

**ENGAGER UN PROJET D'ETABLISSEMENT
AU SERVICE DE LA PERSONNE
EN MAISON DE RETRAITE :
D'UN LIEU DE SOINS A UN LIEU DE VIE**

Raoul ALVAREZ

Liste des abréviations et sigles utilisés.

- ADMR Aide à domicile en milieu rural.
- AGGIR Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressource.
Grille nationale regroupant les personnes âgées en fonction de leur degré de dépendance. Il existe 6 groupes iso-ressources : du groupe 1 pour les personnes les plus dépendantes au groupe 6 pour les plus autonomes.
(voir en annexe la définition des 6 niveaux de dépendance).
- ARH Agence régionale de l'hospitalisation.
- ASH Agent des services hospitaliers.
- CCAS Centre communal d'action sociale.
- CES Contrat Emploi solidarité.
- CEC Contrat emploi consolidé.
- DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
- ETP Equivalent temps plein, par exemple le temps de travail de deux personnes travaillant à mi-temps correspond à celui d'une personne en équivalent temps plein.
- FNS Fonds national de solidarité.
- IGAS Inspection générale des affaires sociales.
- OMS Organisation mondiale de la santé.
- PSD Prestation spécifique dépendance.

Sommaire.

INTRODUCTION.....	3
▼	
<u>1^{ère} partie : LA QUALITE DE PERSONNE ÂGEE AUJOURD'HUI :</u>	
<u>QUESTION PROFESSIONNELLE ET DE SOCIETE.....</u>	6
▼	
1.1 LE CONTEXTE DE LA MAISON DE RETRAITE BRUN-VERGEADE.....	8
1.1.1 Présentation générale ; caractéristiques : population accueillie... ..	8
1.1.3 Histoire et évolution de l'établissement.....	11
1.1.3. Le personnel de l'établissement.	11
1.1.4. Le prix de journée, la prestation payée.....	14
1.2. PLACE DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS LA SOCIÉTÉ ACTUELLE.....	14
1.2.1. Eléments démographiques.....	16
1.2.2. Les représentations du vieillissement.....	18
1.3. LA PERSONNE ÂGÉE ; UN OBJET DE SOINS.....	20
1.3.1. Emprise de la médecine.	20
1.3.2. La personne âgée, un objet de soins coûteux.....	19
▼	
<u>2^{ème} partie : LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES,</u>	
<u>AU CŒUR DES TEXTES ET DU DEBAT.....</u>	21
▼	
2.1 EVOLUTION DES POLITIQUES SOCIALES SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES ÂGÉES.	21
2.1.1. Une logique d'assistance.....	24
2.1.2. Une volonté d'action sociale et médico-sociale.	22
2.2 ORIENTATIONS CONSECUTIVES AU BILAN DE LA LOI DE 75.	26
2.3. LA LOI DU 24.01.1997 SUR LA PRESTATION SPÉCIFIQUE DÉPENDANCE ET LA RÉFORME DE LA TARIFICATION.....	27
2.3.1. La prestation spécifique dépendance.....	27
2.3.2. La réforme de la tarification.	28

2.4. LA QUALITÉ, CONCEPT PRÉSENT DANS LA CONVENTION PLURIANNUELLE TRIPARTITE.....	30
2.4.1. Qualité de vie des résidents.....	31
2.4.2. Qualité des relations avec la famille et l'entourage.....	32
2.4.3. Qualité des personnels.....	33
2.4.4. Inscription dans un réseau gérontologique.....	34
▼	
<u>3^{ème} partie : PLAN D'ACTION POUR FAIRE VIVRE UN PROJET QUALITE.....</u>	36
▼	
3.1 UNE DÉFINITION POSSIBLE D'UN LIEU DE VIE.....	37
3.2. PROPOSITION D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ.....	39
3.3. UNE POLITIQUE DE MOBILISATION DE CHACUN DANS UNE ACTION, UN PROJET CENTRÉS SUR LA PERSONNE.....	44
3.3.1. Une politique qualité affirmée.....	45
3.3.2. Une gestion des ressources humaines de type participative.....	46
3.3.3. Le plan de formation pluriannuel de l'établissement.....	55
3.3.4. La politique d'animation : une illustration de la participation.....	57
3.4. AXES DE CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS ET NOUVELLES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	61
3.4.1. La personne âgée et son histoire de vie.....	62
3.4.2 Les relations de la personne âgée avec l'établissement : offrir une palette de services complémentaires.....	64
3.4.3. Le jour de l'accueil et les premiers jours, des moments à «traiter avec soin »	69
3.4.4. Le respect de la personne et de sa vie privée à travers sa vie quotidienne et son projet individuel.....	72
3.4.5. Les relations avec sa famille ou son entourage et l'intervention des personnes bénévoles	73
3.4.6. La période entourant la fin de sa vie.....	75
▼	
<u>CONCLUSION.....</u>	77
▼	
ANNEXES.	
BIBLIOGRAPHIE.	
▼	

INTRODUCTION.

Depuis sept ans, j'exerce le métier de directeur d'une maison de retraite, implantée en milieu rural. Cet établissement public, est l'héritage d'un hospice, réalisé dans les années cinquante.

Au fil du temps, il a acquis une capacité de soixante-dix lits, et a accueilli comme d'autres établissements de ce type, des personnes âgées de moins en moins autonomes. L'accroissement de la dépendance de ces personnes, a eu pour conséquence, une médicalisation plus importante. La charge en soins conséquente, et l'introduction de personnel paramédical en découlant, ont contribué, naturellement, à la naissance d'un fonctionnement teinté d'habitudes, empruntées au domaine du soin hospitalier. Dans ces conditions d'omniprésence d'un projet de soins, la prise en compte de la personne âgée, s'est parfois orientée vers une simple prise en charge d'un corps sans identité, qu'on se contente de lever, de laver et de soigner.

La vieillesse, est souvent considérée comme une pathologie, à laquelle il suffirait, d'apporter des traitements symptomatiques, en termes de médicaments, ou d'interventions ponctuelles de personnel spécialisé. Une vision de la vieillesse, réduite à la maladie et à la dépendance, amplifie pourtant cette dernière. De plus, la tendance logique face à une personne affaiblie par la maladie, est souvent, de faire les choses à sa place, plutôt que de l'aider, à les accomplir elle-même.

Autre élément d'importance, notre société a forgé et véhiculé, un certain nombre de représentations de la vieillesse ; notre monde professionnel, n'en est d'ailleurs pas exempt. Ces représentations, ont conduit à considérer la personne très âgée, plutôt en tant qu'objet, qu'en tant qu'individu singulier. Nous, professionnels, avons contribué à lui modeler la place particulière, qu'elle occupe à l'heure actuelle : un objet de soins.

« En prenant pour seule cible politique l'avance en âge de la population âgée dépendante, on isole la vieillesse dans un monde à part, au lieu de la considérer comme le produit d'histoires de vie spécifiques, de processus dynamiques et complexes d'une structure sociale ¹ ».

Nous sommes confrontés à deux types de contradictions :

- le fait même inconscient de se substituer à la personne, constitue pour cette dernière, un premier élément de dépersonnalisation ,qui renforce le processus de dépendance,
- la prise en charge, dans le domaine hospitalier, se résume souvent d'une manière assez justifiée, à une question limitée dans le temps, celui qui est nécessaire, au traitement d'une maladie.

¹ HENRARD Jean Claude, ANKRI Joël, dans l'introduction de *Grand âge et santé publique*, Editions ENSP, Rennes, 1999.

Ces éléments, nous éloignent du fonctionnement d'une maison de retraite, qui recherche pour ses résidents, une qualité de vie. La personne âgée admise dans l'établissement, hormis pour un séjour temporaire, aura en principe élu domicile en ce lieu, jusqu'à la fin de sa vie. Son vieillissement va continuer à l'accompagner. Ce dernier, nous pouvons en convenir, ne relève pas d'un processus, où il peut être envisagé, un retour en arrière, une forme de guérison, contrairement à une maladie ordinaire.

Face à une telle situation, comment engager un projet d'établissement qui refléterait le mieux possible, ce que nous pensons devoir offrir aux personnes vieillissantes ?

Pourquoi, ne pas l'envisager à partir de la question très actuelle, de la démarche qualité?

Concrètement, en partant d'un lieu à dominante soins, privilégiant une réponse essentiellement matérielle et technique, à des besoins préétablis et stéréotypés, par quels moyens, parvenir à se diriger vers un lieu de vie, de relations thérapeutiques, répondant mieux à des besoins exprimés, des désirs, des attentes, des demandes ?

Pour aborder notre projet, nous gardons en premier lieu à l'esprit, que tout individu, de sa naissance à sa mort, est une personne singulière, développant des potentiels, et des attentes. Ceci est vrai, même si cette personne se trouve fragilisée, par l'âge ou par la maladie ! Ainsi, nous nous situons, au-delà d'une vision et d'une présentation habituelles, strictement déficitaires.

Le vieillissement de chaque être humain, se traduit bien entendu, par des modifications physiologiques, psychologiques et sociales. On peut qualifier de normale, cette progression dans le temps, ce processus. Cependant, il est essentiel de l'avoir compris, accepté, et de s'en souvenir ; pour se rendre capable, de mettre en œuvre, des actions de prévention, des formes pathologiques et des aléas du vieillissement.

Les politiques sociales en faveur des personnes âgées, ont pris acte à la fois des problèmes économiques, et de la nécessaire restitution de la place de l'utilisateur au centre des préoccupations. Ces politiques, également orientées vers la prévention, souhaitent désormais faire de la recherche de qualité, une réponse efficace aux problèmes liés au vieillissement. Nous examinerons de manière plus détaillée, leur logique de développement, et leurs objectifs.

Les politiques sociales spécifiques aux personnes âgées, s'étaient d'abord attachées à venir en aide aux pauvres et aux démunis. Elles ont ensuite voulu pratiquer à partir des années soixante, une prise en compte plus globale des problèmes liés au vieillissement. Démographie (plus de personnes âgées plus dépendantes), et crise économique (obligation de maîtrise des dérapages des budgets sociaux) aidant, elles ont, peu à peu

évolué, vers l'unique question réductrice, de la prise en charge de la dépendance. Elles ont ainsi, elles aussi, participé à une forme d'exclusion des personnes âgées.

Par souci d'éthique, mais aussi certainement par calcul économique, elles semblent désormais, souhaiter apporter une qualité de vie, aux personnes très âgées, et se doter d'outils, favorisant le changement.

S'il doit exister un changement, il ne s'opérera que grâce à la réunion de plusieurs éléments :

- *une démarche de transformation de nos propres représentations de la vieillesse,*
- *la mise en œuvre d'un projet de prise en compte globale de la personne âgée,*
- *la mobilisation de l'intelligence, de l'ensemble des acteurs de la maison de retraite, ce qui recouvre d'ailleurs, une des définitions « managériales » de la qualité totale.*

Face à ce projet, et cette nouvelle commande sociale de qualité ², nous pouvons résumer ainsi notre enjeu : transformer l'établissement en un lieu de vie, où nous considérons la personne dans une approche plus globale, celle de toute son individualité, et ce, dans une vision, qui ne soit pas seulement du court ou du moyen terme. Si nous œuvrons ainsi, nous prenons naturellement en compte, les dimensions psychologique, affective et sociale, qui deviennent immédiatement plus prégnantes.

Ce constat établi, nous nous proposons de trouver des pistes pour aller vers ce lieu, où le projet privilégie une qualité de vie. Nous savons, qu'il ne suffit pas, pour ce faire, d'entreprendre un changement organisationnel. Il faudra également, en interne, travailler à modifier les représentations du vieillissement. Les acteurs, que sont les membres du personnel, mais aussi ceux de l'entourage, n'y sont d'ailleurs pas hostiles, dans la mesure où chacun y trouve un intérêt. Une volonté, et une culture-qualité permanentes, communes à tous, valorisent les ressources humaines, au service de la personne âgée, et donc le désir de progrès de chacun.

Dans un environnement, qu'il est nécessaire de rendre de plus en plus hospitalier ³, cet enjeu présente certaines difficultés. Comme nous l'avons déjà évoqué, pour des raisons de dépendance croissante, à la fois des personnes que nous accueillons, et de celles qui sont déjà présentes dans l'établissement ; nous devons continuer à «médicaliser», donc donner plus de soins, introduire plus de technique. La pérennité de notre démarche, ne peut être assurée, qu'à la condition d'une évaluation continue, de l'ensemble des processus et des résultats. Comment, malgré ces difficultés et ces contradictions, faire vivre ce projet ?

² Nous pouvons souligner qu'à notre époque, ce concept s'avère, on ne peut plus polymorphe.

³ Ce terme est volontairement repris ici au sens premier d'accueillant.

Première partie.

LA QUALITE DE PERSONNE AGEE AUJOURD'HUI: QUESTION PROFESSIONNELLE ET DE SOCIETE.

Nous proposons tout d'abord, de brosser un portrait de la personne âgée, aujourd'hui. Il s'agira en l'occurrence, de personnes de plus de quatre-vingts ans. Les retraités plus jeunes, ne se considèrent pas, et ne sont d'ailleurs pas considérés par notre société, comme des vieux.

L'histoire de la maison de retraite illustrera notre propos. Cette dernière, suit d'ailleurs sensiblement l'évolution des politiques sociales.

1.1 Le contexte de la maison de retraite Brun-Vergeade.

Tout commence souvent par une histoire, vieille ou récente, mais toujours présente.

Il faut en tenir compte pour comprendre, car elle marque forcément de son empreinte, l'avenir.

1.1.1 Présentation générale ; caractéristiques : population accueillie...

La maison de retraite Brun Vergeade, est un établissement médico-social public, à gestion autonome (c'est à dire qu'elle ne dépend pas directement d'un C.C.A.S.⁴, donc d'une municipalité.). Le statut qui y est applicable, est celui de la fonction publique hospitalière.

Elle est agréée par le département, pour une capacité de soixante-dix lits. Nous pensons, que cette taille modeste, permet plus aisément de conserver, une dimension relativement humaine dans les rapports. Milieu rural et dimension modeste font que, tous les principaux acteurs se connaissent : résidants, membres du personnel, familles, entourage, bénévoles...(cependant, cela peut comporter parfois certains inconvénients, notamment en matière de discrétion professionnelle.)

Elle se situe donc en milieu rural, dans la région Auvergne, dans une petite ville de moyenne montagne, comptant trois mille trois cents habitants. Son implantation, proche du centre ville, préserve un caractère de continuité avec la vie de la cité, et permet une facilité d'accès et de fréquentation, pour les familles entre autres. Il n'y a pas d'espace vert

⁴ CCAS : Centre communal d'action sociale.

immédiat, mais une terrasse de dimension confortable, située en surplomb par rapport à la rue, qui permet de profiter de l'animation de la cité. A ce propos, on peut noter qu'au moment de la reconstruction de l'établissement, la population de la ville dans son immense majorité, préconisait son installation dans un lieu excentré de la ville, donc de la vie. L'élément invoqué, était l'intérêt de pouvoir s'installer au milieu d'un parc verdoyant.

Au vu de l'expérience de quelques années ; nombreux sont ceux qui s'accordent aujourd'hui à dire, que l'on y vient plus souvent et plus facilement, que si elle était excentrée du bourg.

Le bâtiment, sur le plan des matériaux employés, est d'une construction traditionnelle au pays, puisque situé dans un secteur où l'architecture est protégée. L'immeuble, bien intégré au site, épouse le mouvement de la rue, avec plusieurs pans de façade décalés. Il ne laisse donc pas une impression de grande bâtisse, morose et impersonnelle.

Il comprend quatre niveaux et un sous sol :

- au sous-sol : des locaux techniques : buanderie, lingerie, vestiaires du personnel, réserves et stockage de linge, produits d'entretien..., ainsi que la chambre funéraire,
- au rez-de-chaussée : un grand salon de vie, d'accueil, de loisirs et d'animation ; les locaux de soins ; les bureaux administratifs ; un lieu de culte ; une zone d'habitat avec cinq chambres ;
- au premier étage : la cuisine, la salle de restaurant, des chambres avec un salon d'étage,
- au deuxième étage : deux zones avec des chambres et un salon,
- au troisième étage : une salle polyvalente de réunion, formation, animation ; deux zones avec des chambres et un salon.

La salle de restaurant, les salons d'étage, le grand salon sont équipés de larges baies vitrées qui permettent un apport important de lumière naturelle et participent ainsi à créer une agréable impression d'espace.

La population qui occupe ces lieux, provient à 95% de la commune principale où est installée la maison de retraite, ainsi que des communes du canton. Cette zone, est cependant élargie, à quelques villages rattachés économiquement au bourg centre.

L'origine sociale des résidants se répartit ainsi : 60% du milieu agricole (exploitants ou ouvriers), 40% provenant des milieux commerçants (16%), artisans (5%) et employés (19%.)

La population est composée de 60% de femmes et 40% d'hommes. Le pourcentage d'hommes, est supérieur à ce que l'on rencontre habituellement, car, il y a localement un certain nombre d'ouvriers agricoles. Ces derniers, restés célibataires, ont été

fréquemment, nourris et logés par leur employeur. Se retrouvant seuls, et sans demeure, au moment de leur cessation d'activité, ils ont choisi la solution de la maison de retraite.

L'âge moyen des résidants est de 83,7 ans. Depuis cinq ans, il augmente d'environ d'un an chaque année. Quelques personnes ont moins de 70 ans, et si on les retire du calcul de la moyenne d'âge, cette dernière est actuellement de 85,6 ans. D'autre part, on peut constater que 49% des résidants ont plus de 85 ans, dont 15% ont plus de 90 ans.

Actuellement, l'âge moyen des résidants, au moment de leur admission, est de 86 ans. On constate, comme ailleurs, une demande d'admission en maison de retraite, qui se produit à un âge plus avancé, et qui de ce fait entraîne un vieillissement de la population hébergée. Le développement des actions favorisant le maintien à domicile, a largement contribué à cet état de fait. Ce dernier, est en principe unanimement considéré, comme un progrès pour les personnes âgées, qui peuvent rester plus longtemps ancrées, dans ce qui a toujours constitué leur quotidien.

L'établissement est habilité pour l'ensemble des lits, à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Compte tenu du prix de journée actuel, et malgré des ressources modestes, seulement seize résidants, ont dû avoir recours à cette assistance financière, pour pouvoir s'acquitter de leurs frais de séjour.

La maison de retraite est médicalisée à hauteur de vingt-neuf lits (dits de section de cure médicale), sur une capacité totale de soixante-dix. Il faut noter, que sous le même terme de maison de retraite médicalisée, on peut trouver des réalités bien différentes. Le vocable de médicalisation, sans autre précision, entraîne une confusion dans les esprits. En effet, en fonction du nombre de lits dits médicalisés, on aura une possibilité différente d'accueil, et d'accompagnement, des personnes âgées devenant dépendantes. Le nombre de salariés chargés des soins, et de l'aide aux actes quotidiens de la vie courante, sera différent suivant le taux de médicalisation de l'établissement. Cet élément constitue d'ailleurs un problème crucial : pouvoir faire face à l'accroissement de la dépendance de l'ensemble de la population accueillie. La charge de travail conséquente augmente, alors que, comme nous venons de le voir, les moyens mis à disposition, correspondent toujours à un nombre limité de personnes âgées dépendantes, par rapport à la capacité totale de l'établissement.

1.1.3 Histoire et évolution de l'établissement.

De l'hospice à la résidence médicalisée...

Comme nous serons appelés à l'examiner dans un deuxième temps, l'histoire de la maison de retraite, a été largement influencée, par l'évolution des textes, et de la réglementation applicables à ce type de structure.

1954. Réalisation de l'hospice grâce aux legs du Député Maire Brun et du Dr Vergeade. Il s'agit d'un établissement de 32 lits, sous tutelle du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Cette maison, est avant tout destinée à recevoir les pauvres et les nécessiteux de la commune.

Son administration, se voit confiée à la congrégation des sœurs de l'enfant Jésus.

Nous sommes bien dans une logique d'assistance.

1961. Extension de l'établissement conduisant à une capacité d'accueil de 70 lits.

1982. Transformation en maison de retraite publique, avec ouverture d'une section de cure médicale de 17 lits sur 70.

La première tranche de travaux d'humanisation, est effectuée, à l'occasion des programmes de réhabilitation des hospices, engagés par les pouvoirs publics.

Par le terme : HUMANISATION, il semble qu'on ait essentiellement entendu pendant des années, l'amélioration des conditions matérielles d'accueil, le confort des lieux...

1983/1985 Deuxième et troisième tranche de travaux d'humanisation, (reconstruction d'environ 40% des bâtiments d'origine.)

1992. Départ des trois religieuses en retraite, ou bien en tant qu'aide, dans un établissement accueillant des personnes âgées de leur congrégation.

Elles assuraient l'administration, l'intendance et une partie des soins infirmiers.

Il est procédé au recrutement d'un directeur, l'administration devient donc laïque.

L'établissement emploie 17 personnes ETP dont 1 infirmière et 1 aide soignante.

Le prix de journée est de 113.00 Fr.(le plus bas du département.)

Le conseil d'administration de l'établissement souhaitait en particulier mener rapidement à bien, la dernière et principale tranche de reconstruction de l'établissement, ainsi que restructurer, une maison qui devait désormais assurer selon ses vœux, une prestation globale et de meilleure qualité.

1993. Quatrième tranche de travaux d'humanisation, (reconstruction des 60% restants des bâtiments) qui permet d'aboutir à un établissement réhabilité sur le plan de sa conception architecturale.

Pendant les travaux, trente résidants des plus valides ont été logés dans un hôtel proche (cent cinquante mètres environ).

Ce dernier, a été loué pendant quatorze mois par l'établissement.

Le personnel, pendant cette période, a assuré auprès des résidants, sensiblement le même service qu'à la maison de retraite.

Il n'était question, ni pour les membres du conseil d'administration, ni pour les membres du personnel, d'«expatrier» les résidants, en les répartissant dans d'autres établissements, dont le plus proche se situait à dix-huit kilomètres.

La cuisine quotidienne, quant à elle, a été confectionnée dans les locaux d'un groupe scolaire, prêtés par la municipalité. Le transport en liaison chaude, a permis un service quasi normal dans le bâtiment restant, qui lui-même, avait été rénové en totalité en 1985. La chapelle et les salons existants, ont été réquisitionnés et aménagés, en tant que salles à manger d'étages .

1994. Extension de la section de cure médicale qui passe de 17 à 29 lits sur un total de 70 et augmentation du personnel aide soignant (trois personnes à temps plein.)

De fait, le pouvoir paramédical et médical s'accroît un peu plus...

1996. Face à l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies et de la charge de travail conséquente, faisant suite à une évaluation corroborant ces faits (étude d'ailleurs réalisée à notre initiative, mais en collaboration avec les services de la DDASS ⁵) une nouvelle demande d'extension de section de cure médicale a été sollicitée.

Malgré le constat unanime des besoins, mais faute de moyens financiers, cette demande, n'a pu être prise en compte. Depuis cette date, nous attendons la concrétisation effective de cette étude, par l'intermédiaire de la nouvelle réglementation concernant la réforme de la tarification ⁶.

Nous évaluons très régulièrement, grâce à un logiciel dit de projet de soins ⁷, cette évolution de la charge de travail.

⁵ DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

⁶ Voir le paragraphe 2.3.2 page 25 à propos de la réforme de la tarification.

Au vu de ces dernières données, nous sommes aujourd'hui contraints, d'examiner avant toute nouvelle admission, l'autonomie et «la consommation en heures de personnel » du nouveau résidant potentiel. Cette dernière, est mise en parallèle, avec la charge de travail du moment, et constitue une aide à la décision. Cette décision est ensuite elle-même notifiée à la personne, ou à sa famille. Vous pouvez imaginer que, lorsque la réponse est négative, ce n'est pas simple à annoncer aux personnes concernées, et cela crée des tensions. Cependant, c'est le seul moyen actuel de conserver une qualité de prestations auprès des personnes âgées, qui sont déjà présentes dans l'établissement.

Nous nous trouvons face au dilemme suivant (que la réforme en cours est censée faire disparaître) :

- après ces années d' «humanisation architecturale », devons nous continuer à accueillir et garder tout public, au prix de la qualité de l'action envers chacun,
- ou bien choisissons-nous, de pratiquer, dans l'attente des modifications réglementaires, une sélection (lorsque cela est possible) de nos futurs résidants et ceci au prix de l'équité ?

1.1.3. Le personnel de l'établissement.

L'histoire d'une institution, c'est aussi, de manière prégnante, l'histoire du personnel qui y travaille.

