

Ecole Nationale de la Santé Publique

**STRATEGIE POUR UN EQUILIBRE
ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL
AU SEIN D'UNE M.A.P.A.D.**

**CAFDES 2000
Lille
Luc DUPUICH**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
1^{ère} PARTIE : L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : L'ASSOCIATION DE LA RESIDENCE DES ONZE VILLES.	p 3
1) LES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENTS	p. 4
1-1 : La population en France	p. 5
1-2 : La situation dans le Nord Pas de Calais	p. 7
2) LA RESIDENCE DES ONZE VILLES ET LES PERSONNES AGEES	p. 9
2-1 : L'association de la Résidence des Onze Villes	p. 9
2-2 : La résidence des Onze Villes.	p.12
2-3 : Les résidants.	p.15
3) LE PERSONNEL.	p.18
3-1 : Le recrutement.	p.20
3-2 : Les poste	p.20
2^{ème} PARTIE : VIEILLESSE ET QUALITE DE VIE.	p.25
1) VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT.	p.25
1-1 : La vieillesse.	p.25
1-2 : Le vieillissement.	p.26
1-3 : Handicap et dépendance face au vieillissement.	p.29
1-4 : La mort.	p.32
2) LES ATTENTES DES RESIDANTS.	p.33
2-1 : Les résidants.	p.34
2-2 : L'entourage.	p.36
3) LA QUALITE D'UN SERVICE MEDICO-SOCIAL	p.37
3-1 : Les critères.	p.38

3-2 : Les projets. p.39

**3ème PARTIE : STRATEGIE POUR UN EQUILIBRE ENTRE LE
SANITAIRE ET LE SOCIAL AU SEIN DE LA RESIDENCE DES ONZE
VILLES** p. 43

1) MEDICAL, SOCIAL ou MEDICO SOCIAL p. 44

1-1 : Le projet de vie, instrument du médico-social p. 44

1-2 : Le résidant comme acteur social et non comme objet de soin. p. 45

2) LES REUNIONS. p. 46

2-1 : Les réunions du personnel p. 46

2-2 : Les réunions concernant la mise en place
de la réduction du temps de travail. p. 48

2-3 : Les réunions inter-acteurs. p. 50

3) LA FORMATION. p. 52

3-1 : La formation articulation du projet. p. 53

3-2 : Les critères de formation. p. 56

3-3 : La formation pour faire face aux différents
types de publics accueillis. p. 60

CONCLUSION. p. 63

ANNEXES.

BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION.

L'association de la Résidence des Onze Villes a été créée le 29 mars 1989 à la suite de la rencontre de personnes confrontées soit de par leur profession soit de par leurs problèmes personnels au manque d'établissements pour les personnes âgées dépendantes. En effet, je cherchais un établissement pouvant accueillir la mère de ma femme et ceci n'était pas facile. Les délais d'attente dans les structures de personnes âgées handicapées peuvent aller jusqu'à un an.

Durant cette même période, je rencontrais un médecin généraliste et un kinésithérapeute qui étaient confrontés à ce problème au sein de leur clientèle. Les solutions d'aide à domicile étaient épuisées et les places en établissement manquaient.

Actuellement l'association gère un seul établissement : la Résidence des Onze Villes qui s'est ouverte le 16 septembre 1996.

Membre fondateur de l'association, je suis devenu directeur de l'établissement en janvier 1996 d'abord à mi-temps puis à partir du mois de juillet 1996 à temps plein. J'ai suivi la réalisation et préparé l'ouverture de la Résidence des Onze Villes en lien avec le conseil d'administration.

La phase de construction et le suivi du bâtiment furent importants, en liaison avec la Société Immobilière de l'Artois (société de H.L.M.) ; j'ai participé aux réunions de chantiers. J'ai entrepris l'embauche du personnel ainsi que la réalisation du budget.

Avec le conseil d'administration, nous avons réfléchi et écrit un premier projet de vie qui servira de base à l'ouverture.

Actuellement après trois ans d'ouverture, il est temps pour moi d'entamer avec le personnel une réflexion sur le projet d'établissement. Cette réflexion aura pour point de départ le déséquilibre constaté entre le sanitaire et le social.

Si le secteur des personnes handicapées a pu au cours des années soixante dix et surtout avec la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 échapper d'une certaine façon au sanitaire, le secteur des personnes âgées n'a, quant à lui, pas su prendre ce virage.

La prégnance importante du sanitaire s'explique par le rôle rassurant qu'il effectue auprès des familles ; à croire que la vieillesse est une maladie. Or la population accueillie à la Résidence des Onze Villes n'est pas malade. Elle est certes, en grande partie, handicapée mais dix pour cent seulement des personnes nécessitent des soins infirmiers et donc une réelle prise en charge sanitaire.

Il n'est pas question ici de remettre en cause la présence d'infirmières et d'aides-soignants dans les Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (M.A.P.A.D.) , mais premièrement d'équilibrer le sanitaire par le social afin que nos établissements soient comme leur définition l'indique des établissements médico-sociaux et deuxièmement que le personnel travaillant dans ces structures soit plus qualifié.

La première partie de mon mémoire sera consacrée à la situation de la Résidence des Onze Villes de l'ouverture à nos jours. Partant d'une généralité sur les personnes âgées en France, je poursuivrai en montrant quelle philosophie sous-tend l'association dans son action envers les personnes âgées, ensuite j'évoquerai la question de la mobilisation du personnel.

