



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **septembre 2007**

**La faible attractivité des secteurs de
personnes âgées : quelles stratégies
pour le directeur des soins ?**

Maryse Copin

Remerciements

Merci à :

Christian, mon mari, et à mes trois garçons : Nicolas, Alexandre, Raphaël pour leur amour, leur compréhension, leur soutien constant et leurs encouragements.....

Mes fidèles compagnons de promotion : Patrick, Muriel, Christian, Laurence, pour leur écoute et leur disponibilité...

Christophe LERAT pour ses conseils éclairés et sa bonne humeur... pendant les ateliers mémoire.

« Que vaudrait la compétence sans l'humanité. »

André Comte-Sponville

Sommaire

Introduction	1
1 Le contexte général de la politique vieillesse et de la gérontologie	3
1.1 Le contexte général de la politique vieillesse	3
1.1.1 Un vieillissement démographique heureux et inquiétant.....	3
1.1.2 Le contexte politique.....	5
1.1.3 Les perspectives de la politique vieillesse.....	8
1.1.4 Le contexte professionnel.....	12
1.2 La prise en charge de la complexité du vieillissement : la gérontologie	15
1.2.1 Gériatrie et gérontologie.....	15
1.2.2 Les représentations collectives et individuelles.....	18
1.2.3 Le travail en gérontologie : entre satisfactions et contraintes.....	22
1.2.4 Formation initiale : l'évolution de la place de la personne âgée.....	25
2 L'enquête	26
2.1 Méthodologie	26
2.1.1 Choix de la méthode.....	26
2.1.2 Déroulement des entretiens.....	27
2.1.3 Limites et points positifs de la méthode.....	27
2.1.4 Choix de la population ciblée.....	28
2.2 Synthèse des résultats	29
2.2.1 Le regard des acteurs sur les représentations individuelles :.....	29
2.2.2 L'impact des représentations collectives.....	31
2.2.3 Le travail soignant.....	33
2.2.4 Un besoin unanime de formation continue.....	36
2.2.5 La formation initiale.....	37
2.3 Analyse du contenu des entretiens	37
2.3.1 Le regard des acteurs sur les représentations individuelles et collectives.....	37
2.3.2 Regards sur le travail soignant : contraintes, souffrances et satisfactions.....	38
2.3.3 Regard sur le besoin de formation.....	40

2.4	Vérifications des hypothèses.....	40
2.4.1	Les représentations individuelles et collectives sont très prégnantes et conditionnent le choix des professionnels.	40
2.4.2	La prise en charge interprofessionnelle et un encadrement dynamique donnent une cohérence et une satisfaction au travail.....	41
2.4.3	La compétence allant jusqu'à l'acquisition d'une expertise donne un sens au soin gériatrique, et est un axe de motivation fort pour les soignants.	41
2.4.4	Le module personnes âgées des formations initiales ne met pas suffisamment en perspective les problèmes de vieillissement, les contraintes et les sources de satisfaction du travail auprès des personnes âgées.....	41
3	Des préconisations pour le directeur des soins.....	42
3.1	Favoriser une politique de recrutement et d'intégration efficace.....	42
3.1.1	Par une participation forte de l'encadrement et un engagement de la DS en termes de mutation interne.....	42
3.1.2	Par un séminaire d'accueil organisé et structuré.....	42
3.1.3	Par un tutorat.....	43
3.1.4	Par des bilans d'intégration.....	43
3.2	La démarche projet et le travail interprofessionnel : points d'ancrage d'une amélioration de la qualité et d'une satisfaction au travail.....	44
3.2.1	Mettre la qualité au service des projets.....	44
3.2.2	Promouvoir le travail interprofessionnel.....	45
3.3	L'accompagnement et le soutien des professionnels.....	46
3.3.1	Soutenir le rôle déterminant de l'encadrement.....	46
3.3.2	Favoriser la mise en place d'espaces de paroles.....	47
3.3.3	Mettre en place un plan de formation continue.....	48
3.3.4	Accompagner les projets professionnels individuels.....	49
3.4	La communication interne et externe.....	49
3.4.1	En interne.....	49
3.4.2	En externe.....	50
3.5	Le partenariat avec l'IFSI.....	50
	Conclusion.....	52
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence N ationale d' A ccréditation et d' E valuation en S anté
ANGELIQUE :	Application N ationale pour G uider une E valuation L abellisée Interne de la Q ualité pour les U sagers des E tablissements
ARHIF :	Agence R égionale d' H ospitalisation d' I le de F rance
AS :	A ide(s)- S oignante(s)
ASH :	A gent des S ervices H ospitaliers
CLIC :	C omité de l iaison et de C oordination
CS :	C adre de S anté
CSS :	C adre S upérieur de S anté
DASS :	D irection de l' A ction S anitaire et S ociale
DGS :	D irection G énérale de la S anté
DGAS :	D irection G énérale de l' A ction S ociale
DRASSIF :	D irection R égionale de l' A ction S anitaire et S ociale d' I le de F rance
DRH :	D irecteur des R essources H umaines
DS :	D irecteur des S oins
DU :	D iplôme U niversitaire
EHPAD :	E tablissement H ébergeant des P ersonnes A gées D épendantes
ETP :	E quivalent T emps P lein
ENSP :	E cole N ationale de la S anté P ublique
IDE :	I nfirmière D iplômée d' E tat
IFSI :	I nstitut de F ormation en S oins I nfirmiers
MCO :	M édecine C hirurgie O bstétrique
PIB :	P roduit I ntérieur B rut
USLD :	U nité de S oins de L ongue D urée

Introduction

« Alors que la gériatrie est un monde passionnant sur le plan relationnel et technique, les soignants hospitaliers n'y vont que rarement par choix, négociant couramment avec la direction infirmière leur retour à terme vers un service de court séjour ¹ ».

Voici clairement exprimé le constat établi en avril 2006 dans un rapport rédigé à la demande du ministre de la santé et du ministre délégué aux personnes âgées.

Pourquoi les secteurs de personnes âgées sont ils toujours aussi peu attractifs ?

La question est à nouveau posée et nous ciblerons les établissements intégrant un secteur gériatrique important d'EHPAD (Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes).

Ce thème, fréquemment repris dans les mémoires de fin d'études de l'école nationale de santé publique, met en avant la difficulté à résoudre le problème et le désir pour chacun d'apporter sa réflexion et sa pierre à l'édifice. C'est dans cette même logique que l'objet de ce travail a été retenu. Le problème, récurrent, rencontré pendant une expérience de faisant fonction de directeur de soins, et l'intérêt porté au groupe de travail de la DRASSIF (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Ile de France) sur la valorisation de l'exercice professionnel en gériatrie, ont orienté ce choix.

Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie génèrent un besoin croissant dans les secteurs de personnes âgées. L'augmentation des plus de 85 ans polypathologiques et dépendants nécessite des compétences multiples. Le phénomène de vieillissement démographique est considéré comme une préoccupation nationale et se concrétise par des mesures multiples en termes de financement et de personnels : « L'accroissement de la population âgée et très âgée est le principal phénomène de société de cette fin de siècle² » Cependant une représentation négative de la vieillesse est largement véhiculée par la société, elle s'oppose à une image positive de la jeunesse. Cette dévalorisation ne confère pas de valeur au travail soignant dans les secteurs de prise en charge.

¹ Rapport de .JEANDEL.C, FITZENMEYER.P, VIGOUROUX.P:« Un programme pour la gériatrie »avril 2006

² Rapport sur le vieillissement : comité consultatif d'éthique

Par ailleurs, la complexité du soin gériatrique fait appel à des qualifications professionnelles multiples. La formation initiale, enfermée dans un programme important d'enseignement des pathologies, est parfois insuffisamment accompagnée de témoignages de professionnels capables de valoriser leur exercice au travers d'expériences pédagogiquement très enrichissantes.

Au terme de la formation initiale, l'affectation dans les secteurs de personnes âgées est vécue comme un abandon de la technicité acquise en formation initiale.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, est garant de la qualité des soins dans l'établissement où il assume ses missions³ : « il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation. », « il coordonne l'organisation des soins... ». L'intérêt professionnel est lié à l'enjeu d'avenir représenté par le soin gériatrique et est, par là même, une préoccupation pour le directeur des soins. Celui-ci, en approfondissant cette problématique, contribue à identifier les compétences requises par ces secteurs et à reconnaître les sources d'épuisement professionnel. Ce travail a aussi le double avantage de permettre au DS (directeur de soins) d'optimiser les organisations et de mettre en place un management valorisant d'accompagnement des équipes.

La valorisation institutionnelle du travail auprès des personnes âgées devient un enjeu majeur dont la direction tout entière doit être convaincue pour en être le messager.

La définition de quatre hypothèses, identifiées au travers de lectures et d'expériences professionnelles, guide ce travail :

- les représentations individuelles et collectives sur la vieillesse sont encore très prégnantes et conditionnent les choix des professionnels
- la prise en charge interprofessionnelle renforcée par un encadrement dynamique donne une cohérence aux soins prodigués et une satisfaction au travail indispensable.
- la compétence allant jusqu'à l'acquisition d'une expertise donne un sens au soin gériatrique. C'est un axe de motivation fort pour les soignants.
- le module « personnes âgées » des formations initiales met insuffisamment en perspective les problèmes du vieillissement, les contraintes et les sources de satisfaction au travail auprès des personnes âgées.

³ Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Le contexte général présente l'évolution des données démographiques, politiques et socio-économiques de la vieillesse, les représentations perpétrées, la gérontologie d'aujourd'hui, et fait l'objet d'une première partie. Dans une deuxième partie, une enquête menée auprès de professionnels permettra de vérifier la pertinence des hypothèses et précédera un ensemble de préconisations et de propositions d'actions.

1 Le contexte général de la politique vieillesse et de la gérontologie

1.1 Le contexte général de la politique vieillesse

1.1.1 Un vieillissement démographique heureux et inquiétant

A) Vieillesse et vieillissement : définitions et nuances

« Le vieillissement est un phénomène biologique universel et inéluctable...La vieillesse est un phénomène culturel, une création humaine »⁴, c'est donc un phénomène construit, un changement de mot qui, pour Danielle THIEBAUD, est très révélateur de la gêne de la société face à la chose nommée et de son désir à faire évoluer positivement la perception de cette chose. D'ailleurs, certaines cultures n'ont pas de mots pour exprimer la vieillesse : on est enfant, puis adulte jusqu'à sa mort.⁵

« La vieillesse n'est pas une maladie, mais un terrain favorable à une survenue d'affections ⁶». Elle est définie comme un phénomène complexe ayant beaucoup évolué au cours du temps. Le marqueur du vieillissement social est toujours l'âge de la retraite, mais n'a plus de logique puisque l'accroissement démographique et l'augmentation de l'espérance de vie nous obligent à différencier les personnes âgées de plus de 75 ans de celles plus de 85 ans. Cette distinction permet de mieux évaluer les besoins propres de chaque étape du vieillissement. La réalité du vieillissement physiologique n'est donc plus corrélée au vieillissement social.

⁴ THIEBAUD.D, THEZE.N. Comprendre le vieillissement : libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse. Ed le champ social 2005

⁵ Ibid. p56

⁶ ARBUZ G, BILLON R. Le grand âge : Chance ou fatalité. Éd Seli Arslan

Le vieillissement est caractérisé par les effets du temps sur les êtres vivants et accentue les inégalités. Jean-Pierre AQUINO⁷, gériatre, le définit ainsi et en identifie trois modes :

- le vieillissement réussi (en l'absence de pathologies).
- le vieillissement normal (avec atteintes non pathologiques liées à l'âge).
- le vieillissement associé à des maladies ou à des handicaps.

B) Le vieillissement en chiffres

La population française connaît une augmentation inédite et spectaculaire de son espérance de vie. Elle dépasse 80 ans (hommes et femmes réunis) pour la première fois en 2004, elle est aujourd'hui de 76,7 ans pour les hommes et de 83,8 ans pour les femmes⁸.

C'est à la fois la résultante d'une baisse de la mortalité par l'accélération du progrès médical et l'augmentation du niveau de vie, mais aussi d'une baisse de la natalité.

Le fait de la vieillesse nombreuse est, pour Geneviève LAROQUE⁹, une révolution sociétale. Nous vivons plus vieux, en meilleure santé, et la cohabitation de trois, quatre voire cinq générations est courante et heureuse.

Parallèlement à cette augmentation de l'espérance de vie, celle du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans, restée stable entre 2000 et 2005, va doubler dans les dix ans. Cette évolution du nombre des personnes âgées dites de « 4^e âge » est l'évolution la plus importante amorcée en 1990 et devrait se prolonger jusqu'en 2050.

Les plus de 85 ans sont 1 100 000 en 2005 et seront 1 900 000 en 2015.

C) Les conséquences du vieillissement démographique

Cet accroissement en nombre, d'une tranche très âgée de la population, a deux conséquences essentielles :

- nous voyons apparaître une multiplication des maladies liées à la vieillesse (maladies neurodégénératives, dont les maladies d'Alzheimer, de Parkinson et maladies apparentées). 850 000 personnes sont concernées par ces maladies. L'ampleur est telle, que la maladie d'Alzheimer est devenue une grande cause nationale en 2007.
- par ailleurs, l'augmentation de la dépendance génère l'apparition de vieillards polypathologiques et fragiles. Cette fragilité est due au grand âge, à une pathologie invalidante, à une malnutrition ou à une polymédication.

⁷ AQUINO JP. Le vieillissement et le plan national bien vieillir Hôpitaux magazine, avril 2007 p31

⁸ MOLINIE E, Rapport du conseil économique et social 2005 : « Hôpital public en France : bilan et perspectives »

⁹ Dans la préface de « Humanitude » GINESTE Y, PELLISSIER Y éd Armand Colin Paris 2007 .319p

Elle nécessite une prise en charge globale adaptée, pluridisciplinaire, dans le respect des règles éthiques. Ces patients gériatriques représentent 70% des placements en institution.

L'organisation hospitalière va devoir s'adapter à cette évolution démographique et « ne peut faire l'économie d'une réflexion en amont et en aval ¹⁰».

En complément de la prise en charge médicale des personnes âgées fragiles, « une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée sur la patient et prenant en compte ses capacités physiques et ses difficultés psychologiques et sociales¹¹ » est désormais incontournable.

Le vieillissement démographique devient une préoccupation essentielle et croissante des pouvoirs publics et se traduit par une évolution des politiques en faveur des personnes âgées.

1.1.2 Le contexte politique

A) Une évolution liée à la prise de conscience de la longévité

- *L'impact financier, l'objet d'une controverse*

« L'espérance de vie a certes augmenté de huit années en 35 ans, mais le nombre de mois de dépendance est resté stable, aux alentours de huit mois¹² ». C'est ainsi que Jean de KERVASDOUE, économiste de la santé, explique le faible impact du vieillissement sur les dépenses de santé. La hausse de la dépense publique imputable au vieillissement de la population atteindra, en 2050, 1,8% du PIB (produit intérieur brut). La hausse du coût de la dépendance pourrait représenter 0,2% du PIB en 2050¹³.

Les acteurs du système de santé ont une vision plus noire de la situation et prévoient la difficulté des finances publiques à supporter l'évolution démographique.

- *L'entrée dans la politique vieillesse*

C'est le rapport LAROQUE de 1963 qui marque, pour la première fois, l'entrée de la France dans une véritable politique vieillesse et remplace la logique d'assistance de l'avant 1960. Les missions de la commission sont d'étudier les problèmes liés à la

¹⁰ MOLINIE E op citée

¹¹ Idem

¹² Article HOSPIMEDIA du 2 mai 2007 MARASHIN.J: Regards croisés sur le plan solidarité grand âge.

¹³ OCDE , juin 2007. Étude économique de la France, 2007.

vieillesse et au vieillissement démographique et de dégager des lignes directrices d'une politique vieillesse. Malgré une mise en œuvre lacunaire qui maintient la notion d'assistanat, le rapport a l'intérêt indéniable de légitimer un discours gérontologique et marque la prise en compte de la vieillesse par les politiques et l'apparition de la notion d'autonomie définie par l'OMS comme «le droit et/ou la capacité d'une personne de choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à encourir. Littéralement, c'est se gouverner par ses propres lois ».

B) L'entrée dans la politique dépendance.

- Le débat s'articule autour de la définition.

L'évolution de la politique vieillesse entraîne un changement dans la terminologie. La notion d'autonomie est remplacée par celle de dépendance, « caractéristique normale de l'homme vivant en société qui ne devient pathologique que lorsqu'elle oblige au recours à un tiers¹⁴ » et est définie par : « l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes de la vie ¹⁵ ». « C'est un phénomène complexe où interviennent des facteurs psychologiques, mentaux, d'environnement social et économique »¹⁶.

Pour de nombreux gérontologues, la notion de dépendance est très ambiguë car elle n'est pas le privilège de l'âge, ni synonyme de perte d'autonomie. En fonction de l'entourage, il est bon de préciser dépendance de qui, de quoi, et pourquoi ?

- ..et de la mesure de la dépendance.

L'entrée dans la politique dépendance se fait sous la pression des départements désireux de voir apparaître une prestation spécifique « dépendance ».

La réforme de tarification et de financement des EHPAD (par les deux décrets du 26 avril 1999) apporte une modernisation de la gestion financière et budgétaire. Elle alloue aux établissements des moyens, en fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies et non en fonction de la nature juridique des lits, sans toutefois reporter la charge sur le résident. Enfin, elle préconise la formalisation d'un projet de soins et d'un projet de vie qui, pour la première fois, introduit la notion de qualité à la prise en charge et au management.

¹⁴ BEGUE.R, HUMBERT.V Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public, éd DOIN, les guides de l'APHP Paris 1994

¹⁵ LEFEVRE K. L'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées Cours ENSP du 22 février 2007

¹⁶ Ibid.