L'établissement, si nous nous référons au tableau officiel des effectifs, emploie actuellement 27,5 personnes ⁸ ETP ⁹, dont 1 infirmière et 6,5 aides soignantes. Dans la réalité, sont nécessaires et présentes, 31,5 ¹⁰ personnes ETP, qui permettent d'assurer un fonctionnement minimum quotidien.

La moyenne d'âge des salariés est de 37,5 ans et 75% d'entre eux ont moins de 40 ans. Le personnel est féminin à hauteur de 83%.

Le recrutement est essentiellement local.

Les aides soignantes, au nombre de sept, ont en grande majorité travaillé dans des services de soins à domicile. Cette expérience acquise, a facilité le développement d'une politique d'approche plus personnalisée des résidants, ne serait-ce, que par la considération de leur espace privatif, constitué par leur chambre, ainsi que par le respect de leur intimité.

⁷ Voir en annexe un exemple des documents édités grâce à cet outil informatique.

⁸ Le coefficient d'encadrement en personnel permanent est de 0.36.

⁹ ETP : équivalent temps plein.

L'infirmière, seule salariée ayant cette qualification, assure (en dehors des soins qu'elle est amenée à dispenser) un travail de secrétariat médico-social important.

Elle s'implique aussi, dans la gestion du personnel, et de fait, on peut considérer qu'elle occupe une fonction d'adjoint de direction. Elle a volontiers accepté cette responsabilité, parce qu'elle a estimé, qu'elle présentait un intérêt pour elle. D'ailleurs, afin de professionnaliser son activité dans ce dernier domaine, elle a souhaité suivre en cours d'emploi, une formation de cadre infirmier. Cela lui a été accordé sans aucune difficulté, puisque répondant à des besoins dûment constatés.

Le reste du personnel permanent, est constitué d'agents, qui n'avaient pas de qualification initiale, mais qui ont pu évoluer, grâce au plan de formation annuel ou à travers des formations qualifiantes et/ou promotionnelles (à titre d'exemple : formations de qualification des agents hospitaliers , formations d'aide soignant(e)s et d'aides médico-psychologique....) A ce propos, depuis cinq années, l'enveloppe financière consacrée à la formation continue (2.1% de la masse salariale), représente plus du double de ce qui est légalement imposé (1%.)

Pour ce qui est du personnel non permanent, lorsqu'on examine la situation dans le détail, on se rend compte qu'il y a douze personnes en situation d'emploi précaire à mi-temps : en CES ¹¹(quatre) ou en C.E.C. ¹²(huit.) Ces derniers, sont rémunérés pour l'essentiel, grâce à des crédits normalement consacrés à des emplois de remplacement (l'obtention d'une aide financière de l'état, permettant une augmentation du nombre de mensualités, par rapport à ce qui aurait été initialement possible avec des contrats non aidés.) Cette situation particulière permet d'attendre la réforme de la réglementation, mais elle reste aléatoire, et ne saurait perdurer encore au-delà de deux à trois ans.

Les frais de personnel, constituent à hauteur de 60 à 70%, le prix de journée appliqué.

1.1.4. Le prix de journée, la prestation payée.

Le prix de journée, c'est important ; on le retient plus facilement que la teneur des services qu'on paie réellement. Et pour cause, une des particularités d'une maison de retraite par rapport à d'autres établissements médico-sociaux, tient au fait, que la plupart du temps, le prix de journée donc les frais de séjour sont à la charge de la personne âgée, et payés directement par elle-même, ou par sa famille. Les personnes âgées, même celles ayant

¹⁰ Le coefficient d'encadrement, tous personnels confondus, est de 0.45 (hors personnel de remplacement).

¹¹ CES : contrat emploi solidarité.

¹² CEC : contrat emploi consolidé.

atteint quatre-vingt-dix ans et plus, souvent d'origine modeste, et ayant traditionnellement peu fréquenté l'école, analysent pourtant sans difficulté aucune (qui pourrait être liée par exemple aux nouveaux et anciens francs), si elles ont ou non, les moyens de «se payer la maison de retraite ».

Il faut ajouter, que le système actuel de tarification, date dans ses grands principes, de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Il manque à l'évidence de réalisme, par rapport aux besoins et à la clientèle actuels.

A ce jour, le prix de journée de notre établissement est de 187.00 Fr. ¹³. Il se situe dans la moyenne départementale, certes, mais est encore très éloigné de la moyenne nationale qui est de 240.00 Fr. L'année prochaine, il devrait être en principe d'environ 200.00 Fr. Il aura, malgré un développement encore insuffisant des moyens, suivi une évolution rapide depuis 1992 (+ 77% en francs constants.) En terme de masse financière, on peut rapidement évaluer la différence par rapport au prix moyen national, et par rapport au nombre de journées réalisées. Cette différence (qui représente sensiblement un manque à gagner de 1 252 000 Fr. : 70 résidants x 365 jours x 49 Fr.), permettrait la rémunération d'environ sept agents ETP, si on la traduit en termes de salaires de personnel. Ce prix de journée, relativement bas, s'explique en grande partie, par le nombre moins important de salariés, par rapport à la moyenne nationale (des établissements comparables), et donc par une masse salariale ¹⁴diminuée. En terme de personnel, on pourrait encore prévoir, l'équivalent de trois aides-soignantes manquantes, par rapport à la prise en charge des soins, liés à la dépendance constatée des personnes. Ces agents, seraient normalement rémunérés sur le budget soins, octroyé par les caisses de sécurité sociale. Il n'y aurait pas de répercussion supplémentaire sur le budget hébergement, donc sur le prix de journée proposé.

Les frais de séjour, pour l'instant, atteignent donc en moyenne la somme de 5688 F par mois (187 Fr. x 365 jours / 12 mois.) Ils restent normalement à la charge de la personne âgée ; ou éventuellement de l'aide sociale, si les ressources demeurent insuffisantes. En fonction du montant de leurs ressources imposables, les personnes peuvent prétendre à l'allocation de logement sociale, avec un maximum de l'ordre de 1400 Fr./mois.

Actuellement, seize personnes âgées seulement sur soixante-dix, ont des ressources insuffisantes, et sont donc bénéficiaires de l'aide sociale dite à l'hébergement. Il est bien évident, que les frais de séjour actuellement facturés, atteignent la limite de la solvabilité d'un grand nombre de personnes accueillies, qui sont de condition modeste (classiquement, l'équivalent d'un minimum vieillesse de l'ordre de 3500 Fr. auquel vient

¹³ Le budget de fonctionnement de l'établissement pour 1999 est de 7 702 924 Fr.

¹⁴ Pour mémoire, les frais de personnel constituent 60 à 70% du prix de journée à la charge de la personne.
Raoul ALVAREZ - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2000

s'ajouter l'octroi de l'allocation logement.) Si le montant de ces frais de séjour continue à s'élever, le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale (et donc le coût pour la collectivité départementale), va croître rapidement.

Ainsi, on comprend mieux l'inquiétude « légitime » des pouvoirs publics, conseil général, DDASS..., état, par rapport au financement de la dépendance d'un nombre croissant de personnes très âgées. Ces frais de séjour, constituent cependant la réalité d'une limite imposée au projet imaginé, et proposé en faveur des personnes âgées accueillies en établissement.

Un des problèmes essentiels, reste aussi que l'élément coût de revient devenant primordial, il a fâcheusement tendance, à masquer tout du moins en partie, la question essentielle de la dignité avec laquelle nous nous devons de considérer nos aînés.

Alors, reviennent bien entendu rapidement à notre esprit les questions suivantes :

quelle place pour les personnes âgées dépendantes ou en voie de le devenir ?

avec quels moyens financiers et humains à leur service ?

quel sera le prix qui demeurera à leur charge ou à celle des leurs ?

1.2. Place de la personne âgée dans la société actuelle.

Nous avons sensiblement tous, le sentiment, certes de manière plus ou moins floue, que certains sujets comme le vieillissement, l'avenir des régimes de retraite...ne nous touchent pas ou peu (du moins dans un proche avenir), et à ce titre, ne font donc pas partie des préoccupations immédiates, tant du citoyen, que du politique qui le représente.

Comment a-t-on pu cheminer vers cet oubli conscient ou involontaire, arriver à cette déformation de la réalité, au paradoxe de ces situations et finalement à une situation, qu'on pourrait qualifier, d' « auto-tromperie collective » ?

1.2.1. Éléments démographiques.

La démographie nous fournit des éléments importants, concernant l'évolution de la structure de notre population.

En France :

1945	5 millions de personnes ont plus de 65 ans.
1990	7.9 millions de personnes ont plus de 65 ans.
Personnes de plus de 60 ans :	
(en pourcentage de l'ensemble de la population)	
1950	16,2%
1990	19%
2000 (projection)	20,5%
Personnes de plus de 85 ans :	
1955	230 000
1985	680 000
2000 (projection)	1 000 000
2015 (projection)	1 300 000
2040 (projection)	2 500 000

Malgré le caractère aléatoire de projections démographiques sur une période de quarante ans, force est de constater, un vieillissement global de la population. Ce qui est le plus remarquable, et qui déclenche des prises de position alarmistes, reste l'évolution du nombre de personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans (200 centenaires en 1953, 3000 en 1988, 150000 peut-être en 2050.) Ce vieillissement, est traditionnellement expliqué, à la fois par l'allongement de l'espérance de vie (dû aux progrès de la médecine et à un accès facilité aux soins), et par la baisse du taux de fécondité. Bien que nécessaires, ces données démographiques induisent une vision trop globalisante et réductrice du vieillissement. Elles participent, à une traduction de la vieillesse, simplement en terme de problème économique et financier.

Ces données devraient pourtant permettre (tout du moins) de considérer la vieillesse, en tant que fait humain, dont la société doit s'emparer. Chacun de nous, en particulier parce que concerné par les effets du vieillissement, se devrait en effet, de prendre pleinement conscience de cette réalité, et d'apporter sa contribution dans la recherche d'une solution harmonieuse et intégrée, pour les siens et plus tard pour lui-même.

1.2.2. Les représentations du vieillissement.

De nombreux éléments, participent à une représentation négative de la vieillesse qui peut conduire à une forme d'exclusion. « *Les phénomènes du vieillissement ont une complexité qui s'accorde mal à nos besoins de classification et de schématisation* ¹⁵ ».

Dans les sociétés traditionnelles d'Afrique Noire par exemple, les vieillards sont encore honorés, pour leur expérience accumulée, et pour leur proximité future avec les ancêtres défunts. Leur avancée en âge, est considérée comme un accomplissement. Ils jouent un rôle important, pour la cohésion et la prospérité collectives.

De manière générale, dans nos sociétés européennes, mis à part une certaine admiration pour les plus que centenaires, et si tant est qu'ils aient gardé un esprit alerte dans un corps relativement sain, la vieillesse, est globalement perçue, comme une altération de l'être, plutôt qu'une évolution normale et logique. Simone de Beauvoir, cite en l'approuvant Marcel Proust, pour qui «de toutes les réalités », la vieillesse est peut-être celle «dont nous gardons le plus longtemps dans la vie, une notion purement abstraite ». Elle poursuit en notant que «c'est l'état entre tous, dans la vie d'un individu, pour lequel il n'existe pas de rite de passage, pas de cérémonie d'initiation ».

Vieillir est pourtant une condition de l'existence. Dès la naissance, et chaque jour depuis notre conception, nous vieillissons, et si nous vieillissons, c'est bien parce que nous ne sommes pas morts. Dire ceci, peut apparaître simpliste, mais l'intérêt de cette remarque est de nous placer dans une démarche de processus. Lorsqu'on parle de processus, cela signifie que quelque chose est en cours de réalisation (le contraire serait la stagnation, l'immobilité.) Il s'agit donc d'un ensemble de phénomènes considérés actifs, qui permettent d'aller vers une évolution. Il y a un mouvement (quelque chose qui est en marche), une transformation, un changement.

La retraite, a été définie comme une période où l'essentiel de ce qui fait la vie s'arrêterait. Dire simplement, que c'est «le moment où l'on quitte la force de travail », participe à un phénomène, et une interprétation propres à notre société industrielle «moderne ». La retraite et le fait d'en jouir, en conservant une bonne santé, sont considérés comme des conquêtes sociales. D'ailleurs les jeunes retraités (le «troisième âge actif »), ne se rangent plus dans la catégorie sociale des vieux, ils continuent souvent à raisonner en terme de gains : de temps, de qualité de vie...

¹⁵ Rapport de Théo Braun au secrétaire d'état chargé de la sécurité sociale, Paris, La documentation française, 1988.

Ce temps de la retraite représente aussi, pour la plupart de nos contemporains, celui de l'inactivité. Il sera suivi de celui de la dépendance aux autres, de l'inutilité pour cette société, qui elle, se considère éternellement jeune, et glorifie en permanence le plein activisme. Souvent, on ne raisonne plus qu'en terme de pertes : d'autonomie, de mémoire, de jugement...De nos jours, quand nous parlons de personne âgée, nous faisons plutôt référence aux gens du quatrième âge. On pourrait considérer positivement, ce gain supplémentaire d'années à vivre : la poursuite de cette conquête sociale. Malheureusement, au lieu de cela, on entend plutôt évoquer dans les médias, face au problème de financement des régimes de retraite par exemple, l'arrivée d'une «marée grise ».

La vieillesse semble donc bien poser uniquement la question de sa prise en charge sur le plan économique et financier.

Cette vieillesse est d'autre part, associée et assimilée à une longue maladie (ou une succession de maladies.) Cependant, il ne s'agit pas de n'importe laquelle, mais de la maladie ultime, chronique dont l'aboutissement est la perte de la vie, la mort qui signe la fin de l'être. Il faut bien admettre que 61% des décès surviennent après soixante-dix ans, et que la mort, au fil des années, quitté notre quotidien (il est de moins en moins courant de mourir à son domicile), pour rejoindre fréquemment celui plus aseptisé de l'hôpital.

Ces négations de la vieillesse et de la mort, alimentent l'exclusion dont notre société peut faire preuve à l'égard des personnes vieillissantes. Le corps, et parfois l'esprit déchu de ces personnes, nous renvoient l'image de ce que nous refusons culturellement de devenir. Une tendance générale s'installe donc, qui revient, en rangeant dans une catégorie sociale bien distincte les personnes âgées ayant perdu leur autonomie physique, sociale, ou mentale, à renforcer les phénomènes d'exclusion. En agissant ainsi, cela revient à se sortir soi-même, à se rendre extérieur à cette dite catégorie, et à se sentir de moins en moins concerné. C'est pourtant, sans aucun doute, participer à une illusion collective : l'oubli (peut-être inconscient mais en partie volontaire) de la limite de la vie et de l'apparition possible et probable de la maladie.

En faisant de la personne âgée, le porteur désigné de la maladie et de la mort, elle devient un objet principalement de soins. Nous «aseptisons » notre vision du vieillissement, et par là même, pensons sans doute mieux nous en protéger.

1.3. La personne âgée ; un objet de soins.

1.3.1. Emprise de la médecine.

« La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités (...) ¹⁶».

Si l'on cherche dans l'histoire grecque et romaine, outre la connaissance de l'anatomie et de la physiologie, la science médicale s'est contentée essentiellement de soulager la douleur et de reconforter les patients.

L'action de la médecine, qui avait pour prospective la sagesse de la vie, participait à aider et à soutenir l'ordre et l'harmonie naturels.

Au fil du temps, et des progrès de la science, la médecine a cherché à expliquer les causes du vieillissement et à en retarder les effets. *« Les médecins élaborent donc pour les princes et les pontifes, non résignés à l'ordre divin qui prévoit la décrépitude et la mort, des régimes de santé et de longévité, tel celui que prescrit Avicenne (XI ème siècle) et qui, outre bains et massages, comprend la consommation de lait et de vieux vin rouge ou celui, analogue, que Roger Bacon, deux siècles plus tard, compose pour Clément VI. Il y reprend l'idée que la perte de la chaleur intérieure est la cause du vieillissement, assimile cette perte à un phénomène pathologique et considère que les hommes pour qui le sénium commence à soixante ans, pourraient vivre jusqu'à quatre-vingts ans s'ils maintenaient attentivement l'équilibre corporel propre à la santé ».*

Au milieu du XIX ème siècle, avec la méthode anatomo-clinique, on fait la distinction du vieillissement normal et du vieillissement pathologique. La connaissance et la transmission du savoir attaché au vieillissement pathologique, se développent avec l'importante concentration de vieillards dans les hôpitaux et les hospices. La mort et la vieillesse marquant les limites de la médecine, cette dernière les inclut naturellement dans sa démarche de recherche scientifique.

Vers 1935, 1940 l'émergence progressive de la vieillesse, comme problème social, entraîne une réflexion sur le vieillissement dans d'autres disciplines. De la gérontologie associée à la médecine des vieillards va naître la gériatrie. C'est dans sa relation à la société, que la médecine va désormais s'approprier la vieillesse. L'hôpital, qui avant 1945 avait

¹⁶ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, article VIII .

officiellement la mission d'assistance et de soins, va de plus en plus s'orienter vers la fonction de la transmission du savoir médical. L'importance du discours social sur la vieillesse va fonder la légitimité d'un discours médical sur cette classe d'âge. Le souci de dégager l'hôpital, de toute fonction d'hébergement social d'une population reléguée dans une position peu valorisante, ira de pair, avec le souci des médecins, d'y développer une politique active. Ainsi, le nouveau regard posé par le médecin sur le patient âgé, sera celui d'une reconnaissance d'un être souffrant de polypathologie. La gériatrie, entend être une médecine polyvalente, pas générale mais «totale ». Elle prend en charge aussi le psychologique et le social.

D'ailleurs, encore de nos jours, si nous admettons que la médecine est en charge de la santé des personnes dont elle s'occupe, nous pourrions remarquer que la définition de la santé qui est donnée par l'O.M.S.¹⁷ est la suivante : « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La vieillesse se traduit souvent par des incapacités, comme la maladie.

Dans un certain nombre de cas, elle entraîne un handicap. La définition donnée par P. Wood du handicap est la suivante : « *dans le domaine de la santé, le handicap ou désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels* ».

Ces définitions continuent à inclure le social dans l'aire de la médecine, et de ses réponses techniques, et participent certainement à la poursuite de l'assimilation de la vieillesse à une maladie.

1.3.2. La personne âgée, un objet de soins coûteux.

Les conséquences du vieillissement, et son cortège de questions, auxquelles on apporte des réponses essentiellement techniques, alimentent la question du coût inflationniste des dépenses sociales.

Quelle que soit la solution retenue par la personne elle-même (ou son entourage) : maintien à domicile ou hébergement collectif, qu'elle qu'en soit la forme, elle va fatalement engendrer des dépenses sociales de soins et d'accompagnement. A ce propos, il est curieux de constater, qu'une majorité de nos compatriotes restent persuadés, du coût moindre pour la collectivité du maintien à domicile, par rapport à l'hébergement en établissement. Sans mettre en doute l'intérêt bien compris des soins, et du maintien à domicile, il ne faut pas être dupe par rapport à leur coût. D'autre part, il faut rester prudent

¹⁷ O.M.S. : Organisation mondiale de la santé.

face aux conséquences d'un maintien à domicile qui peut devenir abusif, s'il est pratiqué dans de mauvaises conditions, avec l'aide d'un personnel peu qualifié ni formé.

Le coût de l'intervention d'un service de soins à domicile par exemple, est intégralement pris en charge par la sécurité sociale, et il n'y a aucun paiement direct de la personne. Le coût des soins en maison de retraite l'est aussi, mais le coût dit d'hébergement reste à la charge de la personne, éventuellement de l'aide sociale, si les ressources sont insuffisantes. L'augmentation de la dépendance, des personnes accueillies en établissement, a généré des charges supplémentaires (essentiellement de personnel.) Elles ont été intégrées au coût de l'hébergement, et non à celui des soins, cela a ajouté à la confusion.

▼ Deuxième partie.

LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES,
AU CŒUR DES TEXTES ET DU DEBAT.

A travers l'évolution d'un établissement, accueillant des personnes âgées de plus en plus dépendantes, nous en sommes arrivés à modeler l'image d'un nouveau vieillard, manquant d'identité, à la recherche de sa place dans un monde pressé. Ces changements, imprégnés de ceux de l'environnement, nous conduisent finalement à consacrer peu de temps à la réflexion sur notre propre devenir, voué lui-même aux « affronts de l'âge ».

Paradoxalement, peut-être pour faire face à un problème économique et financier (mais certainement pas seulement pour ces raisons : il nous plaît d'imaginer que des questions éthiques fondamentales demeurent), les pouvoirs publics souhaitent introduire et évaluer la qualité des prestations et la qualité de vie, qui animent le quotidien de ces personnes âgées en établissement. Faisant suite à la loi de 1997 sur la prestation spécifique dépendance (ex prestation autonomie), les modifications de la tarification (en fait un changement de fond par rapport à la prise en charge de la dépendance des personnes) des établissements du secteur, doivent s'accompagner de conventions, incluant de manière contractuelle des critères illustrant la mise en œuvre de véritables démarches qualité.

Pouvons-nous légitimement penser, que cette nouvelle commande sociale, nous aidera : à gommer les effets des attitudes de négation et d'exclusion, qui se sont développées à l'encontre de nos anciens, et à leur rendre la place qu'ils doivent occuper dans l'équilibre des générations ?



L'analyse des textes réglementaires qui balisent notre activité, nous permettra d'identifier nos nouvelles obligations.

Elle confortera sans doute l'approche socio-historique que nous venons de réaliser, et qui n'a que très récemment laissé apparaître, un questionnement par rapport à la qualité de vie des personnes très âgées.

Cette qualité de vie (que nous voyons poindre au sein de nos lois, circulaires et chartes diverses), serait-elle à attribuer à un effet de mode, aux soucis de contractualisation, d'accréditation, de normalisation, de planification, d'assurance et de démarche qualité..., ou bien à un souci purement financier ?

Les textes, nous conduiraient-ils à une tardive mais réelle prise en compte des effets, des faits et problèmes liés au vieillissement ?

2.1 Evolution des politiques sociales spécifiques aux personnes âgées.

Depuis le début de notre siècle, les politiques sociales de la vieillesse ont tenté de se calquer sur l'évolution des besoins, plus ou moins bien connus et reconnus, des personnes âgées.

2.1.1. Une logique d'assistance.

Loi du 14.07.1905 «portant assistance aux vieillards, infirmes et incurables ».

Loi du 05.04.1910 sur les retraites ouvrières et paysannes.

Loi du 30.04.1930 sur les assurances sociales.

Le but longtemps recherché, a été de garantir un revenu minimum pendant la vieillesse. Le résultat s'est avéré relativement décevant, du fait de l'érosion monétaire et de la technique de capitalisation choisie. Cela a abouti à maintenir un état de précarité pour des personnes âgées sans patrimoine.

Devant les difficultés persistantes, les pouvoirs publics vont donc donner une priorité à une politique de ressources. 1956 sera l'année de la création d'un fonds national de solidarité (FNS) destiné à verser ou compléter un «minimum vieillesse » en faveur des personnes de plus de soixante-cinq ans.

2.1.2. Une volonté d'action sociale et médico-sociale.

Une commission d'études des problèmes de la vieillesse est instaurée en 1960 par le premier ministre. Elle est chargée de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences, et d'en dégager les axes d'une politique vieillesse.

Il faudra attendre le rapport Laroque, publié en 1962, pour que débute une politique spécifique en faveur des personnes âgées, politique se voulant orientée vers une prise en compte plus globale, se préoccupant des soins, du logement, des ressources, des loisirs, mais aussi d'une insertion de ces personnes dans la société.

Ce rapport préconise de manière résumée :

- le renforcement des ressources minima,
- un développement des aides à domicile,
- une ouverture plus large des établissements de santé aux personnes âgées plutôt que la mise en place de services spécialisés dans leur domaine,
- le remplacement des hospices par des établissements de soins et d'hébergement, prenant en compte l'état de santé de chaque personne.

Ces recommandations ne seront que progressivement mises en œuvre, surtout de 1970 à 1979 avec les VI e et VII e plans quinquennaux.

La loi hospitalière de décembre 1970, qui organise le service public hospitalier, et qui classe les établissements en fonction de leur densité technique, exclut les hospices du champ hospitalier.

La loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, prévoit que tous les hospices seraient transformés dans les dix ans, en établissements sociaux ou en centres de cure.

En 1977, un décret d'application définit les conditions de création, de fonctionnement et de tarification des sections de cure médicale au sein des établissements accueillant des personnes âgées. Ces sections de cure sont destinées aux personnes ayant perdu leur autonomie de vie, et nécessitant un traitement d'entretien.