La deuxième partie sera plus conceptuelle. Qu'est-ce que le vieillissement ? Quelles sont les attentes des résidents dans les établissements pour personnes âgées ? Quels sont les critères de qualité de vie en établissement ?

La troisième partie sera consacrée à la stratégie de rééquilibre entre le sanitaire et le social au sein d'une M.A.P.A.D. Quels sont les moyens que je vais mettre en œuvre ? Autour des deux piliers : concertation et formation qui permettront de construire le projet d'établissement qui sera la base du projet individualisé donc de la qualité de la vie, afin de faire de la Résidence des Onze Villes non un lieu de soin où l'on vit, mais un lieu de vie où l'on soigne..

1ère PARTIE : L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES

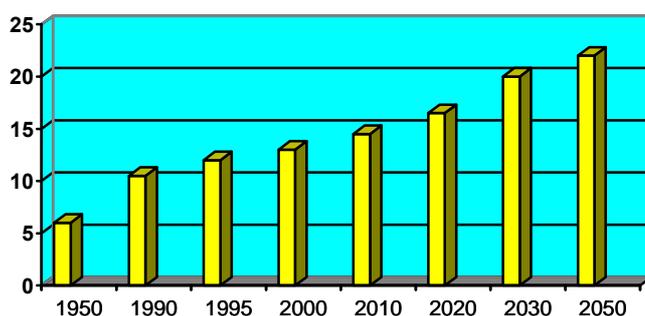
DEPENDANTES :

L'ASSOCIATION DE LA RESIDENCE DES ONZE VILLES

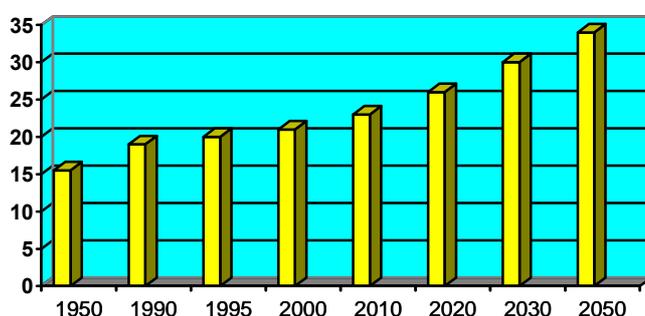
« La révolution démographique n'est pas due au fait que les personnes vivent beaucoup plus longtemps mais le fait que beaucoup de personnes parcourent un espace de vie complet. » nous dit J.C Henrard, professeur de santé publique à l'université R.Descartes Paris V°. * (1)

En effet les progrès de la médecine curative et les campagnes de prévention ont permis à un plus grand nombre de personnes d'arriver à l'âge de 60 ans et plus.

L'évolution démographique nous montre que vers 2040 un Français sur trois aura plus de soixante ans : (graphiques parus dans la Voix du Nord du 4 mars 1997) :



Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (en millions)



Part relative des plus de 60 ans (en % de la population)

* (1) J.C Henrard « les enjeux du vieillissement démographique », cahier de l'actif 05 et 06/97

Le vieillissement de la population est considéré comme un problème parce qu'il est perçu comme un arrêt de l'activité économique ; le rapport du conseil

économique et social de 1990 est éloquent à ce sujet. Il parle des risques du vieillissement de la population et ces risques sont identifiés comme étant les suivants : le manque de compétitivité, le manque d'esprit d'initiative, le manque de production ; ce sont donc bien des notions de développement économique qui fondent la vieillesse comme un problème social.

L'accroissement du nombre de personnes âgées augmentera de facto le nombre de personnes dépendantes, ce qui impliquera une hausse des demandes de placements en établissements.

1) LES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENTS.

L'entrée en institution se fait de plus en plus tard. C'est souvent l'état physique ou mental de la personne âgée qui provoque son entrée. D'après l'étude du ministère des affaires sociales du 31.12.96, environ 600 000 personnes sont accueillies en établissements. Mais vers quels établissements se dirigent-elles ?

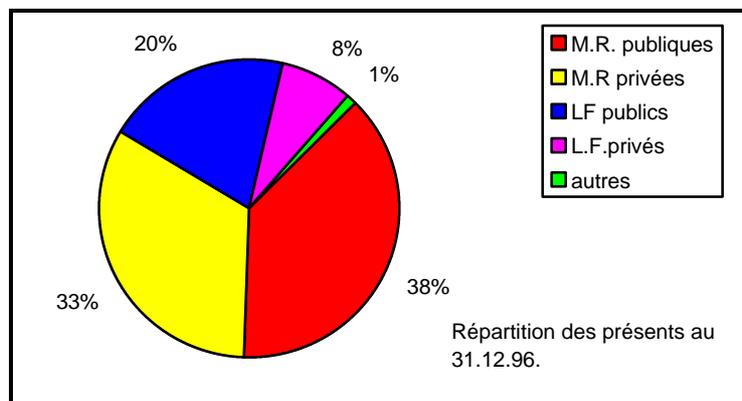
Evolution de la capacité d'accueil entre 1994 et 1996 selon les différentes catégories d'établissements.