C) Les nouveaux outils de la politique dépendance

a) *La grille AGGIR*

L'état de dépendance des personnes s'établit selon une nouvelle grille : AGGIR (autonomie gérontologique, groupe iso ressources). Celle-ci évalue l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personne âgée et définit, en fonction de la perte d'autonomie, un groupe iso ressources (GIR).

Les GIR sont des profils de l'état de dépendance constitués en fonction de la charge nécessaire en accompagnement, la pondération du « girage » se faisant de 1 à 6.

Cette approche nouvelle de l'évaluation de la dépendance valorise ce que la personne âgée fait seule, elle devient l'acteur essentiel de sa prise en charge. La participation des soignants au « girage » personnalise l'accompagnement et change le regard des professionnels sur la prise en charge. La grille AGGIR permet de gérer l'APA (allocation personnelle d'autonomie) qui a la triple ambition d'instaurer un droit objectif et universel, d'élargir le choix des services et de mobiliser la solidarité nationale.

Cet outil ne reflète pas le degré de prise en charge globale de la personne âgée, mais seulement celui de la dépendance et des handicaps associés.

b) *L'outil PATHOS*

C'est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées.

Il évalue les soins médico-techniques idéalement requis et non réalisés à partir de situations cliniques, et permet de déterminer des profils d'états pathologiques. C'est un outil utilisé dans une optique budgétaire dans le cadre de la réforme des EHPAD qui ne prend pas en compte la perte d'autonomie.

D) Coordonner pour mieux prendre en charge : les CLIC

Le comité de liaison et de coordination est un outil de proximité de la politique dépendance, qui consiste à accueillir, informer, évaluer les besoins et coordonner la prise en charge des personnes âgées. Le travail de partenariat et de coordination entre les secteurs public, privé, et associatif modifie considérablement la qualité de l'évaluation, de la prise en charge, du retour à domicile et traduit une volonté irréversible de décloisonner les secteurs sanitaire, social et médico-social, publics et privés, et la ville.

1.1.3 Les perspectives de la politique vieillesse

A) Dans un contexte de démocratie sanitaire

C'est dans les contextes d'évolution démographique et de demande nouvelle des usagers (loi du 4 Mars 2002¹⁷) que s'inscrivent des changements politiques profonds, répondant aux nouveaux besoins. La demande d'information accrue trouve une réponse dans la loi. Le patient devient acteur de sa propre santé, souhaite être mieux informé et associé aux décisions. C'est un « consommateur » qui exprime des exigences sur la qualité de la prise en charge. Des représentants des usagers siègent dorénavant dans les conseils d'administration et dans les conseils d'établissement devenus conseils de la vie sociale dans les EHPAD. Parallèlement, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, stipule que ce n'est plus à l'individu de s'adapter à l'institution, mais à l'institution de réformer son mode de fonctionnement pour prendre en compte la diversité des droits et des personnes accueillies.

B) La promotion d'une amélioration continue de la qualité

L'arrêté du 13 août 2004 remplace la notion d'assurance-qualité par celle d'amélioration continue de la qualité grâce à la mise en œuvre d'un projet d'établissement.

Dans la mouvance globale de processus d'accréditation des établissements hospitaliers, les pouvoirs publics publient en 1999 le cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sociales et médico-sociales définissant les critères de qualité dans la prise en charge des soins et les modalités d'évaluation.

Dans le cadre des préalables aux signatures des conventions tripartites entre l'établissement, le conseil général et la DASS, l'établissement s'engage dans une démarche qualité formalisée obligatoire. Cette évaluation est souvent vécue comme un jugement sur ses propres pratiques et assimilée « à un contrôle et entraîne pour les acteurs la peur d'être remis en question' .

Face à la complexité des problèmes rencontrés, la spécialité gériatrique nécessite de définir des référentiels de bonnes pratiques. La DGAS (Direction générale de l'action sociale) et la DGS (Direction générale de la santé) ont, dans cet esprit d'aide aux professionnels, élaboré des recommandations.

Afin d'aider les établissements, le ministère des affaires sociales a diffusé en juin 2000 un guide d'évaluation pour l'ensemble des établissements d'accueil élaboré par la mission MARTHE (Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes

¹⁷ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

âgées) : le référentiel ANGELIQUE (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements).

Il permet d'établir un état des lieux complet et précieux, de mettre en lumière les points forts et les points faibles, et de rebondir sur les dysfonctionnements pour en établir un plan d'amélioration concret, pertinent et réaliste.

- C) De nombreux rapports, plans, recommandations : une réponse aux problèmes du vieillissement démographique.
- o Le rapport de la Cour des comptes de 2005 sur les personnes âgées dépendantes fait état d'un premier bilan des décisions prises depuis les années 90 en termes d'humanisation, de modernisation, de médicalisation et d'efficacité de la prise en charge. Il fait apparaître les difficultés de financement des politiques mises en œuvre et des objectifs récemment annoncés. Face aux problèmes d'organisation, de coordination et de pilotage entre les acteurs institutionnels, le rapport préconise des mesures de coordination et de simplification pour mieux prendre en charge les personnes âgées dépendantes.
 - o En avril 2006, un important rapport¹⁸ est rédigé à la demande du ministre de la santé Xavier BERTRAND. Ce programme de 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures, est établi pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux. Ce rapport met en exergue les freins qui entravent la mise en œuvre d'une politique gériatrique et gérontologique efficace : la multiplicité des décideurs et la séparation du médico-social et du sanitaire. Il met l'accent sur les difficultés de prise en charge d'un patient gériatrique en hospitalisation dans une période de tarification à l'activité.
L'objectif n°5 : « Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique » retient particulièrement notre attention tout comme la recommandation 17 qui concerne la valorisation des métiers de la gériatrie. Cet objectif traduit particulièrement l'inquiétude des pouvoirs publics et annonce clairement la volonté de « renverser la tendance actuelle et faire des soignants en gériatrie des soignants plus¹⁹ ».

¹⁸ JEANDEL.C, FITZENMEYER.P, VIGOUROUX.P, Rapport : « Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux » Avril 2006

¹⁹ Ibid.

- Le plan «solidarité, grand âge » du 27 juin 2006²⁰ présenté par Philippe BAS, alors ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, répond à l'évolution démographique et à l'augmentation de la longévité.

C'est une réforme ambitieuse, sur 5 ans, de trois milliards d'euros, orientée en 5 axes. Ceux-ci concernent le libre choix des personnes âgées dépendantes, les nouvelles maisons de retraite de demain, l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées, le financement solidaire de la dépendance et une dynamique de recherche et de prévention. L'axe n°2 intègre, entre autres, un objectif de facilitation du recrutement visant à améliorer l'accompagnement des personnes âgées et la volonté de poursuivre la campagne de promotion et de valorisation des métiers du grand âge. L'objectif final est d'assurer la présence d'un professionnel pour un résident dans les secteurs de grande dépendance (GIR supérieur à 800).

Malgré les efforts annoncés, un bilan critique de Jacques SOUBEYRAND et Jean de KERVASDOUE en date du 2 mai 2007²¹ déplore, un an plus tard, la persistance d'une mauvaise orientation des personnes âgées à l'hôpital et le manque de gériatres, tout en appréciant l'avancée notable apportée par les filières gériatriques.

D) Parallèlement, de nombreux plans ciblés voient le jour :

- le plan Alzheimer 2004-2007, amorcé en 2001, présente un bilan positif et se distingue par la mise en place des «consultations mémoire » (33 consultations mémoire labellisées en Ile de France). Il va dans le sens d'une reconnaissance à part entière de la maladie, une meilleure prise en compte et un meilleur accompagnement des besoins des malades et des familles. Il propose un développement des formations des professionnels.
- à la fin du premier trimestre 2007, le gouvernement projette de présenter un plan contre la maltraitance des personnes âgées. Ce plan doit annoncer la création d'une agence nationale d'évaluation des établissements médico-sociaux, il fait suite à la circulaire DGAS/SD2 n°2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et notamment les personnes âgées. Il a fallu attendre la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pour que la maltraitance soit présentée comme un problème de santé public.

²⁰Philippe BAS. Plan solidarité- grand âge 27 juin 2007

²¹Débat organisé par l'institut SILVERLINE au sein des hôpitaux de Marseille le 24 avril 2007.

Au-delà de la notion de maltraitance, définie « comme le symptôme de lacunes institutionnelles graves²² », apparaît un concept nouveau en 1990 : celui de la bientraitance, retenue dans les discours politiques, et définie comme : « l'art et la manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien-être à travers des actions concrètes²³ ».

Il faut dorénavant gérer le risque de maltraitance difficile à repérer et à définir, car subjectif et influencé par le système de valeurs et la culture de chacun. La gestion du risque de violence et de maltraitance est évoquée dans le discours de Mme VAUTRIN, secrétaire d'état aux personnes âgées le 12 janvier 2005 comme devant « prendre en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de soins, d'accompagnement et d'hébergement de personnes vulnérables ».

Cette démarche nouvelle a un impact sur les pratiques professionnelles et introduit la notion d'humanité dans les soins, sur laquelle nous reviendrons. Les changements induits dans les pratiques doivent s'accompagner d'écoute, de formation, de reconnaissance afin d'être pérennisés.

E) L'objectif des ARH

De façon plus globale, les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation) ont le double objectif d'organiser une prise en charge adaptée et de coordonner l'intervention des acteurs des mondes sanitaires et médico-sociaux par l'organisation de filières gériatriques au sein des territoires de santé, mises en place en collaboration avec les CLIC, et par la création d'équipes mobiles de gériatrie.

Dans les établissements, la prise en charge de la personne âgée devient une priorité, le projet médical de la filière gériatrique y prend sa place. Pour exemple, le centre hospitalier universitaire de Rouen dans son projet d'établissement (2007-2011) décrit les démarches initiées en affichant un objectif qualificatif : « Mieux écouter pour mieux prendre soin²⁴ ».

Cependant, l'évolution de la politique de santé en faveur des personnes âgées n'a pas réglé la faible attractivité du secteur, ni amélioré les difficultés de recrutement qu'elle entraîne.

²² ANGHELOU.D, CREOFF.M. « Prévention et repérage des risques de maltraitance en institution. Politique nationale et programme pluriannuel d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux »Echanges santé sociale, octobre 2001, n°103, pp 15-20.

²³ Extrait du discours de Christian JACOB (ministre délégué à la famille). Novembre 2003.

²⁴ DOTTIN.F. La prise en charge des personnes âgées au CHU de Rouen *Hôpitaux magazine* avril 2007

1.1.4 Le contexte professionnel

Un sondage effectué par le ministère de la santé révèle que seulement 26% des jeunes sont intéressés par un exercice professionnel auprès des personnes âgées²⁵.

« Il y a une profonde désaffection des soignants pour la gériatrie, qui ne fait pas partie des disciplines nobles²⁶ », résume le contexte difficile d'une image à reconquérir et d'un secteur connaissant de grandes difficultés de recrutement. Les services de long séjour et d'EHPAD plus humanistes, aux objectifs moins mesurables ne correspondent pas aux aspirations des personnels. Les professionnels de terrain opposent toujours des services « actifs » de médecine, chirurgie, obstétrique aux secteurs de personnes âgées supposés « inactifs ».

Dans les établissements, l'affectation dans les secteurs personnes âgées a longtemps été vécue comme une punition et, ou, une sanction. Par ailleurs, les nouvelles générations cherchent à s'insérer dans des organisations de soins dont l'image est sécurisante et valorisante et sont attirées par des services dans lesquels la logique scientifique prime.

Ce constat correspond à une réalité de terrain. Il se traduit par une difficulté réelle de recrutement qui aboutit à une affectation plus imposée que choisie, pouvant être lourde de conséquences sur la qualité de la prise en charge et sur le degré de souffrance du soignant.

Le manque d'attractivité des secteurs gériatrie entraîne une mobilisation des professionnels dans des groupes de réflexion initiés par la DRASSIF, puis par l'ARH Ile de France.

A) Un contexte de pénurie

La fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié de ses infirmières et aides-soignantes d'ici 2015, du fait de départs à la retraite. C'est dans ce contexte de démographie professionnelle défavorable, que la faible attractivité des secteurs personnes âgées devient une préoccupation majeure.

Le nombre de postes vacants dans les filières gériatriques d'Ile de France fait état de 9,7 % de postes vacants IDE ETP (Infirmière diplômée d'état, équivalent temps-plein) pour 6,4% dans les autres structures toutes disciplines confondues²⁷. Le pourcentage est de 4% concernant les postes aides-soignants, pour 2% dans les autres disciplines, et le chiffre inquiétant de 11,2% est avancé pour les postes de cadres.

²⁵ ARCHAMBAULT.H. Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. *Gérontologie et société* n°118. septembre 2006 p98

²⁶ NEUMANN.B. Doper le vieux corps malade de la gériatrie. *L'Expansion*. Mars 2007

²⁷ Enquête sur les postes vacants en île de France ARHIF/CRAMIF 2006 : (62% des établissements ont répondu à cette enquête, ces chiffres sont donc à relativiser.)

De façon globale, il existe une différence de 2 à 3 points entre les secteurs gériatriques et les autres disciplines pour les IDE, les AS et les cadres. Le chiffre atteint 4 à 5 points pour les médecins et les masseurs kinésithérapeutes.

Dans le secteur médico-social, le déficit est encore plus flagrant.²⁸

Les conclusions du plan régional de santé des personnes âgées et de l'état des lieux des postes vacants mettent en exergue le manque d'attractivité des secteurs, les difficultés de recrutement et le déficit en personnel soignant qualifié.

L'accroissement constant du nombre de personnes âgées dépendantes nécessite la présence de professionnels de plus en plus nombreux. Parallèlement, le nombre de soignants attiré par ces secteurs diminue. Face à ce paradoxe, les pouvoirs publics s'intéressent activement à ce problème.

B) Les réactions des pouvoirs publics

Elles ont conduit la DRASS Ile de France à mettre en place, en 2004, un groupe de travail multiprofessionnel comprenant des directeurs des soins, des directeurs d'EHPAD, des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé, des psychologues cliniciens, des cadres formateurs, des gériatres et des médecins inspecteurs. Le double objectif est de favoriser d'une part l'attractivité et la fidélisation des soignants, d'autre part d'encourager la transmission d'une culture gériatrique.

Les trois sous groupes de travail ont exploré trois domaines :

- Comment donner du sens à l'exercice soignant : projet de vie et de soins, management de la qualité ?
- Responsabilité et rôle des professionnels de soins dans les différents secteurs de prise en charge.
- Mobilité, compétences individuelles. Communication.

Le rapport d'étape²⁹ met en évidence la nécessité de communiquer sur les satisfactions apportées par un travail exigeant, mais porteur de satisfactions personnelles. Un travail qui prend du sens à travers des projets de vie solides, élaborés par des équipes multi professionnelles motivées et accompagnées par un encadrement mobilisé sur les difficultés du secteur et l'intérêt d'une réflexion sur les pratiques professionnelles.

²⁸ Enquête ADHEPA 2002 : 22% à 50% des postes IDE non pourvus.

²⁹ DRASSIF « Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie » Rapport d'étape. Décembre 2005.

Par ailleurs, le rapport associe la nécessité de reconnaître la spécificité de l'exercice professionnel et celle de travailler sur les représentations de la vieillesse.

Dans le prolongement de ce travail, et des mesures proposées par le plan solidarité grand âge : « favoriser la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins et valoriser les métiers exercés en gériatrie », l'ARHIF s'engage en 2006 dans une réflexion sur le thème : préoccupations des professionnels exerçant dans la filière gériatrique. Ce travail répond aux objectifs du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS 3) signé fin 2006 et portant sur l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée.

Trois pistes de travail sont retenues :

- améliorer l'information et la communication sur les métiers et les formations de la gériatrie. Ce premier objectif se concrétise par la réalisation de 2 outils : l'élaboration d'une plaquette³⁰ valorisant les métiers de la gériatrie et la réalisation de fiches métiers IDE et AS.³¹
- en partenariat avec la DRASSIF, un 2^e groupe constitué de formateurs et de professionnels de terrain et conduit par Dominique MONTGUILLON (conseillère pédagogique), élabore un livret de recommandations concernant la préparation, l'exploitation du stage, l'accueil et le suivi sur le terrain, considérés comme essentiels. Ce livret est attendu pour la fin 2007.
- le 3^e groupe concrétise les dires de l'ARH et propose, à titre expérimental, aux établissements de « mettre en place un tutorat pour des professionnels IDE ou AS nouvellement recrutés dans la filière gériatrique en finançant le temps mis à disposition pour l'accompagnement du nouveau professionnel par le tuteur³² ». Cette proposition est, à l'image de la psychiatrie, une possibilité offerte de financer un tutorat sur une durée d'un an à hauteur de 0,3 ETP pour 4 personnes.

La contrepartie attendue est la valorisation de la filière gériatrique dans le projet médical et le projet d'établissement, et l'optimisation des organisations accompagnée de procédures d'accueil et de suivi des stagiaires en gériatrie.

Ainsi, les projets médicaux introduisent une notion nouvelle de prise en charge gérontologique qui élargit le cadre de la prise en charge gériatrique, une réflexion s'engageant sur le sens à donner au soin gérontologique.

³⁰ Cf. annexe n°1

³¹ Cf. annexe n°2 (10000 plaquettes et 14000 fiches métiers ont été diffusées en décembre 2006 aux personnels impliqués dans la formation sanitaire et sociale des métiers de la gériatrie (CIDJ, collègues, IFSI, conseil régional, rectorats, ANPE...),

³² Note de Mr Jacques METAIS (Directeur de l'ARH Ile de France) : A l'attention des directeurs et des directeurs de ressources humaines des établissements ayant une activité en gériatrie ». 15 mai 2007

Cela invite à nous intéresser à l'émergence et aux champs d'action de cette nouvelle discipline trop peu explorée et insuffisamment maîtrisée par les professionnels.