La loi de 1977 fixe un plafond de 25% de la capacité en lits d'un établissement, pouvant être destinée à accueillir ces personnes. Devant l'amplification des besoins, un dépassement de ces 25% sera autorisé à partir de 1981.

Un forfait soins est financé par l'assurance maladie. Les autres dépenses constituant le forfait hébergement, permettent de calculer un prix de journée, qui est à la charge de la personne.

Ce coût est éventuellement à la charge de l'aide sociale, si les ressources de la personne sont insuffisantes et si l'établissement est habilité à accueillir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Une loi de janvier 1978, définit en particulier, les services ou unités de long séjour hospitalier. Leur but est de prendre en charge des personnes plus dépendantes qu'en maison de retraite, ayant perdu leur autonomie de vie, et nécessitant une surveillance médicale constante ainsi que des traitements d'entretien. Ces services fonctionnent aussi avec un double système de tarification, mais le forfait soins est environ deux fois plus important, que celui accordé aux maisons de retraite dotées d'une section de cure médicale. Ce forfait, concerne l'ensemble des personnes accueillies, et non un certain pourcentage, comme dans la situation précédente.

La maîtrise des dépenses de santé devient prioritaire en 1978. A la fin des années soixante-dix, apparaissent les problèmes d'emploi. Les travailleurs vieillissants sont de plus en plus rejetés du monde du travail. La crise de notre société industrielle, aboutit à une vision de la vieillesse, qui se focalise sur celle des personnes âgées dépendantes. La conception du troisième âge actif, contribue aussi à refouler la vieillesse vers un quatrième âge, confondu avec un état chronique : la dépendance.

Le rapport d'un groupe de travail : « Vieillir demain » (1980) constate ces phénomènes de rejet, ainsi qu'un manque de traduction dans les faits, de la priorité annoncée du maintien à domicile. Il note aussi, certaines insuffisances de taux de médicalisation des établissements sociaux, carences cohabitant avec des hospitalisations en service de court séjour injustifiées, et des prises en charge en service de long séjour hospitalier, elles aussi, non justifiées. Il propose, de distinguer les retraités des personnes âgées, et de mettre en œuvre, un programme associant soutien à domicile et développement de structures pour personnes âgées invalides.

Depuis ces années quatre-vingts, pouvoirs publics et acteurs sociaux vont continuer à favoriser les solutions alternatives à l'hospitalisation : aide ménagère, aide à domicile, auxiliaire de vie, soins infirmiers à domicile...

Ils vont également continuer à consacrer, la coupure entre le sanitaire et le social. Ils veulent donner aux établissements du secteur social, une vocation de centre d'hébergement.

Cette idée se trouve confrontée, aux besoins de soins et de surveillance médicale constante, demandés par une population constituée de personnes ayant perdu tout ou partie de leur autonomie.

Lors du changement de gouvernement en 1981, un secrétaire d'état chargé des retraités et des personnes âgées est nommé. Une circulaire reprend la mise en œuvre d'une politique sociale et médico-sociale. Elle tient compte du projet de décentralisation et d'attribution aux départements, de l'action sociale en faveur des personnes âgées. Le dispositif doit reposer sur un plan gérontologique départemental. Ce dernier permet de programmer les équipements et les services, dans un souci d'optimisation des moyens et de contrôle de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Au niveau national, on trouve la création d'un Comité national des retraités et personnes âgées, chargé de donner des avis, et en particulier, en matière de planification.

En 1983, situation économique critique obligeant, la maîtrise des dépenses allouées à la protection sociale retentit aussi sur l'action envers les personnes âgées. Cela est d'autant plus vrai, que l'abaissement à soixante ans de l'âge légal de départ en retraite, augmente les sommes payées par la caisse d'assurance vieillesse, et oblige à encore plus de rigueur dans la gestion des crédits des caisses d'assurance maladie. Les ouvertures de services de soins à domicile, et de sections de cure médicales pour les établissements, sont bloquées même si elles sont autorisées. Pourtant le rapport de préparation du IXème plan souligne l'importance des hospitalisations médicalement injustifiées. Un programme prioritaire d'exécution suggère de réduire les lits d'hospitalisation et de les remplacer par des lits d'hébergement pour personnes âgées. Il propose aussi, de poursuivre la transformation des hospices, et de développer les alternatives à l'hospitalisation.

En 1985, le Conseil économique et social, publie son rapport sur les problèmes médicaux et sociaux des personnes âgées dépendantes. Il légitime, dans un contexte de crise des financements sociaux, la nouvelle priorité de l'action gérontologique : la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Une circulaire de 1986 prévoit de nouveau le développement de services de soins à domicile, de sections de cure médicale, des gardes à domicile, des placements en familles d'accueil ainsi que l'expérimentation de structures légères.

Pendant cette période (1983-1986), les lois de décentralisation, confient l'action sociale, et l'aide sociale, en particulier en faveur des personnes âgées, aux départements.

L'ouverture d'un nouvel établissement social pouvant admettre des bénéficiaires de l'aide sociale, ainsi que la tarification des prix d'hébergement, sont soumises à l'autorisation préalable du président du conseil général.

Le département doit mettre en place un schéma des services et institutions sociales (schéma gérontologique). Mais les financements des services de soins à domicile et des sections de cure médicale restent sous la tutelle de l'état. Ce renforcement de la séparation entre le sanitaire et le social, freine le développement du secteur médico-social, en charge normalement des personnes âgées dépendantes. Les promoteurs privés s'emploient à la réalisation de projets de structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes, fonctionnant avec des soignants libéraux, rémunérés à l'acte par la personne elle-même, sans véritable moyen de contrôle de la caisse de sécurité sociale donc de l'état.

Une commission nationale d'études est créée pour étudier le problème des personnes âgées dépendantes. Le rapport de Théo Braun, qui clôture ce travail en 1988, réaffirme la priorité du maintien à domicile (développement de gardes et de soins coordonnés) et le placement en famille d'accueil. Ce rapport propose également : la poursuite de la médicalisation des établissements, la création de départements de gériatrie dans les hôpitaux, le renforcement de la formation des différents personnels, l'éducation de la population à la prévention des conséquences du vieillissement et la création d'une assurance autonomie.

Le 10 juillet 1989 est adoptée une loi sur l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées, à titre onéreux, au domicile d'un particulier, par des personnes agréées par le président du conseil général. Un contrat est passé entre les parties, pour déterminer les obligations matérielles et morales de chacun. Ce contrat fixe aussi le montant des frais de pension, en fonction de la dépendance et de la santé de la personne accueillie...

En novembre 1990, est créée une commission dépendance des personnes âgées, sous l'égide du Commissariat général du Plan. On retiendra de celle ci un certain nombre de propositions qui ont vu, ou voient actuellement le jour :

- l'instauration d'une prestation nouvelle, en espèces, finançant une partie des aides nécessaires pour faire face à la dépendance,
- l'harmonisation du régime juridique des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées,
- une réforme du système de tarification de ces établissements : proposition de plusieurs forfaits en lien avec l'état de dépendance de la personne,
- la création de services polyvalents et d'aides aux aidants pour le maintien à domicile,
- la création d'un service départemental médico-social de soins pour les personnes âgées dépendantes, avec des équipes locales chargées : d'attribuer les prestations, de coordonner les organismes de prise en charge, d'évaluer l'efficacité des services rendus.

On regrettera seulement que les sources de financement restent imprécises.

2.2 Orientations consécutives au bilan de la loi de 75.

Le rapport de l'IGAS¹⁸ sur la loi du 30.06.1975 relatif aux institutions sociales et médico-sociales, ouvre une vaste réflexion sur l'avenir de ces dispositifs. Il conclut à la nécessité de changer la loi sociale, car elle n'a pas suffisamment permis la responsabilisation des décideurs et des acteurs, l'évolutivité des réponses, leur pleine adéquation aux besoins.

Les évolutions proposées dans l'avant-projet de réforme de la loi du 30 juin 1975, sont de développer les thèmes suivants :

- l'obligation d'un projet d'établissement ou de service, d'un livret d'accueil assorti de la charte des droits et libertés des personnes accueillies, d'un règlement intérieur de fonctionnement, d'un contrat écrit de séjour,
- un renforcement de la place et du droit des usagers : la personne doit être au centre du débat ; elle reste citoyenne dans la vie civile, mais aussi dans la protection sociale ; elle participe ainsi que son entourage, au projet d'établissement et à sa mise en œuvre,
- élargir les missions de l'action sociale aux actions de prévention, de conseil et d'orientation, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, d'assistance, d'accompagnement social, de développement social et culturel,
- mettre en place un régime expérimental, instaurant une procédure souple, pour prendre en compte des structures innovantes,
- la coordination et la planification des dispositifs et des services en faveur des usagers, le développement des réseaux sociaux et médico-sociaux,
- une procédure de rationalisation des coûts indexée sur la qualité de la prise en charge,
- la mise en œuvre de processus d'évaluation interne, permettant de valider la qualité des pratiques professionnelles, dans le but d'une amélioration des prestations.

2.3. La loi du 24.01.1997 sur la prestation spécifique dépendance et la réforme de la tarification.

Une réflexion est menée depuis de nombreuses années, sur les problèmes liés à la dépendance des personnes âgées. On en arrive malheureusement à un point tel, que la conception de la vieillesse en est simplement réduite à la prise en charge de la

dépendance, l'accompagnant de plus en plus souvent. Dans un contexte général et durable de crise des budgets sociaux, la volonté politique s'est tout de même traduite par le vote de la loi du 24.01.1997 sur la prestation spécifique dépendance. Cette loi est dite : « dans l'attente de la réforme de la tarification des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ».

2.3.1. La prestation spécifique dépendance.

La prestation spécifique dépendance (PSD) est une prestation d'aide sociale, financée et gérée par le département. C'est une prestation en nature, dont le montant est plafonné, elle est récupérable sur succession de plus de 300 000 F en ligne directe et sur donation de moins de dix ans.

Elle est indépendante du lieu de résidence de la personne âgée et versée à domicile ou en établissement médico-social. Contrairement à l'aide sociale à l'hébergement, il n'y a pas de recours à l'obligation alimentaire des descendants en ligne directe, que sont les enfants et petits-enfants.

Elle est versée :

- sous condition d'âge : à partir de 60 ans,
- sous condition de dépendance, évaluée grâce à la grille AGGIR (voir en annexe),
- sous condition de ressources.

Une équipe médico-sociale est chargée d'évaluer le degré de perte d'autonomie de la personne âgée. Cette équipe doit procéder au classement dans l'un des six groupes de la grille AGGIR ¹⁹, et proposer un plan d'aide pour répondre aux besoins de la personne. Seules les personnes classées dans l'un des groupes un à trois, correspondants à un niveau de dépendance important, peuvent prétendre à la prestation spécifique dépendance.

La loi a défini la dépendance comme : « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou qui requiert une surveillance régulière ».

On reste bien dans le cadre d'une prestation d'aide sociale, donc d'assistance, alors que certains pensent qu'il faudrait plutôt mettre en œuvre la solidarité nationale, à travers une prestation de sécurité sociale, qui couvrirait un cinquième risque : la dépendance (les quatre autres risques couverts étant : la maternité, la maladie, les risques professionnels et

¹⁸ IGAS : Inspection générale des affaires sociales.

le financement des retraites par le système d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.)

2.3.2. La réforme de la tarification.

Actuellement, la prise en charge de la personne est fonction de la nature juridique de l'établissement, et non de l'état de dépendance. Les textes attendus depuis la loi du 24.01.1997 sur la prestation spécifique dépendance viennent de faire l'objet des décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 et d'arrêtés du 26 avril 1999. La réforme de la tarification doit conduire à la situation suivante : pour les établissements, cette dite tarification repose sur l'état de dépendance de la personne, et non plus seulement sur le statut juridique de l'établissement, comme c'était le cas.

Qui dit changement de tarification dit normalement : modification et mise en adéquation des moyens mis à disposition de l'établissement, en vue de la prise en charge de la dépendance.

La loi supprime la notion de section de cure médicale qui correspondait à un pourcentage fixe (et insuffisant compte tenu de la clientèle actuelle) de personnes n'assumant plus les actes de la vie courante seules. Cette réalité administrative s'éloignait de plus en plus de notre réalité quotidienne. Cette loi s'est avérée à terme, source d'inégalité entre établissements, dans la prise en charge de la dépendance et des soins prodigués aux personnes âgées.

Désormais, trois sections correspondant à trois tarifs sont distinguées (tarification dite ternaire) : les soins, la dépendance et l'hébergement.

L'utilisation de la grille AGGIR permet de déterminer deux des trois tarifs applicables:

- le tarif soins financé comme auparavant par l'assurance maladie.
- le tarif dépendance, à la charge de la personne âgée (cette dernière pouvant être solvabilisée par l'obtention de la PSD),

Le tarif de base hébergement, quant à lui, sera identique pour tous les résidents²⁰ (il comprend les prestations relatives à l'accueil hôtelier, la restauration, l'entretien, l'animation de la vie sociale, l'administration générale.)

Le tarif soins recouvre l'ensemble des prestations médicales et paramédicales, nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents

¹⁹ AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressource.

²⁰ Nous préférons utiliser ici le terme moins répandu de résident (se dit de quelqu'un qui réside dans un lieu) plutôt que celui de résident (personne qui réside dans un autre endroit que son pays d'origine). Bibliorom Larousse 1997.

(les «soins techniques ».) Il comprend aussi, les prestations paramédicales correspondant aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie (les «soins de base ».)

Les établissements optent pour une durée de cinq ans, suivant le mode de fonctionnement qu'ils souhaitent adopter, entre :

- un tarif journalier de soins global, comprenant en dehors des rémunérations versées aux personnels de soins salariés de l'établissement, celles versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux. Ce tarif comprend aussi les examens de biologie et de radiologie courantes, ainsi que les médicaments,
- un tarif journalier de soins partiel, qui en sus des rémunérations versées aux personnels de soins salariés de l'établissement, ne comprend que les charges relatives à un médecin coordonnateur, et celles concernant les infirmières libérales qui interviennent dans l'établissement.

Le tarif dépendance comprend : ce qui est considéré ne relevant ni des soins, ni de l'hébergement, c'est à dire, l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance, nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Il comprend aussi : le surcoût hôtelier lié à la dépendance domestique et sociale. Ces deux éléments sont donc distingués des soins que la personne âgée est susceptible de recevoir.

Les frais de séjour (tarif hébergement / prix de journée), à la charge de la personne, deviennent donc modulables, en fonction du droit ou non de la personne, à bénéficier de la PSD (calculée en fonction de son niveau de perte d'autonomie.) La personne, bien que dépendante, peut ne pas bénéficier de cette prestation, pour des raisons de ressources dépassant un plafond, ou bien par choix personnel (afin d'éviter en particulier un recours ultérieur sur sa succession ou ses donations.)

Au total, ce ne sont pas moins de treize tarifs qui vont coexister pour chaque établissement. Un tableau de bord normalisé permet au préfet comme au président du conseil général de comparer les établissements, sur la base de critères objectifs.

Pour permettre l'accueil de personnes âgées dépendantes, une convention pluriannuelle tripartite (établissement, président du conseil général, préfet ou directeur de l'ARH ²¹), doit être établie et cela pour une durée de cinq ans.

La nouvelle tarification entre en vigueur en deux étapes :

- dès le 27 avril 1999 pour les établissements de plus de 85 lits,
- au plus tard deux ans après cette date pour les autres établissements.

Bien entendu, un des buts louables de cette loi, est l'adaptation de l'établissement à l'évolution de la dépendance²² de la personne et non l'inverse, ce qui obligeait jusqu'alors la personne à changer de structure, lorsque son état de dépendance s'aggravait. Malheureusement, dans l'attente de l'application effective de ces textes, alors même que les besoins continuent à croître, le développement des moyens existants jusqu'alors reste quasiment bloqué pour l'établissement, les situations d'injustice continuent donc à s'amplifier et la qualité tellement demandée se fait attendre.

D'une logique d'assistance à une volonté d'autonomie des personnes âgées, l'évolution des textes nous replace pourtant de fait dans une situation d'assistance pour les personnes les moins fortunées. Serait ce par manque de volonté et/ou de moyens ? Paradoxalement, la demande générale de qualité est bien présente.

2.4. La qualité, concept présent dans la convention pluriannuelle tripartite.

Outre l'aspect financier, les conventions tripartites établissement, président du conseil général, sécurité sociale comportent un large volet qualité. Ainsi, pour la première fois, cette qualité fera l'objet d'un lien contractuel entre l'établissement et les pouvoirs publics. En dehors de la définition des conditions générales de fonctionnement, les établissements vont devoir s'engager sur des objectifs, et dans une démarche d'assurance qualité. Etablir et signer une convention devient obligatoire pour pouvoir héberger des personnes âgées dépendantes. Le ministère a souhaité dans un premier temps des recommandations plutôt que des normes contraignantes, afin de laisser aux contractants, une «marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement ».

La convention prévoit les objectifs d'évolution de l'établissement, et les modalités de son évaluation. Elle devra respecter un cahier des charges, qui comprendra des recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes. Elle garantit les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Elle précisera donc des éléments au regard de :

- la qualité de vie des résidents,
- la qualité des relations avec les familles,
- la qualité des personnels (des gens de qualité au service des précédents),
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.

²¹ ARH : Agence régionale de l'hospitalisation.

²² Le GIR moyen pondéré de l'établissement est actuellement de 743, ce qui reviendrait à accueillir approximativement 70 personnes dont 35 en GIR 2 et 35 en GIR 3. Cela signe une dépendance relativement importante de l'ensemble de la population accueillie.

2.4.1. Qualité de vie des résidants.

Les objectifs à atteindre tendent à confirmer les droits des usagers :

- AA favoriser le maintien de l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social personnel,
- AA maintenir ou retrouver certaines relations sociales (participation à des activités, ouverture à la vie locale et à l'évolution de nos sociétés...),
- AA permettre l'accès à certaines prestations extérieures (coiffeur, esthétique...),
- AA mettre à disposition des éléments techniques (téléphone, télévision...), sans contrainte horaire telle la fermeture d'un standard,
- AA maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité du résidant (nom, histoire individuelle, personnalisation de la chambre, assistance au culte...),
- AA préserver un espace de vie privatif au sein de la collectivité en garantissant un sentiment de sécurité, y compris contre les agressions éventuelles d'autres résidants,
- AA concilier une nécessaire liberté et une indispensable sécurité pour les résidants présentant une détérioration intellectuelle,
- AA conserver à la personne toutes les chances de meilleure santé possible, prévenir la grabatisation, apporter les aides pour les activités de la vie quotidienne,

Quelques éléments de mise en œuvre de ces objectifs peuvent être déclinés ainsi :

- AA La qualité des espaces qui doivent être conçus pour :
 - être un lieu de vie permettant une réelle intimité, tout en favorisant la sociabilité et permettant l'appropriation de l'institution par l'utilisateur,
 - être un lieu permettant la lutte contre la perte d'autonomie et la prise en charge de la dépendance,
 - être un lieu de prévention et de soins où sont prodiguées les prestations médicales et paramédicales nécessaires au résidant .

Ces exigences induisent d'autres éléments plus techniques concernant :

- la surface des chambres, leur capacité en lits, la présence d'un cabinet de toilette intégré,
- la présence d'espaces collectifs favorisant la convivialité et constitués en fonction du projet de vie, d'animation et d'aide à la vie sociale,
- l'accessibilité des zones de circulation pour des personnes à mobilité réduite,
- des espaces, de soins, de rééducation, de réadaptation, individualisés,
- les règles d'hygiène et de sécurité.

AA L'élaboration d'un projet institutionnel devient nécessaire, il doit décliner :

- le projet de vie et d'animation,
- le projet de soins explicitant la surveillance et les soins dont ont besoin les résidents,
- les modalités de coordination des intervenants.

L'évaluation en sera faite au regard :

- de la satisfaction des résidents et de leurs familles quant à l'habitat, et à la restauration,
- l'existence, ou non, d'un sentiment de sécurité, de solitude,
- la qualité d'ensemble de la vie sociale,
- des actions menées pour aider la personne à conserver un degré maximum d'autonomie sociale, physique et psychique et ce dans le respect de ses choix et de ses attentes.

2.4.2. Qualité des relations avec la famille et l'entourage.

Les objectifs souhaités sont les suivants :

- AA Organiser l'entrée de la personne dans l'établissement en définissant des procédures claires, garantissant une information complète à la personne et à sa famille,
- AA tenir compte de l'absence de famille si tel est le cas,
- AA donner une place à la famille et à l'entourage au sein du projet institutionnel,
- AA lors du décès, garantir la dignité de la personne, par l'accompagnement du mourant et de sa famille et le respect des convictions religieuses.

Le projet de convention tripartite permet de définir quelques axes de travail :

- AA Stimuler la fréquentation régulière de l'établissement par les familles, le règlement intérieur ne doit pas faire obstacle à la présence des familles en réglementant par exemple les visites,
- AA composer et faire fonctionner le Conseil d'établissement, lieu d'expression et de prise en compte de la parole de chacun,
- AA examiner les modalités d'échange d'informations entre la famille et le personnel,
- AA mettre en place des procédures permettant de recueillir l'avis, les attentes des familles,
- AA veiller à l'existence de lieux permettant une réelle intimité de la personne et de sa famille,
- AA examiner les modalités d'un éventuel soutien psychologique de la famille.

2.4.3. Qualité des personnels.

Il s'agit d'assurer une qualité de services dans le domaine des soins, et des aides au quotidien, tout en assurant au personnel, une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne, donc une meilleure motivation.

Les points principaux évoqués se déclinent ainsi :

- AA faire participer le personnel à la définition de l'organisation générale du travail, aux projets d'amélioration des conditions de travail et aux plans d'action à mettre en œuvre...
- AA mettre en place des actions de formation continue et donner la possibilité d'accéder à des formations qualifiantes et/ou diplômantes,
- AA examiner les possibilités d'un soutien psychologique du personnel,
- AA mettre en place un médecin coordonnateur.

Les objectifs de qualité des personnels sont essentiellement liés, à l'action de la direction de l'établissement, ainsi qu'à sa manière d'assumer sa responsabilité dans la gestion et l'animation de la structure et de son projet.

2.4.4. Inscription dans un réseau gérontologique.

Dans un objectif de soins coordonnés, il paraît souhaitable, de développer les complémentarités, avec les autres acteurs du réseau local.

Travailler avec d'autres, permet le développement de synergies. Le travail en réseau, prend son sens, dans la production de la qualité, car il permet de mettre en œuvre des solutions souples et modulées, répondant au plus près aux besoins et attentes de notre clientèle.

Certains éléments qui, sur le terrain, s'avéraient déjà indispensables sont désormais intégrés dans les récents textes proposés :

- AA afficher une politique claire, pour tous les partenaires quant au projet institutionnel, et aux critères d'admission des résidents,
- AA aider au soutien à domicile, en proposant des formules novatrices : hébergement temporaire, accueil de jour, de nuit, de week-end...
- AA mettre en place une collaboration inter-établissements en matière d'organisation des soins,

AA favoriser l'intervention d'équipes psychiatriques au sein de l'établissement, pour une aide directe, ainsi qu'au personnel, dans la prise en charge des résidants souffrant de détérioration intellectuelle,

AA passer obligatoirement une convention avec un établissement de santé.

La convention comprendra aussi l'engagement à l'évaluation (la méthodologie, les indicateurs, les références et outils utilisés pour l'analyse de la démarche qualité mise en œuvre devront être formalisés), et des éléments économiques, financiers et sociaux permettant de prévoir :

AA à partir de la prise en compte de la situation initiale de l'établissement, l'adaptation de ses moyens et de son financement (examen de l'activité, du tableau des effectifs par catégorie de personnels, l'évaluation par les caisses des actes et prescriptions des professionnels libéraux, l'évaluation de l'état de dépendance des personnes accueillies...),
AA les perspectives d'évolution de l'organisation de l'établissement sur cinq ans (plan pluriannuel d'évolution des effectifs, plan de formation pluriannuel des personnels, investissements immobiliers et mobiliers, évolution dans un réseau gérontologique et place de l'établissement dans le schéma gérontologique départemental.)

▼

Troisième partie.

PLAN D'ACTION
POUR FAIRE VIVRE UN PROJET QUALITE.