	1994	1996	évolution 94/96 en %
Sections maison de retraite des hôpitaux publics	100 994	98 630	- 2,34
maisons de retraites autonomes publiques	113 111	116 202	2,73
Maisons de retraite privée à but non lucratif	115 408	119 587	3,62
Maisons de retraite privées à caractère commercial	65 119	72 334	11,08
Logements foyers publics	105 330	106 344	0,96
Logements foyers privés à but non lucratif	42 960	43 456	1,15
Logements foyers privés à caractère commercial	5 107	5 903	15,59
Autres établissements	4 109	3 533	-14,02
Ensemble	552 138	565 989	2,51

Enquête EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.) situation au 31.12.96
S.E.S.I. (Service des statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information) publiée en janvier 98.

1-1) La population en France.

Parmi les personnes âgées, 6,4 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont hébergées en établissement et parmi celles-ci 71 % vivent en maison de retraite (cf graphique ci-dessous, même enquête que précédemment).



Plus on avance en âge, plus l'entrée devient fréquente. En effet, la moyenne d'âge dans les établissements se situe aux alentours de 85 ans. Mais il est à remarquer que la dépendance est un des facteurs d'entrée en institution. Qu'en est-il de ces personnes âgées handicapées entrant en établissement ?

Le lieu de résidence du parent dépendant		
Question posée aux Français ayant déclaré avoir dans leur famille proche un parent âgé ne pouvant vivre seul : « actuellement, où ce parent réside-t-il principalement ? ».		
	En %	
	Juin 1990	Janvier 1995
Dans un établissement pour personnes âgées (hôpital, maison de retraite, logement-foyer)	33,0	39,0
A votre domicile ou chez quelqu'un de la famille.	36,1	27,9
A son propre domicile	30,9	32,8
Total (y.c. NSP)	100,0	100,0
Source : CREDOC, Enquêtes conditions de vie et aspirations des Français. Publiée aux « Informations Rapides » du SESI N° 66 - novembre 1995		

Comme nous le montre le tableau page 5, le nombre de personnes hébergées dans leur famille est en diminution alors que le nombre d'entrées en établissements progressent plus vite que le nombre de personnes restant à leur domicile. C'est souvent l'aggravation de l'état de santé qui provoque l'entrée en institution. Mais quelles sont les causes de la dépendance et qui prend en charge réellement les personnes âgées ?

■ Les caractéristiques de la dépendance.

Dépendance psychique et dépendance physique des résidents en institution fin 1994 (S.E.S.I. info rapide juin 1996).

Pourcentage de personnes					
Type d'établissements	ayant une détérioration intellectuelle	inconti- nentes	dépendances physiques		
			confinées au lit et au fauteuil	aidées pour la toilette et l'habillement	aidées pour sortir
Logement foyers	12	6	3	11	12
avec SCM	29	17	9	24	18
sans SCM	10	4	2	10	12
Maisons de retraite	45	35	16	39	17
avec SCM	48	36	18	39	18
sans SCM	38	32	14	39	13
Services de soins de longues durées	80	79	52	41	5
Toutes institutions confondues	40	32	17	32	14

Exemple de lecture : parmi les résidents en maison de retraite, 45% souffrent d'une détérioration intellectuelle. S.C .M. :
Section de Cure Médicale.

D'après l'étude de clientèle réalisée par le S.E.S.I. au 31.12.94 (cf tableau page 6), 40 % des personnes accueillies en établissement présentent une détérioration intellectuelle, 17 % sont confinées au lit et au fauteuil et 32 % souffrent d'incontinence. C'est souvent l'une de ces trois causes qui provoquera l'entrée en établissement. Les personnes âgées se décident à entrer lorsque le maintien à domicile est trop difficile voire impossible.

Malgré les affirmations sur le délaissement des personnes âgées par les enfants, ceux-ci restent les principaux acteurs dans l'aide apportée à leurs parents. « *On peut remarquer qu'environ 60 % des personnes âgées de 75 ans et plus, toutes dépendances confondues, ont dans leur entourage au moins une personne leur apportant effectivement une aide pour les actes courants de la vie..* »*(1) Cette enquête est à mettre en relation avec une autre enquête du CODERPA de la Marne réalisée en 1992 par le docteur Eric Kariger : « *Deux tiers de la population utilisent une aide extérieure non médicalisée. Cette aide est fréquemment familiale (40%), de voisinage (25%) ou encore apportée par une femme de ménage ou une aide ménagère (33%)* »*(2).

Même si cette tendance commence à s'inverser, les membres de la famille restent les principaux aidants. Et la loi du 24 janvier 1997 instaurant la P.S.D. renforce cet état de fait. La région Nord-Pas de Calais échappe-t-elle à ce phénomène ?

1-2) La situation dans le Nord-Pas de Calais.

D'après le recensement de 1990 la population de la région est de : 3 966 125 et les personnes âgées en représentent 694 733, soit environ 17, 5 % de la population. Mais la population âgée de la région est moins nombreuse que la moyenne nationale (cf le tableau ci-dessous).; d'ailleurs, l'espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale(cf annexe1).

