...) ?
9. Existe-t-il des espaces et des moments de d'expression et de discussion résident / personnel ? Des comptes rendus de ces moments de discussion sont ils consignés dans des registres ?
10. Les besoins fondamentaux et les demandes des personnes âgées sont-ils évalués par écrit, discutés et respectés ?
11. Chaque personne âgée construit-elle son projet de vie. Ce projet est-il connu par chaque intervenant, discuté, formalisé dans un registre, et évolutif ?

### Synthèse du dispositif de recherche

Objectifs de la recherche	Modèles et théories convoquées	Population observée	Méthode et dispositif de recherche	Principaux résultats
Evaluer le modèle de santé et les pratiques utilisés par les professionnels de la santé en exercice auprès des personnes âgées dépendantes	Modèles de la santé et de l'éducation en santé Modèles de l'évaluation	40 situations de soins auprès de personnes âgées dépendantes choisies de manière aléatoire : 20 en institution hospitalière et 20 en hospitalisation à domicile.	Méthode ethnographique 30 jours d'observation en situation réelle. Grilles d'observation focalisée sur les discours et les pratiques des professionnels de santé. Tri et analyse des notes centrés sur la variable modèle de la santé (bio-médical ou complexe) Analyse de contenu par unités de sens.	Les pratiques et les activités discursives auprès des personnes âgées en établissement hospitalier et à domicile sont à 80% basées sur le modèle de santé bio-médical (évaluations, discours, objectifs, décisions, moyens...). Ce modèle s'inscrit dans le paradigme positiviste. Il est centré sur l'organe malade ou déficient.

## La modification des pratiques professionnelles par l'évaluation des pratiques et la formation

Il existe donc un écart significatif entre les pratiques professionnelles thérapeutiques auprès des personnes âgées dépendantes ; les références théoriques pluridisciplinaires et les recommandations de bonnes pratiques. Pour tenter de diminuer ce décalage les professionnels pourraient utiliser les dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques construits et bénéficier de formation à l'évaluation des pratiques et à la qualité des soins. Le projet est de valoriser et d'améliorer les pratiques par les évaluations et par la formation. L'évaluation des pratiques constituant déjà par elle-même un dispositif de formation.

Les professionnels pourraient vérifier, auto - contrôler leur pratique avec les dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques construits pour mesurer l'écart de leur activité avec un soin relevant du modèle complexe de santé. Concomitamment à cet auto - contrôle, ces dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques peuvent permettre d'activer le processus d'auto - questionnement : remises en question, recherche de sens de l'activité professionnelle, dialogue, discussion, confrontation, disputation et mise en tension de l'auto - questionnement avec l'auto - contrôle. Cela contribuera à la substitution des régulations de conformité par des régulations complexes qui selon Morin (1990, 1991), Bonniol (1995), Vial (1997), Gatto (2005) sont plus favorables à la modification des comportements professionnels. Béraud et al. (1996), soulignent que le personnel, peu ou mal formé, peut aggraver la dépendance. C'est ainsi que pour « gagner du temps », le professionnel fait à la place de la personne âgée au lieu de mettre en place des dispositifs adaptés pour que la personne âgée réalise, s'engage et donne du sens par elle-même à sa vie quotidienne. Le risque est de conduire à la passivité et de supprimer les stimulations nécessaires au maintien d'une certaine autonomie motrice, cognitive et sociale. L'amélioration de la santé demande une charge de travail quantitative et qualitative plus importante que la dépendance totale et la soumission totale. Modifier des pratiques installées depuis de nombreuses années nécessite souvent un apprentissage par des formations adaptées et du temps. La science doit rompre avec l'opinion affirmait Bachelard (1938). Changer est difficile !!!

Une formation destinée aux professionnels pourrait permettre de contribuer au « ramollissement » et au changement des pratiques constituées en obstacles. Un Diplôme Universitaire et un Master 2 sur l'Évaluation et l'amélioration de la Qualité des Pratiques est en cours d'habilitation et sera proposée très prochainement aux professionnels de santé. Ce projet de formation et d'action devrait permettre de réduire l'écart constaté par les résultats de recherche, d'améliorer la qualité des soins et la santé des personnes âgées mais aussi de toute personne malade soignée par des professionnels de santé. La ville de Lattes par exemple a déjà conceptualisé et commencé à mettre en œuvre sur le terrain un pôle santé correspondant aux attentes des politiques, des professionnels et des malades.