▼

L'ensemble de ces textes revendiquant une qualité de prise en compte de la personne âgée, et de son entourage, devrait nous être d'une précieuse utilité pour modifier le parcours façonné par l'histoire, et aller vers l'idéal recherché, accordant moins d'importance à l'aspect soins (plus uniquement la logique dominante), et par contre plus d'intérêt à la vie.

Connaître et reconnaître ceux qui nous entourent, entretenir des rapports de qualité avec eux, cela demande : un regard différent, un nouvel intérêt (modifié par un changement des représentations), plus de parole accordée à chacun.

Tenant les raisons de l'action, cette dernière doit désormais être mise en avant, initiée, entretenue, évaluée, modifiée...

Ma position de directeur, m'engage à découvrir les pistes d'un travail sans doute différent, à les déblayer des obstacles importants, puis en mobilisant l'intelligence de chacun, à faire émerger et vivre un projet de vie, conjointement partagé et animé.

Je n'entrevois donc guère d'autre solution, qu'une gestion de type participative, avec les collaborateurs qui m'entourent. Le but poursuivi, sera une nouvelle volonté commune, de connaître, d'accueillir, de considérer, de respecter, de rendre dignes, et d'intégrer nos personnes âgées, et ceux qui les entourent. Soyons audacieux ! De plus, nous pouvons faire l'hypothèse que cette énergie déployée peut engendrer des sources d'économies pour notre collectivité.

Après avoir puisé dans l'histoire, en avoir souligné l'intérêt mais aussi le poids, avoir ensuite examiné les possibilités offertes par la récente réglementation, quelles propositions et quel projet envisager ?

Nos actions, pour une meilleure qualité de prestations au sein de l'établissement, ont déjà été initiées dans différents domaines, de l'accueil, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Notre démarche, demande sans aucun doute à être : intégrée, dans un projet global, liée par un même fil conducteur. Dans une nouvelle cohérence, chacun des partenaires pourra plus aisément se retrouver.

Le directeur est bien entendu placé au cœur du projet, jouant tour à tour l'initiateur, l'animateur, le référent et le garant.

Les textes réglementaires, réservent d'ores et déjà une large place à la qualité de vie des résidents. Ils la décrivent dans différentes composantes, qui participent à la qualité de la prestation, servie à la personne âgée, mais aussi à son entourage.

Quand bien même, des impératifs essentiellement économiques (le meilleur coût), guideraient cette nouvelle commande sociale, nous pouvons cependant y trouver prétexte, volonté et satisfaction éthique, à vouloir l'utiliser, pour transformer l'établissement dans sa vision et dans son fonctionnement habituels. L'établissement est invité à retravailler son projet²³, et par là même réactualiser ses modes de fonctionnement.

On peut trouver un intérêt complémentaire :

« La réactualisation du projet d'établissement est l'occasion rêvée de faire le point sur la mobilisation et l'adéquation des personnes vis-à-vis de leur fonction »²⁴.

Il s'agit pour nous, de référencer les valeurs que nous souhaiterions désormais voir véhiculées au sein de l'institution, et ce, sans oublier de se donner d'emblée les moyens d'en évaluer régulièrement la présence, la pertinence.

Un projet, qui serait établi sans la participation des acteurs, ou qui demeurerait au stade d'une intention n'aurait aucune valeur. C'est à travers une définition concertée que les acteurs trouvent ensuite un sens à leur action quotidienne.

Le projet permet entre autres, d'éclairer ce que nous pensons, des conditions de la création d'un véritable lieu de vie :

- le respect de l'identité des personnes accueillies,
 - les choix qui leur sont laissés dans la vie quotidienne,
 - les possibilités de participation des personnes âgées à une vie sociale,
 - l'accompagnement de la personne au quotidien, et ce jusqu'à la fin de sa vie,
- finallement la continuité indispensable d'une forme d'épanouissement.

²³ Le terme de projet englobe ici les notions de programme et d'avenir.

²⁴ « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social », Jean René LOUBAT.

3.1 Une définition possible d'un lieu de vie.

Les lieux de vie ²⁵(ou d'accueil) ont à l'origine (dès les années soixante-dix) pour objectif, de recevoir des personnes qui ont des difficultés d'existence, et ce, dans un cadre habituellement non institutionnel. L'accent est mis sur la qualité de l'hospitalité, et sur le partage avec elles de la vie quotidienne, le «vivre avec » elle.

De la même manière que la vieillesse a ses représentations, le terme de lieu de vie porte aussi les siennes. Elles sont certainement sensiblement différentes, du point de vue de la personne âgée et de celui des personnels, et de l'entourage, qui l'accompagnent dans sa vie quotidienne.

Peut-on trouver des références communes ?

Le premier point important, est d'offrir un lieu de communication accessible, qui permette de répondre aux inquiétudes légitimes de la personne, en l'informant complètement, ainsi que son entourage.

«Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une exclusion qui ne prend pas en compte les capacités restantes ni les désirs de la personne ²⁶».

La maison de retraite, constitue bien sûr un lieu de prévention et de soins, de lutte contre la perte d'autonomie. Dans la manière de dispenser ses prestations, elle n'est pas vécue comme un lieu déshumanisé, où les valeurs uniques, seraient sécurité, survie, dernier recours. La personne âgée, et ceux qui l'entourent, ne sont pas venus uniquement attendre de manière passive et mécanique, la fin d'une vie.

Malgré le constat fréquent du consentement discutable de la personne âgée, dans le choix d'une admission en établissement, ce dernier a le devoir, de lui offrir une continuité possible de sa vie antérieure dès l'admission. Il doit lui permettre, de s'insérer dans un cadre, où elle puisse poursuivre son épanouissement : satisfaire des besoins, et développer aussi un projet individuel identifié.

Pour cela, elle dispose d'un espace de vie privée, et de réelle intimité, qui est respecté en tant que tel. Cet espace doit permettre, de recréer un lieu et des conditions, permettant de recevoir les siens en toute convivialité, un contexte, où elle se sent «un peu comme chez elle », et où elle puisse vieillir de la même manière.

²⁵ BARREYRE Jean Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre, *Dictionnaire critique de l'action sociale*, Paris, Bayard Editions, Collection «travail social », 1995, pages 226-228.

²⁶ Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante, article XIV.

Notre souhait est de faire de ce lieu de vie, un endroit où la personne se sente exister, en tant qu'individu singulier. Elle est accueillie, comprise, entourée, aidée, accompagnée et elle reste bien considérée comme porteur d'une personnalité, présentant des difficultés, des déficits, mais surtout des potentialités.

Répondre à ses multiples besoins et attentes, est complexe, dans la mesure où il en existe qui sont parfaitement objectifs, mais aussi d'autres qui sont subjectifs (et c'est bien le propre de la vie.) Pourtant de cette prise en compte globale, dépend bien la qualité que peut offrir notre lieu de vie.

Un lieu de vie, c'est aussi pour nous un lieu d'exercice de la liberté individuelle.

« Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond ²⁷ ».

La personne âgée doit pouvoir, continuer à bénéficier d'une identité, exercer ses droits, ses devoirs, ses libertés de citoyen et conserver malgré sa différence une place reconnue dans notre société.

Elle doit donc participer à la définition de son cadre de vie.

Au quotidien, nos gestes nos attitudes qualifiées de professionnelles, peuvent facilement priver nos résidents d'un quelconque choix.

Un lieu de vie, doit en principe assurer la sécurité, et la protection de la personne.

Il ne doit en aucune manière, tomber dans la dérive sécuritaire de la surprotection, qui serait source d'enfermement et qui nuirait, tant à la liberté de la personne, que par voie de conséquence, à la sauvegarde de son autonomie.

Pour préserver la liberté d'aller et venir des résidents, il faut soi même accepter les risques inhérents, et surtout, pour les faire accepter des autres, les expliquer à l'entourage. Avec ce dernier, nous mettons en œuvre une forme de contrat moral, afin de préciser nos garanties et leurs limites.

Je précise bien contrat moral, car en effet, aucun contrat écrit ne saurait être suffisamment exhaustif, pour prévoir toutes les situations, et par définition les imprévus, qui constituent d'ailleurs une fois encore, le propre de la vie.

La personne, doit aussi pouvoir poursuivre, dans la mesure de ses possibilités, certaines des occupations qui étaient les siennes, des activités qui ont jalonné sa vie quotidienne, ou en développer de nouvelles.

²⁷ Charte des droits et libertés de la personne âge dépendante. article I.

La maison de retraite, est un lieu où la personne peut trouver du plaisir à vivre. Notre rôle consiste aussi, à favoriser la socialisation, aider à l'animation d'un lieu où il se passe quelque chose d'autre, qu'une répétition morbide de moments d'ennui.

« Des besoins d'expression ou des capacités d'accomplissement persistent, même chez des personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère ²⁸ ».

Même si, avant son admission, la personne âgée menait une vie solitaire, elle n'évoluait cependant pas dans un milieu hermétiquement clos.

Notre lieu de vie est forcément ouvert sur l'extérieur, ce pour permettre à la personne âgée d'avoir des échanges, de poursuivre des relations avec son entourage, et avec le monde qui a été le sien, et qui continue malgré tout à l'être.

Ces idées, que nous pouvons trouver au premier abord séduisantes, ne vont pas forcément de soi. Même à leur domicile, soit dans un cadre dit ordinaire de la vie courante, qui est différent de celui d'une maison de retraite, l'ensemble des conditions est rarement réuni.

Dans notre cas, le projet s'inscrit bien dans le fait, de constituer un cadre participant précisément à un changement des représentations de la vieillesse. Dans ce cadre, la volonté de définir un lieu, où les besoins et attentes de la personne, ainsi que les pratiques professionnelles qui ont cours, ou qui évoluent, doivent pouvoir s'articuler.

3.2. Proposition d'une démarche qualité.

S'engager dans le projet de création d'un lieu de vie, et pour cela vouloir adopter une démarche qualité, ces éléments paraissent complémentaires.

Notre rôle est ainsi envisagé, comme celui de promoteurs de la qualité de vie des personnes âgées vivant au sein de notre établissement, objectifs et tâches considérés comme nobles.

Promouvoir, consiste à faire avancer, développer, faire des progrès, la définition et le but vont jusqu'à élever des personnes à une même dignité ²⁹. Notre ambition, est en particulier de faire en sorte, que le fait de travailler en gériatrie, évolue d'une vision initiale de « punition », vers une considération d'humanité, plus gratifiante.

Développer la qualité, représente un travail sur chacun des aspects, qui vont faire que la vie de la personne âgée dans notre établissement, correspondra mieux à ce qu'elle-même et les autres peuvent en attendre.

²⁸ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. article VI

L'obtention d'une qualité de vie, consistera à mettre en place l'ensemble des actions, qui vont contribuer à créer, les conditions propres à l'épanouissement de la personne, au sein de la structure qui devient son lieu de vie.

La qualité, dans une définition plus marchande, consiste à fournir les spécifications demandées par le client et ce en les réalisant au moindre coût.

Cette approche plus entrepreneuriale, comporte entre autres le mérite, de nous faire nous poser une question apparemment naïve: qui paye et qui est notre client, la personne âgée, sa famille, les organismes de tutelle ?

Elle nous rappellera aussi si besoin était, que les enjeux économiques dans le domaine du vieillissement de la population ne sont pas des moindres. Malgré le constat convenu d'une augmentation régulière des besoins, nous nous situons en pleine crise des budgets sociaux, d'où, plutôt que de battre en retraite, nous devons rechercher systématiquement la pertinence dans l'action entreprise.

Dans le terme maison de retraite, il y a le mot retraite, qui peut évoquer aussi une mise en retrait, à l'écart. Il y a là une apparente contradiction, avec notre définition de la qualité (la création des conditions d'un épanouissement), qui évoque une intégration plutôt réussie au monde qui nous entoure.

L'image de la vieillesse, que l'établissement contribue à refléter auprès de nos contemporains, nous fera encore nous poser la question, de son ouverture nécessaire à la vie de la cité.

La retraite, à tout âge, ce peut être aussi l'éloignement momentané de ses occupations habituelles, pour se recueillir, se préparer à des décisions ou des actes importants. Il faut sans aucun doute savoir repérer, reconnaître ces moments, afin de les respecter. Il ne s'agit pas de les confondre avec une démission, une marche en arrière faisant suite à un combat malheureux dans la bataille de la vie

Il apparaît donc en arrière plan, qu'avant de vouloir et de pouvoir modifier nos comportements individuels et collectifs, il faille envisager de corriger d'abord nos propres représentations de la retraite et du vieillissement.

Il nous faut apprendre à déceler, et mettre en évidence quels peuvent être les besoins et les attentes des personnes que nous accueillons.

Ce programme, (à la fois vaste et pourtant empreint de modestie au quotidien), de réhabilitation d'une image positive en faveur de la personne vieillie, pour une meilleure action au profit de la qualité de sa vie finissante, est bien naturellement traversé, par des préoccupations et des occupations de directeur d'établissement.

²⁹ Bibliorom Larousse, Microsoft office 97.

La communication, l'animation d'un projet, la gestion des ressources humaines au service de ce dernier, sont essentielles à la qualité de fonctionnement de notre entreprise - d'abord de main d'œuvre et ce sans connotation négative- qu'est la maison de retraite.

Le terme de qualité, et les changements qu'elle entraîne, ont pour chacun d'entre nous, des représentations polymorphes, voire parfois « impalpables ».

La reconnaissance de chacun, la participation aux décisions, la responsabilisation, la formation dans le sens d'une meilleure connaissance pour une adaptation adéquate aux diverses situations de travail rencontrées, contribueront à renforcer une cohésion dans la définition commune de la qualité recherchée.

Encourager une telle action, permet au personnel ainsi responsabilisé de s'investir d'autant plus dans la démarche, qu'il pense avoir trouvé l'opportunité de satisfaire, soit un idéal de soins, soit une conviction de l'intérêt de l'accompagnement, parfois les deux.

Dans l'entreprise classique, on dit que «le mouvement de la qualité » cherche :

- la redécouverte du client³⁰ comme premier partenaire de l'entreprise,
- la récupération maximale de l'intelligence des acteurs, à travers leur mobilisation.

On y définit l'assurance qualité comme étant : *la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise, exigée, reflet des besoins de l'utilisateur.* La longueur de la définition, ainsi que l'imbrication des mots, laissent augurer que les choses ne peuvent pas être simples, ou trop simplifiées, si facilement découpées et mises en procédure.

Dans cette logique de recherche de qualité (concept au premier abord mobilisateur), il paraît intéressant d'examiner, l'expérience d'organisations dites rationalisées d'autres secteurs d'activités. Il semble aussi normal, de rester prudent face à une attitude qui serait la simple importation et le transfert de concepts « clé en main », en prenant comme seul prétexte, qu'ils auraient déjà fait leurs preuves dans d'autres domaines.

Nous avons nous-mêmes tendance, à vivre notre entreprise au travers d'une culture orale, où l'habitude, l'empirisme, le « système D », la « méthode miracle », ou l'historique des relations, gèrent la nature et la qualité des échanges.

Passer de ce fonctionnement « commode », à une culture écrite, où nous devons justement « écrire ce que nous faisons, faire ce que nous avons écrit et en vérifier l'efficacité », entraîne de fait, la mise en œuvre d'une démarche qualité, dont les exigences se révèlent parfois, voire souvent, douloureuses.

Ce questionnement, cette souffrance nous concernent bien entendu, au tout premier plan.

« Avec ces procédures en démarche qualité, c'est bel et bien le langage du devoir, formalisé par écrit, qui s'impose à l'ensemble du personnel », explique Frédéric MISPELBLOM³¹.

La qualité, est aussi définie, comme l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service, qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés, ou implicites. Cette définition peut également s'appliquer à notre secteur d'activité.

On dit aussi habituellement, que la qualité ne se décrète pas, qu'il faut pour obtenir une mobilisation de chaque acteur de l'établissement, une reconnaissance de chacun. La démarche qualité est partenariale. Je partage bien entendu ces propos.

En créant une méthodologie de travail pour l'équipe, la démarche qualité oriente la stratégie de l'établissement. Elle impulse une autre gestion des ressources humaines, qui passe par l'écoute, l'adhésion et la motivation du personnel.

En matière de qualité, même si l'on doit pratiquer une approche globale, on ne peut tout vouloir résoudre d'un seul trait.

Il faut savoir faire preuve d'humilité :

- se fixer des objectifs réalisables, et s'attacher pas à pas, à ce qui est utile pour la personne âgée, et qui permet d'apporter des améliorations au fonctionnement habituel,
- ne pas hésiter à copier, ce qui a pu être réalisé par d'autres, et qu'on trouve intéressant.

La qualité ne s'improvise pas, elle n'est pas instinctive, elle se construit.

On ne peut pas importer simplement des modèles, il faut une transposition suffisante mais surtout une adaptation à l'établissement.

Il est nécessaire de conserver une méthodologie, des références. Il faut arriver, comme nous l'avons déjà évoqué, à « écrire ce que nous faisons, et faire ce que l'on a écrit », ce qui représente déjà en soi, un vaste programme.

Notre démarche qualité, vise l'amélioration des pratiques professionnelles, pour la qualité de l'accompagnement des personnes âgées. Mais cette qualité ne peut exister, que soumise à une transparence, et à une évaluation régulières.

Il s'agit de se poser, la question de la qualité des réponses aux besoins et aux attentes des usagers, sachant que cela constitue une garantie tant pour eux que pour nous.

L'évaluation de la qualité, se situe au carrefour : de la satisfaction des usagers (ses attentes peuvent être considérées comme justifiées), de celle des professionnels et de leurs impératifs techniques, du contexte économique et financier de la période.

Le défi pour nous professionnels, consiste à se doter d'outils d'évaluation pertinents, issus des pratiques quotidiennes sur le terrain, et acceptables pour tous.

La qualité totale, elle, se définit comme un ensemble de principes et de méthodes, organisés en stratégie globale, visant à mobiliser toute l'entreprise, pour obtenir une meilleure satisfaction du client, au moindre coût. Dans une démarche de qualité totale (et

³⁰ Nous soulignons la volonté et l'intérêt de l'emploi du mot client, non tant dans sa connotation commerciale qui pourrait s'avérer ici impropre voire choquante, mais plutôt dans sa traduction d'une démarche de service au profit des bénéficiaires.

ce sans vouloir vraiment en faire l'apologie), on peut découvrir aussi un atout stratégique, une forme de réconciliation de l'homme (à qui on demande de mobiliser de nouvelles compétences), et de son travail (dont les objectifs prennent de nouvelles dimensions.) Ces dernières phrases, peuvent paraître parfois trop empreintes d'idéologie, laconiques, parfois «prédigérées » voire indigestes. Pourtant, il me semble que lorsque le travail en ces termes, se solde par des résultats positifs, chaque membre de l'équipe, de l'entreprise, comprend ces mots, et se sent en partie responsable ³², et fier de l'ouvrage.



La définition d'un lieu de vie, telle que nous l'envisageons, porte en elle-même le ferment d'une qualité souhaitable et souhaitée : lieu de connaissance de l'autre, de considération, de sécurité, de respect, de plaisir et de socialisation.

Finalement un lieu d'exercice de la liberté individuelle, et de la citoyenneté, où la personne demeure bien au centre des préoccupations.

Le contexte économique de l'entreprise classique, et de la démarche qualité qui y est appliquée, nous apportent des concepts : client externe et interne, sa satisfaction et ses attentes potentielles, la notion de qualité totale, la primauté de la mobilisation des intelligences individuelles et collectives des ressources humaines.... Il faut, certes, modeler ces idées, et les confronter à la quotidienneté de nos pratiques et coutumes professionnelles.

L'information et la formation de tous les collaborateurs seront vecteurs de la transformation de nos représentations.

La prise en compte de la parole de chacun, permettront sans doute d'effectuer parfois le même travail, mais dans un esprit et une ambiance différents, traductions d'objectifs nouveaux.



3.3. Une politique de mobilisation de chacun dans une action, un projet centrés sur la personne.

« On ne répétera jamais assez, à notre sens, que la gestion d'une organisation est une affaire tellement complexe qu'aucune technique universelle ne peut suffire à la cerner. Seul le souci continu d'analyse et d'amélioration semble permettre d'en éviter les risques

³¹ MISPELBLOM Frédéric: maître de conférences en sociologie àEVRY et auteur d'un ouvrage intitulé «au-delà de la qualité » publié aux éditions Syros.

³² Responsable pris ici au sens d'être l'auteur, répondre de...

*extrêmes. Tel est donc le véritable défi de nos organisations, qui devront plus que jamais se protéger des mythes généraux et simplificateurs »*³³.

La recherche de qualité, n'est pas un phénomène nouveau, mais son nouvel éclairage, tient beaucoup à l'évolution d'un contexte économique.

Le mouvement de la qualité, a apporté deux éléments fondamentaux :

- la redécouverte du client comme premier partenaire de l'entreprise, et l'orientation totale de l'entreprise vers lui (le client pouvant encore une fois être un client interne),
- la récupération maximale de l'intelligence des acteurs, à travers une mobilisation, et une responsabilisation sans précédent.

Dans l'entreprise classique, la réduction des marchés s'est traduite entre autres, par une recherche de plus grande compétitivité, une anticipation des besoins des clients, et une adaptation parfaite des produits et des services à leurs besoins.

La recherche de performance de l'entreprise, après avoir abordé le terrain de la technologie, s'est orientée vers les hommes, et vers les structures décisionnelles. Cela a constitué une forme de révolution culturelle dans les modes de gestion des ressources humaines. Cette dernière, s'est illustrée en particulier dans les cercles de qualité, les groupes de travail, de réflexion, de progrès, de pilotage, de projet. Le résultat recherché à travers les cercles de qualité par exemple, est une organisation plus efficace. Elle est obtenue, par le choix et l'analyse en commun, d'un problème à résoudre, et d'une proposition d'actions à entreprendre.

Le discours dominant durant cette période, était l'abandon du taylorisme et du morcellement des tâches, la mobilisation de l'intelligence de l'entreprise, l'implication et la coopération de tous ses membres.

La recherche de la qualité, a débouché sur le concept d'assurance qualité, qui aboutit lui-même, aux notions de qualité totale et de management de la qualité. La gestion de la qualité s'étend à l'entreprise dans son ensemble. Toutes les fonctions de l'entreprise, sont concernées, et logiquement, une gestion de type participative des ressources humaines, trouve une place prépondérante : le chef du personnel devient le responsable des ressources humaines, avec les changements essentiels que cela implique.

La démarche qualité au sein d'une entreprise, ne peut être pérenne, qu'au travers d'une culture d'entreprise orientée autour de la qualité.

*« Le changement réussi ne peut être la conséquence du remplacement d'un modèle ancien par un nouveau modèle qui aurait été conçu par des sages quelconques. Il est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées voire créées les ressources et capacités des participants, nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux, dont la mise en œuvre (non contrainte) permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine »*³⁴.

³³ Philippe HERMEL, Qualité et management stratégique, Les Editions d'Organisation.

³⁴ Michel Crozier, L'acteur et le système, Inter éditions 1977.

Les entreprises recherchent une meilleure cohérence autour d'un projet d'entreprise. Les méthodes sont organisées autour d'une action globale, coordonnée dans l'ensemble de l'organisation.

Vers la période 1985-1990, on a évolué vers la notion de qualité totale, définie comme «un ensemble de techniques et de méthodes, visant à mobiliser toute l'entreprise. Le but, est d'améliorer de façon constante, la qualité de son activité, et diminuer le coût d'obtention de cette qualité ». L'objectif est aussi, «la meilleure satisfaction du client (interne ou externe à l'entreprise) au moindre coût ».

Les clients internes, sont les collaborateurs de l'entreprise, travaillant ou non dans le même service, pour lesquels, nous devenons par conséquent, des fournisseurs internes.

Le début des années 90, voit arriver le management de la qualité, dont l'objet est la formalisation et la structuration de problèmes complexes.

Il nous faut avoir un projet, capable de coordonner à la fois, la réalité quotidienne, et l'idéal que nous avons pu nous fixer.

Le personnel reste le moteur du projet, c'est grâce à lui que ce dernier trouve son illustration dans le quotidien, ou bien qu'il reste simplement formalisé sur un document, et tombe en désuétude. Le projet, se vit aussi à travers l'acquisition d'une culture commune, qui est «l'affaire de tous », et qui se construit dans le travail quotidien. On peut ainsi aboutir à la notion de projet permanent, à ne pas confondre avec une déstabilisation permanente.

3.3.1. Une politique qualité affirmée.

Le travail commence par soi même. La conviction et la détermination de la direction, sont non seulement nécessaires, mais indispensables, pour « une marche » vers la qualité. Elles doivent être clairement annoncées et entendues par chacun.