1.2 La prise en charge de la complexité du vieillissement : la gérontologie....

1.2.1 Gériatrie et gérontologie

La gériatrie est une spécialité médicale qui traite les maladies des sujets âgés. Il faut attendre 2004 pour que soit reconnue une spécialité médicale en gériatrie.

En complément à une prise en charge gériatrique médicale, se développe, dans les années 50, la gérontologie qui est une approche des problèmes de la vie plutôt qu'une discipline autonome. Les dictionnaires Hachette et Larousse la définissent comme une étude pluridisciplinaire de la vieillesse et des phénomènes du vieillissement sous ses aspects médicaux, psycho-sociaux, économiques et démographiques.

Elle désigne aussi, en d'autres mots, l'étude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains. La gérontologie connaît un développement fulgurant depuis environ 25 ans.

Elle intervient sur quatre aspects du vieillissement en interaction complète³³ :

- *le vieillissement physique* comme perte de la capacité du corps à se renouveler
- *le vieillissement psychologique* c'est-à-dire la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu.
- *le vieillissement comportemental* : résultat des changements décrits ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné et regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation.
- *le contexte social du vieillissement* : l'influence qu'exerce l'un sur l'autre l'individu et la société. Cet aspect touche la santé, le revenu, le travail, les loisirs, la famille.

La gérontologie est ainsi liée à des disciplines aussi variées que la politique, la philosophie, la psychologie, la sociologie et l'histoire, ce qui explique sa complexité.

A) Une philosophie nouvelle : « l'humanité »

L'humanité (attitude humaine), apparue en 1980 en Suisse, est reprise par Albert JACQUARD. Elle représente « les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons les par le mot humanité ». Il la définit aussi

³³ SITE Web émergence de l'approche gérontologique en institution

comme « un trésor de compréhension, d'émotions, et surtout d'exigences, et qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'humanité déjà accumulé et de continuer à l'enrichir »³⁴.

C'est un gériatre français, Lucien MIAS, qui, le premier, introduit le terme d'humanité dans les soins. La philosophie de l'humanité est développée dans le cadre de la méthodologie GINESTE-MARESCOTTI en 1995.

Elle détermine « une philosophie de soins qui ancre un prendre-soin dans le socle de notre humanité »³⁵, qui interroge et approfondit la relation de soin entre les personnes. Le prendre-soin gériatologique fait appel à un partenariat total entre les acteurs. Cette méthode ne prétend pas être une approche devant se substituer aux autres, Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI la présentent comme une nouvelle pierre à l'édifice du prendre soin gériatologique. Elaborée pendant 25 années de recherche et de travail quotidien dans les institutions et services d'aide à domicile, elle contient des éléments sur un prendre soin de partenariat. Celui-ci permet, au-delà du soin lui-même, de réfléchir aux conséquences de nos actes, d'acquérir des techniques de communication et de toucher, qui permettent d'ajuster le soin à la personne et de transformer des soins longtemps dévalorisés et vécus comme routiniers (comme la toilette) par un prendre-soin valorisé pour le soignant et la personne âgée.

La méthode souligne également l'impact de la souffrance patients, soignants, familles devant être prise en compte pour promouvoir un accompagnement de qualité.

L'objectif est de mettre en place des bonnes pratiques soignantes en répondant à une mission d'humanité de l'hôpital qui, pour Evelyne GAUSSENS, directrice d'établissement gériatrique, devraient être introduites dans la formation des soignants³⁶.

B) Une nouvelle approche.... le projet de vie.

Le projet rendu obligatoire depuis la réforme de l'hospitalisation en 1991, met en avant la nécessité d'élaborer un projet d'établissement intégrant un projet médical, un projet social, un projet de soins. Celui-ci définit l'organisation des soins dans ses principes et sa mise en œuvre.

Dans la loi de janvier 2002, la notion de projet prend un sens nouveau, le projet de vie intègre la parole des usagers, « son principe est d'accompagner et non de se substituer,

³⁴JACQUARD.A extrait de l'ouvrage de GINESTE.Y et PELLISSIER.Y :« Humanité »éd Armand Colin Paris 2007 p 277

³⁵ Ibid. p 278

³⁶ GUERET-CHAUSSAT.E table ronde APHM « vieillir digne, soins et qualité de vie des personnes âgées» novembre 2006.

de proposer et non d'imposer, de suggérer et non de catégoriser³⁷ ». Cependant le projet ne s'improvise pas, il fait appel à une démarche et à une méthodologie rigoureuses. Le projet de vie positionne l'institution et ses acteurs dans une meilleure compréhension des personnes qu'elle reçoit et doit être la pierre d'édifice d'une prise en charge efficiente.

Dès l'initialisation, la direction doit être porteuse du projet et le soutenir en l'accompagnant dans les différentes phases, donnant ainsi une valeur formelle et une reconnaissance au travail engagé.

Le plan de communication accompagnant le projet doit être minutieusement élaboré, car il en favorise la pérennité. Afin d'en faire un outil de reconnaissance de la prise en charge gériatologique, son élaboration doit être l'affaire des acteurs eux-mêmes. Or, dans un contexte de charge de travail élevée et de pénurie de personnel, la difficulté consiste à transformer les acteurs en concepteurs.

La difficulté consiste aussi à trouver un langage commun, non abstrait qui corresponde à une réalité, à des actes, afin que les professionnels ne constatent pas « un hiatus entre le discours managérial et leurs situations concrètes de travail ³⁸», ne soient pas dans des situations démotivantes où « la pensée est brillante mais reste comme suspendue car elle ne réfère à rien qui relèverait du travail réel ou vécu ³⁹».

C) Une nouvelle notion d'équipe : l' « interprofessionalité »

La présence de personnes très âgées, polypathologiques et très fragilisées dans les secteurs gériatriques fait appel à un nouveau concept de prise en charge pluriprofessionnelle, aujourd'hui indissociable du soin gériatologique. Il s'exprime dans un néologisme nouveau : l'interprofessionalité, ajoutant une notion de relation réciproque dans « inter », alors que « multi » signifie simplement plusieurs.

Cette notion nouvelle introduit des « notions de partage des connaissances et d'ouverture d'esprit qui prennent ici tout leur sens ⁴⁰».

Le soin gériatologique se caractérise par une approche globale et multidimensionnelle des personnes liée à la complexité du vieillissement, aux pathologies et aux interactions psycho-sociales. L'intérêt est alors de ne pas superposer les prises en charge, mais bien de les articuler dans le souci de créer une dynamique interprofessionalité donnant un vrai sens au soin, ce dans une volonté fédératrice.

³⁷ VERCAUTEREN.R, PREDAZZI.M, LORIAUX.M, Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie. Ed Erès 2001.

³⁸ DUJARIER.MA. L'idéal au travail. Ed PUF Le Monde décembre 2006 p163.

³⁹ Ibid. p 162.

⁴⁰ MANIERE.D, AUBERT.M, MOUREY.F et al, Interprofessionalité en gériatologie, travailler ensemble : des théories aux pratiques. Ed Eres 2005

De nouveaux professionnels sont indispensables à la prise en charge :

- les masseurs kinésithérapeutes, pour évaluer les fonctions motrices. Leur expertise, en termes de stimulation motrice, doit permettre d'homogénéiser les pratiques et d'éviter les incohérences de prise en charge. Chaque acteur de l'équipe conserve son champ de compétence tout en créant un champ commun autour de la mobilité de la personne.
- les psychologues sont au centre de trois axes : la personne âgée, le personnel soignant, la famille. Leur analyse des pratiques professionnelles est parfois vécue comme un jugement. Toutefois leur place est légitime, reconnue comme une aide précieuse.
- l'animateur apporte des réponses à la rupture de liens sociaux, son travail fait appel à un partenariat qui trouve réponse au sein de l'équipe soignante. Leurs actions touchent à la relation aux autres et à l'environnement. Leur place au sein de l'équipe est totalement légitimée et reconnue.

Cette dynamique s'accompagne de différents avantages pour le groupe professionnel : celui de respecter l'expression de chacun, de reconnaître les compétences individuelles au sein du groupe. L'ensemble confère une motivation indispensable dans un secteur générant beaucoup d'épuisement professionnel.

Paradoxalement, alors que la société et les pouvoirs publics n'ont jamais fait autant pour leurs personnes âgées, le regard porté sur elles reste négatif et les représentations difficiles à atténuer.

1.2.2 Les représentations collectives et individuelles

A) Une difficulté sémantique

Selon les périodes, les publics, les textes, l'appellation de personnes âgées est remplacée par « vieux », « vieillard », « 3^e ou 4^e âge », le terme de « senior », d'actualité, évite les connotations négatives et est privilégié par l'univers du marketing.

Le terme de « vieux », utilisé sans connotation dans les textes chantés de Jacques Brel, n'est pas accepté dans le discours politique, social et professionnel.

B) Définition et concept

La représentation est définie comme « un concept fourni à la conscience par les sens ou qu'elle se donne à elle-même par la mémoire, l'imagination, la réflexion et le souvenir ⁴¹ ».

Ce concept guide, de manière consciente ou inconsciente, le sens de nos actions et justifie le bien-fondé de nos interventions, la représentation a donc sa raison d'être.

Elle est construite à partir de valeurs archaïques, nous avons tous une représentation de la réalité avant de la découvrir.

C) La représentation sociale

La représentation sociale est, selon J. ALBRIC, « le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe constitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ».

Elle est, selon S. MOSCOVICI, analysable selon plusieurs dimensions : l'attitude, l'information et le champ de représentations et se définit comme « un univers d'opinions ». L'ensemble de nos représentations est socialement élaboré et partagé à partir de nos expériences, savoirs, modèles de pensées données par la tradition, l'éducation et les relations sociales.

Georges MINOIS, dans son « histoire de la vieillesse de l'Antiquité à la Renaissance », pense que pour « la pensée occidentale, la vieillesse est un mal, une infirmité, un âge triste qui prépare la mort... ».

En 1989, Bernadette VEYSSET, anthropologue, parle de représentation négative du grand âge et « d'un groupe social à l'écart ».

La société véhicule et cultive le « jeunisme » (culte de la jeunesse), les valeurs dominantes de la société tournent autour du travail, de la jeunesse, de la compétitivité. L'âge de la retraite, longtemps synonyme d'inactivité, oppose les actifs aux inactifs, lorsque le statut social dépend de l'âge, nous parlons d'« âgisme ». La société a choisi de créer un « âge de la vieillesse » et de regrouper les gens âgés confrontés à une rupture de trajectoire. Celui-ci est assimilé à une rupture de lien social entraînée par l'entrée dans la retraite, donc dans la vieillesse. Elle peut altérer le statut de citoyen et favoriser isolement et exclusion. Parallèlement, la société consumériste, associée à la satisfaction du client, rend tabous les concepts de souffrance, de vieillesse et de mort.

La société cherche donc à les supprimer, les cacher ou les diminuer pour satisfaire l'utilisateur.

⁴¹ BALAHOCZKY.M « images du grand âge : Impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement » site web

Le vieillissement est aussi vécu comme une menace inquiétante pour le dynamisme du pays. Il est assimilé à une augmentation de dépenses sociales en termes de retraite, de dépendance et de santé que la tranche de population des 18-64 ans va devoir financer. Ceci a tendance à opposer les tranches d'âge et à occulter le principe de solidarité. Les représentations sociales négatives de la vieillesse ont, pour Jean-Pierre LHOMME, trois origines possibles⁴² :

- « l'usage de l'écriture et de la lecture appartient à tous...l'accès à l'information ne passe plus exclusivement par la mémoire des anciens ».
- notre société n'associe plus la sagesse au 3^e âge, elle évoque davantage sénilité et dépendance.
- enfin, le jeunisme est valorisé et cultive l'association de la performance mentale et de la performance physique.

Toutefois, les représentations sociales oscillent entre une image positive associée à une retraite synonyme de temps libre, de voyages, de sagesse, et une image négative liée au grand âge, à la dépendance, à la dégradation et à la mort.

En avril 2007, la FHF (Fédération Hospitalière de France) publie une enquête⁴³ sur les français et le grand âge. Celle-ci renvoie pour la première fois une image positive de la vieillesse dans la société française (en lien avec l'expérience : pour 45%, la sagesse : 40%, la richesse pour la société 30%). Dans des pourcentages moindres, les français associent vieillesse avec charge, déclin, et handicap.

Par contre la prise en charge par les pouvoirs publics est jugée insatisfaisante, et l'image négative des maisons de retraite (11% de plus qu'en 2005) est associée au coût, au nombre de places et au risque de maltraitance.

D) L'impact des représentations sociales

En conséquence, « ce qui n'a pas d'utilité évidente n'a pas de grande valeur⁴⁴ » et bien que l'image contemporaine de la vieillesse s'éloigne de la définition de Georges MINOIS, ce qui effraie aujourd'hui, c'est l'entrée dans la grande vieillesse qui entraîne souffrance et handicap. L'image du travail gérontologique associée à des objets sociaux rejetés (vieillesse, sénilité, dépendance et mort) subit donc, d'après Jean-Pierre LHOMME, « l'effet désastreux des représentations négatives qui leur sont attachées ».

Ces représentations sociales génèrent des attitudes de fuite, d'abstention et de mise à distance des professionnels et entraînent une faible mobilisation des personnels pour les soins aux personnes âgées.

⁴² LHOMME.JP l'image du travail gérontologique *Gérontologie* n°129 2004

⁴³ Lettre de la Fédération Hospitalière de France « les français et le grand âge » n°5 mai 2007

⁴⁴ BALAHOCZKY.M, images du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement.

Par ailleurs, les professionnels ayant choisi de travailler dans ces secteurs ressentent le besoin et la nécessité permanents de justifier leur choix auprès de leur entourage.

E) Les représentations individuelles.

Le soin en gériatrie souffre de dévalorisation en termes d'image véhiculée au profit de soins dits « plus nobles », car plus techniques. Cette culture du faire reste prégnante, reconnue et valorisée au détriment d'un aspect plus relationnel du soin.

La confrontation à la notion de « non-guérison », à la déchéance physique et psychique, la souffrance des familles ou la mort renvoie le soignant à ses propres représentations de la vieillesse ou de la mort et entraîne une difficulté à gérer la très grande part émotionnelle de leur activité.

Pour Mireille BALAHOCZKY, responsable en soins infirmiers aux Hôpitaux universitaires de Genève, la part émotionnelle « guide de manière consciente ou inconsciente le sens de nos actions et justifie le bien fondé de nos interventions ».

La gériatrie souffre d'une organisation des soins archaïque, de croyances fausses et « la connaissance de la personne âgée, la compréhension du processus de vieillissement et la maîtrise de l'approche positive modifient les représentations et les attitudes des soignants⁴⁵ ». Les effets produits dans la prise en charge quotidienne sont de deux ordres : la représentation mentale du soignant sur le grand âge a un impact fort sur sa façon de prendre soin. Si elle est négative, « elle entraîne éloignement, désespérance et agressivité.... lorsque qu'elle est positive, elle permet la vision globale et la créativité nécessaire pour accompagner l'ainé à un moment important de son existence, faite de richesses, d'obstacles et de péripéties. ⁴⁶»

Les dérives de prise en charge liées aux représentations collectives et individuelles sont insidieuses, et entraînent des dérapages liés à la négation de l'existence de la personne âgée (il n'existe plus d'écoute de la part des soignants et des appellations familières sont utilisées). La négation de la pudeur et le vécu négatif de la dégradation physique se traduisent par des soins d'hygiène automatisés, prodigués sur un corps devenu « objet » et dans lesquels le soignant se réfugie pour se protéger.

« Celui ou celle qui accompagne une personne âgée est ouvert à un risque personnel majeur d'être exposé à sa propre finitude et dans l'impossibilité de la dénier du fait de la

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

permanence et de l'intensité de la relation établie ⁴⁷». Le mode de défense le plus facile est alors l'évitement de la relation, par l'instrumentalisation du soin.

En conclusion, l'imaginaire collectif et individuel est très puissant et « nous passons plus de temps à imaginer les personnes âgées qu'à les voir ».

1.2.3 Le travail en gérontologie : entre satisfactions et contraintes

A) Un travail diversifié

a) *Une satisfaction liée à l'autonomie*

Le travail en gériatrie présente deux atouts majeurs qui sont l'autonomie et la variété des tâches. En effet, l'infirmière gère une ou plusieurs unités et possède une marge de manœuvre très grande dans l'organisation des soins. Cet espace d'autonomie peut être vécu comme une source de satisfaction, tout comme la diversité des tâches : « la complexité de la discipline fait appel à un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques, et de comportements professionnels...utilisables dans des situations de travail ». La fragilité des patients, et leurs polyopathologies font appel à une polyvalence efficace du personnel soignant : « Les gestes relèvent d'une grande dextérité avec une analyse bénéfique/risque pour chaque décision concernant le soin⁴⁸ ».

b) *... et au travail relationnel.*

La noblesse du métier réside dans la qualité des soins et dans celle des échanges, métier dont 57,1% des soignants sont fiers⁴⁹. Parallèlement aux compétences techniques, le soignant doit mettre en œuvre des capacités humaines d'écoute et d'attention pouvant aboutir à une double satisfaction de la personne âgée et du soignant.

La complexité de la relation fait appel à des qualités relationnelles développées : capacité d'écoute, d'empathie, tantôt tournées vers la personne âgée, vers la famille et vers l'équipe pluriprofessionnelle, elle procure aux soignants une « richesse relationnelle » largement reconnue.

Néanmoins la réalité quotidienne entraîne le soignant dans une cascade de contraintes favorisant démotivation et souffrance.