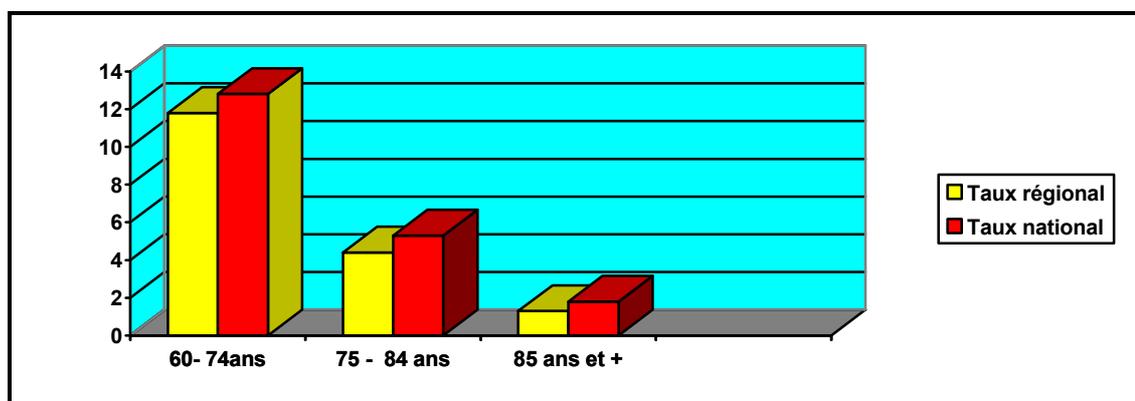
	NORD	PAS DE CALAIS	REGION
60 - 74 ans	287 146	181 136	468 282
75 - 84 ans	108 271	65 128	173 399
85 ans et +	34 099	18 953	53 052
60 ans et +	429 516	265 217	694 733
population totale	2 532 589	1 433 536	3 966 125

Source : INSEE recensement 1990.

* (1) Sylvie Renaut et Alain Rozenkier in « Les solidarités entre générations » Ed Nathan : Essais et recherches, 1995.

* (2) in « 100 idées reçues sur la vieillesse » Union Nationale des Offices de Personnes Agées. J.J Amyot, B.Ennuyer, E.Kariger, G.Joliot, H.Albert.

Pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus. Source : INSEE recensement 1990.



La crise sanitaire actuelle remonte donc à environ 35 ans, car nous dit P.J Thumerelle de l'université de Lille « depuis 1960, il y a apparition d'une surmortalité d'adultes ». (cf annexe 1 : l'espérance de vie dans le Nord Pas de Calais par rapport à la moyenne nationale).

On constate d'après l'analyse de santé faite par l'observatoire régional de la santé du Nord-Pas de Calais et rapportée au cours des assises régionales de santé par monsieur Olivier Lacoste, Directeur de l'observatoire, qu'il existe une surmortalité concernant les cardiopathies avec une nette avance pour le bassin houiller, et une sur l'alcoolisation : trois fois la mortalité française pour les femmes et deux fois pour les hommes avec deux secteurs plus fortement touchés : le bassin houiller et le littoral. Les cancers des voies aéro-digestives qui atteignent dans la région les taux maximaux parmi les taux connus au monde. Et monsieur Lacoste d'ajouter : « Une surmortalité sur l'ensemble des causes de décès à comparer avec la carte... du chômage dans le Nord-Pas de Calais. On retrouve donc à peu près les mêmes secteurs..... Si j'avais un dernier chiffre à vous donner, ce serait : surmortalité à partir de 35 ans chez les femmes et chez les hommes ; 35 ans de crise sanitaire puisque la surmortalité est apparue dans son profil actuel il y a 35 ans et 35 ans de surchômage dans la région. »* (1)

Mais il semblerait que cela pourrait changer car, comme le soulignait le professeur Picheral, géographe, université de Montpellier, au cours des assises régionales de la santé : « Le Nord et le Pas de Calais sont les deux départements qui ont la mortalité

* (1) Assise Régionales de la santé « Etat de santé de la population dans le Nord-Pas de Calais actes de la journée du 5 mai 1997 édité par le Conseil Régional P 17.

la plus faible pour les 15 à 24 ans... Cela voudrait dire que ce que nous observons aujourd'hui, ce tableau sinistré de la santé ne serait que l'héritage d'une situation héritée de 40 ou 50 ans de crise.. ».*(1)

Il n'en reste pas moins que la région accuse un très net retard au niveau sanitaire. Les indices de santé placent la région au dernier rang dans tous les domaines de la santé. La gérontologie n'échappe pas à cette règle même si ce n'est pas la dernière place. L'espoir que relève Monsieur Picheral sur la sous-mortalité des jeunes est due à la moindre ampleur de l'épidémie de S.I.D.A. et au moindre parc automobile de la population du Nord-Pas de Calais, ce qui présente un nombre de décès routier moins important or, la majorité des décès des jeunes de moins de 25 ans est du aux accidents de la route.

Ces données ont été présentées lors des assises régionales de la santé, elles sont disponibles au Conseil Régional du Nord.

2) LA RESIDENCE DES ONZE VILLES ET LES PERSONNES AGEES.

2-1) L'Association de la Résidence des Onze Villes.

Notre association est née à la suite d'un constat : le manque d'établissements pour personnes âgées dépendantes. Face à cet état de fait plusieurs personnes se sont regroupées afin de créer, le 29 avril 1989, l'Association de la Résidence des Onze Villes.

Equipement	France	Région	Nord	Pas de Calais
Taux structures personnes âgées	146,38	131,93	141,91	115,70
Taux services soins à domicile	14,72	19,44	19,53	19,30
Taux lits médicalisés.	56,99	48,91	50,41	46,46

Taux d'équipement au 01.01.98 pour 1 000 habitants de 75 ans et +

Source : DRAAS - enquête EHPA - FINESS* - publié par la DRASS Nord Pas de calais 02.99

* (1) Assise Régionales de la santé « Etat de santé de la population dans le Nord-Pas de Calais actes de la journée du 5 mai 1997 édités par le Conseil Régional P 10.