Nous avons certainement tous en tête, un exemple d'organisation dans laquelle le dirigeant n'aurait modifié, que l'appellation de son poste, sans en avoir changé le contenu.

Le directeur, tel que je le conçois, est le garant du projet de l'institution au service et au bénéfice des résidents. Il en est aussi l'animateur, en impulsant une véritable dynamique. C'est de cette dynamique, que découlera la qualité dans la mise en œuvre du dit projet.

Il est responsable d'une qualité de prise en charge, en cela il contribue à une bonne organisation des soins, et participe à une coordination avec les intervenants externes à l'établissement. En tant que directeur, j'ai bien entendu ce souci final, du bien être des résidents, mais pour ce faire, je m'inquiète d'abord de la qualité des conditions de travail du personnel.

Mon rôle, est de faire en sorte, que l'ensemble du personnel, ait les moyens de bien faire le travail qui lui est confié. Or le contenu de ce travail, est en grande partie constitué d'aspects comportementaux, faisant appel au savoir être de la personne. Le respect des simples aspects techniques d'une situation de travail, ne saurait suffire à rendre une prestation de qualité.

Mon objectif, est d'arriver à ce que l'ensemble du personnel intègre dans son action quotidienne, l'importance de cette composante comportementale. Cela ne peut au premier abord se réaliser que dans une relation de confiance mutuelle.

Je n'oublie pas, que cette volonté de changement, ne peut que s'accompagner de modifications importantes, dans les domaines : du pouvoir, de l'autorité, de la décision, de la responsabilité, du contrôle. Ce sont les relations avec l'ensemble des partenaires de l'établissement qui se trouvent questionnées.

Je dois aussi, autant que faire se peut, trouver et conserver une attitude authentique. Il n'est cependant pas possible de faire abstraction de sa propre personnalité, de se couler dans un moule prédéterminé, qui contiendrait tous les ingrédients d'une gestion de type participative : de qualité, adaptée à la situation.

Le fait de se trouver dans une position de responsable, sous le regard attendu des autres, en termes d'efficacité de décision et d'action, peut facilement faire perdre, une attitude qui se voulait à l'origine naturelle. Cela peut rapidement conduire, au repérage d'un manque de cohérence, qui s'avérerait alors nuisible à la conduite de la fonction.

La participation de chacun, ne saurait être effective et durable, dans un contexte où le responsable de la structure, n'aurait pas affirmé lui-même la voie à suivre.

3.3.2. Une gestion des ressources humaines de type participative.

On peut dire qu'un management de type participatif, consiste à s'intéresser aux idées de chacun, pour le progrès de tous. La plupart du temps, les salariés souhaitent exprimer leurs idées, et pouvoir les mettre en œuvre.

Ce type de travail ne va pas de soi, et impose le respect d'un certain nombre de règles :

- la hiérarchie, quelle qu'elle soit, se met en position d'écoute et de dialogue,
- il faut considérer que chaque participant, a sa place et apporte sa valeur ajoutée,
- chacun doit pouvoir s'exprimer en toute liberté, et en toute sécurité,
- chacun s'exprime toujours en son nom propre,
- il faut avoir la rigueur du respect d'un objectif, d'un échéancier.

Le travail en groupe (de réflexion, d'amélioration, de progrès...) est un outil essentiel, qui permet de faire participer l'ensemble des personnes, à la définition de leur activité.

On peut difficilement penser, que dans une organisation, chaque individu est à tout moment de son activité professionnelle, parfaitement performant. On doit aussi compter

sur un effet de groupe. On estime qu'un noyau variable de personnes, est en permanence sur une trajectoire ascendante, et va de ce fait, entraîner un certain nombre d'autres dans une même dynamique. L'essentiel, demeure que le noyau, soit suffisamment important et efficace, pour que puisse exister réellement cette possibilité de dynamique.

« Quelle que soit sa forme, du fait même qu'elle mobilise des ressources humaines, une entreprise adopte –de jure ou de facto- un modèle social(...) Mais une organisation ne saurait se gérer comme une famille(...) précisément, l'organisation aspire à une certaine stabilité et rationalisation des rapports, afin de se protéger et de protéger ses acteurs des soubresauts passionnels des relations interpersonnelles ³⁵»...

« Ce que nous apprend le management, c'est à prendre en compte les systèmes de motivation et de reconnaissance propres aux microcultures des personnels pour les rendre compatibles avec les finalités de l'entreprise ³⁶».

Un objectif clairement défini, et une participation aux décisions, engagent en principe de manière responsable, la personne et l'équipe, dans leur action quotidienne.

Une confiance réciproque des membres de cette équipe entre eux, est bien entendu nécessaire, dans l'intérêt de la personne âgée : que chacun partant d'une représentation commune de la mission, puisse travailler, avec la reconnaissance par son collègue de travail, du bien fondé de son action individuelle.

Afin de donner une illustration d'éléments déjà mis en œuvre, et de situer ainsi le chemin déjà parcouru, nous nous proposons d'examiner, un certain nombre d'exemples d'une démarche participative, issus de notre pratique quotidienne dans l'établissement.

La notion d'équipe.

Le développement de l'autonomie de notre équipe, ainsi que de sa recherche de coordination, favorisent une réponse rapide et souvent de meilleure qualité, aux besoins exprimés, ou supposés, de la personne âgée.

Le travail en équipe, oblige à renoncer à une certaine liberté individuelle, mais le bien être d'une personne âgée, ne peut être uniquement constitué, que du résultat du travail d'individus isolés. Cela est vrai, ne serait ce que parce que le temps de présence et l'action de chacun, sont limités dans leur durée auprès de la personne, et cela quand bien même, ces deux acteurs auraient tissé des liens particuliers. La qualité globale des prestations, dépasse bien évidemment la notion de cadre horaire, d'un ou plusieurs salariés.

Cet objectif ne pourra donc être atteint, que s'il est relayé au niveau des autres membres de l'équipe de travail.

³⁵ Jean René LOUBAT, «Elaborer son projet d'établissement social et médico-social ».

³⁶ Jean René LOUBAT, «Elaborer son projet d'établissement social et médico-social ».

Notre expérience nous a permis de constater, que la dynamique et le dynamisme de cette « ambiance-qualité », permettent ou non au projet de se concrétiser.

Ce fonctionnement de travail de notre équipe, nécessite donc une entente active avec :

- une phase de concertation
- une phase de décision,
- une phase de mise en action et de coordination,
- une phase d'évaluation.

Le fonctionnement en équipe atteint sa pleine efficacité si :

- nous arrivons à dépasser les rivalités de personnes,
- chacun se sent impliqué et responsable, dans le travail produit par l'équipe,
- chacun fait le nécessaire et le possible, pour participer à l'élimination des difficultés, auxquelles l'équipe peut être confrontée, donc in fine participe activement à l'organisation du travail.

L'organisation du travail.

L'implication du personnel est déterminante dans l'organisation du travail.

Cette dernière, n'est bien sûr pas une fin en soi mais un moyen pour :

- permettre la meilleure qualité possible de services, tenant compte des moyens matériels et humains, dont l'établissement dispose,
- rendre l'action la plus efficace possible, et ce, dans les meilleures conditions de travail possibles pour le personnel.

L'organisation du travail, participe également à la concrétisation du projet, et c'est parfois dans le soin des détails, qu'on découvre parfois un intérêt plus global.

Elle permet de rendre compatible : les nécessités du service, et la prise en compte de la notion de qualité ; elle permet de participer à une sorte de diagnostic qualité.

L'organisation du travail permet aussi de clarifier :

- le contenu des fonctions, le niveau de responsabilité, le cadre des initiatives possibles, leur lien, leur coordination,
- l'évaluation de la charge de travail, et la définition de son mode d'évaluation...

L'association aux décisions permet, outre une meilleure adéquation aux besoins réels et supposés, une adhésion d'ensemble facilitée.

L'organisation du travail, que nous avons engagé dans l'établissement, est formalisée, écrite, à la disposition de tous.

Elle est conçue, dans le souci d'une identification claire des fonctions de chacun, elle permet de formaliser, pour l'ensemble des salariés, leur mode d'intervention auprès des personnes âgées.

Elle représente volontairement, un cadre minimum nécessaire à respecter, avec à l'intérieur de ce cadre, de larges espaces d'autonomie.

Les contraintes qui s'imposent à nous sont :

- un même service rendu auprès de la personne, avec de la courtoisie, en faisant cependant attention, de respecter ce qui a été décidé en équipe, afin de ne pas créer de favoritisme à l'encontre de certaines personnes âgées, ce qui pourrait facilement déclencher chez elles, une vision de bon et de mauvais soignant, et qui par voie de conséquence, dévaloriserait le travail de presque toute l'équipe,
- le respect des rythmes de la personne, qui peuvent être variables suivant les jours ; l'objectif n'est pas de «jouer la montre »,
- le respect du travail de ses collègues, notamment par rapport à des créneaux horaires à respecter : par exemple l'heure des repas, qui met en jeu l'activité d'un certain nombre de collègues, et de surcroît au moment où se termine leur temps programmé et prévu de travail.

Ces deux derniers éléments peuvent se trouver en contradiction. Si cela se produit régulièrement, avec plusieurs membres de l'équipe, il sera nécessaire de se poser la question de l'adéquation de l'organisation du travail aux besoins de la personne âgée.

Dans la pratique, l'organisation du travail est retouchée ponctuellement pour satisfaire un besoin particulier momentané ou non. Tous les douze à dix-huit mois, il est nécessaire de procéder à une refonte plus complète, en fonction des besoins évolutifs de la population accueillie.

La remise en question régulière, (ou la révision plus globale), du cadre minimum fixé de l'organisation du travail, est poursuivie de la manière suivante :

- travail préalable de réflexion à la fois des salariés, par groupe et aussi de l'encadrement,
- une réunion de préparation des modifications nécessaires, et de négociation, sur les meilleurs moyens d'atteindre les nouveaux objectifs,
- une réunion de présentation de la nouvelle organisation, et l'intégration de dernières améliorations imaginées,
- la mise à l'essai sur le terrain pendant une période d'environ quatre à six semaines,

- une phase d'évaluation, et les dernières rectifications, avant l'adoption pour un moyen terme.

Une organisation trop formelle, peut déresponsabiliser, et agir négativement sur de potentielles prises d'initiatives individuelles. Le danger, réside dans le fait, qu'une personne peut se contenter strictement de ce qui est explicitement écrit.

De la même façon, un manque d'organisation, ou une inadaptation à la situation, peuvent être source : de non-production de qualité de la prestation, de conflits interpersonnels, de démotivation.

A travers les espaces d'autonomie, laissés dans l'organisation du travail, et le planning du personnel, il est clair, pour chacun, que la coopération doit aussi faire partie des règles du jeu. L'objectif final est bien, qu'une mission globale soit remplie. Cette dernière, est sensiblement différente de la simple somme de missions individuelles.

Cela fait appel à la conscience professionnelle individuelle, mais aussi à la manière dont l'action individuelle pourra être reconnue, comprise, et appréciée, par les autres individus du groupe ; donc fait aussi appel, à un dialogue et une coopération, sources d'une conscience professionnelle collective.

Le planning de travail du personnel.

Nous voulons conjuguer des conditions de travail satisfaisantes, et une qualité de la prestation fournie.

Le premier élément participant à la réalisation du deuxième, compte tenu du nombre limité de salariés travaillant dans l'établissement, nous avons l'obligation d'une connaissance globale du travail, se traduisant par une polyvalence du personnel.

Certains, préconisent une organisation des établissements en unités de vie, avec en permanence, les mêmes intervenants auprès des mêmes personnes âgées. Même si cela peut sembler une situation idéale (toujours les mêmes agents au service des mêmes personnes âgées), ce n'est pour l'instant pas possible, compte tenu des moyens actuels en personnel à notre disposition. Nous avons tenté de transformer l'inconvénient en avantage. Actuellement chaque membre du personnel, qui travaille directement auprès des personnes âgées, le fait sur des postes et des horaires différenciés. En fonction du poste de travail occupé, il intervient sur des secteurs géographiques différents de l'établissement, et donc auprès de personnes âgées différentes.

Ainsi tous les membres du personnel travaillent auprès de l'ensemble des personnes âgées, et chacun se connaît. Je renouvelle ici ma remarque : la taille modeste de l'établissement (70 personnes accueillies) permet une reconnaissance mutuelle aisée.

Chaque personne, travaille en principe un dimanche et un jour férié sur deux. Je pense, entre autres pour l'avoir pratiqué moi-même, que ce rythme, permet le maintien d'une qualité de vie familiale pour les salariés. Autre élément, les jours de repos hebdomadaires, sont sauf situation particulière, établis de manière fixe.

La plupart des postes sont organisés en temps de travail continu.

Les besoins, en terme de pic de charge de travail, se situent essentiellement dans les deux tranches horaires suivantes : de 7h30 à 13h30 et de 17h à 21h. C'est donc à ces moments, que le nombre de salariés présents, doit être le plus important. Il faut préciser, que nous avons tenu compte dans ce calcul, d'un rythme de vie que nous avons souhaité adapté à la personne âgée (heures des levers , des toilettes, des repas, des couchers...).

Ces temps, ne représentent pas des durées de travail de l'ordre de huit heures, et ne correspondraient donc pas, au temps de travail effectif d'une personne employée à temps plein.

L'horaire de travail en continu, le respect des désirs légitimes de chacun, et la couverture des besoins des résidents, ont pu cependant être rendus compatibles, en favorisant le travail à temps partiel (et annualisé), chaque fois qu'il a été demandé. Pour les mêmes raisons, suite au départ en retraite de trois salariés travaillant à temps plein, leur remplacement a été effectué, en recrutant des personnes prévues sur des postes à temps partiel. Ce fonctionnement faisant appel à des temps non complets, s'est avéré également obligatoire, dans le cadre du respect de l'amplitude du temps de travail des salariés (temps entre l'heure de début et de fin de la journée de travail), qui ne doit pas dépasser 10h30.

Dans ces conditions, les salariés ne peuvent être présents, par exemple à partir de 7h30, et reprendre au cours de la journée, une deuxième phase de travail qui se termine à 21h. Pourtant cette situation correspond bien aux moments où les besoins des personnes âgées sont les plus importants.

L'utilisation du travail à temps partiel, apporte certainement une souplesse dans la gestion du planning du personnel. Elle évite en grande partie, le recours à du personnel de remplacement, qui n'ayant pas une connaissance immédiate des résidents, de leurs attentes, doit passer par une période de découverte et de formation, avant d'avoir atteint une efficacité et une intégration optimums.

On peut cependant rencontrer des écueils à ce type de fonctionnement. On peut craindre, que la personne travaillant à temps partiel, puisse avoir une connaissance plus limitée de la personne âgée, de son évolution, de son projet. L'investissement du salarié dans son travail, sera dépendant à la fois de son degré de motivation, et de la politique de gestion des ressources humaines ; les deux agissant en interaction. La transmission d'une information suffisante et pertinente, s'avère plus que nécessaire.

Pour terminer avec ces aspects, et même si cela n'est pas en lien direct avec notre propos, nous pouvons cependant noter le fait que, dans la situation actuelle de l'emploi, cela permet en sus d'offrir une activité rémunérée, à un nombre de personnes plus important.

La transmission de l'information écrite.

Elle est obligatoirement permanente, comme dans toute entreprise de services (en particulier.) Dans notre maison de retraite, où l'information se traduit par exemple dans la connaissance et le recueil des événements qui émaillent la vie de chacun, sa transmission contribue :

- à la construction de la qualité de vie recherchée pour la personne âgée,
- à l'entretien de la motivation des membres du personnel (qui sont ainsi au courant de ce qui se passe dans l'établissement, à savoir de quelle nature ont été les récents événements marquants, les derniers progrès, ou les derniers ennuis concernant nos résidents...); ce qui rejoint finalement la qualité de vie au travail.

Le fait de ne pas fonctionner en unités de vie ³⁷, et de demander par conséquent une polyvalence du personnel, oblige chaque salarié, dans un souci de cohérence de l'action tant individuelle que d'équipe, à recueillir et maîtriser, une masse importante d'informations, cela pour éviter les risques de méconnaissance, d'éparpillement et de perte de sens.

Malgré tout, ces derniers éléments constituent un gage, et un indicateur de qualité de la relation, avec la personne âgée, son entourage, les autres membres de l'équipe.

Le cahier de transmissions, constitue un des supports écrits, de la transmission de l'information concernant : la vie des résidents, et de l'établissement. Il est donc utilement consulté, par l'ensemble des personnes travaillant dans l'établissement, du personnel de nuit au directeur.

Chaque membre du personnel est ainsi invité : à en prendre connaissance chaque jour travaillé, à y noter les éléments importants dont il a pu avoir connaissance, ainsi que ceux plus anodins en apparence, mais riches d'enseignements ; à y rechercher les événements qui se sont produits pendant ses périodes d'absence (congrés...).

De fait, les informations qui y sont relevées, restent assez généralistes. Mais cette vue d'ensemble de la situation de chaque résident, participe aussi à renforcer la qualité de leur vie. Cela peut aller de l'absence d'une personne âgée, au nombre d'invités qu'elle aura au déjeuner du lendemain, en passant par des consignes particulières, concernant le domaine de l'organisation du travail de la journée (par exemple le remplacement d'un salarié absent pour cause de maladie....)

³⁷ Et ce, je le précise de nouveau, pour des raisons essentiellement de personnel insuffisant.
Raoul ALVAREZ - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2000

Ce support manque encore d'organisation, dans la manière dont l'information y est hiérarchisée. Mais au fil du temps, il s'est avéré être un élément indispensable, participant à la continuité du projet, de la vie de l'établissement, donc à une logique dans la prise en compte des personnes, et ce dans l'ensemble de ses dimensions.

Nous avons mis aussi en place, depuis deux ans, un dossier de soins informatisé. Il permet entre autres, un tri et une consultation des transmissions par personne, et/ou par jour, ainsi que la mise en place (et la mise à jour) de plans de soins individualisés. Il facilite aussi l'évaluation et le calcul de la dépendance, et de sa répercussion sur l'évolution de la charge de travail.

Comme le dossier médical (qui existait déjà et qui a d'ailleurs été revu dans sa forme et son utilisation), ce dossier reste exclusivement à la disposition des personnes autorisées.

D'autres documents existent, ce sont des outils spécifiques à l'organisation du travail de chaque équipe de professionnels. Ils sont élaborés, la plupart du temps, par eux-mêmes, puis mis en forme et édités par le secrétaire de l'établissement. A titre d'exemple, on peut citer : des tableaux pour l'entretien des chambres, pour la distribution des repas, pour les régimes alimentaires...

Quelle que soit la qualité des documents papier, ou informatiques, leur présence ne peut cependant pas nous autoriser, à se passer de la transmission des informations, de vive voix. Cette dernière, qui représente une part importante, et que nous pourrions penser non indispensable dans un premier temps, vient pourtant à terme, participer au renforcement, de l'individualisation de l'intervention auprès des résidents.

La transmission de l'information orale.

La parole reste un outil privilégié de la circulation de l'information. Cette dernière se fait au sein de chaque équipe de professionnels, au moment de la prise et de la fin de leur service. Elle concerne surtout des points techniques particuliers, des détails ou des informations, qui auraient été trop longs, peu signifiants, ou peu faciles à expliciter par écrit.

La pause quotidienne du matin en particulier, mais aussi les temps de prise en commun du repas personnel, constituent des moments privilégiés d'échanges, mais aussi en quelque sorte, des temps de préparation ou de « mûrissement » de la prise de décision en équipe. Nous considérons ce temps de pause, comme un dispositif de réflexion, de veille, de vigilance et d'alerte ³⁸. Nous pouvons y traiter, des problèmes des résidents, mais aussi, toute proportion (professionnelle) gardée, de ceux du personnel, qu'ils y soient liés ou non.

³⁸ Certainement enclin d'être à la veille technologique présente dans notre monde industriel.

Nous n'allons pas bien entendu, durant « l'effervescence » qui accompagne parfois ces instants, finaliser et décider dans une précipitation certaine, d'éléments primordiaux à mettre en action, pour l'avenir de notre entreprise.

Cependant, on y apprend par exemple, qu'il va falloir de manière plus ou moins urgente, prendre une orientation concernant une personne ou un fait précis.

Notre pause quotidienne, participe donc souvent, à ce que nous pourrions appeler, la réactivité dont notre organisation peut faire preuve. Les indices marquants peuvent être ensuite examinés de manière exhaustive lors de réunions de travail.

Les réunions de travail : l'inter-relation entre les métiers.

Toutes les deux à trois semaines, des réunions de travail et de coordination (soins, entretien des locaux, blanchisserie, restauration...) sont organisées, par métier ou par fonctions, avec la participation d'un représentant d'un autre métier, qui joue à la fois le rôle de ressource externe, de porte-parole et de témoin³⁹. Elles se situent pendant le temps de travail, ou en dehors de ce dernier, et donnent lieu à des temps de récupération. En principe elles ne revêtent pas un caractère obligatoire de participation. Elles constituent un temps fort de l'expression et de la participation à la prise de décisions. Elles sont souvent le lieu de préparation des modifications nécessaires dans l'organisation du travail.

Les propositions qui peuvent être émises, sont transmises après accord des membres présents, à l'ensemble du personnel pour information, commentaires et avis, avant que la décision soit officiellement entérinée.

Ces réunions permettent entre autres à chacun, de se représenter à la place de l'autre, et de considérer en temps réel les informations, ou les événements à traiter, de manière plus globale, avec plus de cohérence et de cohésion. Ces éclairages nouveaux et distincts, permettent de nous situer dans un processus que nous qualifierons d'interactif.

Les réunions, se déroulent en principe, en présence d'un personnel encadrant. Même si c'est le cas le plus fréquent, cela n'est ni systématique ni obligatoire.

Elles font chaque fois l'objet d'un compte rendu écrit, qui précise aussi la date, et l'objet de travail, retenus pour la séance suivante.

Cette gestion de type participative, s'étend jusqu'à la préparation par chacun d'entretiens annuels (d'appréciation, d'activité, d'objectif, de progrès, de projet...) ⁴⁰. Ces entretiens, permettent en particulier, de baliser et d'affiner la coexistence possible, entre la réalisation de désirs professionnels individuels, et les besoins et attentes collectifs.

³⁹ Par exemple, un agent hospitalier participe à la réunion des aides soignant(e)s.

⁴⁰ Cela n'est possible que si une définition préalable des contenus des différents postes de travail a été réalisée.

Il nous semble clair, que ce travail commun sur : l'équipe, le transit de l'information, l'organisation du travail et du temps du personnel..., en réunissant les conditions permettant la considération de la parole du personnel dans le processus de décision, reflète et traduit une politique qualité. Mais nous pensons, que pour être initié, entretenu et étayé, ce type de fonctionnement, nécessite le soutien d'un plan de formation adapté et ambitieux.

3.3.3. Le plan de formation pluriannuel de l'établissement.

Afin de soutenir, l'obtention et le maintien de la qualité souhaitée, j'ai souhaité mettre en place : les moyens d'une formation continue des personnels, en relation avec une évaluation de la qualité des services rendus, et des soins prodigués. Le plan de formation du personnel, représente en particulier pour nous, un outil du changement des représentations de la vieillesse, mais aussi, un outil stimulant la motivation du personnel.

Il constitue une aide, pour dépasser la vision d'une stricte qualité de soins, en favorisant le développement personnel des soignants, qui privilégient désormais, une qualité de vie. Il nous permet, de mieux connaître donc de mieux comprendre, ce que peut vivre la personne âgée, ses difficultés d'acceptation de sa situation nouvelle.

Son contenu nous permet aussi d'appréhender un comportement mieux adapté, à l'écoute de la personne âgée, permettant un abord plus aisé, une aide à surmonter ses difficultés liées à sa situation nouvelle, la découverte d'autres liens.

Le plan de formation nous permet encore de mettre au point, et de nous forger, une culture, un langage communs. Ces deux derniers éléments, nous semblent nécessaires pour une meilleure compréhension globale du projet, au service de la personne et de son entourage.

Les journées de formation sont le plus souvent organisées à l'intérieur même de l'établissement, cela renforce une dynamique interne. Cependant, pour des raisons évidentes de coût, les sessions sont élaborées en partenariat avec une maison de retraite et un hôpital local proches, ceci permet : une rencontre, un échange avec d'autres professionnels ; souvent sources de progrès. La diminution du coût pour l'établissement, entraînée par l'organisation sur place : économie de frais de déplacement, de restauration et d'hébergement pour notre personnel, mais aussi par la constitution de groupes plus étoffés, (donc un partage du coût pédagogique) permet d'augmenter le nombre d'heures de formation. Ainsi, nous avons la possibilité d'en faire bénéficier un nombre plus important de membres du personnel, en particulier, les personnes employées sous statut précaire (CES, C.E.C..). Par là-même, nous affirmons notre volonté d'insertion professionnelle.