⁴⁷ GAUCHER.J, RIBES.G, PLOTON.L. Vieillir, le rôle de la famille. *Cahiers critiques de la thérapie familiale et de la pratique de réseaux* Deboeck université

⁴⁸ DRASS Ile de France Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie. Rapport d'étape décembre 2005

⁴⁹ ESTRYN-BEHAR.M Enquête Press- Next Santé et satisfaction des soignants au quotidien en France et en Europe

B) Entre souffrance et épuisement professionnel

La souffrance est définie par Louis PLOTON comme « une expérience prolongée, désagréable, d'origine physique ou psychologique ayant des effets physiologiques et psychologiques délétères ».

Le terme de souffrance devient en clinique le « burn-out ». Ce concept traduit par épuisement professionnel est élaboré en 1970 pour cerner les difficultés professionnelles du champ sanitaire et social.

Face à cette souffrance, les soignants élaborent des stratégies de défense : « coping », nécessaire contrepartie du stress et défini comme « l'effort d'une personne pour anticiper et répondre à un défi ou à des situations difficiles⁵⁰ ».

En gériatrie, selon LANDRY⁵¹, les causes de souffrance sont liées à des éléments qui tiennent à la fois du contexte gériatrique lui-même, aux caractéristiques des soignants qui y travaillent et aux idéologies qui sont véhiculées dans les établissements.

Pour le soignant, la réalisation des actes techniques est très rassurante et permet d'évacuer l'angoisse professionnelle.

Par contre, dans la prise en charge des personnes âgées, l'agir garde son importance dans des domaines autres que techniques et fait appel à un « savoir-être » qui met en valeur les capacités restantes de la personne. C'est vrai dans la prise en charge de la douleur physique et morale ou dans celle de nouvelles pathologies (Alzheimer).

Le travail perd alors de sa valeur « médicale » et peut être très déstructurant pour le soignant lorsque celui-ci n'a pas la connaissance suffisante en gérontologie.

L'angoisse professionnelle fait place à une angoisse humaine qui selon Edgar MORIN « oblige à réfléchir sur le mode de la pensée complexe ».

Lorsque le soignant est efficace par ses attitudes, ses comportements, sa capacité d'écoute et ses paroles adaptées, il agit selon Albert JACQUARD par « sa structure d'humanité »

Les causes d'épuisement et d'insatisfaction du travail en gériatrie sont multiples et liées à :

- une charge de travail physique et linéaire majorée par un effectif insuffisant et générant une organisation de soins insatisfaisante, de non qualité où le temps consacré à une toilette peut parfois ne pas dépasser 15 minutes.
- une organisation du travail insatisfaisante, car segmentée et routinière, organisée autour de rituels répétitifs (repas, lever, coucher, activités et animations)

⁵⁰ ESTRYN-BEHAR.M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Ed. ESTEM, 1997

⁵¹ LANDRY.D. Souffrance des soignants en gériatrie et leur nécessaire accompagnement. *Gérontologie et société*. 1999. n°90 pp 203-220

- un déficit de travail d'équipe générant un morcellement des tâches, des attitudes stéréotypées et une augmentation de la solitude, voire de l'isolement dans le travail.
- des problèmes de communication lourds à gérer au quotidien : les nombreux déficits sensoriels, neurologiques, intellectuels et psychiatriques des personnes âgées font appel à des modes de communication inconnus, ou mal maîtrisés par les soignants.
- une gestion difficile de la différence entre idéal et réalité : la confrontation au vieillard déchu, à la mort entraîne un désinvestissement. « Le soignant dont l'objectif implicite est de tout soigner, d'empêcher de mourir, risque fort de ne voir dans la pratique gériatologique qu'un terrain d'échec »⁵².
- un manque de reconnaissance de la direction et de l'encadrement associée à une insuffisance de réunions d'équipe et à un déficit de communication.

Ces constats sont vérifiés dans de nombreuses enquêtes, dont celle, précieuse, faite dans le cadre d'un mémoire de fin d'études d'un diplôme universitaire de gérontologie en 1999 sur «les représentations de la personne âgée et du rôle chez les personnels soignants en institution gériatrique »⁵³. Les représentations sont analysées selon la grille de S. MOSCOVICI qui consiste à décrire celles-ci en termes d'attitude, d'information et de champs de représentations mis en évidence, les conclusions sont riches d'enseignement.

- Dans le champ de l'attitude, un retentissement émotionnel source de souffrance et d'angoisses est décrit, il est en lien avec la grande vieillesse, la démence et la mort. Ceci entraîne le développement de mécanismes défensifs (réification⁵⁴ des personnes soignées, fuite des activités, sur ou désinvestissement, projection de sentiments agressifs.)
- Dans le champ de l'information, la plupart des soignants ont pas ou peu de connaissances sur la personne âgée et ses besoins spécifiques, sur les processus de démence et les modes relationnels.
- Dans le champ de la représentation, la personne âgée est appréhendée dans le prisme de la perte, de la dégradation physique, de la détresse affective et sociale, de l'approche de la mort.
- De manière plus spécifique, le mémoire met en avant un manque de connaissances en gérontologie, vécu avec fatalisme par les IDE, et une insatisfaction des AS liée à l'enchaînement et à l'enfermement des tâches.

⁵² PLOTON.L la souffrance des soignants en gériatrie

⁵³ LACHANT.M, Représentation de la personne âgée et du rôle chez les personnels soignants en institution gériatrique. Mémoire de DU gérontologie université Paris Nord 1999

⁵⁴ Définition de l'Encyclopédie Universalis : la réification consiste à transformer ou à transposer une abstraction en un objet concret (équivalent de chosification)

- Enfin, l'enquête met en exergue et conclut que l'origine de la souffrance soignante est dans la confrontation quotidienne à la mort et à la déchéance, et que le manque de connaissances est source d'errance et de frustration. Cette angoisse peut être à l'origine de comportements inadaptés voire maltraitants dans la relation aux personnes âgées, et mérite d'être verbalisée pour perdre de sa force, « une souffrance qui ne peut s'exprimer en mots a de fortes chances de trouver une exutoire dans la violence...⁵⁵ ».

1.2.4 Formation initiale : l'évolution de la place de la personne âgée

Le comparatif des programmes de formation initiale infirmière du module « personnes âgées » note une évolution en termes de programme, de nombre d'heures et de contenu qui suit l'évolution du vieillissement, des pathologies et des prises en charge..

Le contenu du programme de 1979 est très théorique, articulé autour des pathologies. Nous sommes dans un mode d'enseignement où le patient passif s'oppose au soignant actif. Le stage « personnes âgées » de 60 heures se fait pendant la première année de formation, alors que la théorie à cette même période est consacrée à « l'homme sain ».

Le contenu du programme de 1992 introduit dans ses 80 heures d'enseignement théorique un nouveau module identifié intégrant la physiologie du vieillissement et l'aspect sociologique (la place des personnes âgées dans la société). « Les problèmes des personnes âgées sont envisagés dans les modules traitant des pathologies susceptibles d'affecter les personnes ⁵⁶» Cependant, le module n'intègre pas obligatoirement un travail constructif sur les représentations sociales et personnelles, ni des apports spécifiques sur les modes de communication. Le contenu du module « personnes âgées » est d'ailleurs laissé à l'appréciation des instituts. Une étude réalisée en 1984 et reconduite en 2004⁵⁷ nous précise que les soignants communiquent environ 120 secondes par 24 heures avec les personnes grabataires. Ceci tend à prouver que contrairement aux idées reçues, la communication avec les personnes dépendantes ne s'improvise pas, mais qu'elle nécessite un apprentissage relationnel.

⁵⁵ DEBOUT.M. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées .Rennes : ENSP, 2003, 77p

⁵⁶ Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière. Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992.

⁵⁷ Equipe GINESTE. MARESCOTTI. Etude réalisée dans des services de long séjour français. 2004

Le module « personnes âgées » est habituellement situé en première année, le premier stage de la formation a lieu dans les secteurs personnes âgées. Il entraîne chez les jeunes étudiants de 20 ans, sans connaissances sur les troubles cognito-mnésiques et non préparés à l'image de déchéance physique, un réel choc pouvant être déterminant dans les choix d'affectation de fin de formation.

Par ailleurs, les modules optionnels théoriques d'approfondissement ne proposent pas de le faire spécifiquement en gérontologie, sinon en psychiatrie et intégré au module soins infirmiers aux adolescents, aux adultes, aux personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.

Les évolutions démographiques, pathologiques, de vieillissement de la population exigent « des savoir faire et des nouvelles compétences comportementales...et pose la question de la capacité des filières à en réaliser l'apprentissage ⁵⁸».

Pour la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, «l'enjeu consiste à réduire le décalage des contenus théoriques et les pratiques de terrain.⁵⁹»

En termes de formation, le débat s'éloigne du modèle de la qualification basée sur la formation et le diplôme, pour s'orienter vers un modèle de la compétence articulé autour de la reconnaissance des aptitudes et des expériences individuelles.

2 L'enquête

L'enquête s'est déroulée entre le 5 juin et le 10 juillet 2007 dans deux établissements de 500 lits pour l'un et de 1000 lits pour l'autre, ayant chacun un pôle personnes âgées comprenant un EHPAD, un service de soins de suite et de rééducation et un USLD (pour l'un des établissements).

L'investigation a été guidée par les hypothèses émises, celles-ci pourront être modifiées ou avalisées par le contenu des réponses.

2.1 Méthodologie.

2.1.1 Choix de la méthode.

Le choix s'est orienté naturellement vers l'entretien semi-directif individuel avec l'objectif de collecter le vécu, les expériences et les logiques de raisonnement des interviewés.

⁵⁸ Ministère de la Santé et des Solidarités. DHOS. « Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière. Enjeux et impact des ressources humaines »

⁵⁹ Ibid.

Le choix de cette technique a semblé plus approprié dans une étude plus qualitative que quantitative.

L'enquête s'appuie sur 15 entretiens menés à l'aide d'une grille⁶⁰ élaborée différemment selon les interlocuteurs.

2.1.2 Déroulement des entretiens.

Les entretiens se sont déroulés dans des bureaux à l'abri de tout dérangement, sur une durée de 45 minutes à une heure.

Ils ont, par ailleurs, fait l'objet d'une prise de notes retranscrite après chaque entretien afin de regrouper les propos par thème. Ils ont été introduits par une question très ouverte dans le but d'induire un discours narratif :

« Dans le cadre de ma formation directeur des soins à l'ENSP, je réalise un mémoire de fin d'études sur le travail soignant dans les secteurs de personnes âgées, dans ce cadre, votre parcours professionnel m'intéresse. Pouvez-vous me dire comment vous avez été amené à travailler dans ce secteur ? » .

La question ouverte de départ a généralement permis d'orienter l'entretien, ponctué de reformulations et de répétitions permettant en cas de nécessité d'insérer des questions autour des hypothèses posées. Celles-ci ont permis un recadrage et une réorientation de l'échange.

2.1.3 Limites et points positifs de la méthode.

La démarche proposée n'a pas la prétention d'être une recherche exhaustive.

Les limites essentielles tiennent à la taille de l'échantillon ne permettant qu'une approche partielle, et au contexte spécifique de chacun n'autorisant pas de généralisation à d'autres établissements.

Cependant, les entretiens ont fourni un recueil d'informations permettant d'éclairer les hypothèses de départ.

Les points forts reposent sur la diversité des entretiens, sur la qualité des échanges et des informations recueillies, et sur l'intérêt manifeste porté au sujet.

Il convient, pour finir, de souligner qu'il aurait été intéressant de rencontrer des professionnels ayant refusé l'affectation dans un secteur personnes âgées, ceci pourrait être le prolongement de ce travail.

⁶⁰ Voir annexe n°3

2.1.4 Choix de la population ciblée.

Les entretiens ont été effectués auprès de professionnels dont :

- *une psychologue* travaillant à temps plein dans un secteur de personnes âgées et n'ayant pas fait le choix de départ pour ce secteur.
- *un cadre supérieur* de santé d'un secteur personnes âgées, ayant un diplôme universitaire qualité et nommée récemment responsable qualité au sein de la direction des soins et de la qualité de son établissement.
- *un cadre de santé* d'une unité d'EHPAD, ayant fait par choix une grande partie de sa carrière en gériatrie.
- *une infirmière diplômée d'état* d'EHPAD, faisant fonction de cadre depuis quelques mois, et dont l'expérience successive d'IDE et de cadre dans le même secteur apporte une double vision très enrichissante.
- *un cadre de santé formateur*, chargé du module personnes âgées par choix personnel et dont la volonté novatrice est riche d'enseignement.
- *une aide-soignante* travaillant en EHPAD depuis 5 ans.
- *une ASH* n'ayant pas fait le choix de départ de travailler en EHPAD.
- *un médecin gériatre* praticien hospitalier responsable d'EHPAD, ancien médecin généraliste ;
- *un médecin gériatre* coordonnateur de plusieurs EHPAD et praticien hospitalier en long séjour.
- *une assistante sociale* cadre du service social de son établissement et, responsable du pôle personnes âgées dans la cadre de la sectorisation du travail des assistantes sociales.
- *une directrice des soins* en poste depuis 4 ans, connaissant des difficultés de recrutement pour ce secteur.
- *un directeur adjoint* chargé des affaires générales, de la clientèle, désigné par son directeur responsable du secteur personnes âgées.
- *un directeur adjoint* chargé des services économiques et du secteur personnes âgées, très enthousiasmé par cette partie de son activité, celui-ci considère son rôle comme déterminant dans l'évolution du secteur.
- *une résidente d'EHPAD* vivant depuis 8 ans dans l'institution.
- *une étudiante* en lettres et philosophie, faisant fonction d'aide-soignante dans une unité de géronto psychiatrie pendant les mois d'été, et dont le regard extérieur et le témoignage sur les conditions de travail et le vécu des professionnels ont une valeur particulière.

Une rencontre de deux heures avec Hélène ARCHAMBAULT, ancienne directrice d'IFSI, chef de projet à l'ARHIF sur les métiers de la gériatrie a clôturé les entretiens. Sa passion, son enthousiasme augurent de l'intérêt porté aux actions concrètes entreprises, et d'une vraie préoccupation des tutelles sur le manque d'attractivité préoccupant de ces secteurs.

Dans un souci de meilleure lisibilité, le contenu des entretiens est synthétisé par thème abordé le plus fréquemment, avec l'objectif final de vérifier partiellement ou totalement les hypothèses de départ.

2.2 Synthèse des résultats.

2.2.1 Le regard des acteurs sur les représentations individuelles :

Quatre personnes sur 12 n'ont pas choisi de travailler dans un secteur personnes âgées, certaines en expliquent très clairement les raisons et l'associent à des représentations individuelles négatives.

- **La psychologue** choisit son poste en EHPAD à défaut d'une autre proposition, elle répond positivement pour « *des raisons alimentaires* » et décrit un sentiment de « *peur* ». Celui-ci est lié à la déchéance physique ayant entraîné chez elle un refus total de départ et une appréhension très forte, voire « *une angoisse* ». Le souvenir de ses premières semaines de travail reste très douloureux et « *la déchéance obsédante, même la nuit* ». Ce n'est qu'après plusieurs mois que « *la découverte de la richesse de la personne âgée* » s'est opérée.
- L'un des **directeurs adjoints** parle de « méconnaissance » ou « d'indifférence » pour un secteur ne l'attirant pas spécifiquement. Cependant, cette directrice attribue son changement de regard sur les personnes âgées à un de ses collègues ayant fait le choix de travailler dans ces secteurs : « *Je l'ai écoutée longuement me parler du bénéfice humain à récolter...il a été pour moi un modèle et le restera...ses paroles, ses attitudes auprès des personnes âgées sont exemplaires* »
- L'**ASH** n'a pas eu le choix de son poste, elle exprime une méconnaissance allant jusqu'à une indifférence. Par contre, côtoyer des gens âgés a transformé son indifférence en intérêt manifeste : « *Au quotidien, le travail a vraiment changé mon regard sur la vieillesse, je me soucie de leur bien être comme professionnelle, mais aussi comme citoyenne. D'ailleurs j'aime beaucoup en parler à mes enfants* ».

- Après avoir obtenu son diplôme professionnel, **IAS** répond positivement à la proposition de poste qui lui est faite en EHPAD sans l'avoir choisi réellement. Après quelques années d'exercice, elle est convaincue : *« Qu'il est important d'être prêt et serein par rapport à sa propre vie. Je n'aurais pas pu le faire à 20 ans »*

Les personnes ayant fait le choix de travailler auprès des personnes âgées expriment des raisons variées et toutes dignes d'intérêt.

- **L'étudiante saisonnière**, faisant fonction d'aide-soignante, a délibérément choisi de travailler dans une unité de géronto psychiatrie. Elle n'exprime aucune peur, mais plutôt une « saine curiosité » pour un secteur dont elle entend parler positivement dans sa famille (sa mère est assistante sociale). Elle associe son choix au souvenir qu'elle garde de sa grand-mère ayant fini sa vie dans une EHPAD, et dont certains propos l'ont beaucoup marquée.
- **Le médecin gériatre coordonnateur** pense que son expérience de faisant fonction d'aide-soignante pendant ses études de médecine a beaucoup orienté son choix. *« J'ai pris conscience de l'importance et de la richesse de la relation... découvert la difficulté de la spécialité gériatrique et le caractère non routinier... »*.
- **Le deuxième directeur adjoint** parle d'orientation naturelle pour un secteur qui lui apporte un enrichissement personnel. Il exprime un « devoir envers les personnes âgées » et éclaire aussi son choix par l'image positive liée à une relation étroite avec son père, et spécifiquement sur la fin de sa vie.
- **L'IDE** ayant orienté son choix professionnel sur la relation a accepté naturellement le poste proposé. Elle garde un souvenir très positif du renvoi d'expérience fait par un cadre supérieur durant sa 3^e année d'études infirmières : *« l'expression de ses motivations personnelles et son renvoi sur le plaisir au travail ont suscité mon intérêt et sans doute pesé dans mes orientations »*.
- **Le cadre formateur** manifeste : *« l'impossibilité d'élaborer et d'animer le module gériatrie sans passion »*.
- Le deuxième **médecin gériatre** a orienté son choix sur la gériatrie suite à son stage de faisant fonction d'interne pendant lequel elle a apprécié le dynamisme de sa jeune chef de service et découvert un intérêt professionnel pour un secteur inconnu jusque-là : *« l'aide apportée par le travail d'équipe et l'ambiance de travail dans un contexte de charge physique et émotionnelle ont aussi influencé mon orientation »*.