L'accueil des personnes âgées handicapées est donc le but de l'association. Mais la seule adhésion volontaire à ce but n'est pas suffisant comme le souligne Jean Louis Laville : « *Saisir la spécificité des associations à travers le seul langage de l'intérêt apparaît comme limitatif dès que l'on s'attache aux modalités concrètes de leur formation. D'ailleurs cette impossibilité de cerner le sens et la portée de l'association volontaire à partir de la seule utilité n'a pas échappé à Weber qui a intégré dans l'agir sociétaire, en plus de la référence à la finalité poursuivie, la référence à des valeurs.* »⁽¹⁾ L'association s'est dotée d'une charte associative fondée sur la prise en considération de la trilogie de notre devise républicaine : « Liberté, Egalité, Fraternité. ».

Liberté : Chaque personne accueillie doit pouvoir bénéficier de sa pleine liberté d'aller et venir, d'organiser sa vie quotidienne, de fréquenter qui bon lui semble. S'agissant des personnes confuses et désorientées, la mise en œuvre de ce droit fondamental sera assortie de dispositions visant la sécurisation des personnes par un accompagnement assuré par des personnes formées à cet effet. Toutefois la Résidence des Onze Villes n'est pas un lieu de vie clos quand bien même elle se définit comme protégée. La référence à ce droit fondamental qu'est la liberté conduit à évoquer les risques inhérents. Il n'y a pas d'espace de liberté sans risque. Ce postulat est systématiquement rappelé aux résidents et à leur famille au moment de l'admission. Si la réduction des risques constituent une priorité, la volonté d'abolir toutes prises de risques conduirait inexorablement à des pratiques abusives que l'association réprovoque. La liberté, c'est celle de garder une vie sociale et des relations avec l'extérieur, c'est aussi celle de choisir son médecin, son infirmière et personnel paramédical, de pratiquer le culte, etc..

Egalité : Chaque résidant bénéficie à la Résidence des Onze Villes des mêmes égards, du même respect de sa dignité et de sa personnalité. A ce titre, les membres du personnel manifestent la même attention aux besoins et demandes des résidents : l'évaluation périodique de l'autonomie et la mise en place d'un plan d'aide et de soin individualisés doivent permettre de fournir une réponse adaptée . Cette attention portée aux résidents par les personnels ne doit pas être confondue avec du maternage.

(1) in sociologie de l'association des organisations à l'épreuve du changement social P.46 sous la direction de J.L Laville et R Sainsaulieu Ed Desclée de Brouwer 1997

Il s'agit, tout au contraire, de cerner les potentialités de chacun afin de stimuler leur autonomie tout en leur apportant la sécurité si nécessaire à leur quiétude. Le souci d'égalité se traduit également par la volonté d'ouvrir la résidence à tous quel que soit le niveau de ressources, dès lors que la situation de la personne correspond aux critères d'admission. C'est pourquoi nous étions très attachés à l'obtention de l'habilitation à recevoir des personnes ressortissantes de l'aide sociale.

Fraternité : « *Toute relation fraternelle se vit dans le corps à corps et le cœur à cœur. Elle implique les êtres dans leur entier, les invite à oser, à vivre tels qu'ils sont, à se dépouiller des faux semblants, des morales et des masques, en cela elle est aussi de l'ordre du risque. La fraternité provoque la ressemblance et la dissemblance. Elle unit et sépare et engage aux respects des différences aux complémentarités réciproques et ne supporte pas de rapport de domination.* » (in la fraternité pure et simple, les petits frères des pauvres 01/06/1996.). La fraternité suppose un sentiment d'appartenance mais demande que la personne âgée soit pleinement citoyenne dans ses rapports avec les autres. C'est amener les personnes âgées et le personnel à accepter les différences qu'elles soient d'ordre médical, philosophique, religieux. La fraternité est pour l'association, l'assise sur laquelle va se bâtir la liberté et l'égalité. C'est l'aide aux personnes âgées, le respect de la personne et cela quelle qu'elle soit, la sauvegarde des liens familiaux et/ou amicaux.

Mais outre ces principes philosophiques, l'association a établi des critères afin de mettre en corrélation sa philosophie et sa pratique.

Premièrement, le maintien à domicile doit durer le plus longtemps possible. L'hébergement temporaire aide les personnes âgées et leurs familles. Ensuite, nous privilégions les personnes du secteur géographique proche afin que le réseau familial et amical ne s'étiolle pas.

L'architecture humaine ne donnera pas l'impression de l'hôpital c'est à dire d'un lieu où l'on passe pour se faire soigner et qui est en général impersonnel mais bien celle d'un lieu de vie où l'autonomie, l'indépendance et l'intimité de la personne seront préservées. Un accueil, une animation sont mis en place afin d'atténuer au maximum la crise que représente la rupture d'avec le domicile.

Ce sont donc ces éléments qui sont à la base de la création de l'établissement.

C'est le principe d'une M.A.P.A.D. (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes) qui a été retenu. En effet les obligations imposées aux M.A.P.A.D. adaptent la structure aux personnes âgées handicapées. Or c'était bien ce type d'établissement que nous voulions créer.

Ces établissements se divisent généralement en deux secteurs : un secteur qui accueille des personnes handicapées physiques mais qui ne présentent pas forcément de détérioration psychique et un secteur appelé CANTOU (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles) qui accueille des personnes physiquement valides mais présentant des troubles psycho-comportementaux, type : maladie d'Alzheimer, démences vasculaires.