Les principaux thèmes déjà abordés, ou programmés dans les trois ans à venir, sont les suivants :

- connaissance du vieillissement,
(changer de regard vis à vis des personnes âgées, et commencer un travail de réflexion et d'analyse, sur l'importance du rôle de chacun),
- sauvegarde de l'autonomie de la personne âgée,
(savoir mettre en œuvre, des moyens simples, et convaincre chacun, que son savoir-faire et son attitude quotidiens, permettent de sauvegarder l'autonomie de la personne âgée),
- l'accompagnement des personnes âgées désorientées,
(mieux cerner les connaissances, et comprendre le sens des différents troubles du comportement, pour repérer, au-delà des déficits, les potentiels de ressources, et améliorer ainsi son intervention et sa relation d'aide),
- l'animation au quotidien,
(comprendre, que l'action de chacun, contribue à l'animation, et concevoir, au sein d'une équipe, un projet d'animation),

- les relations avec les personnes âgées et leurs familles,
(connaître et améliorer son propre mode de communication, pour établir une relation de qualité, avec la personne âgée et son entourage),
- l'accompagnement de la personne en fin de vie,
(mieux accepter, individuellement et en équipe, cette situation, et améliorer la prise de conscience, de son rôle, et ses capacités d'aide et de suivi),
- le projet de vie,
(adopter une démarche, et une méthodologie pour définir, et conduire un projet, de façon efficace.)

D'autres thèmes ont été abordés, comme :

- la sécurité incendie,
- l'évaluation de la dépendance, avec l'utilisation de la grille AGGIR,
- l'optimisation de l'utilisation des produits d'incontinence ⁴¹,
- les méthodes de communication en groupe, ...

Dans les discussions préparatoires au plan de formation, les questions suivantes sont toujours abordées :

- la formation offerte, permet-elle, le développement des compétences ?

- faisant suite à une formation, les possibilités de changement, sont-elles prises en compte au niveau de l'organisation du travail ?...

Le plan de formation est lui aussi « imprégné » d'une volonté de participation des acteurs. Examinons une autre illustration des intérêts de ce fonctionnement de type participatif : la politique d'animation développée en faveur des personnes âgées.

3.3.4. La politique d'animation : une illustration de la participation.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante reprend dans son article VI « *Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques etc.) doit être favorisée.*

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.

(...) Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter. »

La commission animation : son origine, son fonctionnement, ses résultats.

De 1994 à fin 1997, une personne travaillant à mi-temps, avait pris en charge le domaine de l'animation. En réponse à son départ, et aux difficultés rencontrées pour recruter une personne ayant des compétences, ou à défaut des dispositions, nous avons créé en janvier 1998, une commission animation. Bâtie sur la base du volontariat, elle réunit à ce jour, environ quinze membres du personnel qui se sont mobilisés. Deux personnes ⁴², assurent en particulier, l'organisation et la coordination des différentes activités. D'autres, ont pris la responsabilité de l'organisation d'un atelier, d'une fête, d'une sortie...

En fonction du type d'animation proposée, et souvent de manière ponctuelle, l'ensemble de l'équipe est amené à participer. Quand cela est possible, le temps d'animation est inclus dans le temps de travail prévu du salarié. Ce temps, peut donner lieu si nécessaire, au remplacement de la personne à ce moment précis, par un autre salarié. Le travail quotidien prévu, ne peut en règle générale, pas être repoussé au lendemain.

Dans un certain nombre de cas, le temps d'animation se situe en dehors du temps de travail normal du salarié. Il donne alors lieu à récupération, au prorata du temps passé (dans le mois en cours ou dans le mois suivant.) Nous faisons en sorte, que cette

⁴¹ Par exemple, nous avons appris comment élargir la palette de produits utilisés (parfois plus chers) mais individualiser le traitement du problème et apporter un meilleur confort pour un coût global identique voire inférieur.

⁴² On peut noter, pour illustrer l'importance du changement que cela implique, que les deux personnes responsables de la coordination ont une formation initiale d'aide soignante, qui pourtant les prédispose à une approche technicienne de leur métier.

récupération, soit positionnée, de manière intéressante et agréable pour le salarié (par exemple avant ou à la suite d'un week-end de repos) Il est important, que le temps passé, soit bien considéré comme temps de travail, et en aucune manière comme du bénévolat. Cela permet entre autres : d'encourager et d'entretenir la motivation de la personne, mais surtout d'éviter tout effet d'usure, qui conduirait sans nul doute à un désinvestissement quasi immédiat.

Le travail de réflexion de la commission animation, a permis de définir ainsi, les buts et les principaux intérêts :

- améliorer la qualité de vie des résidants, en leur fournissant un nouvel espace d'occupations et d'échanges,
- offrir des activités à la personne, tenant compte à la fois de ses souhaits et de ses possibilités,
- trouver un moyen supplémentaire, de sauvegarder l'autonomie physique et psychique des personnes âgées, en leur donnant le sentiment de se sentir capables et utiles,
- avoir un regard différent sur la personne âgée,
(le regard, qui peut subrepticement s'installer à travers la quotidienneté des tâches de travail, peut provoquer une barrière relationnelle, devenant soudain infranchissable ; cela est souvent dû au manque de disponibilité, ou à la perte de sens de son travail, et de sa mission),
- favoriser une connaissance mutuelle des résidants, dans un cadre différent, qui peut déboucher sur d'autres relations : de confort, voire d'aide pluri-quotidiennes,
- casser l'idée qu'une maison de retraite, est seulement un lieu, où l'on attend la fin de sa vie,
- aider à la mise en œuvre d'une dynamique d'ensemble de l'établissement, créant un climat favorable de relation et d'entraide : avec les familles, les bénévoles, les futurs résidants...
- participer à une ouverture de l'établissement sur son environnement extérieur, une rencontre avec d'autres acteurs externes, une intégration à la vie de la cité.

Fin 1998, le bilan que nous avons effectué, a permis de recenser 930 h d'animation (y compris les temps de préparation), soit plus de l'équivalent du travail d'une personne à mi-temps. Sur un plan qualitatif, l'ambiance générale dans l'établissement, les relations entre les acteurs, le maintien de l'autonomie des résidants, ont progressé. Ce bilan, a aussi permis de recenser, de nombreuses idées, ou domaines non satisfaits.

En quoi l'animation a influé sur la culture de l'établissement et son projet ?

Au cours des mois, la volonté a été de passer d'une animation de type simplement ludique, à une organisation du temps, visant un ensemble de rapports des résidants, avec leur quotidien. Cela s'est traduit, par des activités en vue de maintenir le désir de vivre, mais aussi de plaire, de participer, de partager.

Notre but recherché, a été aussi de trouver des éléments dans la vie de tous les jours, qui participent : à la préservation de l'identité, voire à la construction d'une identité nouvelle ; à l'intégration du résident ; d'une certaine manière, à l'expression de sa citoyenneté.

Le fait de chercher une réponse adaptée, donc singularisée, aux attentes de nos résidants, nous a permis de poser, les bases d'un projet individualisé pour chacun.

Le personnel, dans sa majorité, a pu apprécier l'influence positive de l'animation, sur le maintien de l'autonomie des résidants, sachant que cela ne peut se vérifier, qu'à la condition, que l'animation ne s'avère ni infantilisante, ni « persécutoire ».

En dehors de l'intérêt sur le plan humain, le personnel a aussi pu faire le lien (qui n'est pourtant pas aisé), entre offrir une activité occupationnelle, maintenir l'autonomie, s'enrichir mutuellement, et faire reculer, d'une certaine manière, la charge de travail à venir.

Peu à peu, la culture de notre établissement, s'est orientée vers une démarche, consistant à donner de la vie, avant de donner des soins ⁴³.

Quel avenir pour l'animation ?

Une amélioration de la qualité de la prestation animation, a été intégrée en termes d'apports théoriques, dans le plan de formation de l'établissement.

L'accord, pour le financement d'un poste d'emploi jeune, a été obtenu sans difficultés, et le recrutement de cette personne vient d'être effectué.

Son profil de poste est organisé autour de :

- la coordination générale des activités déjà existantes,
- le développement d'activités nouvelles,
- une prise en charge particulière (sur une partie de son temps de travail), de personnes âgées désorientées, qui, posent régulièrement certains problèmes de cohabitation avec les autres résidants, et qui jusqu'alors, avaient moins bénéficié que les autres résidants, de la politique d'animation, qui s'avérait moins adaptée à leurs besoins.

Au vu de l'expérience acquise, on peut constater et dire, que l'animation n'est pas qu'une affaire de spécialiste, mais à coup sûr, celle d'une équipe. Nous avons conclu, qu'il serait dommage de casser une dynamique, qui s'est installée naturellement auprès d'une part

⁴³ On dit aussi : « ajouter de la vie aux années plutôt que des années à la vie ».

importante du personnel, et qui a entraîné, un enrichissement des tâches. En reprenant à ceux qui se sont investis dans l'animation, la responsabilité de certaines activités déjà organisées, pour les confier à une autre personne, qui serait a priori considérée comme plus qualifiée, ce serait un pan important de notre projet de vie, qui s'écroulerait.

En revanche, le travail en partenariat entre spécialiste et personnes avisées, est source d'émulation pour chacun. Aussi, est-il prévu, pour une meilleure connaissance réciproque, que la personne recrutée, travaille pendant une période de l'ordre de six mois, sur les différents postes de travail des autres salariés. Cela lui permettra : d'une part, de connaître l'ensemble des résidants, des membres du personnel, juger l'ambiance de travail qui prévaut ; d'autre part, sur un aspect plus matériel, d'être capable par glissement de tâches, de remplacer une personne, qui prend en charge l'activité qu'elle avait l'habitude d'encadrer, et dont l'activité initialement prévue ne saurait être repoussée.

Pour procéder à une évaluation de nos activités, et nous poser la question de savoir si nous sommes dans la bonne direction, nous menant vers le lieu de vie, que nous cherchons à créer, nous abordons régulièrement les questions suivantes :

- la personne âgée est-elle informée des activités auxquelles elle peut participer ?
- existe-t-il une variété suffisante dans les activités proposées ?
- les résidants participent-ils à l'élaboration des programmes d'activités ?
- l'aménagement des divers espaces de la structure, favorise-t-il les rencontres et les activités ?

Cela souligne, la conformité aux objectifs initiaux : changer son regard, stimuler la participation... Ces axes de travail transversaux, influent sur l'organisation et les pratiques professionnelles, et nous confirment, comment un autre mode de gestion des ressources humaines, nous permet d'aller d'une négation de la personne âgée, vers sa reconnaissance.

3.4. Axes de changements organisationnels et nouvelles pratiques professionnelles.

Il ne suffit pas de décrire l'existant. Ce dernier est évidemment issu et modifié par une logique, une philosophie sous-jacentes, fruits de l'expérience quotidienne, des apports théoriques, des contacts, des confrontations, voire parfois des affrontements.

Mais comment mettre pleinement à contribution ces outils (démarches qualité et de type participative), qui semblent de prime abord séduisants ?

Nous devinons, qu'il est maintenant encore plus qu'avant, indispensable de prendre en compte la personne âgée de manière globale.

Notre expérience, a permis d'initier pour un certain nombre de collaborateurs, une considération différente de la personne âgée. Ils ont d'ailleurs pu en constater certains effets bénéfiques et quantifiables :

- diminution des traitements médicamenteux,
- baisse du nombre de chutes,
- moins d'agressivité des personnes, et moins d'appels intempestifs,
- diminution des revendications, et des critiques formulées par l'entourage,
- durée moyenne de vie dans l'établissement plus importante, cela malgré une dépendance plus accrue à l'admission...

L'ensemble du personnel n'est pas encore « imprégné » de cette philosophie. IL s'avère donc nécessaire d'amplifier en particulier la politique de formation d'un plus grand nombre. Travailler en commun à la définition claire, précise (et écrite) du projet, reprenant l'ensemble de nos convictions, et de nos objectifs, participera sans nul doute à un essaimage des actions, en faveur de la qualité de vie dans l'établissement.

Se contenter de l'activité d'un noyau actif, entraînerait, si nous n'y prenions garde, une usure et un vieillissement prématurés, des intentions et des actions, ayant permis d'adopter de nouveaux comportements...



Il s'agit bien là de la finalité de notre plan d'action, que de trouver les voies du maintien de la considération de la personne âgée, que nous accueillons d'ailleurs la plupart du temps, jusqu'à son dernier souffle de vie. Nous parlons bien d'une reconnaissance par chacun : elle-même, sa famille, son entourage, l'établissement et son personnel, son environnement et les autres membres de la cité.

Mettre en œuvre notre projet de qualité de vie, revient donc à :

- travailler sur un certain nombre de projections individuelles et collectives, cela permettant d'approfondir la réflexion sur la dignité de la personne,
- favoriser le développement d'une culture gériatrique.

Bien que, côtoyant quotidiennement des personnes très âgées, nous, professionnels, véhiculons aussi dans notre inconscient, certaines images de négation et d'exclusion de la vieillesse, forgées par notre société.

Il en est ainsi, par exemple, de ce rapport à la vieillesse, que nous associons à la maladie, et que nous pouvons réduire aux seuls soins, qu'il semble opportun de prodiguer, alors que nous devons faire en sorte, que les soins médicaux, soient bien entendus dispensés,

mais qu'ils ne constituent pas l'élément central de la vie. Nous ne sommes pas toujours épargnés, par la confusion entre traiter une personne, ce qui suppose une compétence scientifique (un savoir qui fonde un pouvoir), et soigner ou prendre soin d'une personne, ce qui suppose de s'occuper avant tout de l'individu, plutôt que de se focaliser sur sa maladie.

Pour ne pas oublier de connaître, reconnaître, et considérer la personne, dont nous avons au moins autant la responsabilité que la charge, quels axes développer?

3.4.1. La personne âgée et son histoire de vie.

S'intéresser à ce qu'elle a été, en effet comment peut-on envisager, de s'occuper d'une personne, de rentrer en relation avec elle, sans connaître et intégrer, les éléments essentiels de son histoire d'individu ?

Quel est son âge ? Quel était son métier ? Était-elle mariée ou non ? Si oui, son conjoint est-il encore de ce monde, ou bien a-t-il disparu et depuis longtemps ?

A-t-elle eu des enfants ? Que sont-ils devenus ? Sont-ils restés proches ? Lui rendent-ils souvent visite ? Ont-ils eux-mêmes des enfants, qui conservent des relations régulières avec leur grand-mère ou grand-père ?

Pour quelles raisons a-t-elle souhaité entrer ou non dans notre établissement ?

Souvent, la question se résume à une perte d'autonomie physique, une incapacité à assumer seul(e) les actes quotidiens de la vie courante : faire sa toilette, s'habiller...

Il s'agit aussi souvent, d'une succession ou d'une accumulation d'événements, plus ou moins graves et rapprochés, qui auront précipité la décision d'entrée en établissement, par exemple une chute ou une hospitalisation, ayant effectivement entraîné des difficultés à se déplacer, mais aussi des difficultés à se préparer les repas, des problèmes de désorientation dans le temps et / ou dans l'espace... Connaître le contexte, qui a entouré cette décision d'hébergement collectif, constitue l'un des indicateurs de l'adaptation possible, de l'acceptation plus ou moins rapide de l'admission dans l'établissement.

D'évidence, cette personne âgée traverse une crise engendrée par une succession de pertes. Elle aura subi au cours de sa vie, un certain nombre de ruptures familiales ou sociales. En particulier, souvent avant l'entrée en établissement, elle aura vécu depuis plus ou moins longtemps, la perte de son conjoint. Cette solitude se verra souvent renforcée, l'âge aidant, par la diminution du réseau relationnel (voisins, commerçants habituels....)

Elle perd ce qui faisait sa vie de tous les jours, elle laisse son univers familial, pour entrer dans un lieu, qui est souvent, au premier abord, uniquement entrevu comme celui de sa dernière demeure.

Il ne faut pas oublier qu'existe aussi une forme de perte de citoyenneté, par rapport aux actes de la vie quotidienne (payer ses factures échanger avec ses concitoyens...), une perte d'autonomie financière (les frais de séjour dont il va falloir s'acquitter auprès de l'établissement, sont souvent supérieurs aux ressources de la personne, et elle devra compléter la différence grâce à ses économies, ou bien faire appel soit à la solidarité familiale, soit à l'aide sociale départementale.) La personne se retrouve d'évidence en position d'assistée, et par là-même, dévalorisée encore un peu plus à ses propres yeux.

L'histoire de la personne âgée ne s'arrête pourtant pas, sous prétexte de son admission dans l'établissement. Il nous faut donc trouver les moyens, de lui permettre de recouvrer, maintenir et respecter son identité, qui constitue toute sa richesse.

La vie en collectivité, pourra être le lieu de la redécouverte du plaisir de la rencontre de l'autre. Cela se réalisera, à la condition que cette vie en commun, ne soit pas vécue comme subie, imposée, ou inopportune.

Le travail de notre équipe (avec pour préalables la connaissance et le respect de l'histoire de la personne), consiste à tenter, quand le moment est jugé favorable, une stimulation de ce plaisir de la rencontre de l'autre.

3.4.2 Les relations de la personne âgée avec l'établissement, offrir une palette de services complémentaires.

Prendre contact avant l'admission.

Une personne âgée, entre rarement en maison de retraite de son plein gré, mais notre rôle est d'éviter de participer par notre attitude, au renforcement de ce sentiment.

Certaines s'y préparent pourtant. Nous avons régulièrement l'expérience de personnes âgées, qui viennent d'abord prendre leurs repas, cela pour fréquenter et s'habituer à l'établissement, avant d'y solliciter une admission à temps plein.

D'autres, qui auraient eu le choix d'aller dans un établissement plus proche du domicile de leurs enfants (eux-mêmes s'étant souvent éloignés pour des raisons professionnelles), ont finalement choisi leur maintien près du lieu où elles ont toujours vécu, et où s'attachent leurs racines.

Malgré ces cas particuliers, force est de convenir, qu'habituellement, ce passage est vécu avec difficultés, comme une perte supplémentaire, conséquence de la succession d'autres pertes. Le nécessaire travail de deuil de son domicile, et de son mode de vie habituels, ne peut de toute manière, pas se faire aisément. Il représente en particulier, l'acceptation d'abandonner, dans une souffrance certaine, des morceaux de vie, ceci pour être prêt à s'enrichir de nouvelles expériences,

Si une méconnaissance et une inquiétude s'installent, et se confirment, par rapport à une représentation négative de ce que peut être l'avenir dans ce nouvel endroit, où elle va vivre, la personne ne s'investira point dans la décision, et on peut cheminer rapidement vers un échec total, qui peut aller jusqu'à sa mort.

Sans le consentement de la personne, si efficaces que nous tentions d'être, même en déployant notre arsenal thérapeutique, agrémenté de trésors d'ingéniosité, nous ne pourrions rien. Aussi, il est primordial qu'elle ait eu des informations sur son futur mode de vie. C'est à travers des contacts avec une personne de l'établissement, désignée pour cela, qu'elle peut trouver le désir et la force, d'aménager cette décision et cet avenir, que nous lui proposons.

La visite au domicile de la personne, avant son admission, revêt donc un caractère souhaitable, voire indispensable. Elle nous permet de mieux la connaître, de la situer dans son univers de vie quotidienne, et de mieux se la représenter dans le futur proche.

Cette visite, nous permettra également, de recevoir des informations précises sur ses habitudes de vie, son degré d'autonomie, et ainsi personnaliser ce que nous sommes en mesure de lui proposer. Nous en profitons, lorsque cela est possible, pour installer les prémices d'une relation de confiance, à condition d'avoir la précaution de ne pas la bousculer, par un entretien qui prendrait la forme d'un interrogatoire.

Autant que possible, le visiteur que nous choisissons, n'est pas un membre du corps médical ou paramédical, afin de ne pas lui donner l'impression d'une préentrée dans le monde de la maladie. C'est en revanche et en règle générale, une personne qui connaît la vie, l'organisation, le fonctionnement de l'établissement. Elle sera en mesure, de pouvoir répondre correctement aux questions soulevées par la personne âgée. Elle est aussi à même, de mieux cerner chez la personne âgée, ce qui va poser problème par rapport au fonctionnement de l'établissement.

Tenant compte d'un contexte particulier : proposition d'une gestion active de la liste d'attente.

Il me paraît important, à l'occasion des relations que nous pouvons installer avec la personne âgée, avant son admission définitive, d'évoquer notre mode de traitement de la liste d'attente.

Cette dernière, compte actuellement 65 personnes âgées inscrites. Les demandes, proviennent à 96% du canton élargi à quelques communes rattachées à la zone d'influence économique du bourg centre, où est implanté l'établissement.

On sait, par expérience, que le délai d'attente actuel (en moyenne de l'ordre de 18 à 24 mois) entraîne un certain nombre d'inscriptions, qu'on peut qualifier «de précaution ». Ce type d'inscription, qui sert à prendre rang, permet dans l'idée des personnes, de réduire cet éventuel délai annoncé, lorsqu'elles auront décidé ou auront besoin de manière plus

pressante, d'une admission dans l'établissement. Ces demandes, représentent environ 30% du total soit 20. Il reste donc 45 personnes environ, prêtes réellement à intégrer l'établissement, dans un délai de 1 à 6 mois.

Le taux de rotation (terme peu délicat ni engageant), représente le pourcentage de places libérées par an, par rapport à la capacité totale en lits d'accueil de l'établissement. En règle générale, il correspond au nombre de sorties pour cause de décès, puisque les départs volontaires sont rares.

En maison de retraite, ce taux de rotation est en moyenne de 25 à 30%. Pour notre établissement, il a été en moyenne sur les années 1992 à 1998 de 20% soit 14 personnes sur 70.

On peut mettre ce dernier chiffre, en relation avec celui du délai moyen d'attente constaté actuellement (18 à 24 mois), et également avec celui du nombre de personnes espérant une admission dans un délai court (45.) Si tous les facteurs restaient stables, il faudrait plus de 36 mois, avant d'obtenir une place dans l'établissement (45 demandes pour 14 places possibles par an.)

La différence s'explique par les raisons suivantes :

- la personne, peut avoir été admise dans une autre structure identique, où le délai d'attente a été moins long,
- la dépendance de la personne, a pu évoluer de façon importante, et entraîner une orientation vers un service de long séjour hospitalier,
- la personne peut être décédée,
- elle peut aussi, avoir dans l'attente, privilégié un maintien à domicile, avec la mise en place d'un dispositif adéquat (soins à domicile, auxiliaire de vie, téléalarme....)

La demande reste donc nettement supérieure à l'offre.

Les critères actuellement retenus en vue d'une admission sont :

- le fait d'arriver dans l'ordre chronologique d'inscription, au dossier de la personne concernée, (cela peut être critiquable dans la mesure où il n'est pas tenu compte d'une éventuelle urgence médico-sociale, mais une seule régulation par ce critère serait elle-même difficilement gérable, d'abord en terme d'équité par rapport aux règles énoncées et ensuite en terme de charge de travail, rapidement croissante, à moyens restant constants),
- le fait que la personne réside bien, ou ait une famille proche, dans la zone d'influence de l'établissement,
- le fait, que l'état de dépendance de la personne, soit compatible avec les ressources techniques et humaines de l'établissement.

Autre élément, le budget prévisionnel qui détermine le prix de journée à appliquer, est bâti sur un coefficient d'occupation de 100%. Cela veut dire : 70 lits occupés en permanence. Une logique simplement administrative, conduirait à agir de la manière suivante, lorsque se présente une possibilité d'admission :

- chercher, sur la liste d'attente, la première personne remplissant les critères d'admission,
- la contacter, elle-même ou sa famille, rapidement, et la ou les presser de prendre une décision tout aussi rapide, voire, la ou les « menacer », de choisir une autre personne venant en suivant sur la liste d'attente, et qui pour diverses raisons, aurait la possibilité d'accepter un délai d'admission plus rapide.

On peut de manière familière, qualifier une telle attitude ainsi : « mettre le couteau sous la gorge ». Outre le manque total d'élégance, comment peut-on imaginer, l'intégration aisée d'une personne, qui n'aura pas eu le temps minimum nécessaire de préparation à cette rupture, à ce changement radical dans sa vie?