- Le **cadre supérieur de santé, responsable qualité**, a choisi de travailler dans une unité de soins de suite dès sa sortie de l'IFCS et après avoir réalisé un mémoire de fin d'études sur le problème nutritionnel chez les personnes âgées. C'est aussi avec l'objectif de « *faire de la qualité pour valoriser les prises en charge et motiver les personnels* » que son choix s'est arrêté sur ces secteurs qui « *ne m'ont jamais déçu* ».
- Le **directeur des soins** dans ses recrutements se heurte à un manque d'intérêt exprimé ou non par les candidats. Elle apprécie la participation d'un psychologue du travail à la procédure lui permettant de mettre en lumière des vécus négatifs qui pourraient s'avérer préjudiciables dans la prise en charge des personnes. « *Il est fondamental d'identifier des représentations individuelles générant de grandes appréhensions voire des peurs, celles-ci pourraient avoir des conséquences déplorables en termes de prise en charge et conduire à des formes de maltraitance* ».

Elle souligne aussi l'importance d'être attentif aux motifs de refus, les arguments essentiels avancés sont « *la peur de perdre une part de technicité, la préférence d'un secteur actif, la peur de s'ennuyer et préférer garder cette possibilité pour plus tard* ». Par ailleurs, elle met l'accent sur l'importance de modèles professionnels exprimés par les candidats et considère que « *l'affectation forcée présente des risques dont le directeur des soins doit être conscient* ».

2.2.2 L'impact des représentations collectives

L'image négative de la vieillesse est véhiculée :

© **par la société** et mentionnée par l'ensemble des interviewés.

Elle est essentiellement associée à une notion de dépendance, à la déchéance physique et cognitive et est citée par 9 personnes.

- Le **directeur adjoint** évoque une représentation allant jusqu'à « *la répulsion* », correspondant à une peur de dégradation physique dans « *une société qui essentiellement cultive la jeunesse et la bonne santé* ».
- Le **cadre formateur** ajoute une notion de mort et de maltraitance souvent évoquée par les étudiants infirmiers travaillant sur les représentations collectives.
- L'**assistante sociale** associe grande dépendance et « *repoussoir* » pour l'imaginaire collectif. Elle pense que le terme senior véhicule un symbole positif contrairement au terme de vieux porteur d'une connotation péjorative. Elle s'étonne du manque de débat de société et considère que l'évolution positive de l'image collective passe par l'utilisateur lui-même : « *Il est nécessaire de*

positiver le regard de la société, cela ne passera que par une prise de conscience et une exigence du public qui seront porteuses et entraîneront des actions concrètes des pouvoirs publics... »

- L'un des **gériatres** regrette « *l'effet déplorable* » des enquêtes d'image très réductrices sur le public et cite pour exemple l'enquête de la FHF⁶¹.

© **mais aussi par l'institution et les professionnels**, et citée par dix personnes.

- Dans l'institution, beaucoup de professionnels pensent que les secteurs personnes âgées ont toujours l'image « *de parent pauvre* ». **La directrice des soins** déplore les qualificatifs très utilisés par les personnels et les directions : « *l'opposition de services dits actifs représentés par le secteur MCO à la gériatrie sous-entend que ce dernier secteur est passif et manquant d'intérêt* ».
- Les **deux médecins** évoquent une non-reconnaissance de la spécialité gériatrique par leurs confrères, celle-ci est vue comme une « *sous-discipline* » et les oblige fréquemment à justifier leur choix. « *Tu es toujours avec tes vieux ?* », est une question fréquemment posée.....
- Les **soignants et la directrice des soins** rappellent que les affectations « *punitives* » portent encore préjudice à la spécialité. L'**IDE** précise que lors de rencontres avec d'anciennes collègues de promotion, elle doit encore justifier son choix : « *mon choix d'affectation porte encore une connotation péjorative* » et avoue ne pas avoir osé dire son affectation durant sa première année de vie professionnelle. L'image véhiculée par ses collègues de promotion est celle de services « *sans soins et générant une perte de savoir faire* », cet avis rejoint le témoignage du cadre supérieur ayant souvent entendu professionnels et étudiants parler de « *la sensation de perdre un savoir technique* ».
- Pour le **cadre supérieur et le directeur adjoint**, l'image véhiculée en interne change lentement, « *son changement sera porté par les professionnels eux même en valorisant leur travail, dans une mise en place de critères de qualité et en communiquant sur les avantages et non les contraintes du secteur....* », par ailleurs toutes deux considèrent, comme la **directrice des soins**, que la direction a « *un rôle fondamental à jouer dans la reconnaissance de ces secteurs, à travers les projets d'établissement, leur présence sur le terrain et leur désir d'affecter des professionnels qualifiés et motivés...* ».

⁶¹ Enquête déjà citée page 20

- Enfin, l'**étudiante saisonnière** dans les échanges avec ses amis sur son travail d'été, a « *l'impression d'évoquer un sujet de science-fiction* », le domaine de la grande dépendance lui semble caché et totalement inconnu.

2.2.3 Le travail soignant

- A) les contraintes, les souffrances et les modes de protection.

Les personnes interviewées sont unanimes sur la difficulté du travail quotidien qu'elles évoquent très rapidement avant toute satisfaction. Elles reconnaissent que celui-ci fait appel à des qualités humaines nombreuses telles que la patience, l'écoute, l'empathie, mais aussi à une compétence technique permettant de prendre en charge les polypathologies.

La première difficulté identifiée s'articule autour de la relation avec les familles. Chacun s'accorde pour décrire une gestion difficile de « *leur culpabilité* » dans les EHPAD.

- **L'IDE faisant fonction de cadre** parle de « *compétition entre le personnel soignant et les familles, elles exigent beaucoup pour se rassurer de n'avoir pu elles-mêmes réaliser cette prise en charge.* ».
- Cette affirmation est reprise par **l'assistante sociale**. La difficulté des soignants est d'avoir « *le regard permanent des familles qu'ils gèrent difficilement si la visite de pré admission n'a pas désamorcé leur culpabilité* ».

Le conseil de la vie sociale est alors évoqué comme un lieu de rencontres entre familles et soignants, malgré l'impact limité des débats (problèmes nutritionnels ou d'hygiène) leur maintien est fondamental et souhaité pour maintenir le lien avec familles et usagers.

Le processus de « *routine, de rythme ou de soins en série* » est expliqué par un manque de moyens, face à une charge de travail linéaire et un absentéisme élevé.

- La souffrance générée déclenche des modes de défense clairement identifiés et analysés par **la psychologue** : « *pour se protéger, les professionnels développent une attitude de défense, construisent des modes de protection. Elles se réfugient derrière un travail segmenté automatique où la parole n'a plus sa place... la vision extérieure de ce travail en série, automatisé, laisse deviner une augmentation de la dépendance générée par la disparité des prises en charge.* »
- L'un des **directeurs adjoints** souligne un paradoxe difficile à gérer pour les soignants : « *la recommandation normée d'une prise en charge individualisée s'oppose à une cadence imposée, et génère une insatisfaction encore plus grande...* ».

- C'est aussi ce que le **cadre supérieur** affirme en évoquant : « *la dichotomie entre une charge de travail importante et le projet de vie individualisé* ». Pour elle, la prise en charge d'une personne âgée est très liée à l'affect, dans les situations les plus difficiles à gérer : « *les soignants se réfugient dans la routine pour se protéger...* ».
- L'**IDE** déplore que les soins en série soient imposés par des contraintes collectives qui s'opposent au projet de vie individualisé.
- L'**aide soignante** considère que la difficulté majeure est de gérer toutes les situations « *avec calme et sérénité* », et justifie ainsi une obligation de maturité pour appréhender cette fonction.
- L'**étudiante** faisant fonction d'aide soignante a pris conscience de la charge physique et mentale et comprend que « *l'on tombe inévitablement dans la routine,...voire dans la dérive pour se protéger* ». Elle déplore, sans juger, l'infantilisation des propos tenus ou le peu d'explications données autour des soins et constate que la logique d'organisation collective prime sur la demande individuelle.
- La **résidente** d'EHPAD constate, sans jugement aucun, le manque de temps pour écouter les personnes âgées en dehors des soins rituels, alors que pour elle la principale source de satisfaction est « *l'échange* ».

B) Des satisfactions liées au travail d'équipe... mais jugées insuffisantes.

- L'**ASH** identifie des satisfactions diverses dans son travail quotidien : « *Etre technicienne de surface en EHPAD est plus valorisant qu'ailleurs, une relation se crée avec les résidents et donne un intérêt au travail... tout comme la collaboration avec les aides-soignantes.... j'ai l'impression de faire partie d'une équipe...* ».
- Pour l'**IDE** faisant fonction de cadre, la satisfaction passe par le « *travail multi professionnel donnant une cohésion d'équipe et coordonnant les actions, il nécessite de provoquer des temps d'échange sur les pratiques et les compétences de chacun..* », pour ce faire elle considère que la participation et l'implication des professionnels aux groupes de travail sont très positives, elles offrent la possibilité de réfléchir sur ses pratiques professionnelles. Dans ce domaine elle attribue au cadre une place prépondérante : « *le travail du cadre consiste à relever et à rebondir sur les dysfonctionnements, les dérapages verbaux afin d'en faire l'analyse sans jugement de valeur.....afin de modifier les comportements* ».

L'ambiance au travail est aussi source de satisfaction lorsque le cadre « *adopte un positionnement neutre, d'apaisement dans les tensions d'équipe, de soutien* »

L'autonomie, associée à une responsabilité importante, est source de satisfaction pour l'infirmière. Elles ont les rôles cumulés de « *chef d'équipe, de référent, de cadre, de correspondant des familles.* »

- L'**AS** juge indispensable, mais insuffisant le travail d'équipe. « *Malgré d'importantes améliorations, nous connaissons insuffisamment le travail de l'autre, chacun agit seul avec son bon sens, l'entraide est insuffisante...* ». Elle reconnaît le plus, apporté par une prise en charge en binôme IDE/AS.
Par ailleurs la participation aux activités d'animation « *permet de souffler et d'établir un contact différent avec les personnes âgées* ».
- Dans le même esprit, **la psychologue** regrette le manque de réunions interprofessionnelles. Selon elle, seul un travail commun de mise en place d'un projet de vie individualisé pourrait être « *le ciment nécessaire à une prise en charge sans déviations, sans disparité* », et apporterait une satisfaction des professionnels et des familles. Cependant, elle considère que la participation de professionnels, encore insuffisante (ergothérapeutes, psychologues...), est un plus dans la prise en charge, « *un regard nouveau* » nonobstant le regard méfiant des soignants sur la psychologue considéré comme un « *élément dérangeant, celui qui remet en cause les pratiques* ».
- Les deux **directeurs adjoints** pensent que le travail d'équipe reste à organiser. Ils croient beaucoup à l'échange inter disciplinaire spécifiquement pour évoquer des « *cas présentant des difficultés de prise en charge* ». Il leur semble que le travail d'équipe est « *plus un entassement de compétences qu'une réflexion réelle d'équipe* ». Par ailleurs, il leur paraît fondamental que les projets soient portés par la direction et que soit mise en avant une reconnaissance du travail réalisé par une présence effective de l'encadrement et des directions sur le terrain.
- Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité, l'avis du **cadre supérieur responsable qualité** rejoint celui du **directeur des soins**. Tous deux considèrent que les groupes projets sont des instruments de reconnaissance pour les équipes, tout comme l'évaluation des pratiques professionnelles.
Pour elles, « *une première approche de travail sur les écarts et les améliorations à apporter valorise les pratiques et génère de la satisfaction* ». L'ensemble des personnes interrogées cite la reconnaissance des familles et de la hiérarchie comme des critères de satisfaction indispensables.
- L'**infirmière** et l'**AS** déplorent que les signes de reconnaissance de l'encadrement soient trop ponctuels ou trop rares, « *le travail de non qualité fait l'objet de remarques, le travail bien fait sans doute naturel n'est pas souvent valorisé...* ».

C) Liées à la qualité de la relation

L'ensemble des professionnels identifie la qualité de la relation avec les personnes âgées comme une satisfaction. Toutefois, celle-ci se heurte à des obstacles variés et à des difficultés qui deviennent sources de souffrance lorsque les soignants évoluent dans un contexte d'isolement et de non-communication.

L'importance des groupes de parole est évoquée par 5 personnes. Ils sont pour la psychologue et la directrice des soins des *« lieux de parole, d'échanges, et d'écoute permettant d'évacuer la souffrance des soignants, et de relativiser le vécu de situations difficiles... »*.

Dans les difficultés de communication, la place et le rôle du cadre sont cités par huit personnes. *« Le besoin de modèle, d'exemple décisif pour l'ambiance de travail »*, cité par le gériatre, le directeur et les soignants vont dans le sens de la difficulté évoquée par 4 interlocuteurs dont l'IDE : *« le nombre important d'aide soignantes face aux quelques IDE crée un déséquilibre et une forme de contre-pouvoir AS difficile à gérer pour certaines IDE »*.

Pour le cadre supérieur, ce phénomène s'explique par une autonomie très grande et un manque de contrôle exercé par l'IDE et les cadres.

2.2.4 Un besoin unanime de formation continue

L'ensemble des professionnels reconnaît la formation comme une nécessité en termes de compétences à actualiser, mais aussi comme un moyen de lutte contre l'épuisement professionnel.

- Au quotidien, l'**AS** déplore le manque de formation des ASH pouvant entraîner des erreurs de jugement, des dérapages verbaux et comportementaux et suggère *« une formation de base sur le respect »*.

Pour l'ensemble, les formations doivent avant tout permettre un échange interprofessionnel, une réflexion sur les pratiques professionnelles et avoir lieu en dehors du lieu d'exercice.

Pour les **gériatres** et l'un des **directeurs**, *« la formation devrait être obligatoire sur la connaissance globale de la personne âgée »*

- .Pour l'**IDE**, la formation prioritaire devrait porter avant tout sur les techniques de communication. En effet, *« il existe d'autres formes de communication que la parole : le toucher, le regard qui doivent s'apprendre, car elles ne sont pas innées »*.

- La **directrice des soins** considère la formation comme un moyen de lutte contre l'épuisement professionnel et considère l'échange interprofessionnel comme une « soupape nécessaire à dédramatiser le quotidien et à favoriser une prise en charge d'équipe ».

2.2.5 La formation initiale

- Le **cadre formateur** remet en question le nombre d'heures et la place du module « personnes âgées » en 1^{er} année et considère que celui-ci « *augmente et met à l'épreuve la fragilité des étudiants face à la mort et la déchéance physique* ». Son expérience d'enseignement du module au cours de la 3^e année lui semble plus propice à évoquer les représentations sur la vieillesse et permet une approche gériatologique mieux entendue par les étudiants.
- La **directrice des soins** rejoint le cadre formateur au sujet des stages. Toutes deux considèrent que leur impact est fondamental dans l'orientation des stagiaires, c'est pourquoi le cadre formateur déplore la place du 1^{er} stage « personnes âgées » en 1^e année. « *Celui-ci peut être un choc violent difficile à récupérer et être source de souffrance s'il n'est pas restitué en groupe et analysé.* »
- L'**étudiante** s'étonne de l'encadrement des professionnels auprès des élèves aide soignantes. Elles reconnaissent difficilement le travail bien fait et découragent les bonnes initiatives comme s' « *il ne fallait pas prouver la faisabilité de tâches volontairement ou inconsciemment abandonnées, comme si le travail bien fait les renvoyait aux insuffisances engendrées par le manque de temps ou l'épuisement...* ».
- La **directrice des soins** mise sur un travail de partenariat efficace avec les IFSI, en termes d'encadrement des stagiaires et d'échange sur les expériences professionnelles. Elle suppose, comme l'IDE, que la spécialisation en gériatologie pourrait, au-delà du D.U, et au même titre que les infirmières de bloc opératoire ou aide anesthésiste, donner « *un plus d'expertise* » qui revaloriserait à la fois « *la place des soignants et la gériatrie elle-même* ».

L'ensemble de ces données nous oriente vers des pistes d'analyse et permettra partiellement ou totalement de vérifier les hypothèses.

2.3 Analyse du contenu des entretiens.

2.3.1 Le regard des acteurs sur les représentations individuelles et collectives.

L'ensemble des professionnels exprime clairement et sans détours les motifs de leur choix ou non choix des secteurs de personnes âgées.

A la lecture des avis exprimés, les événements heureux ou malheureux influencent considérablement le choix. Il ressort qu'une certaine maturité est souhaitable et permet d'avoir la sérénité requise dans le travail, ainsi que le recul nécessaire à la gestion des situations difficiles. Ce constat rejoint la psychologie de la motivation de Paul DIEL et met en « évidence la nécessité d'être psychiquement libéré pour accéder à l'élan vital qui oblige toute vie à évoluer et à réaliser du sens y compris dans l'activité professionnelle ». ⁶²

Le contenu des entretiens vérifie la définition donnée par Hélène ARCHAMBAULT : « La motivation est un processus psychologique intra et interindividuel en lien avec l'histoire de vie de chacun et influencé par les formations suivies, les rencontres professionnelles, les conditions de travail... ⁶³ ».