Les personnes peuvent bénéficier de l'Aide Personnalisée au Logement (A.P.L.) et de l'aide sociale.

2-2) La Résidence des Onze Villes.

La résidence est un établissement médico-social. Elle est soumise aux règles d'autorisation et d'habilitation telles que définies par la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 et par le décret n° 95-185 du 14 février 1995.

Des circulaires vont venir préciser, notamment les principes architecturaux : circulaire du 13 février 1986 n° 86-16 publiée au B.O logement du 07.03.86 sur les modalités de financement et les recommandations techniques, circulaire de la C.N.A.V. n° 29-86 du 18 avril 1986 modifiée par la circulaire n° 62bis-97 du 24 juillet 1997 et la circulaire C.N.A.M. n° 77-97 du 24 juillet 1997 qui imposent aux concepteurs qui veulent bénéficier de fonds en provenance de ces caisses certaines obligations : projet de vie, espaces privatifs d'au moins 20 m², présence d'une salle de bain avec douche. L'arrêté du 26 avril 1999 précise dans son annexe 1 les obligations de l'établissement en matière architecturale, le cadre des relations avec les familles, la professionnalisation des personnel, etc..

a) Autorisation et contrôle.

La résidence assure l'hébergement des personnes âgées. Elle est, par conséquent, soumise à la procédure définie par la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales telles que définies à l'article un de cette loi.

L'autorisation de création ne peut être obtenue qu'après avis du C.R.O.S.S. (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale). En raison de la loi de 1983 sur la décentralisation et de celle du 6 janvier 1986 sur la répartition des compétences, cette autorisation est soumise au président du conseil général. Ce dernier autorise la création par arrêté et peut permettre à l'établissement d'être habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Dans ce dernier cas, il décide et contrôle le prix de journée de l'établissement.

Généralement avec la demande de création, il est demandé une autorisation de création d'une section de cure médicale comme prévue à l'article 5 de la loi du 30 juin 1975.

Cette demande d'autorisation n'est actuellement plus possible. En effet, en raison de la réforme de la tarification des établissements d'accueil pour personnes âgées, toutes les demandes de création de section de cure médicale faites après le 1^{er} avril 1997 ne peuvent plus être prises en compte. L'article 23 alinéa VI de la loi du 24 janvier 1997 stipule : « Pour l'application des dispositions de l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée, peuvent seuls faire l'objet d'une autorisation de création ou d'extension, les dossiers de demandes de création ou d'extension de section de cure médicale déclarés complets avant le 1^{er} avril 1997. »

En ce qui concerne la résidence des Onze villes, l'arrêté de création a été pris le 17 avril 1997. La section de cure médicale permet surtout l'embauche de personnel médical (médecin coordonateur) et paramédical (infirmière, aide soignante).

Dans le département du Nord, l'autorisation de création et d'ouverture d'une M.A.P.A.D. et celle de la section de cure médicale ne sont pas conjointes. J'évoquerai par la suite les difficultés qu'engendrent une telle dichotomie.

b) L'ouverture.

Autorisée par un arrêté du Président du Conseil Général du Nord du 4 mars 1992, la Résidence des Onze Villes a été ouverte le 16 septembre 1996. La capacité d'accueil est de 69 lits mais, avec l'accord du Conseil Général, nous avons la possibilité d'accueillir des couples c'est à dire de mettre deux lits dans un studio et donc de passer à une capacité d'accueil légèrement supérieure. Actuellement nous hébergeons 72 résidents. Ceci se fait sans augmentation de personnel. A l'ouverture le prix de journée était de 301,00 F, ceci pour les 15 premiers mois et en 1999 il est passé à 334,10 F. Malgré cette hausse, la résidence se situe un peu au dessus de la moyenne départementale. Une enquête réalisée par le Centre Régional de la Consommation, réalisée en mai et juin 1998 et publiée en octobre 1998, situe la moyenne départementale à 319,00 F par jour, or en 1998 le prix de journée était de 325,00 F. Mais cette moyenne est réalisée pour tous les établissements quel que soit le type de population accueillie. Je présenterai ici la résidence à son ouverture.

- L'architecture.

Membre fondateur de l'association, j'ai donc participé à toute l'élaboration du projet. Les premières réunions avec l'architecte n'ont pas eu pour objet une présentation de l'établissement mais bien une discussion sur la façon de concevoir la vie à l'intérieur de l'établissement.

Après quelques réunions, l'architecte nous a proposé une première ébauche du projet qui s'est avérée être pratiquement le projet définitif. Le bâtiment est de plain pied, avec une grande proportion de studios de 43 m² qui permettent aux personnes âgées de rapporter leurs meubles. Ce qui fit dire à une résidente lors de la visite de l'établissement avant son entrée : « Ch'est biau ichi, ch'est plus grind qu'chez mi ! ». Puis de petites chambres de 25 m², 24 au total réparties en : 2 chambres d'hébergement temporaire, 10 de M.A.P.A.D. et 12 en CANTOU (cf plan annexe 2 et 3).

Les locaux collectifs en bonne proportion (vaste salle à manger, salle d'animation, petite salle à manger permettant de recevoir sa famille), de larges couloirs qui permettent aux personnes âgées de déambuler, de parler, de se rencontrer comme on pourrait le faire dans la rue, amènent une certaine gaieté dans l'établissement.

Celui-ci est placé au centre du village, et est bien intégré dans l'environnement extérieur au sein d'un lotissement dans lequel il se confond.