De surcroît, comment peut-on imaginer, que dans ces circonstances, la personne puisse conserver, son potentiel d'autonomie, à court et moyen terme.

Tout projet personnalisé à son égard, fût-il de qualité, s'avérerait rapidement, en tout ou partie, inopérant ou inefficace. Dans une attitude résolue, et / ou hostile, le risque majeur, semble bien être une démission par rapport à un avenir, pour le moins difficile à envisager avec quelque sérénité, ainsi qu'une traduction, dans un accroissement rapide de la dépendance.

Dans un souci d'éthique, il est toujours de notre devoir de veiller le plus possible :

- à l'accord de la personne (soumis de manière classique à la pression de l'entourage, éventuellement du médecin de famille...), sur la nécessité de son admission,
- à être capable, de lui proposer une date d'admission, qui convienne à toutes les parties, mais avant tout à elle-même.

Dans notre cas particulier, d'offre inférieure à la demande, peut-on imaginer, un autre mode de gestion de la liste d'attente, qui permettrait, de rendre un service de meilleure qualité, à la population en attente d'une place d'hébergement dans notre établissement ?

Nous proposons, de faciliter l'accueil temporaire des personnes, ce qui présente plusieurs intérêts :

- dédramatiser une admission définitive, par une connaissance préalable de la vie dans l'établissement,
- permettre par l'accueil régulier de personnes qui ont un besoin ponctuel, un choix plus serein, dans la date d'admission, pour les autres personnes, qui souhaitent intégrer de manière permanente, l'établissement, et éviter ainsi, ce qui est souvent vécu comme

un ultimatum. Cette précipitation, peut se traduire ainsi dans l'esprit des personnes âgées : « soit je rentre à la maison de retraite, soit je perds ma place, et je ne sais pas quand on m'en proposera une de nouveau ! »,

- favoriser un retour à domicile, après une hospitalisation, et ce en attendant d'une prise en charge possible, par le service de soins à domicile, l'aide ménagère ...
- casser la représentation, que la mort de la personne, serait l'unique porte de sortie de la maison de retraite,
- participer à un mouvement de vie dans l'établissement, qui s'ouvre sur l'extérieur, en rendant un service supplémentaire à la population, et de ce fait, véhicule moins l'image d'une structure fermée, et vivant en autosuffisance, avec les individus qui la composent.

On peut donc, diversifier et améliorer la qualité des prestations, que peut offrir l'établissement, avant même l'entrée de la personne à titre définitif.

Quelques attentions avant de recevoir son invité(e.)

Le fait, de mettre en place, le nom sur la porte de sa chambre, avant son arrivée, avant le franchissement du seuil de ce nouvel univers, qui va désormais devenir le sien, est loin de constituer un détail, pour la personne que nous allons accueillir. Cela permet justement, de lui signifier, qu'elle est attendue dans son nouveau domicile, et elle y est habituellement sensible. C'est le premier pas vers une appropriation d'un autre «chez elle ».

Choisir pour elle (avant qu'elle ne puisse le faire elle-même), sa place à table, en s'étant informé des personnes qu'elle peut connaître, et avec qui elle peut trouver un réconfort et un confort relationnel, facilite en principe son intégration.

En milieu rural, souvent la personne âgée connaît souvent d'autres résidents. Il faudra profiter, de manière générale, de cette occasion, pour les mettre en relation, quand cela est possible, et semble présenter un intérêt, compte tenu cependant de la personnalité connue de chacune.

Toutes les chambres, sont équipées d'une ligne de téléphone personnel, avec la possibilité de faire transférer le numéro, que la personne avait à son domicile. Cette opération, peut être effectuée, pour le jour de l'admission. Elle s'avère intéressante et appréciée, dans la mesure, où un lien important avec l'extérieur est maintenu en place, dès l'instant même de l'admission.

Lors de la visite au domicile de la personne, avant son admission, et si tel est le cas, quand la personne elle-même, aura visité l'établissement, avant d'y être accueillie, il lui

aura été confirmé, la possibilité de personnaliser sa chambre. Ainsi, en accord avec elle, tel ou tel mobilier, aura été amené et installé, dans la chambre, pour le jour de son arrivée.

Proposer une palette de services complémentaires.

Par exemple, par une ouverture aux personnes extérieures, du restaurant de la maison de retraite, ou encore, à travers la pratique de l'accueil de jour, pour les personnes âgées vivant encore à leur domicile en ville, nous favorisons déjà une connaissance de l'établissement, qui participe certainement à créer, des conditions plus favorables pour une admission ultérieure.

Nos prochaines actions prévues, dans le cadre des services complémentaires, que nous souhaitons offrir sont :

- la mise en place d'un service de portage de repas, en partenariat avec une association locale d'aide à domicile (ADMR ⁴⁴), ainsi que la communauté de communes (janvier 2000),
- la poursuite du développement des accueils de jour, de week-end, temporaire : par exemple, au retour d'une hospitalisation, et ce afin de faciliter la réintégration du domicile (septembre 2000),
- la création d'une unité spécialisée, dans la prise en charge de personnes souffrant de maladie de type Alzheimer, ou troubles apparentés, avec un projet, redonnant la primauté de la vie sur les soins, et impliquant les familles, de manière plus soutenue (septembre 2001.)

3.4.3. Le jour de l'accueil et les premiers jours :

des moments à «traiter avec soin » :

L'accueil, selon comment il est pratiqué, peut ou non participer à développer un désir de vivre dans l'établissement. Le jour prévu pour l'accueil d'une personne âgée, est marqué, par une disponibilité à son égard.

Notre objectif, est de dépasser la vision d'un accueil administratif, «aseptisé ». Le dossier administratif, ce n'est pas le plus urgent ! La personne, ne doit pas décliner son identité, mais bien plutôt tenter de la conserver. Le résultat que nous escomptons, sera à la hauteur de la considération, dont nous saurons faire preuve, à l'égard de cette personne.

Il faut dépasser aussi, la vision d'un accueil médical ou paramédical, qui se bornerait au remplissage d'un dossier de soins, reprenant les antécédents, le traitement en cours. Ce

⁴⁴ ADMR : Association d'aide en milieu rural.

dernier, ne ferait que trop rappeler à la personne, les problèmes de santé (ou de maladie), qui l'ont conduite à quitter son domicile.

Ce qui doit sembler le plus important, dans un premier temps, est l'installation de la personne, et son accompagnement. La personne âgée, rentre «chez elle » ; elle a besoin d'arranger, selon son goût, ses affaires, et de se «remettre de ses émotions », se reposer un peu.

Nous commentons (ou plutôt je commente, puisque je me réserve souvent cette tâche et cette responsabilité d'hôte), la visite de sa chambre, en lui expliquant les divers éléments mis à sa disposition.

Je veille cependant, à ne pas la noyer dans un flot d'informations, qui en sus d'être inutile, serait plus perturbateur que salutaire. Si, sur le chemin, nous rencontrons une personne qu'elle connaît, nous prendrons alors le temps d'une courte discussion.

Ce moment, sera aussi, celui de la remise de la clef personnelle de sa chambre, lui signifiant bien, qu'elle est dans son domaine de vie privée. Les chambres, possèdent une clé individuelle, par contre, il existe, pour des raisons de sécurité, un système de clé passe partout, qui peut permettre à une personne autorisée, d'ouvrir toutes les serrures.

Exceptionnellement, le jour de l'admission, afin de préserver l'intimité de ce moment, une collation sera proposée à la personne âgée, dans sa chambre ainsi qu'aux personnes qui l'accompagnent,. Il convient de rajouter que les autres jours, la personne âgée est conviée à participer, sans que cela soit obligatoire, à un «goûter » collectif dans le salon du rez-de-chaussée. L'intérêt premier de ce choix réside dans la rencontre avec les autres, la socialisation et donc en principe la rupture d'un isolement souvent accentué par l'entrée en établissement.

Bien sûr, sauf cas exceptionnel, l'entretien classique aura lieu avec le directeur, mais ce ne sera que vers la fin de l'après-midi lorsque la personne sera installée et se sentira prête.

Si tel n'était pas le cas, les formalités peuvent être remises au lendemain, et cela peut se conclure, par une simple visite de courtoisie, que je ferai auprès de la personne.

Durant l'entretien, avec la personne accueillie, et avec sa famille, je m'efforce toujours, de ne pas exclure la personne, en ne s'adressant qu'aux personnes qui l'entourent. Même si je sens la personne relativement fragile, ou désorientée, il ne s'agit pas pour moi, de la déconsidérer un peu plus. Cela reviendrait, à la disqualifier, si je supposais qu'elle n'est pas capable de répondre aux questions, qui la concernent au tout premier plan.

Je me suis rendu compte, que ces premiers moments, restaient souvent bien ancrés dans la mémoire de la personne. En dépit des apparences, je pourrais presque dire, que le document administratif, que je juge le plus important, est celui que nous nommons : le choix des intervenants. Ce document, qui est signé par la personne, et dont une copie lui

est remise, recense les divers intervenants extérieurs à l'établissement, qui dans différents domaines, pourront continuer à la suivre.

Si elle n'est pas capable d'émettre un choix, le jour même, il ne lui est rien imposé. En aucun cas, nous ne choisissons à sa place, mais nous lui laissons un délai de quelques jours, pour se déterminer. Avec ce document, nous répertorions donc : son médecin traitant, sa pharmacie habituelle, son dentiste, son masseur kinésithérapeute, sa pédicure podologue, son taxi, son entreprise de transport en véhicule sanitaire léger ou en ambulance, son coiffeur habituel ...

Un autre document, permettra de noter les coordonnées de la famille, ou des personnes à prévenir, en cas de besoin.

L'accueil, tel que nous le considérons, est un travail pluridisciplinaire. Il n'est pas simplement ponctuel, il s'agit d'une action, ou d'une situation, qui se perpétuent au quotidien, et de manière privilégiée, durant les semaines succédant au premier jour.

Nous sommes intimement persuadés, que la démarche d'accueil, n'est pas exclusive au jour de l'arrivée de la personne âgée. Elle est poursuivie, de manière plus intense, pendant une période, que nous pouvons qualifier d'adaptation, et demeure importante, même au-delà durant tous les jours qui tracent notre vie quotidienne avec les personnes âgées.

On affirme qu'avec l'âge, on a plus de difficultés à s'adapter, et pourtant, on demande tout d'un coup à la personne âgée, l'adaptation la plus importante de sa vie.

Comment favoriser son intégration ? Il nous faut, pour tenter de dédramatiser ce passage, et lutter contre les effets indésirables de l'entrée en établissement, faire preuve, pendant un temps, d'un surcroît d'attention et de compréhension.

Il peut paraître difficile, conjointement, de comprendre l'inquiétude et la fragilisation de la personne, dues à son entrée dans l'établissement, et malgré tout, de la stimuler, pour qu'elle puisse se reconstituer des repères, retrouver des habitudes de vie.

Cette période de connaissance et de reconnaissance mutuelles, permet de cerner les demandes et les besoins du résidant, qui peuvent être variables, dans leur nature et leur intensité, en fonction du type de dépendance, de son niveau, du contexte de vie antérieure...

Il ne peut donc, y avoir de solution pertinente, malgré les contraintes de la collectivité, que dans un service « à la carte ». Cette option, permet d'appréhender la personne, tant dans l'évolution de ses désirs, que de ses potentialités.

Cette volonté, et cette attitude, nous conduisent forcément, à reconnaître la personne dans sa singularité, à la respecter, ainsi que sa vie privée, à travers par exemple, un projet individualisé.

3.4.4. Le respect de la personne et de sa vie privée à travers sa vie quotidienne et son projet individuel.

L'aménagement du lieu de vie privée, de la personne accueillie, est possible, et ceci lui est explicitement dit, afin d'effacer tout doute, qui pourrait demeurer dans son esprit, à ce propos.

Pour le personnel, la maison de retraite est un lieu de travail. Faire l'effort quotidien, et répété, qui consiste à se dire, que pour la personne âgée, il s'agit d'un lieu de vie privé, dans lequel son intimité doit être respectée, ne va pas de soi. Ce respect, qui signe la qualité, avec laquelle on considère la personne, s'apprend. Il ne peut être aussi naturel, que dans la vie quotidienne de chacun, et doit donc faire l'objet, d'une attention permanente. A défaut, la force de l'habitude prend le dessus. A titre d'exemple, on rencontre désormais, de manière courante, cette situation, où le salarié va frapper à la porte, avant d'entrer chez une personne âgée. Par contre, il ne va pas attendre qu'on lui réponde, et qu'on l'y invite à rentrer.

On voit bien comment, cette force de l'habitude, ou le fait d'être pressé, vont dénaturer un geste qui, à l'origine, voulait traduire le respect de la personne. On imagine mal, une telle attitude, au domicile d'une autre personne, que l'on connaît ou non, dans un autre contexte de vie quotidienne.

De la même manière, le vouvoiement est relativement bien utilisé comme marque de respect, mais, n'est pas forcément accompagné du nom de la personne.

On peut trouver une foule d'autres exemples, où l'usure de la vie quotidienne, trahit la « bonne » volonté, de prestations, et de projets individualisés.

Comment conserver ou restaurer l'autonomie de la personne âgée ?

Face au poids de la règle collective, promouvoir la qualité de vie, consiste avant tout, à ne pas inscrire chacun dans des rapports standardisés.

De la prise en compte d'une histoire individuelle, d'une adaptation et d'une évolution singulières, au sein de l'établissement, découlent en toute logique, un projet et des prestations personnalisés, qui tiendront compte, des attentes et des besoins de la personne âgée.

La présence d'un référent, pour chaque personne âgée, choisi parmi les membres du personnel, permet d'avoir, une approche et une information plus fines, concernant chaque résident.

Cette responsabilité supplémentaire, permet aux membres du personnel, de se sentir concernés, tout particulièrement par la prise en compte des désirs de quelques personnes âgées, en étant le plus authentiquement possible, les porteurs privilégiés de leurs paroles.

Nous organisons, une réunion mensuelle, uniquement consacrée aux projets individuels des personnes âgées. Ce temps, permet leur évaluation, et leur actualisation régulières. D'autre part, les membres de la famille, et de l'entourage, sont régulièrement informés, et sollicités, pour exprimer leur opinion.

3.4.5. Les relations avec sa famille ou son entourage et l'intervention des personnes bénévoles.

Les relations avec sa famille, ou son entourage, existent-elles ? Sont-elles fréquentes ? Comment la famille, vit-elle l'entrée de la personne, a-t-elle pu en parler ? Qu'attend cette famille de nos services ? Sera-t-il aisé, de faire de la famille, un partenaire ?

Nous parlerons plus facilement de famille, mais nous l'élargissons, à la notion d'entourage (pas seulement familial.) Nous faisons référence, à l'ensemble des personnes, qui sont proches de la personne âgée, celles, avec qui, elle a entretenu régulièrement des liens importants.

La pensée commune, conduit encore souvent à dire, que les enfants, ou la famille, abandonnent leur parent âgé. Cet élément, reste aussi présent de manière plus ou moins consciente, chez les professionnels.

« le rôle des familles, qui entourent de leurs soins leurs parents âgés (...) doit être reconnu. Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de vie doit être encouragée et facilitée. (...) »⁴⁵

Nous ne pouvons, traiter des relations avec la famille, de manière simple et globale, et cela, essentiellement, parce que nous ne connaissons pas assez le tissu familial, sa solidité ou ses déchirures. Ces relations avec leurs parents âgés, subissent une profonde mutation, qui mérite d'être prise en compte, et accompagnée. Les relations peuvent être privilégiées avec certains membres, et quasiment inexistantes avec d'autres.

L'intérêt porté à la personne âgée, ne peut se définir uniquement aux nombre de visites, ni aux questions posées au personnel de l'établissement.

Les relations avec les familles, sont donc toujours complexes, et l'admission en établissement, est souvent source supplémentaire de conflits familiaux. L'entrée en établissement, va de toutes les façons, réactiver toute l'histoire familiale. Chacun est en quête de nouveaux repères.

Parfois, au fur et à mesure d'une connaissance réciproque, la personne âgée ou sa famille peuvent donner des clés de compréhension des liens familiaux.

⁴⁵ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante : article IV .

En tout état de cause, il faut se garder, de porter un jugement de valeur, et rester dans une attitude professionnelle d'écoute, de compréhension, de conseil et de prise en compte de l'existant.

Dans l'Athènes classique, les archontes (les dix magistrats les plus élevés tirés au sort), étaient soumis, à un examen de moralité. Il leur était demandé, la façon dont ils s'occupaient du tombeau familial, et dont ils se comportaient vis à vis de leurs parents.

La notion de dette (si tant est que ce soit bien celle ci qui fût en cause), est restée fortement ancrée dans les esprits. Il demeure classiquement, un sentiment d'abandon, et de culpabilité, envers celui, qu'on doit déplacer de son cadre de vie habituel.

De plus, les relations avec la famille, en dehors de la manière dont elles pouvaient préexister, sont souvent différentes, suivant son degré d'implication, dans l'admission de la personne âgée, dans l'établissement.

Cette famille, se trouve dans la situation paradoxale, de souhaiter «placer » son parent, sans le vouloir foncièrement. Un sentiment, mêlé à la fois, de honte et d'échec, peut s'installer, et cela pourra engendrer, des relations conflictuelles, avec le personnel, qui ne pourra être considéré, que comme un substitut insuffisamment bon ⁴⁶.

L'agressivité dissimule de la souffrance, celle de confier son parent à des tiers, qui ne connaissent rien de lui. Par réaction, les professionnels doivent se garder, de rentrer dans une forme de compétition avec la famille, chacun tentant de prouver à l'autre, qu'il sait mieux, ce qui est bien pour la personne âgée.

Le désir de la famille de bien faire, de vouloir ce qu'elle pense être le mieux, pour son parent, de compenser ce qu'elle aurait parfois voulu, et n'a pu pour diverses raisons réaliser. Cet élément, est à prendre en compte, dans le type de relations qui vont s'instaurer.

L'institution et ses représentants, doivent passer du temps, à expliquer leur projet, dynamiser les échanges de réciprocité, mais surtout, sans oublier d'être clairs dans les limites de leurs pratiques, et de leurs possibilités. Si l'on veut, que les membres de la famille, soient et restent des partenaires aidants, il faudra gagner leur confiance, à la fois par une écoute, et un professionnalisme. Nous ne nous faisons pas d'illusion, cela ne peut pas être acquis d'emblée. Cet objectif, représente un travail de longue haleine, dans lequel tous les membres de l'équipe, y compris le directeur, sont impliqués.

« Redonner du moral, de l'optimisme, faire rire, écouter devront pouvoir rester des fonctions assumées par les voisins, l'entourage, la famille sauf à accepter de construire

*des sociétés de juxtapositions, de solitudes encadrées par des prises en charge professionnalisées*⁴⁷».

Concernant les bénévoles, je pourrais dire aussi, qu'il faut gagner leur confiance. Il est bien sûr nécessaire, d'avoir une politique d'ouverture, envers ces personnes, qui choisissent de consacrer une partie de leur temps libre, au soutien des autres. Ces bénévoles, participent au maintien essentiel du lien avec la cité. Cependant, il faut déterminer ,avec eux, les limites de leurs interventions.

Les personnes bénévoles, entretiennent souvent des relations complexes, et parfois tendues, avec les professionnels. Elles peuvent parfois être confrontées, à des situations, où elles sont tentées d'émettre un jugement trop hâtif. Cela se produit, par méconnaissance des éléments, qui ont conduit ou précédé, une action, dont elles sont témoins. Elles sont aussi parfois tentées de se substituer, au personnel, dans l'aide apportée aux personnes âgées.

Le personnel, de son côté, peut aussi avoir une tendance facile à les accuser au premier abord, de porter des jugements de valeur à leur égard. Il a parfois des difficultés, à admettre, qu'il existe des tâches, qu'on ne peut professionnaliser, pour des raisons, non seulement économiques, mais aussi humaines.

Il s'agit pourtant bien, que chacun reste à sa place, et il faut trouver, une complémentarité dans l'action, et non créer ,un climat de concurrence malsaine, avec les professionnels. Une fois de plus, la communication, le dialogue, seront les garants d'un respect mutuel. Les personnes accueillies, peuvent trouver une écoute, un réconfort, complémentaires ou différents, auprès de chacun, il faut donc, utiliser chaque élément comme un atout. Associer les personnes bénévoles à la politique d'animation par exemple, permet à chacun, de porter un regard différent sur l'autre.

3.4.6. La période entourant la fin de sa vie.

L'existence même de la maison de retraite, interroge sur la place de la mort dans notre société. Elle contraste, avec une «image de la belle mort » : rapide, indolore, propre, presque inaperçue.

⁴⁶ Winicott, psychanalyste anglo-saxon, a développé dans ses écrits la notion de mère trop ou insuffisamment bonne..., on pourrait faire un parallèle avec ces situations familiales rencontrées dans le monde des personnes du grand âge.

⁴⁷ BOULARD Jean Claude, « *Rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes, vivre ensemble* » Assemblée nationale, 1990-1991.

Accompagner la fin d'une vie, c'est être aux côtés de quelqu'un, en tentant de lui apporter, avec une humilité certaine, ce qui correspond à ses besoins, et à sa demande ; tenter de calmer sa douleur, et lui apporter un apaisement. C'est aussi, accompagner les proches de la personne âgée, pour qu'ils soient mieux armés, au moment de la séparation.

Le personnel, qui est en permanente confrontation avec la mort, et les émotions qu'elle provoque, peut la vivre, comme un échec culpabilisant, et cela peut se traduire par :

- de l'acharnement : ne pas continuer, à considérer la personne, comme un être libre,
- l'abandon,
- l'euthanasie passive.

Chaque membre de l'équipe, est donc amené, à effectuer un travail personnel sur lui-même, sur ses propres pertes, afin d'avoir une implication mesurée. Il évitera ainsi, tout épuisement, qui se traduirait par une attitude non professionnelle.

Le travail en équipe, et la qualité des relations entre ses membres, permettent en principe à chacun, de ne pas vivre ses difficultés, dans l'isolement et le silence, d'avoir un temps, et un lieu d'échanges, permettant de se ressourcer.



CONCLUSION.

Peut-on avoir la prétention de répondre de manière exhaustive, à ce que peut recouvrir un projet d'établissement, bâti sur le principe de la recherche des meilleurs soins au meilleur coût, de la primauté de la qualité de vie ? Travailler autour de ces notions permet-il de sortir du piège des représentations habituelles du vieillissement ? La recherche de qualité incite-t-elle à se positionner autrement qu'en unique offreur de soins ?

La qualité de la vie est bien « normalement » l'objectif de tout établissement, puisque c'est avant tout ce que recherchent ses clients ⁴⁸ : les résidents et leurs familles. Dans notre cas, la qualité est dépendante de celle des soins qui sont donnés ; elle est surtout intimement liée à la manière de « prendre soin », c'est à dire à l'acceptation de la différence, à la considération et au respect de la personne âgée et de ceux qui l'entourent. « (...) le passage d'une institution fermée, administrative, aux relents historiques d'internat et de service hospitalier, à un établissement ouvert, prestataire de services, centré sur l'avenir et la promotion de la personne accueillie constitue l'horizon le plus noble et le plus mobilisateur de la décennie à venir » ⁴⁹.

Les représentations du vieillissement, propres au personnel, participent à coup sûr à la qualité des prestations fournies ou à son absence. Cette qualité (perçue par les autres acteurs) dépend bien sûr aussi, de la compétence technique des agents, au service des personnes âgées. Elle est avant tout fonction de la préservation de l'identité de ces dernières, à travers de facteurs multiples comme : l'accueil, le confort, les contacts humains en général et les relations avec le personnel en particulier, l'intégration dans l'environnement, les espaces d'autonomie laissés.

Les nombreux manquements à la liberté et au respect de l'autre que nous pouvons constater à l'égard des personnes âgées constituent bien souvent le lot quotidien d'autres catégories sociales composant notre société. Ils représentent autant d'entraves au maintien de l'autonomie de chacun (jeune ou plus âgé). A propos de cette notion de liberté, nous pouvons souligner les mots suivants cités dans un article concernant les établissements accueillant des personnes âgées.

« Sécurité-risques-liberté. »

Les risques sont nombreux (...) incendies, chutes, accidents.

Pour les canaliser, la société, qui a une vision souvent négative des personnes âgées et de leurs lieux de vie, répond sécurité et protection : alarmes, réglementations, interdictions, fermetures, contentions...

⁴⁸ Revoir éventuellement la note bas de page n° 30 à propos de notre interprétation du mot client.