L'expression des satisfactions au travail véhiculée par d'autres professionnels impacte fortement les motivations des étudiants et renvoie une image positive du travail. L'intérêt déclenché est alors considéré comme un facteur de motivation, l'intérêt est entendu ici comme « une tendance ou une disposition orientée vers différents domaines d'activité ⁶⁴ ».

Les représentations sociales sont identifiées comme trop négatives, en référence à la partie conceptuelle développée page 18, leur impact est significatif sur les motivations. La méconnaissance de la vieillesse met en lumière un manque d'information et de communication desservant la société elle-même et la gériatrie en particulier.

2.3.2 Regards sur le travail soignant : contraintes, souffrances et satisfactions.

Les difficultés exprimées sur la gestion des familles reflètent le manque d'information et d'assimilation de la notion de culpabilité, d'abandon.

Le manque de reconnaissance exprimé signifie que les soignants sont dévalorisés par les critiques négatives et les échecs qu'on leur attribue (reproches des familles, non reconnaissance de la hiérarchie). La valorisation n'est pas absente, mais ne prend sens que si elle s'inscrit dans la durée et n'est pas essentiellement orale.

Il convient donc de valoriser les réussites et de s'engager dans une reconnaissance écrite.

⁶² ARCHAMBAULT.H. Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. Gérontologie et société. n°118. P 88 septembre 2006

⁶³ Ibid. p 85

⁶⁴ Ibid. p 88

Les difficultés mises en avant sont liées à un manque de savoir faire, mais aussi à un déficit de savoir relationnel, de savoirs liés aux habitudes, aux coutumes. La caractéristique du travail de « service » est d'être « un travail relationnel, c'est-à-dire un travail pour autrui, mais aussi avec et sur autrui ⁶⁵ ».

Pour bien faire, le soignant doit « interpréter la situation et adapter les procédures, son style, son écoute, son langage, ses silences, ses gestes, à chacun de ses interlocuteurs ⁶⁶ ».

L'ensemble détermine ce que Marie-Anne DUJARRIER appelle « l'invisibilité » du travail : « l'invisibilité est au cœur du travail des soignants en gériatrie, dans la relation avec les patients, lorsqu'il s'agit de repérer des demandes de personnes démentes et d'y répondre par un geste, un silence, un retrait..... » ⁶⁷ et reflète la complexité de la prise en charge. Les soignants opposent la réalité de terrain à la prise en charge individualisée idéale, et déplorent le travail routinier. Ainsi, la prescription idéale normée est souvent en contradiction avec le quotidien, les ratios de personnel ne permettent pas une prise en charge qualitative et individualisée et génèrent culpabilité et frustration.

Pour gérer cet écart, les soignants se mettent une carapace et tombent dans une routine qui est pour Marie-Anne DUJARRIER « un mode de protection qui permet de gérer les contradictions ».

Le travail effectué dans la routine présente le risque majeur d'ouvrir la porte à plusieurs formes de maltraitances insidieuses dont il faut être conscient.

Les personnels déplorent une insuffisance de travail d'équipe très insatisfaisante, liée à un manque de communication et pouvant entraîner malaise et solitude. Il serait sans doute utile de considérer, comme le répétait Yves MEMIN, que « ne pas travailler en équipe en gérontologie est une faute professionnelle ⁶⁸ ».

Le groupe de parole ou de supervision proposé comme une solution aux difficultés relationnelles et de communication traduit le besoin des soignants de verbaliser sur des situations de travail complexes, et d'échanger entre collègues pour se rassurer et réduire ses peurs. L'objectif du groupe de paroles est de pouvoir prendre soin de son psychisme pour pouvoir prendre soin des patients et des familles, « de rompre la loi du silence et d'exprimer une réelle souffrance ⁶⁹ ».

⁶⁵ DUJARRIER.M.A. L'idéal au travail. Ed PUF le monde p 4

⁶⁶ Ibid. p4

⁶⁷ Ibid. p33

⁶⁸ ARCHAMBAULT.H. Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. Gérontologie et société. n°118
Septembre 2006 p 98

⁶⁹ Ibid. p 92

Toutefois, le fonctionnement du groupe obéit à des règles strictes que sont :

- La libre circulation de la parole.
- L'écoute sans jugement et la compréhension du groupe.
- La confidentialité des échanges.
- La neutralité du clinicien.

L'animation doit être conduite par un psychologue extérieur à l'institution, soucieux de mettre en confiance les soignants et de centrer l'intérêt sur les difficultés personnelles vécues dans des situations de travail sans que celles-ci ne soient vécues comme des incompétences ou des marques de faiblesse.

Les groupes de parole doivent, comme le préconise Madeleine ESTRYN-BEHAR, dépasser le stade de la fonction « déversoir » ou « soupape de sécurité », pour devenir une élaboration portant sur les aspects relationnels de la pratique soignante⁷⁰.

C'est à cette condition qu'ils deviendront en complément et non à la place des réunions de services des lieux de « mise en analyse de l'institution⁷¹ »

2.3.3 Regard sur le besoin de formation.

Les besoins exprimés vont dans le sens d'une demande de professionnalisation et d'un besoin de qualification des soignants lié à la complexité des situations et à la profonde mutation de ces secteurs. L'ignorance provoque des erreurs d'évaluation et des prises en charge inadéquates que seule la formation, comme outil de diffusion des savoirs gérontologiques, peut combattre.

La formation qui met en présence les différentes catégories professionnelles permet aussi de lutter contre un cloisonnement délétère dans la qualité des prises en charge. Toutefois la formation suivie d'une impossibilité de mise en pratique peut augmenter la souffrance et non la réduire, elle ne doit donc pas être isolée, mais bien intégrée à un processus réaliste tenant compte des difficultés de la quotidienneté.

2.4 Vérifications des hypothèses.

2.4.1 Les représentations individuelles et collectives sont très prégnantes et conditionnent le choix des professionnels.

Spontanément les professionnels abordent les représentations sociétales négatives de la vieillesse. Certains ont parfaitement analysé les raisons de leur non-choix des secteurs de personnes âgées. Tous ces éléments tendent à vérifier notre première hypothèse.

⁷⁰ ESTRYN-BEHAR.M, Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Ed Estem.1997 p98

⁷¹ Ibid. p94

2.4.2 La prise en charge interprofessionnelle et un encadrement dynamique donnent une cohérence et une satisfaction au travail.

Dans les témoignages exprimés, le travail d'équipe efficace est formulé en termes de désir et d'objectif à atteindre. Le manque de recul sur un travail interprofessionnel effectif ne permet pas encore de les qualifier de cohérent et de satisfaisant.

Une méconnaissance trop importante du travail de chacun est mise en avant, ainsi qu'un manque de réunions professionnelles.

Les écrits font l'apologie du travail interprofessionnel, la prise en charge gériatrique ne se conçoit qu'avec l'expertise de nombreux soignants (IDE, AS, kinésithérapeute, psychologue, animateur, assistante sociale...), la réalité de terrain dans la limite de cette enquête ne permet pas totalement de le prouver.

L'hypothèse n'est donc que partiellement vérifiée.

2.4.3 La compétence allant jusqu'à l'acquisition d'une expertise donne un sens au soin gériatrique, et est un axe de motivation fort pour les soignants.

La majorité des personnes revendique la nécessité d'une compétence requise, trois d'entre elles voient dans l'expertise ou « la spécialité » une façon de redorer le blason de la gériatrie, et justifie en partie notre hypothèse.

2.4.4 Le module personnes âgées des formations initiales ne met pas suffisamment en perspective les problèmes de vieillissement, les contraintes et les sources de satisfaction du travail auprès des personnes âgées.

L'enseignement du module gériatrique a une orientation médicalisée, laissant encore une part trop mince à la gériatrie. Les étudiants ne rencontrent pas, à une période décisive de leur orientation, suffisamment de modèles professionnels pouvant les influencer positivement. Les stages sont à la fois des sources et des obstacles majeurs à la motivation des soignants, comme si les soignants eux même voulaient dissuader les étudiants de venir travailler en gériatrie. L'accueil, la préparation, l'exploitation et le suivi du stage sont donc au centre des travaux de l'ARHIF, et vont dans le sens de notre hypothèse sans toutefois la vérifier totalement.

3 Des préconisations pour le directeur des soins.

L'enseignement apporté par la première partie théorique et par l'analyse des éléments de l'enquête, permet de définir un ensemble de préconisations pour le directeur des soins.

Elles seront essentiellement articulées autour d'une politique de ressources humaines, centrée sur un recrutement et une intégration efficaces. Un management de type participatif facilitera la mise en place de projets, et fera l'objet d'un deuxième chapitre de propositions. Il précédera une troisième partie sur l'accompagnement et le soutien des équipes.

Dans chacune de ces parties, l'implication des acteurs (direction, encadrement, soignants, médecins) sera privilégiée.

3.1 Favoriser une politique de recrutement et d'intégration efficace.

3.1.1 Par une participation forte de l'encadrement et un engagement de la DS en termes de mutation interne.

En partenariat avec la direction des ressources humaines, le DS élabore une procédure de recrutement prenant en compte le manque d'attractivité de ces secteurs. Cette réflexion est l'occasion d'un travail d'approfondissement sur l'intégration des nouveaux agents. La procédure implique la participation éventuelle d'une psychologue du travail, de la DS et un fort investissement de l'encadrement.

Durant le temps de synthèse et dans le respect de la confidentialité des entretiens, la psychologue apporte des éléments précieux sur les difficultés à venir de l'agent en cas d'affectation orientée et non désirée. Le CSS ou le CS ont développé de nouvelles compétences dans le domaine du recrutement et présentent le secteur, la fiche de poste de la fonction concernée, les projets en cours et l'organisation du travail, voire une visite de l'unité afin de motiver le candidat. Le DS présente l'établissement de façon globale, donne les orientations stratégiques du projet d'établissement et du projet de soins et accorde une écoute particulière au candidat en prenant en compte son projet professionnel et sa demande de formation individuelle.

En cas d'affectation non choisie, le DS s'engage à favoriser pour l'agent la mutation interne au terme de 18 mois passés dans le secteur.

3.1.2 Par un séminaire d'accueil organisé et structuré.

Le personnel recruté doit bénéficier d'une journée d'accueil et d'intégration se décomposant en deux parties.

- L'équipe de direction introduit la journée en se présentant et en évoquant sa direction fonctionnelle, son domaine d'activité et de responsabilité. Puis le CSS et le CS présentent l'organisation des soins du secteur, les fiches de poste de chacun et l'articulation des différents professionnels intervenant dans la prise en charge (médecin, cadre, IDE, AS, kiné, psychologue, animateur...).
- La deuxième partie de la journée, animée par le gériatre, l'encadrement et le psychologue est une formation généraliste sur le vieillissement et ses représentations, destinée à renouveler les connaissances acquises antérieurement, à partager le vécu et les expériences de professionnels avertis et passionnés.

3.1.3 Par un tutorat.

Le terme de tuteur est ici utilisé au sens anglo-saxon du terme : « tutor » qui vise l'autonomie et non le contrôle.

A l'image du tutorat institué en psychiatrie, le tutorat en gériatrie permettrait au nouveau personnel de disposer d'un référent pouvant donner les réponses appropriées dans l'apprentissage des bonnes pratiques. Cette réponse personnalisée et individualisée est un facteur de reconnaissance immédiat donné à l'agent. Elle fait l'objet de bilans réguliers en présence du cadre et permet d'ajuster la demande de l'agent, les exigences de l'organisation, et l'adaptation à des situations singulières ou imprévisibles. Ce mode d'accompagnement est incontestablement un moyen de lutter contre les difficultés d'intégration et de démotivation. C'est une source non négligeable de soutien et de relation individualisée d'enseignement et d'apprentissage. Le tuteur est à la fois le modèle et la personne ressource.

3.1.4 Par des bilans d'intégration

Afin de vérifier l'adéquation entre les attentes du professionnel et l'environnement proposé, un premier bilan d'intégration sera proposé un mois et trois mois après la prise de fonctions en présence du CSS, du cadre et du DS. Cet échange présente le double avantage de donner au soignant la possibilité d'exprimer son vécu positif ou négatif sur son intégration dans l'équipe, d'évaluer et d'adapter la forme de tutorat.

« Expliquer et dédramatiser les difficultés personnelles éprouvées, va constituer l'essentiel du travail de soutien aux personnels.⁷² », l'objectif poursuivi étant de favoriser l'adaptation permanente du professionnel aux situations diverses de la réalité du travail quotidien.

⁷² BECK.H, BOIFFIN.A. Motivation des personnels au service des personnes âgées dépendantes. *Gérontologie* n°138 p36

3.2 La démarche projet et le travail interprofessionnel : points d'ancrage d'une amélioration de la qualité et d'une satisfaction au travail.

Les projets portés par la direction sont le reflet d'un engagement et de la dimension accordée à la place de la personne âgée dans les projets institutionnels.

Ils doivent être accompagnés d'un plan de communication efficace, visant à informer pour mobiliser les agents.

3.2.1 Mettre la qualité au service des projets

Le projet ne doit pas rester dans le domaine de la représentation, mais bien être verbalisé et formalisé. Il se construit dans le présent et préfigure l'avenir.

Un projet de soins solide, initié par le DS et élaboré par et pour les professionnels, est un outil de reconnaissance mettant en avant les valeurs partagées, et une définition claire, réaliste et fédératrice du prendre soin. L'état des lieux nécessaire à l'élaboration d'un plan d'actions donne une photographie de l'existant. Il se fait au regard des missions du service ou du secteur, des textes règlementaires. Il englobe à la fois les activités des personnels, l'organisation et ses outils, l'évaluation des pratiques professionnelles, le niveau de satisfaction et les attentes des usagers, les représentations collectives. Il permet par ailleurs de mettre en lumière les dysfonctionnements, de comprendre sans jugement, ni recherche de coupable la raison de leur mise en place.

Un état des lieux sincère et critique est la base d'un diagnostic de situation permettant aux professionnels de s'engager dans des axes d'amélioration pertinents.

Dans le prolongement du projet de soins, le DS initie l'élaboration du projet de vie.

Il s'inscrit naturellement comme « définissant des normes qui s'imposent aux intervenants (soignants, familles, bénévoles) dans leur travail auprès des personnes âgées pour en prendre soin, respecter leur dignité et leur assurer une qualité de vie correcte⁷³ ».

Dans ce projet, 'trois dimensions sont exprimées, les objectifs de soins...les objectifs hôteliers et les objectifs d'animation⁷⁴ », ce qui laisse une large possibilité aux soignants pour choisir des centres d'intérêt et développer des compétences.

Dans le cadre du projet de vie, le projet qualité s'intègre naturellement et représente la dimension éthique. Lorsque le projet de vie repère les attentes des résidents, le projet qualité propose parallèlement des réponses par des pratiques adaptées.

⁷³ VERCAUTEREN.R, PREDAZZI.M, LORIAUX.M, Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie. Ed ERES p16

⁷⁴ DRASSIF. Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie. Rapport d'étape. Décembre 2005.

Dans le but constant d'améliorer la qualité des soins, l'utilisation du référentiel ANGELIQUE permettra d'introduire une culture qualité.

Le projet de vie vise à mobiliser les équipes, à orienter les décisions de l'encadrement. C'est un cadre fédérateur pour tous les professionnels, il permet d'associer coopération, interaction et coordination.

Il est aussi mobilisateur, dynamique et porteur de sens, car il met en forme les pratiques, les oriente et les recentre sur la personne âgée.

Il ne se décrète pas, mais s'élabore avec patience comme un instrument de lutte contre la routine, l'individualisme et la maltraitance.

3.2.2 Promouvoir le travail interprofessionnel.

A) Dans la création de groupes de travail.

Autour de thèmes retenus, « accueil », « contentions physiques », « nutrition », « douleur »... la constitution multiprofessionnelle des groupes de travail est un prérequis incontournable.

Elle permet de fédérer les équipes, de connaître et de reconnaître l'expertise de chacun dans le respect des zones d'autonomie.

Par ailleurs, l'expression de chacun dans les échanges interprofessionnels permet de remettre en cause ses pratiques professionnelles en dehors d'un sentiment de culpabilité. Ainsi, le sens donné aux pratiques permet d'orienter le soin vers une prise en charge individualisée, cohérente et répondant aux attentes des personnes.

La reconnaissance de chacun instaure un climat de confiance, porteur de motivation et de satisfaction au travail.

La mise en place des groupes de travail entretient un fonctionnement démocratique des équipes, favorisant le décloisonnement, privilégiant le respect des tâches et la liberté de chacun, et atténuant la pénibilité du travail quotidien.

C'est la raison pour laquelle, le DS doit s'assurer de la mise en place par l'encadrement de réunions « staffs », ou réunions cliniques sur des études de cas individuels, permettant de dégager une cohérence et une cohésion de prise en charge. Les différentes pratiques s'enrichissent, se complètent, mais ne se superposent pas.

L'exemple de la commission de menus, dans laquelle interviennent chef de cuisine, psychologue, diététicienne, cadres, IDE, AS, représentants des usagers et des familles, permet d'aborder des sujets autres que les menus, c'est-à-dire le développement du goût, du plaisir au repas, de la vie sociale associée au repas. L'objectif est alors d'accepter des visions différentes pour se centrer sur l'essentiel : la personne âgée.

Le travail interprofessionnel prend alors une orientation interculturelle, conciliant soin individualisé et vie sociale.

Dans cette mise en place, le cadre régule et structure le travail au cœur de logiques très différentes, il fait le lien entre les acteurs (le lien est ici synonyme d'échange, d'expression, de cohésion). Il assure l'animation ou la supervision des groupes et vérifie que la satisfaction de chacun permet de construire un collectif durable.

B) Mise en place de référents

Les potentiels collectifs ne doivent pas masquer les potentiels individuels. Dans cette optique, le développement d'expertises individuelles est à privilégier pour mettre en place un réseau de référents porteur d'une amélioration fléchée de la qualité.