- Le mobilier hôtelier.

Il a été choisi en fonction de sa rationalité, de son esthétisme mais aussi de son coût. Chaque chambre ou studio est équipé d'un lit médicalisé, d'un fauteuil de repos, d'un chevet, d'une table adaptable. Les studios possèdent tous une kitchenette. Une des seules difficultés rencontrées a été dans le choix du fauteuil et malgré les nombreux essais effectués, le choix fait, pose encore quelques problèmes notamment concernant la hauteur.

Le choix du mobilier et de l'architecture a été fait en fonction du style de vie que l'association pensait pour la résidence. Mais les personnes qui sont entrées et qui y vivent qui sont-elles ? D'où viennent-elles ? Quelle est leur dépendance ?

2-3) Les résidants.

L'ouverture de la résidence s'est faite sans problème particulier. Le principe avait été de contacter les assistantes sociales des deux régimes de protection sociale les plus importants dans notre secteur : le régime général et le régime minier.

Cette volonté s'appuyait sur le fait que nous ne voulions pas que trop d'entrées viennent empêcher un accueil cohérent des personnes âgées. En effet l'arrivée d'un trop grand nombre de personnes en une seule fois aurait été difficile à gérer sur un plan humain. C'est à ce moment que le futur résidant et sa famille ont besoin de beaucoup d'attention. Le résidant, parce que la rupture avec son environnement habituel n'est pas facile, une plus grande présence du personnel lui est nécessaire. Quant à la famille, la culpabilisation souvent importante, nécessite aussi une écoute toute particulière. Ces deux actions auraient été impossibles si trop de personnes étaient entrées en même temps.

L'entrée en établissement est un cap difficile à franchir pour la personne âgée. La présence du personnel est nécessaire d'autant que quelque fois la personne âgée n'est pas au courant de son entrée : « Tu vas faire des examens » ou « ce n'est que pour quelques jours ». Face à ces situations, j'ai mis en place une procédure d'accueil avec notamment une visite et un entretien préalable avec la personne âgée et cela quel que soit le niveau de handicap de celle-ci. Cela se déroule dès qu'une place est disponible.

La montée en charge avait été prévue en six mois mais en réalité au bout de quatre mois et demi tous les studios et toutes les chambres de la résidence étaient occupés.

Les admissions étaient réalisées par un administrateur ancien médecin gériatre et moi-même. Nous n'avons pas trop sélectionné les personnes âgées à l'entrée, la seule contre indication étant la nécessité d'une surveillance hospitalière constante.

Il est vrai, aussi que, par la suite, et devant le retard que prenait l'arrivée de la section de cure médicale, j'ai évité l'accueil de personnes lourdement handicapées. De plus le travail en coordination avec deux établissements de longs et moyens séjours situés à environ trois et dix kilomètres m'a aidé dans l'orientation des personnes.

Comme je le disais auparavant, nous n'avons pas fait une sélection des personnes entrées. Mais nous avons favorisé deux critères : la proximité géographique et le degré de dépendance.

a) Le secteur géographique.

Les personnes âgées qui sont arrivées à l'ouverture venaient du secteur géographique proche. Ceci a permis d'atténuer, autant que faire se peut, la perturbation de l'entrée en établissement. Comme le montre la carte en annexe 8, environ 43 % des résidents viennent d'un secteur géographique d'un rayon de moins de 8 Km, 43 % viennent d'un rayon de moins de 16 Km, les 14 % restant viennent soit du reste de la région ou de régions différentes pour être plus proches de leurs enfants (cf annexe 8).

La seule exception est le CANTOU où devant le manque de structures, la population accueillie peut venir de plus loin. Ce n'est pas forcément mieux car la personne désorientée a besoin de ses repères familiaux. Mais là, l'établissement répond à des détresses familiales par l'accueil de la personne âgée démente dans un milieu protégé et aussi par la possibilité pour la famille de prendre du recul et de voir qu'elle n'est pas seule à affronter le même problème.

b) La dépendance.

Plusieurs grilles permettent de mesurer la dépendance des personnes âgées . La loi du 24 janvier 1997 a retenu, comme grille d'évaluation, la grille du syndicat de gérontologie, la grille dite AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources.).

Cette grille est divisée en 8 Items : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur.

Chaque item est renseigné par une lettre choisie entre trois : A, B ou C.

A= fait seule, totalement, habituellement ou correctement.