### Résumé

Les données de santé publique et les politiques de santé conduisent à s'interroger sur les pratiques thérapeutiques auprès des personnes âgées.

Les résultats de la recherche bibliographique mettent en évidence l'inexistence de savoir didactique pour promouvoir des actions thérapeutiques relevant du modèle de santé complexe et pour faciliter le passage de pratiques professionnelles curatives à des pratiques professionnelles complexes développant l'éducation à la santé au cours des soins.

Il a été évalué l'écart entre les recommandations préconisées par les politiques de santé, les experts en gériatrie et les pratiques des professionnels de santé. Les résultats à 80 % non conformes ont conduit à la construction de dispositifs d'évaluation-régulation des pratiques, d'un diplôme universitaire et d'un Master 2 sur l'Évaluation des pratiques à destination des professionnels de la santé.

**Mots clés :** Evaluation, pratiques professionnelles, formation, qualité, personnes âgées.

### Références bibliographiques

BACHELARD G. *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin, 1938.

BEAUVOIR S. *La vieillesse*. Gallimard, coll. Folio, 1972.

BECK H. *Vivre après 80 ans*. Herman, Ouverture Médicale, Paris, 1994.

BÉRAUD C. GREMY F., GRENIER B., GRIMALDI A., DE KERVASDOUÉ J., LÉVY G. *Quelle santé, Quelle médecine, Quels médecins voulons nous pour le XXI<sup>ème</sup> siècle, en France et en Europe ?* Colloque de Caen, Réforme Debré, un tiers de siècle après, 1996.

BONNIOL JJ. *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*. Les cahiers d'Aix en Provence, édité par le département des sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix-Marseille 1, Cahier n°1, la série en question, 1-34, 1995.

BOUR H. ET AUMONT M. *Le troisième âge*, prospective de la vie. PUF, Paris, 1973.

Conférence Nationale de Santé. *Vieillesse et politique de santé*. Rapport du professeur François Paillerets, Direction générale de la santé, secrétariat d'Etat à la santé, Poitiers le 17-18-19 mai 1999.

D'IVERNOIS J.F. ET GAGNAYRE. *Apprendre à éduquer le patient*. Vigot, Paris, 1995.

ERIKSON E.H., *The life cycle completed*. Norton, New York, 1986.

GATTO F. *Attitudes cognitives et cultures de soins*. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé. Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation, Université d'Aix-Marseille 1, 1999.

GATTO F, GARNIER A, VIEL E. *L'éducation du patient en Kinésithérapie*. Sauramps Médical, 2007.

GATTO F. *Enseigner la santé*. L'Harmattan, 2005.

GAYMU J. *Regard démographique sur le vieillissement*. Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 21, 1997.

Haut Comité de Santé Publique. *La santé en France 1994-1998*, Rapport. Ministère de l'emploi et de la solidarité, La documentation Française, Paris, 1999.

HENRARD JC., *Vieillesse et âge*. Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 21, 1997.

LAROQUE P., *Evolution et perspectives de la politique française de la vieillesse*. Gérontologie et Société, n° 41, 1987.

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., *Les inégalités sociales de santé*. La découverte, Recherches INSERM éditions, 2000.

LEHR U., *Psychologie des Alterns*, Heidelberg. Quelle et Meyer, 1972.

MORIN E., *Messie, mais non*. Arguments pour une méthode, Colloque de Cerisy, Seuil, Paris, 1990.

MORIN E., *La méthode : tome 4 : les idées, leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*. Le Seuil, Paris, 1991.

OMS., *Journée mondiale de la santé, restons actifs pour bien vieillir*. [www.who.org/whday/fr](http://www.who.org/whday/fr), 1999.

THOMAS L.V., *Anthropologie de la mort*. Payot, Paris, 1980.

VIAL M., *Conceptions de la régulation et apprentissage*. Les cahiers de l'année 1997, édité par le département des sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix - Marseille 1, Cahier n° 9, 67 - 100, 1997.

VIGNAT J.P., *Le vieillard, l'hospice et la mort*. Masson, Paris, 1970.