En partenariat avec le CLUD (comité de lutte contre la douleur), un travail peut être engagé sur la douleur chronique de la personne âgée et sur les douleurs provoquées dans les soins, en suivant les recommandations ANAES sur l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de communication verbale.

De façon similaire, en partenariat avec le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales), des référents hygiène d'unité communiqueront sur les protocoles établis, sur leur bien fondé, et veilleront à leur bonne application.

L'expertise spécifique et individuelle est à encourager, la responsabilité acceptée donne une part d'autonomie qui devient source de motivation, voire de fidélisation.

3.3 L'accompagnement et le soutien des professionnels.

3.3.1 Soutenir le rôle déterminant de l'encadrement.

L'exercice professionnel difficile de secteurs de gériatrie peut entraîner une usure professionnelle, un désinvestissement, une diminution de la qualité des soins et une déshumanisation de la relation, source d'absentéisme et de souffrance des soignants. Le cadre, confirmé dans sa position par la direction des soins, devient acteur stratégique au carrefour des difficultés présentées. Il doit communiquer pour asseoir son rôle de manager et être partie prenante dans tous les systèmes d'action, il joue le rôle de « marginal sécant⁷⁵ ». Sa place est capitale pour clarifier le bien fondé des projets, apporter de la cohérence et garantir leur pérennité.

« Le positionnement c'est évacuer le flou⁷⁶ ».

⁷⁵ BERNOUX.P. La sociologie des organisations. Ed du seuil, collection Points, Paris, 1985, p 137

⁷⁶ MOTTA. J.M. Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'un-dividu » soignant (2^{ème} partie). Site web : www.cadredesanté.com

A) La communication par le groupe.

La reconnaissance, l'écoute et la possibilité donnée aux équipes de s'exprimer lors de réunions de services sont des moyens de prévenir l'épuisement professionnel.

Elles instaurent un climat de confiance, source de motivation et de satisfaction des agents. Elles permettent aussi une circulation de l'information et un positionnement clair du cadre sur les projets en cours.

B) La communication interpersonnelle.

Elle est favorisée par la disponibilité du cadre et la possibilité offerte de recevoir, d'échanger et d'écouter les agents.

L'entretien annuel d'évaluation doit être axé sur les compétences individuelles, le vécu, les besoins de formation, les points forts et faibles de l'agent.

La part d'autonomie laissée à l'agent pour élaborer des objectifs personnels doit mettre en lumière son expertise, ses goûts et ses potentiels afin de permettre au cadre d'établir le profil de compétence de l'agent, et de pouvoir instaurer un système de référents (hygiène, douleur, encadrement des stagiaires...) au sein duquel les nouveaux professionnels auront une responsabilité motivante.

3.3.2 Favoriser la mise en place d'espaces de paroles.

Les souffrances au travail nécessitent du temps et des espaces de paroles et ne sont pas seulement l'affaire des psychologues. La prise de parole doit devenir une habitude, pour ce faire elle doit être donnée régulièrement. Plus le soignant est écouté, plus il parle.

A) Les temps de transmissions

Ce sont des périodes d'échange garantissant la continuité des soins, le cadre doit être présent pour garantir la professionnalité des propos, la qualité des informations et la prise de parole de chacun.

B) Les réunions d'équipe

Régulières, sur des points d'organisation précis, elles sont, pour le cadre, l'occasion de développer la parole dans les unités, d'apporter du soutien aux équipes, de faire exprimer les craintes des agents, la peur d'être regardé et écouté par les autres. Ces temps de rencontre permettent non seulement de faire circuler les informations et les consignes, mais de mettre en place des « machines à penser le soin, c'est-à-dire d'espaces et de temps où poser la question du sens des actes et des façons de faire⁷⁷ ».

⁷⁷ PLOTON.L « la souffrance des soignants en gériatrie »

C) Les groupes de parole

Le travail en gériatrie génère une souffrance liée aux situations empruntes d'émotivité et d'affectivité très fortes, c'est pourquoi lorsque le soignant en exprime le désir, le DS doit se préoccuper de la mise en place d'un groupe de parole se réunissant mensuellement (dans les règles présentées dans l'analyse des entretiens⁷⁸). Le groupe, animé par un psychologue externe à l'établissement, facilitateur neutre, doit permettre aux soignants d'exprimer leurs doutes, leurs certitudes et leurs difficultés.

Les soignants doivent s'exprimer sur leur travail, avoir le sentiment permanent d'être écoutés, entendus, et d'obtenir des réponses à leurs interrogations. C'est pourquoi le DS doit régulièrement rencontrer le personnel lors du temps de transmissions ou de réunions de service afin d'être interpellé sur des réalités de service. La présence du directeur adjoint responsable du secteur, ou le directeur, pourra aussi être sollicitée.

L'ensemble de ces préconisations permet de renforcer le lien social et contribue à une satisfaction au travail. C'est aussi l'un des objectifs visés de la formation continue.

3.3.3 Mettre en place un plan de formation continue.

La formation continue s'inscrit dans une actualisation obligatoire des qualifications spécifiques acquises en formation initiale. Elle est aussi un facteur important de décloisonnement des pratiques par la rencontre de professionnels dans un contexte autre que celui du travail habituel.

En partenariat avec le DRH et au sein de la commission de formation, le DS participe à l'élaboration du cahier des charges en fonction de l'action formative, des objectifs poursuivis et de l'adéquation aux projets et à l'institution.

Les formations créent des phases d'enthousiasme, pour qu'elles ne soient pas suivies de phases de découragement. Le cadre doit établir le prolongement des actions formatives par un retour de formation en :

- aidant à la présentation d'une synthèse aux autres professionnels.
- évaluant l'impact et l'apport de la formation.
- déterminant les éléments essentiels, réalistes pouvant être appliqués dans la prise en charge quotidienne.

⁷⁸ Cf. analyse des entretiens p40

Les modifications même modestes des habitudes de travail sont du ressort de l'encadrement, elles donnent de l'intérêt à la formation suivie et sont sources de satisfaction. La formation information développe des savoir-faire mais ne permet pas une réinjection suivie sur le terrain.

Afin d'éviter que les changements à opérer se heurtent à la réalité et soient source de frustrations importantes, la formation-action sera privilégiée. Elle permet une analyse des pratiques professionnelles, entraînant une prise de distance par rapport au quotidien. Elle comportera, quel que soit le thème choisi, un premier objectif pédagogique de prise de conscience de la perception de la personne âgée et du vieillissement.

Le groupe pluriprofessionnel sera aussi privilégié. Les fonctions et les qualifications différentes augurent d'une meilleure collaboration, d'une connaissance du rôle de chacun, donc d'une meilleure coordination sur le terrain.

Dans le souci d'améliorer les conditions de travail, et connaissant la charge physique de ces secteurs, le directeur des soins peut proposer une formation interne sur la manutention des personnes et l'utilisation d'un matériel adapté pouvant être animées par un kinésithérapeute et un ergothérapeute dans chacune des unités, et dans des situations de travail réel.

L'organisation de séances d'information sur des thèmes choisis pourra être organisée en faisant appel aux différents intervenants (médecin, psychologue, kinésithérapeute, diététicienne, animatrice...) de l'établissement.

3.3.4 Accompagner les projets professionnels individuels.

Les soignants dont les projets professionnels s'orientent vers une expertise spécifique, telle qu'un diplôme universitaire de gérontologie, seront écoutés et leur demande priorisée. L'objectif étant de développer des compétences individuelles qui s'ajouteront à l'expérience professionnelle, et favoriseront le développement de compétences collectives.

3.4 La communication interne et externe

3.4.1 En interne

Les instances sont des lieux privilégiés pour valoriser le travail gérontologique.

Le conseil de la vie sociale où siègent des référents multiples (résident, famille, personnels, direction...) permet de ne pas déconnecter les familles des réalités de terrain et d'établir un dialogue positif et constructif.

Celles-ci prennent conscience de la difficulté au travail et de l'épuisement du personnel, mais aussi prennent connaissance des projets et peuvent s'investir dans l'élaboration des projets de vie.

Cet espace de rencontre permet d'harmoniser les relations soignants/familles et de prévenir des situations relationnelles parfois conflictuelles.

Au sein de la CSIRMT (commission de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques). Le directeur des soins doit encourager les soignants à communiquer sur leur travail quotidien, sur leurs pratiques et les points d'amélioration en cours dans le but de valoriser en interne le travail. Par ailleurs cette instance soignante est un lieu de positionnement de l'image du travail en gériatrie devant la direction, les représentants soignants, médicaux et étudiants des IFSI.

Dans le journal interne, lors de conférences, de congrès, d'interventions à l'IFSI ou lors de rencontres avec des établissements alentour, les soignants (à l'initiative et avec l'aide et le soutien de l'encadrement) doivent être encouragés à valoriser, par une production écrite ou orale, leur travail quotidien. Ils participent, ainsi, au développement d'une culture gériatrique connue et reconnue.

3.4.2 En externe

La rencontre avec des professionnels de réseaux, de CLIC, et d'autres EHPAD sera privilégiée. La participation aux congrès, colloques sur le soin gériatrique seront encouragés afin d'acquérir un langage commun et d'échanger sur les sujets tabous (maltraitance, situations de violence, mort).

3.5 Le partenariat avec l'IFSI.

Un travail commun avec l'institut de formation sur la problématique de la faible attractivité des secteurs de personnes âgées doit faire l'objet d'une analyse commune des professionnels de terrain, de l'encadrement, des cadres formateurs et des étudiants.

L'objectif est bien d'éveiller l'intérêt des étudiants en rédigeant un projet d'encadrement commun visant, comme le préconise le groupe de travail de l'ARHIF et de la DRASSIF, à préparer, exploiter le stage en cultivant l'accueil et le suivi.

Seront élaborés et mis en place :

- un tutorat à l'image de celui mis en place pour les nouveaux agents.
- un accueil personnalisé intégrant un temps formel de rencontre entre l'étudiant, le cadre et le tuteur afin de faciliter l'intégration.
- un livret de stage complet sur les missions du service et le rôle de chacun dans le travail inter professionnel.
- une évaluation à mi-stage et en fin de stage obligatoire, en présence du cadre et du tuteur, afin d'actualiser ou de réorienter les objectifs de départ. Cette rencontre doit permettre une critique constructive de part et d'autre et évaluer la progression de l'acquisition des acquis.

Puis, avec l'objectif commun de se connaître et de se reconnaître :

- l'intervention du DS et de cadres du secteur gériatrique au module gérontologie afin de lutter contre l'idée largement véhiculée que la non pratique de gestes techniques ne représente ni une perte de professionnalisme, ni une perte d'identité.
- la participation des CSS et des cadres de santé aux réunions IFSI de préparation des étudiants aux stages personnes âgées.
- la participation des cadres formateurs aux réunions de travail sur l'encadrement en stage et le rôle du tuteur dans les unités.
- une participation du tuteur de stage et du cadre à la restitution de stage ayant lieu au sein de la promotion.
- une adaptation à un nouveau poste facilitée par une collaboration IFSI/ direction des soins.

Conclusion

« Nous avons compris que la vieillesse concerne chacun de nous, que le regard sur les vieux est un baromètre de l'évolution d'une société et que la rencontre demande que nous nous interroguions sur notre désir, notre place et notre fonction ⁷⁹»

Le vieillissement démographique spectaculaire que nous vivons fait l'objet d'une prise de conscience des pouvoirs publics. Cependant les mesures amorcées n'ont pas entraîné de changement notoire dans l'imaginaire collectif et individuel. La recherche documentaire et les résultats de l'enquête nous prouvent que le vécu négatif, associé à des représentations véhiculées par la société et par les professionnels eux-mêmes, a des effets délétères sur les motivations des personnels.

Néanmoins les satisfactions existent et alimentent les motivations de ceux qui savent témoigner leur implication pour la définition de cette discipline. Il est donc légitime de penser que « revaloriser l'image des structures et du service auprès des personnes âgées passe, en réalité, par une revalorisation des représentations que nous avons de la vieillesse et des personnes âgées elles-mêmes ⁸⁰»

Le changement est amorcé si les professionnels réalisent leur part de responsabilités dans la place laissée à ces secteurs. C'est dans cette optique que le directeur des soins a un rôle fondamental et novateur dans les orientations managériales, dans la construction du collectif de travail, dans l'accompagnement et la part de reconnaissance à accorder aux soignants. Il doit avoir une stratégie d'action sur les facteurs influençant la satisfaction des personnels et sur l'image positive qu'il décide de véhiculer à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Enfin il est raisonnable de penser que « l'infirmière spécialisée en gériatrie », au même titre que la spécialité aide anesthésiste et infirmière de bloc opératoire, contribuerait notablement à revaloriser le travail auprès des personnes âgées et à rendre attractifs ces secteurs. Loin des affectations « punitives » encore évoquées par les professionnels, nous devons au contraire y affecter les personnels les plus performants, les plus motivés et les plus dynamiques, convaincus d'y trouver la satisfaction indispensable à une fidélisation.

⁷⁹ MANOUKIAN A. Le soin gériatrique est-il une utopie ? Gériatrie n°129 p4

⁸⁰ LHOMME. JP. L'image du travail gériatrique. Gériatrie n°129. p29.

Bibliographie

Ouvrages

- AMYOT J-J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris : Dunod, 1998. 335 p
- AMYOT J-J., MOLLIER A. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002. 242 p.
- ARBORIO A-M. *Un personnel invisible. Les aides soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos-Economica, 2001. 334 p.
- ARBUZ G., BILLON R. *Le grand âge : Chance ou fatalité*. Paris : Seli Arslan, 2003. 320 p.
- BERNOUX Ph. *La sociologie des organisations*. Paris : Point-Seuil, 1985. 378 p.
- BEGUE R., HUMBERT V. *Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public*. Paris : Doin, 1994. 164p.
- BRAMI G. *La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Paris : Berger-Levrault, 1997. 133 p.
- DUJARIER MA. *L'idéal au travail*. Paris : PUF, 2006. 237p.
- ESTRYN-BEHAR M. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. Paris : Estem, 1997. 250p.
- GONNET F. *L'hôpital en questions (?)*. Paris : Lamarre, 1992. 352 p.
- GINESTE Y, PELLISSIER Y. *Humanité, comprendre la vieillesse, prendre soin des vieux*. Armand Colin. Paris : Armand Colin , 2007. 319 p.
- MANIERE D, AUBERT M, MOUREY F et al. *Interprofessionnalité en gérontologie, travailler ensemble : des théories aux pratiques*. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2005. 271 p.
- Organisation de coopération et de développement économiques. *Étude économique de la France, 2007*. [en ligne]. Juin 2007. [visité le 15.07.2007]. Disponible sur Internet : <http://www.oecd.org/dataoecd/61/50/38840751.pdf>
- SEBAG-LANOE R. *Soigner le grand âge*. Paris : Desclée de Brouwer, 1992. 219 p.
- THIEBAUD D., THEZE N. *Comprendre le vieillissement : Libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse*. Lyon : Chronique sociale, 2005. 87 p.
- VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Ramonville Saint-Agne : Eres. 200 p.

Articles de revues

- ANGHELOU.D, CREOFF M. Prévention et repérage des risques de maltraitance en institution. Politique nationale et programme pluriannuel d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux. *Echanges santé sociale*, Octobre 2001,n°103, pp 15-20.
- ARCHAMBAULT H. Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. *Gérontologie et société*, Septembre 2006, n°118, p98
- AQUINO JP. Le vieillissement et le plan national bien vieillir. *Hôpitaux magazine*, Avril 2007. pp 31-34.
- BECK H, BOIFFIN A. Motivation des personnels au service des personnes âgées dépendantes. *Gérontologie*, 2^{ème} trim. 2006, n°138, pp 32-38
- BALAHOCZKY M. Images du grand âge : Impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement.*Pro Senectute* [en ligne]. Novembre 2003 [visité le 01/07/07]. Disponible sur Internet : http://www.pro-senectute.ch/data/553/debat01_13-17.pdf
- CORTOT O. La satisfaction au travail. *Gestions hospitalières*, Décembre 2005, n°451, pp795-798
- DOTTIN F. La prise en charge des personnes âgées au CHU de Rouen. *Hôpitaux magazine*. Avril 2007, pp 65-66
- EVIN C, VINCENT G. Les français et le grand âge. *Lettre de la Fédération Hospitalière de France*, Mai 2007, n°5. Editorial.
- FROSSARD M. Manifeste pour un renouveau de la gériatrie sociale en France. *Gérontologie*, 2004, n°129, pp 35-40.
- GAUCHER J, RIBES G, PLOTON L. Vieillir, le rôle de la famille. *Cahiers critiques de la thérapie familiale et de la pratique de réseaux*, 2003, n°31, pp 148-164.
- GUICHET T. Le conseil de la vie sociale. *La revue française de service social*. Juillet 2007, n°225.
- GUILLEMARD AM. Des sociétés qui vieillissent : catastrophe ou opportunité. *Hôpitaux Magazine*, Avril 2007, pp 24-26.
- LANDRY D. Souffrance des soignants en gériatrie et leur nécessaire accompagnement. *Gérontologie et société*, 1999, n°90, pp 203-220.
- LHOMME JP. L'image du travail gérontologique. *Gérontologie*, 2004, n°129. pp 29-34.
- MANOUKIAN A. Le soin gériatrique est-il une utopie ? *Gérontologie*, 2004, n° 129. pp 4-7.
- MARASHIN.J: Personnes âgées à l'hôpital. Regards croisés sur le plan solidarité grand âge. *Hospimédia*, 2 mai 2007.