⁴⁹ Jean René LOUBAT, «Elaborer son projet d'établissement social et médico-social ».

Mais les professionnels savent que ces réactions au premier degré sont largement insuffisantes, sont contraires à une approche globale de la personne âgée, et surtout, portent atteinte à son bien le plus précieux : sa liberté.

*Les directeurs et les équipes sont alors sans cesse tiraillés entre ces trois notions qui, dans leur inconciliable coexistence, renvoient chacun à ses choix et à l'éternelle question de la responsabilité, individuelle et collective, morale et juridique ».*⁵⁰

A l'intérieur de la maison de retraite, nous souhaitons profiter de l'évolution des textes et de la réglementation pour réhabiliter la liberté, et par là-même la qualité de personne âgée. Ce projet peut sembler ambitieux dans la mesure où il tend vers un changement qui déborde du cadre de notre modeste collectivité. Malgré tout, le plan d'action qualité (que nous nous sommes fixé) se compose de démarches que nous pouvons considérer au premier abord, à la portée de tout être humain soucieux de son prochain : volonté de (re)connaissance et de considération de l'autre. Ceci étant, nous restons bien conscients que les éléments qui paraissent parfois les plus aisés, sont souvent ceux qui présentent le plus de difficultés à mettre en place.

Les politiques sociales nous engagent donc désormais de manière plus accentuée dans la voie des projets d'établissements, de leur évaluation, pour la recherche de la qualité. Ces questions d'évaluation, que nous devons nous poser dans un objectif de bonnes pratiques, ne pourront réellement trouver leur entière pertinence que dans le développement du projet. Dans l'attente, elles peuvent être utilement reprises, regroupées dans un questionnaire de satisfaction. Elles permettent d'intégrer justement cette satisfaction du client dans la politique qualité développée. Elles servent aussi de trame pour des observations, des vérifications, des grilles de conduite d'entretiens. Chaque établissement doit bien sûr adapter ce cadre évaluatif à ses propres habitudes, pratiques et convictions. Le développement des processus contractuels qui fait jour, doit par essence même, imposer des droits et des devoirs pour chacune des parties que sont : l'établissement, la personne âgée et son entourage, mais aussi pour nos organismes de tutelle et de contrôle des conseils généraux et des DDASS. Ainsi, la pratique du terrain ne devrait plus autant nous conduire à faire le constat que les moyens ne correspondent pas aux ambitions affichées et ne permettent pas l'accompagnement des changements nécessaires.

A travers les expériences des entreprises commerciales et industrielles, nous nous rendons compte que la qualité a un coût financier et humain, comme d'ailleurs son absence. Dans notre domaine de travail auprès d'êtres fragilisés, il en va de même, et le manque de qualité engendre alors un coût humain qui n'en est que plus dommageable encore. L'accroissement accéléré de la dépendance d'une personne âgée due à une

⁵⁰ ADEHPA (Association des directeurs d'établissements pour personnes âgées...). Colloque des 15 et 16 novembre 1999, Orléans.

mauvaise prise en compte de ses attentes et de ses besoins, coûte à notre collectivité en termes de prestations de soins (hospitalisations injustifiées entre autres ...).

Ainsi le bénéfice espéré de notre entreprise se situe avant tout sur le plan humain, mais gageons que ce dernier ne sera pas sans conséquence favorable sur le plan des finances de notre collectivité.

Pour une meilleure considération de la parole de la personne âgée, nous passons par une meilleure prise en compte de la parole du personnel. Celui-ci est quotidiennement à son service et à son écoute, il a une connaissance souvent précise de ses besoins et de ses désirs, ainsi que la capacité de donner du sens à l'action quotidienne de chacun. Le personnel est capable d'imaginer au fil des jours, des solutions adaptées, souples et harmonieuses, aux besoins évolutifs et aux attentes des personnes accueillies. L'expression de la créativité ne se nourrit-elle pas de la liberté d'expression ?

Dans notre cas particulier, il me semble que le jeu des acteurs a confirmé le scénario que nous avons envisagé : des partenaires (salariés, familles...) œuvrant dans un équilibre compris et accepté, au service de la redécouverte : de leur devenir, d'une qualité (celle « de personne âgée »).

Au premier abord, cela risque de fragiliser le directeur que de se mettre en quête permanente de changements, même si ces derniers permettent l'amélioration de la vie des résidents. La fonction de direction s'accompagne traditionnellement de prévisibles et attendues certitudes et assurances. Ces dernières positionnent habituellement le directeur plus facilement dans sa fonction de cadre. Mais si le système qualité mis en place, permet à chacun d'avoir une vision globale de « l'entreprise », et de son fonctionnement, il lui permet de prendre du recul par rapport aux normes admises, d'ajuster sa propre action, d'apprécier sa participation à l'œuvre collective, et de fait se sentir plus responsabilisé. Cela constitue un facteur de motivation. La démarche qualité vise alors la satisfaction des collaborateurs pour obtenir celle des clients.

Ma position de directeur me conduit donc à animer des moyens humains au service d'autres humains. Souvent témoin de la mort d'autrui, je dois malgré tout donner les moyens d'insuffler de la qualité à leurs vies respectives. Cela traduit assez bien le pari et la contradiction qui ne peuvent que continuer à développer la passion d'un métier plein de risques mais avant tout d'humanité.

Sinon à nous situer dans un processus mortifère (répétition et stagnation), notre évolution s'effectue normalement en harmonie avec l'évolutivité des questions qui nous concernent, ou qui vont se poser à nous.

Ces adaptations continues sont d'autant plus vraies et nécessaires dans notre monde professionnel, où l'humain prend toute sa signification. Ainsi ces changements, que sans

cesse nous préparons, constituent à priori le propre d'une vie intelligente et de qualité, qui consiste en particulier, à détecter et valoriser les facultés d'adaptation de chaque être humain, à des situations nouvelles.

« Qu'est-ce que vieillir ? Cette idée est liée à celle de changement. (...) La loi de la vie c'est de changer ⁵¹ ».

En matière d'évolution, les progrès ne sont jamais terminés. L'établissement devenu un pôle gérontologique, ouvert au monde qui l'entoure, rentre dans une démarche de projet permanent, ainsi que dans une approche coordonnée de travail en réseau.

La culture de la qualité, implique la culture du changement (mobilisation continue des ressources individuelles et collectives), comprise comme une évolution permanente, souhaitable et indispensable. Cela reste vrai dans notre monde professionnel mais s'étend finalement à l'ensemble des domaines que recouvre notre vie courante.

La qualité de vie a été définie en 1993 par l'O.M.S. de la manière suivante :

« C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

En fonction de cette approche on ne peut plus évolutive, que nous reste-t-il donc à mettre en œuvre ?

Demeurer à l'écoute de notre environnement professionnel et extra-professionnel, cette « veille théorique » permettra de continuer dans la recherche des progrès possibles, il en existe toujours.

« Notre pays souffre d'un défaut de culture gérontologique qui s'exprime par l'absence de prise en compte globale de la personne âgée et par une focalisation sur les questions strictement médicales ⁵² ».

Ne pas considérer un jour que nous serions arrivés à notre but, cela nous empêcherait d'avancer. Au contraire organiser la « fertilisation croisée » d'une culture soignante et d'une approche globale, favorisant ainsi notre propre créativité en l'enrichissant au contact de celle des autres.

Travailler, espérer... toujours.

⁵¹ DE BEAUVOIR Simone, « *La vieillesse* », Gallimard, Collection Idées, 1970.

⁵² GUINCHARD-KUNSTLER Paulette, *Vieillir en France*, Rapport au parlement sur la situation des personnes âgées en perte d'autonomie, 1999. (Voir article de presse en annexe 4.)

BIBLIOGRAPHIE.

Ouvrages.

- AA BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris, Montchretien, 1996.
- AA BARREYRE Jean Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre, *Dictionnaire critique de l'action sociale*, Paris, Bayard Editions, Collection « Travail social », 1995.
- AA CHEVALIER René, DOUTRE Elisabeth, SPALANZANI Alain, *Le management de la qualité*, Grenoble, PUG (Presses universitaires de Grenoble), Collection La gestion en plus, 1996.
- AA DE HENNEZEL Marie, *La mort intime*, Paris, Editions Robert Laffont, 1996.
- AA DELPEREE Nicole, *la protection des droits et des libertés des citoyens âgés*, CNP / LA NEF, Bordeaux, 1991.
- AA DHERBEY Brigitte, PITAUD Philippe, VERCAUTEREN Richard, *La dépendance des personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Collection « pratiques du champ social », 1996.
- AA HENRARD Jean Claude, ANKRI Joël, *Grand âge et santé publique*, Editions ENSP, Rennes, 1999.
- AA HERFRAY Charlotte, *LA VIEILLESSE. Une interprétation psychanalytique*, Paris, Desclée de Brouwer/Epi, 1988.
- AA LOUBAT Jean René, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 1997.
- AA MAISONDIEU Jean (Docteur), *Le crépuscule de la raison*, Bayard Editions, Paris, 1989.
- AA MARMET Thierry (...sous la coordination de) *ethique et fin de vie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Collection « pratiques du champ social », 1997.
- AA MIRAMON Jean Marie, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, ENSP, 1996.
- AA PERSONNE Michel, *La désorientation sociale des personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Collection « pratiques du champ social », 1996.
- AA ROUDINESCO Elisabeth, *Pourquoi la psychanalyse*, Paris, Editions Fayard, 1999.
- AA VERCAUTEREN Richard, BARRANGER Anelyse, VERCAUTEREN Marie Christine, *Animer une maison de retraite*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Collection « Pratiques du champ social », 1995.

- AA VERCAUTEREN Richard, CHAPELEAU Jocelyne, *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Collection «pratiques du champ social », 1995.
- AA VEYSSET-PUIJALON Bernadette (...dirigé par), *Etre vieux. De la négation à l'échange*, Paris, Autrement, Octobre 1991, série «mutations » n° 124.
- AA VEYSSET-PUIJALON Bernadette (...dirigé par), *La coordination gérontologique, démarche d'hier, enjeu pour demain*, Fondation de France, les cahiers n°5, Dijon, 1992.



Chartes, documents, rapports, revues, articles de presse.

- AA Pr. MOULIAS Robert, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*, Fondation nationale de gérontologie, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, Paris 1999.
- AA Conseil général du Rhône et CRIAS du Rhône, *La personne âgée et l'argent*, XI ème journée départementale des établissements de personnes âgées, Mornant, 6 juin 1996.
- AA *Schéma gérontologique*, Conseil général du Cantal, 1999.
- AA BRAUN Théo, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport au secrétaire d'état chargé de la sécurité sociale, Paris, la documentation française, 1988.
- AA LAROQUE Pierre, *Politique de la vieillesse*, Commission d'études de la vieillesse, Paris, La documentation française, 1962.
- AA Le mensuel des maisons de retraite, EHPA Conseil, Paris, N° 1 (mai 1997) à N° 23 (septembre 1999) et hors série (Spécial réforme de la tarification) de septembre 1999.

AA Actualités sociales hebdomadaires :

▸ N° 2124 du 18 juin 1999, p 25 et 26, *Oui à la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées*, Defontaine Joël.

▸ N° 2124 du 18 juin 1999, p 31 et 32, *Soulager la souffrance médicale et sociale*, Helfter Caroline.

▸ N° 2127 du 9 juillet 1999, p 23 et 24, *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social*, Helfter Caroline.

AA Décideurs des maisons du troisième âge, N° 25 (août et sept 1999), article p 30 et 31, *La qualité dans les esprits*, Paquet Michel.

AA Décision Santé, n° 150 (du 15 au 31 octobre 1999), article p 5 et 6.

Pour « une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie » : les recommandations du rapport GUINCHARD-KUNSTLER.

AA L'aide soignante, N° 7 (juillet et août 1999), dossier sur la qualité,

▸ p 5 à10, La démarche qualité en établissement de santé,

▸ p 13 à19, Ecoute de soi et des autres pour la qualité,

▸ p 23 à25, La relation et la notion de client.

AA Travail social actualités :

▸ N° 753 du 1 octobre 1999, *Pour un ministère du « social » à la hauteur des enjeux de l'époque*, Gavelle Laurent.



Site internet.

AA MIAS Lucien, Centre hospitalier de Mazamet, *site Papidoc*, www.multimania.com/papidoc.



ANNEXES.

1. La grille AGGIR : pour une évaluation de la dépendance des personnes âgées.

**2. Exemples de documents internes (anonymés)
élaborés à partir du logiciel de projet de soins⁵³.**

3. Questions possibles et souhaitables à propos de la qualité de vie des personnes âgées.

4. Article du bimensuel : Décision Santé, n° 150 (du 15 au 31 octobre 1999).

Pour « une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie » : les recommandations du rapport GUINCHARD-KUNSTLER.

⁵³ Logiciel développé par la société ASC2I 12 impasse F.P. Gaussen 30900 Nîmes.
Raoul ALVAREZ - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2000

Annexe 1.

LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE des personnes âgées ⁵⁴ :

La grille AGGIR est constituée de **10 variables discriminantes** : cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'extérieur, communication à distance.

Elle comprend également **7 variables illustratives** utilisées surtout pour une évaluation dans le cadre ordinaire du domicile de la personne : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi de traitement, activités de temps libre.

Il est procédé à une évaluation de la personne à faire ces actes, donc à une autonomie ou à une perte d'autonomie. Chaque variable présente 3 modalités :

- **fait seul(e), totalement, habituellement et correctement,**
- **fait partiellement ou non habituellement ou non correctement,**
- **ne fait pas.**

LE GROUPE 1.

Il s'agit de personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, et nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.

Dans ce groupe se trouvent entre autres les personnes en fin de vie.

LE GROUPE 2.

Deux sous-groupes composent le groupe 2 :

AA les personnes grabataires lucides dont les fonctions mentales ne sont pas altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Elles n'assurent pas seules tout ou partie de l'hygiène, de l'élimination, de l'habillement, de l'alimentation. Ceci nécessite une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives,

AA les personnes démentes déambulantes ou détériorées mentales graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices et n'effectuent certaines activités que stimulées. Cela induit une surveillance permanente, des

⁵⁴ AGGIR : autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources .

interventions liées aux troubles du comportement et des aides pour les activités corporelles.

LE GROUPE 3.

Il s'agit essentiellement de personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination (continences sphinctériennes). Elles ne nécessitent cependant pas une surveillance permanente.

LE GROUPE 4.

Deux sous-groupes essentiels composent le groupe 4.

AA les personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, ont des activités de déplacement à l'intérieur du logement et qui par ailleurs doivent être aidées ou stimulées pour la toilette, l'habillement,

AA les personnes qui n'ont pas de problème locomoteur mais qui n'assurent pas seules l'hygiène corporelle et de l'élimination.

LE GROUPE 5.

Toutes les personnes de ce groupe assurent seules leurs transferts et leurs déplacements à l'intérieur du logement. Elles s'alimentent et s'habillent seules.

Elles nécessitent une surveillance ponctuelle qui peut être étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Ce sont typiquement des personnes ayant besoin pour l'essentiel d'interventions d'aides- ménagères.

LE GROUPE 6.

Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Annexe 2.

Exemples de documents internes (anonymés) élaborés à partir du logiciel de projet de soins:

- évaluation de la dépendance, historique et statistiques,
- analyse de l'évolution de la charge de travail,
- plans de soins individualisés,
- habitudes de vie,
- fiches de liaison avec d'autres établissements,
- transmissions d'informations...

Annexe 3.

Exemples de questions qui seront complétées et utilement reprises pour :

- **procéder à une auto-évaluation.**
- **élaborer une grille de conduite d'entretiens.**
- **bâtir un questionnaire de satisfaction...**

La personne âgée et son histoire de vie.

- Un document retraçant l'histoire de la personne existe-t-il, et est-il facilement consultable par le personnel ?
- La personne âgée est-elle traitée sans discrimination ?
- La personne âgée peut-elle continuer à exercer depuis son admission dans l'établissement, le culte religieux qui était éventuellement le sien, et l'établissement organise-t-il les moyens permettant cela ?
- A l'inverse peut-elle ne pas en exercer, si tel est son souhait ?
- La personne âgée a-t-elle le choix des intervenants libéraux qui interviennent auprès d'elle ?
- La personne âgée est-elle forcée (sollicitations trop insistante devenant déplacées) à exercer certaines activités ?

Les relations de la personne âgée avec l'établissement et la visite à son domicile avant l'admission.

- A propos de son admission , le consentement de la personne existe-t-il bien et a-t-il été recueilli?
- Existe-t-il un guide d'entretien avec la personne âgée ?
- Ce dernier a-t-il été élaboré en équipe ?
- Existe-t-il des possibilités d'hébergement temporaire, ou à l'essai, la personne en est-elle informée ?

La préparation de son admission .

- A partir du moment où elle est informée de la possibilité, la personne âgée a-t-elle réellement le choix de sa date d'admission dans l'établissement ?
- La visite des lieux par la personne âgée est-elle possible avant le jour de son admission ?
- Le personnel et les personnes âgées sont-ils informés plusieurs jours à l'avance de l'arrivée d'un nouveau résident ainsi que de son identité?

Le jour de l'accueil.

- Un temps suffisant et dégagé de toute autre contrainte est-il prévu pour accueillir la personne ?
- Les formalités administratives d'admission dans l'établissement sont-elles simples ?
- Existe-t-il un livret d'accueil qui est remis et commenté à la personne ?
- Le livret d'accueil reprend-t-il les points essentiels du projet de vie de l'établissement ?
- Existe-t-il un règlement intérieur de l'établissement et un contrat de séjour qui sont remis à la personne ?

Les premiers jours.

- Les premiers jours, le personnel consacre-t-il plus de temps et d'attention à la personne âgée ?
- Existe-t-il un processus d'intégration de la personne ?
- Existe-t-il une signalétique adaptée aux déficiences des personnes âgées ?

Le respect de la personne et de sa vie privée.

- La personne est-elle vouvoyée ?
- Est-elle appelée par le nom qu'elle a choisi ?
- L'utilisation dépersonnalisante et globalisante d'appellations comme « mamie, papy », ou l'utilisation du « on » au lieu de nommer la personne sont-elles constatées dans l'établissement ?
- S'adresse-t-on à elle avec politesse, courtoisie, calme et respect et de manière non infantilisante ?
- Les membres du personnel frappent-ils à la porte avant de pénétrer dans la chambre de la personne ?
- Quand ils parlent d'une personne âgée, le font-ils avec discrétion ?

- Le personnel peut-il pénétrer dans la chambre de la personne en son absence ?
- La personne âgée peut-elle exprimer une demande sans crainte ?
- La personne âgée peut-elle exprimer son opinion et sa différence ?
- La personne âgée peut-elle exprimer son insatisfaction ?
- Les documents et dossiers concernant la personne âgée sont-ils traités avec la confidentialité nécessaire ?

- Le personnel est-il souriant et accueillant ?
- Les salariés en contrat aidés ou les stagiaires sont-ils encadrés et suivis spécifiquement ?
- Les soins sont-ils donnés avec l'intimité nécessaire (portes fermées...) ?
- La personne âgée est-elle habillée avec ses effets personnels ?
- Dans la mesure du possible les rythmes personnels et les habitudes de vie de la personne âgée sont-ils respectés ?

- L'aménagement personnalisé de l'espace privé de la personne est-il possible ?
- La chambre de la personne est-elle conservée en l'état lors de ses absences, ou utilisée par l'établissement pour une autre personne âgée ?
- L'espace de vie est-il aménagé en fonction de l'évolution des besoins de la personne ?
- Est-il procédé de manière autoritaire à un changement de chambre par exemple pour des raisons d'évolution de la dépendance de la personne ?
- Les modes de vie de la personne sont-ils respectés ?

La vie quotidienne et le projet individualisé.

- La nourriture est-elle équilibrée et adaptée aux goûts des personnes âgées, fait-elle l'objet d'un suivi diététique ?
- La méthode de maîtrise des risques alimentaires dite « HACCP » a-t-elle été mise en œuvre ?
- Tous les résidants peuvent-ils bénéficier d'une place à table dans la salle de restaurant, choisir leur place ainsi que leurs voisins de table ?
- Les résidants participent-ils à l'élaboration des menus ?
- Les résidants peuvent-ils avoir des invités aux repas ?
- L'heure du lever, du petit déjeuner, de la toilette,... peuvent-ils être personnalisés ?

- Existe-t-il un médecin coordonnateur qui participe aux projets de soins et de vie ; une permanence des soins ; la liberté de choix du médecin traitant ; des plans individuels d'aides aux actes essentiels de la vie ; une possibilité de soins de pédicurie... ?

- Les locaux communs et privés sont-ils d'un aspect propre et régulièrement entretenus ?
- Existe-t-il une procédure concernant l'hygiène des sols et des surfaces ?
- Existe-t-il une procédure de change du linge, des circuits linge propre et linge sale différenciés ?
- Existe-t-il une procédure concernant le stockage et l'élimination des déchets ?

- La personne âgée a-t-elle accès à une programmation et un choix d'activités ?
- La personne âgée a-t-elle toute liberté pour décorer sa chambre ?
- La personne âgée est-elle libre de ses heures de sortie ?
- La personne âgée peut-elle demander à changer de chambre si elle le souhaite ?

- En dehors des lieux habituels de rencontre collective (restaurant...), existe-t-il des lieux permettant des rencontres et des activités en nombre plus restreint ?
- Les dimanches et jours de fêtes sont-ils marqués par des événements particuliers dans la vie de l'établissement ?
- Existe-t-il des éléments d'ouverture à la vie locale, à l'actualité (journaux...), d'expression de la citoyenneté (participation aux votes...) ?

- Les résidants ont-ils la liberté de gérer leur argent ?

- Les résidants sont-ils informés, si besoin, de la nécessité de souscrire à titre individuel un contrat d'assurance responsabilité civile ?
- La personne âgée bénéficie-t-elle d'une protection de justice, si cela s'avère nécessaire (protection des biens, juridique...), et cela fait-il l'objet d'une procédure formalisée ?
- Existe-t-il un règlement intérieur, un contrat de séjour ?
- Existe-t-il un conseil d'établissement, et fonctionne-t-il de manière régulière ?
- Les principes de la charte des droits et libertés de la personne âgée et dépendante sont-ils connus et appliqués ?
- Existe-t-il une procédure d'enregistrement et de suivi des réponses aux appels des résidants ?
- Existe-t-il une procédure d'enregistrement et de suivi des réclamations et plaintes ?

Les relations avec sa famille ou son entourage.

- Existe-t-il un entretien familial, précédant ou entourant l'admission de la personne âgée ?
- Les familles sont-elles associées au processus d'intégration de la personne âgée à sa vie dans l'établissement ?
- Les familles sont-elles traitées avec courtoisie et compréhension ?
- Les familles peuvent-elles exprimer librement leur avis sur l'organisation et la prise en compte de la personne dans la vie au sein de l'établissement ?
- Existe-t-il des rendez vous réguliers avec les familles, réunions d'informations , d'expression... ?
- Les visites sont-elles réglementées ?
- Les familles peuvent-elles obtenir aisément des informations sur les soins et la prise en charge de la personne âgée ?
- Les familles sont-elles régulièrement et rapidement prévenues de tout incident et modification de l'état de santé de la personne âgée ?
- Le conseil d'établissement fonctionne-t-il de manière régulière et satisfaisante ?

L'intervention des bénévoles.

- Existe-t-il un dialogue avec les bénévoles et une coordination de leur activité dans l'établissement par exemple au moyen de réunions régulières?

La période entourant la fin de la vie.

- La personne âgée peut-elle demeurer dans l'établissement, même lorsque elle est en fin de vie et qu'elle demande par conséquent un temps de disponibilité du personnel plus important ?
- Existe-t-il un travail en équipe, ou des groupes de parole, permettant d'aborder la question de la fin de vie des personnes âgées?
- La famille peut-elle bénéficier d'une aide et d'un soutien particuliers au moment de la fin de vie de la personne âgée ?



Existe-t-il un projet formalisé et défini en termes de qualité, des procédures d'amélioration continue de la qualité, sont-elles valorisées et évaluées ?

Cette question essentielle recouvre un ensemble de domaines d'intervention dans la recherche d'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Chaque établissement peut poursuivre à l'infini le développement de ces questions. Ce qui me paraît primordial, c'est qu'elles soient significatives et adaptées à chaque institution et qu'elles soient sources de volonté et de progrès permanents.



Annexe 4.

Article du bimensuel :

Décision Santé, n° 150 (du 15 au 31 octobre 1999).

Pour « une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie » : les recommandations du rapport GUINCHARD-KUNSTLER.