- MOTTA JM. Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'un-dividu » soignant (2^{ème} partie). 17 octobre 2003. Disponible sur Internet : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article156>.
- NEUMANN B. Doper le vieux corps malade de la gériatrie. *L'Expansion* [en ligne]. 1 mars 2007 [visité le 15.07.2007]. Disponible sur Internet : <http://www.lexpansion.com/Pages/PrintArticle.asp?ArticleId=154806>
- PERSONNE M. De l'oscillation pathologique à la revalorisation des soignants. *Gériatries* . Mars-Avril 2003, n°34, pp 42-44.
- PLOTON L. La souffrance des soignants en gériatrie . *La revue de gériatrie*, 1981, tome 6 n°3.

Textes réglementaires, notes officielles

- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECF.htm>
- Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. <http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SQHK9.htm>
- Ministère de la Santé .Philippe BAS. Plan solidarité-grand âge. 27 juin 2007 http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/plan_solidarite/dossier_de_presse.pdf
- Circulaire N° DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées. Disponible sur Internet : http://www.synerpa.fr/upload/contenu/Actualites/Circ_mi_campagne_numero_447_du_17_octobre_2006.doc
- Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière. Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992.
- DRASSIF « Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie » Rapport d'étape. Décembre 2005.
- Enquête sur les postes vacants en île de France ARHIF/CRAMIF 2006

- METAIS J (Directeur de l'ARH Ile de France) : Note à l'attention des directeurs et des directeurs de ressources humaines des établissements ayant une activité en gériatrie ». 15 mai 2007. Disponible sur Internet : http://www.c2rsante.fr/docs/578_note_contrats__arhif.doc

- Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH - Ministère de la Santé -. Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière. Enjeux et impact des ressources humaines. Janvier 2007. [visité le 15.07.2007]. Disponible sur Internet : http://anath.asso.fr/aderents/Facteurs_evolution.pdf

Rapports, débats, conférences

- BERTAZENE S. XII^{ème} conférence de l'association internationale du management stratégique : Les enjeux stratégiques de la qualité dans les établissements médico-sociaux : le cas des établissements d'accueil pour personnes âgées. Paris,2003.
- Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) – France. Rapport sur le vieillissement 25 mai 1998. [visité le 12.07.2007]. Disponible sur Internet : http://www.ccne-ethique.fr/francais/avis/a_059.htm
- ESTRYN-BEHAR M. Santé et satisfaction des soignants au quotidien en France et en Europe. Enquête Press-Next. Janvier 2004. [visité le 16.07.2007]. Disponible sur Internet : http://www.next.uni-wuppertal.de/download/fr/fr_reportu_0323.pdf
- GUERET-CHAUSSAT E. table ronde APHM. Vieillir digne, soins et qualité de vie des personnes âgées. Novembre 2006.
- JEANDEL C., FITZENMEYER P., VIGOUROUX P. Rapport : « Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux ». Avril 2006. Disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000419/0000.pdf>
- MOLINIE E. Hôpital public en France : bilan et perspectives. Rapport du conseil économique et social. Juin 2005.
- SIMON-PREL. La dynamique gériatrique et ses perspectives. Intervention ARHIF. Avril 2007.
- SOUBEYRAND J., de KERVASDOUE J. *L'accueil des personnes âgées à l'hôpital: quelles urgences?* 24 avril 2007 Marseille. Débat organisé par l'institut SILVERLINE

Mémoires et cours ENSP

- BLIEZ V. La gériatrie recrute, attractivité et fidélisation en gériatrie. Mémoire DS ENSP Rennes, 2006.
- DEBOUT M. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées . Mémoire DS ENSP Rennes, 2003. 77p

- GRELET L. La lutte contre la maltraitance en EHPAD : quelle politique du directeur des soins. Mémoire DS ENSP Rennes, 2005. 77p
- LACHANT M, Représentation de la personne âgée et du rôle chez les personnels soignants en institution gériatrique. Mémoire de DU gérontologie université Paris Nord, 1999.
- LEFEVRE K. L'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées. Cours ENSP du 22 février 2007.
- SLIWKA C. Turn over des IDE en Ile de France : quelles stratégies des directeurs des soins pour recruter et fidéliser. Mémoire DS ENSP Rennes, 2005.

Sites Internet

- [www. Inserm.fr/age](http://www Inserm.fr/age)
- www. Pro- senectule.ch.
- Www. la documentation française.com.
- www. Hospimedia
- www. agevillage.com
- www. fhf.fr
- www. C2Rsante.fr
- www. sante.gouv.fr
- www. arhif.fr
- www. geronto.com
- www. Fng.fr

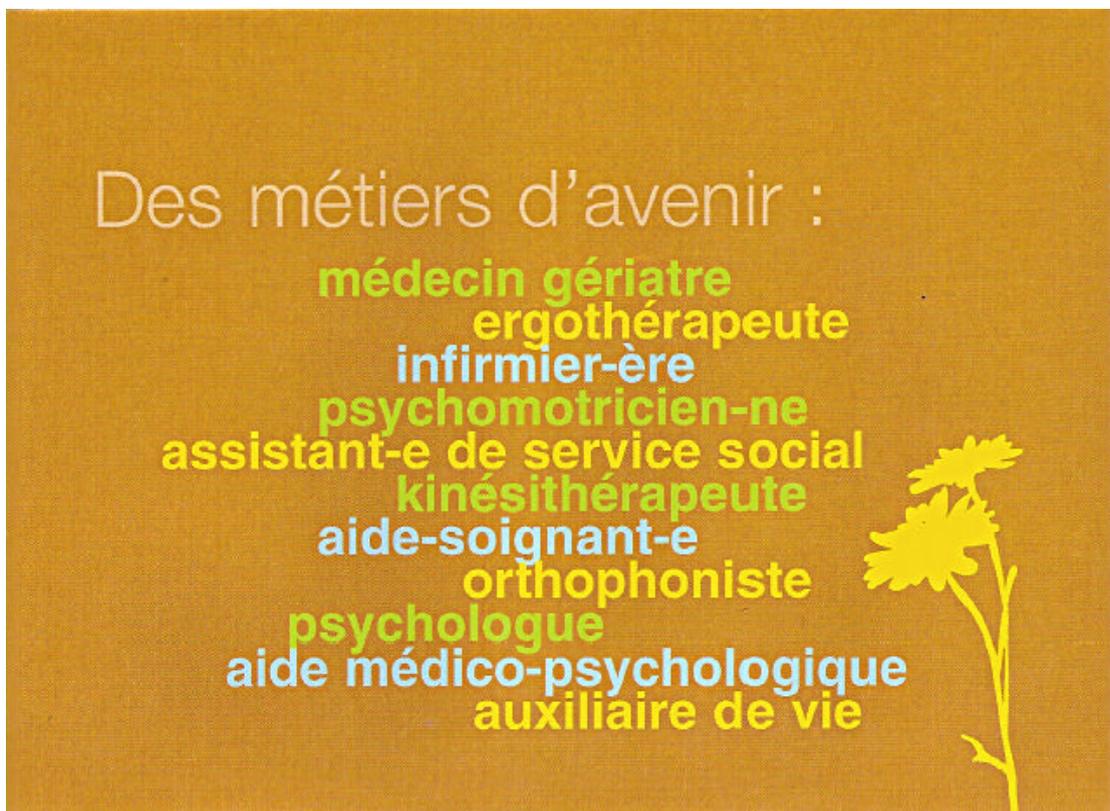
Liste des annexes

Pages II-III **Annexe 1** : Plaquette ARHIF : valorisation des métiers de la gériatrie (2007)

Pages IV-VI **Annexe 2** : Fiches métiers IDE et AS réalisées par l'ARHIF en 2007

Page VII **Annexe 3** : Guide d'entretien

Annexe 1 : Plaquette ARHIF : valorisation des métiers de la gériatrie (2007)



Parce que nous sommes tous concernés

Le vieillissement de la population est un phénomène sans précédent dans les pays occidentaux.

La France compte actuellement 21,3% de personnes de plus de 60 ans et l'espérance de vie est en croissante augmentation depuis plusieurs décennies (74 ans pour l'homme, 81,9 ans pour la femme).

En ce début du XXIème siècle, les démographes estiment qu'une petite fille sur deux née depuis le 1er janvier 2000 atteindra l'âge de 100 ans.



Soigner et accompagner l'avancée en âge

Dans l'exercice de ces professions de soignant, vous serez amené à prendre en charge des personnes âgées dans des services de médecine, de chirurgie ou de rééducation.

Pour soigner, aider, accompagner et soutenir les personnes âgées, vous pouvez faire le choix de travailler dans un des nombreux services de gériatrie franciliens.

Toutes vos compétences se révéleront lors de la pratique de ces métiers, confirmée par une formation spécifique.



Aider à rester indépendant et autonome
Respect des personnes,
de leur sécurité
Se parler
Rompre la solitude
Avoir de la compagnie,
c'est essentiel
Établir une relation d'aide...





Rejoignez les équipes soignantes auprès des personnes âgées

Votre mission est de soigner, d'accompagner et d'établir une relation d'aide avec la personne âgée et son entourage dans le respect de la dignité, du confort, de la sécurité.



Contact à l'ARH :

Hélène Archambault - helene.archambault@sante.gouv.fr
Site internet de l'ARH : www.c2rsanle.fr

Le vieillissement de la population est un phénomène sans précédent dans les pays occidentaux. La France compte actuellement 21,3 % de personnes de plus de 60 ans et l'espérance de vie est en croissante augmentation depuis plusieurs décennies (74 ans pour l'homme, 81,9 ans pour la femme). En ce début du 21ème siècle, les démographes estiment qu'une petite fille sur deux née depuis le 1er janvier 2000, atteindra l'âge de 100 ans. La vieillesse est devenue la seule période extensible de l'existence. L'histoire retiendra l'accès à la longévité comme le plus grand événement du XXème siècle.

Pour une large majorité de personnes, elle se poursuit sans handicap majeur pendant des années. Cependant l'apparition de la maladie s'accompagne souvent d'une dépendance qui à long terme peut générer une perte d'autonomie.

Ce contexte sociodémographique et l'enjeu de maintien de l'autonomie obligent à développer des moyens techniques et humains pour délivrer les soins les plus adaptés.

Dans votre pratique professionnelle de soignant, vous serez amené à prendre en charge ces patients âgés, fragiles dans des services de spécialité médicale ou chirurgicale. Si vous voulez développer vos compétences dans la prise en charge des actes techniques instrumentés, dans l'accompagnement de la personne et participer à la recherche, vous pouvez faire le choix de soigner en service de médecine et / ou de réadaptation à orientation gériatrique.

Le sujet âgé est dit « patient gériatrique » lorsqu'il souffre d'une ou de plusieurs pathologies auxquelles s'ajoute une dimension spécifique : la perte de la possibilité d'accomplir seul certains actes de la vie quotidienne nécessaires à la survie de chaque être humain.

La potentialisation des savoirs spécifiques de chacun et la coordination des soins de l'équipe pluridisciplinaire en gériatrie (le médecin gériatre, l'infirmier, l'aide-soignant, le masseur-kinésithérapeute, le psychomotricien, l'ergothérapeute, l'orthophoniste...) concourent au recouvrement de l'autonomie du patient âgé : celle dont il jouissait avant son hospitalisation.



Infirmier(e) en gériatrie

L'exercice professionnel

Le secteur de la gériatrie permet l'exercice de toute la richesse professionnelle réglementaire de l'infirmier(e).

L'infirmier(e) réalise des actes techniques qui requièrent une habileté adaptée à cette population.

L'exercice professionnel est complexe et complet. Le sujet âgé hospitalisé et/ou institutionnalisé souffre de poly pathologies intriquées, que grevent les déficits engendrés par le vieillissement normal. Ces deux facteurs déterminent une orientation spécifique de l'approche clinique et relationnelle de chacun des professionnels de santé.

Le soutien et l'aide de l'infirmier(e) dans l'accompagnement de la personne âgée et de son entourage participent à l'élaboration d'un projet de vie.

Prédispositions requises

- Aptitudes à entrer en relation, communiquer, aider les autres.
- Adaptation au temps, plus lent de l'autre plus âgé.
- Aptitude à travailler en équipe pluridisciplinaire.
- Maîtrise des gestes techniques instrumentés.

Ses prédispositions requises s'enrichissent au fil du temps de l'expérience professionnelle

Le salaire

Rémunération brute
De 1770€ en début de carrière à 2871€ en fin de carrière,
De 21 40€ à 3590€ pour un infirmier(e) cadre de santé.

La formation

Le niveau requis

Le baccalauréat ou un titre en équivalence sont indispensables pour se présenter au concours d'entrée en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ; La formation basée sur l'évaluation continue des connaissances, dure trois ans, elle est sanctionnée par une épreuve pratique à l'hôpital et un mémoire argumenté devant un jury, permettant sous certaines conditions de résultats, l'obtention du diplôme d'état.

Pour plus de renseignements consulter l'un des sites suivants :

ile-de-france.sante.gouv.fr
infirmier.com
iledefrance.fr

La formation continue

La formation continue permet d'acquérir les compétences spécifiques et indispensables en gériatrie. Elle peut être suivie :

● En interne

Sous forme de cours dispensés par des professionnels de l'établissement employeur, ou dans le cadre d'une formation organisée au sein de l'établissement par un organisme extérieur.

● En externe

Il existe des formations universitaires en gérontologie (DU) répertoriées.

Les perspectives d'avenir font espérer une exigence et une reconnaissance réglementaires des compétences acquises

L'évolution de carrière et les possibilités de passerelles

Les métiers sanitaires et sociaux sont en pleine évolution, à moyen terme des passerelles seront possibles entre différents métiers. L'infirmier(e) exerçant en gériatrie peut élargir son expérience au secteur médico-social de la gérontologie à domicile ou en institution, ou à d'autres disciplines médicales. La fonction de cadre de santé en gériatrie est une évolution de carrière possible, elle exige dans son exercice, les compétences spécifiques à ce secteur.

Nous ont apporté leur soutien

Nos partenaires

Aide-soignant(e) en gériatrie

L'exercice professionnel

L'activité de l'aide-soignant(e) sous la responsabilité de l'infirmier(e), centrée sur les soins liés aux actes quotidiens de la vie prend tout son sens en gériatrie : l'aide-soignant a une mission clé dans le maintien du retour à l'autonomie de la personne âgée fragilisée par la maladie.

La participation de l'aide-soignant(e) dans l'accomplissement de toutes les fonctions (manger, dormir, se mobiliser, être propre et installé confortablement...) d'un être humain vieillissant et malade exige une présence fréquente et vigilante qui fait de l'aide-soignant(e) un partenaire privilégié.

L'aide-soignant(e) sait signaler à l'infirmier(e) et/ou au médecin une chute apparemment anodine, toute modification dans le comportement, les paramètres vitaux (fréquence cardiaque et respiratoire), pour éviter des séquelles pouvant être graves chez la personne âgée.

L'aide et le soutien de l'aide-soignant(e) dans l'accompagnement de la personne âgée s'exercent aussi dans sa participation à des activités pour le maintien de la vie sociale.

Prédispositions requises

- Aptitudes à entrer en relation, communiquer, aider les autres.
- Adaptation au temps, plus lent de l'autre plus âgé.
- Aptitude à travailler en équipe pluridisciplinaire.

Ses prédispositions requises s'enrichissent au fil du temps de l'expérience professionnelle

Le salaire

Rémunération brute
De 1587€ en début de carrière à 2166€
en fin de carrière

La formation

Le niveau requis

Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter aux épreuves de sélection qui comprennent une épreuve écrite d'admissibilité dont les candidats peuvent être dispensés dans certaines circonstances et une épreuve orale d'admission.

La formation est ouverte aux personnes âgées de 17 ans au moins, elle se prépare en 10 mois.

Le diplôme professionnel d'aide-soignant peut également s'obtenir par la validation des acquis de l'expérience (V.A.E.), le candidat doit alors justifier des compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée ou bénévole en rapport avec la définition du métier et le référentiel de formation.

Pour plus de renseignements consulter l'un des sites suivants :
ile-de-france.sante.gouv.fr
iledefrance.fr

La formation continue

La formation continue permet d'acquérir les compétences spécifiques et indispensables en gériatrie. Elle peut être suivie :

- En interne

Sous forme de cours dispensés par des professionnels de l'établissement employeur ou dans le cadre d'une formation organisée au sein de l'établissement par un organisme extérieur.

Les perspectives d'avenir font espérer une exigence et une reconnaissance réglementaires des compétences acquises

L'évolution de carrière et les possibilités de passerelles

Les métiers sanitaires et sociaux sont en pleine évolution, à moyen terme des passerelles seront possibles entre différents métiers.

L'aide-soignant(e) exerçant en gériatrie peut élargir son expérience au secteur médico-social de la gérontologie en institution ou à domicile, mais aussi à d'autres disciplines à l'hôpital.

Devenir infirmier(e) est une évolution de carrière possible.

Nous ont apporté leur soutien

Nos partenaires

Annexe 3 : Guide d'entretien

L'entretien est introduit par une formule ouverte :

« Dans le cadre de ma formation directeur des soins à l'école nationale de ma santé publique, je réalise un mémoire de fin d'études sur le travail soignant dans les secteurs de personnes âgées. Dans ce cadre, votre parcours professionnel m'intéresse. Pourriez-vous me dire comment vous avez été amené à travailler dans un secteur de personnes âgées ? »

Thèmes à aborder si l'entretien ne nous y mène pas :

- © Les représentations collectives et individuelles ont-elles influencé vos choix ?
- © Quel regard avez-vous sur les satisfactions et les difficultés rencontrées au quotidien ?
- © Que pensez-vous de la part accordée à la formation continue ?
- © Qu'attendez-vous de votre hiérarchie, et de l'institution elle-même ?
- © A quels facteurs attribuez-vous le manque d'attractivité de ces secteurs ?

Question spécifique pour l'entretien avec la résidente d'EHPAD :

- © Pouvez-vous me dire brièvement ce qui a motivé votre entrée en maison de retraite ?
- © Quel regard avez-vous sur le travail quotidien des professionnels et quelles sont vos attentes?