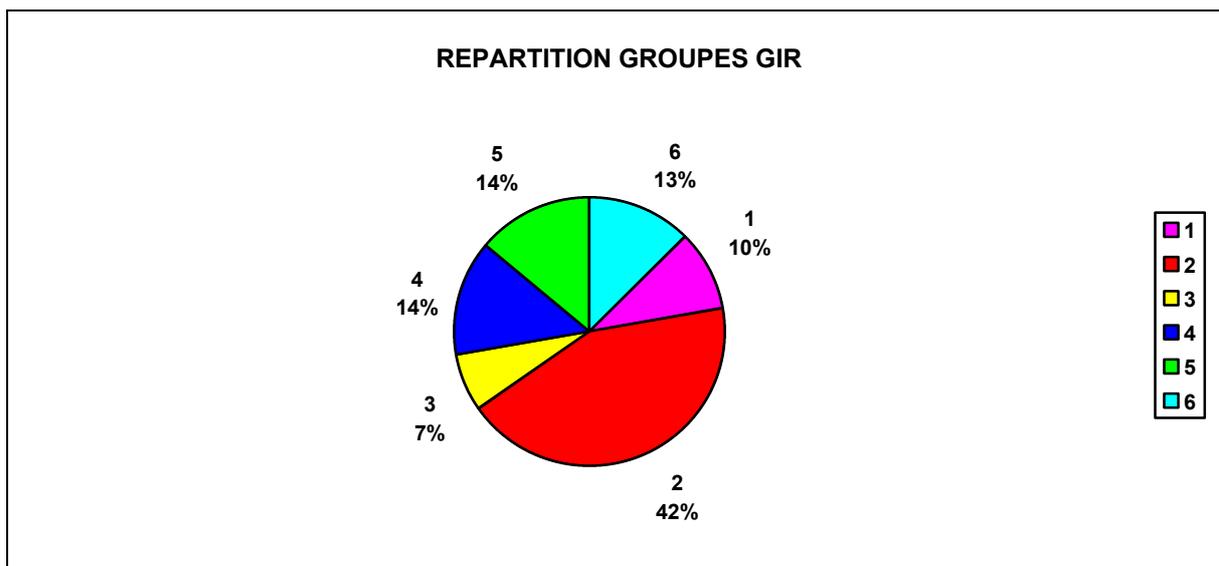
B= fait partiellement.

C= ne fait pas.

Une fois que chaque item a été renseigné, la personne est classée dans un groupe Iso Ressources correspondant à son niveau de dépendance. Il existe six groupes : de 1 les plus dépendants à 6 les valides. (cf en annexe 7 la description des groupes).

Actuellement dans mon établissement, les personnes se répartissent en groupe GIR de la façon suivante :

Groupe Iso-Ressources	Nombre	%
1	7	10
2	31	42
3	5	7
4	10	14
5	10	14
6	9	13
TOTAL	72	100



La population de l'établissement est constituée à 59 % de personnes très dépendantes. Une enquête du Conseil Général du Nord montre que pour des établissements de même type la répartition des groupes GIR 1,2,3 se situe dans une fourchette comprise entre 53,08 % et 48,80 % (enquête effectuée auprès des établissements au cours du 3^{ème} trimestre 1997). Mais on entrevoit ici le problème qui consiste à ne prendre en compte que la dépendance pour base d'une tarification car elle exclut le handicap et la recherche d'autonomie. Ces différents points seront développés dans la deuxième partie.

Face à une population très dépendante, de quel type de personnel a-t-on besoin ?

3) LE PERSONNEL.

Après la visite de conformité le nombre de personnes accueillies autorisé était de 69 avec la possibilité d'accueillir des couples. Partant de la base de 69 résidents, les services du Conseil Général du Nord ont accordé 21 personnels équivalent temps plein correspondant à un ratio de 0,30.

En accord avec la présidente de l'association, je n'ai pas embauché le personnel en fonction de la montée en charge mais tout le personnel a été embauché dès l'ouverture. Ceci a permis au personnel de se familiariser avec la structure. Le fait que l'autorisation de création de la section de cure médicale n'ai pas été concomitante à l'ouverture nous a obligés à fonctionner, pendant plus d'un an et demi sans aucun

personnel paramédical salarié (infirmière et aide soignant), c'étaient les infirmières libérales qui intervenaient.

Heureusement, la présence au sein du conseil d'administration d'un médecin gériatre récemment en retraite, a permis d'aider, de conseiller le personnel dans leurs actions auprès des personnes âgées et donc de favoriser un climat de sérénité tant chez les résidents qu'au niveau du personnel. Durant les dix huit mois qu'a duré la période sans section de cure médicale, il a été présent tous les jours.

Après 18 mois, j'avais l'autorisation d'ouvrir la section de cure médicale ce qui a permis d'embaucher : deux vacations de médecin coordonateur, une infirmière coordonatrice et quatre aides-soignants.

FONCTION	NOMBRE	EQUIVALENT TEMPS PLEIN
Directeur	1	1
Secrétaires (accueil ;comptable)	2	1
Agent d'entretien	1	1
Animatrice	1	1
Maîtresse de maison	4	3
Auxiliaires de vie	20	10,5
Veilleuses de nuit	7	3,5
Personnel avant SCM	36	21
Infirmière coordonatrice	1	1
Aides-soignants	4	3
Personnel après SCM	41	25

Les ratios de personnel sont donc :

⇒ Avant S.C.M. : 0,30

⇒ En contact direct avec les personnes âgées avant S.C.M. : 0,26

⇒ Après S.C.M. : 0,36

⇒ En contact direct avec les personnes âgées après S.C.M. : 0,32

3-1) Le recrutement.

Devant le nombre important de demandes d'emplois (plus de 500 candidatures spontanées), l'association a organisé trois réunions d'informations (deux le soir et une le dimanche matin) afin de permettre à des personnes ne pouvant s'y rendre le soir de pouvoir y assister. Chaque personne a reçu une convocation pour assister à l'une de ces réunions.

Au cours de ces réunions, il a été exposé les principes de l'association, ainsi que les emplois qui seraient proposés. Après des échanges, l'association a remis à chaque personne présente un curriculum vitae type. Chaque curriculum a été étudié par les membres du conseil d'administration et nous avons sélectionné environ 250 personnes qui ont été convoquées à des entretiens. De ces entretiens auxquels je participais ainsi que le médecin gériatre, une administratrice ancienne infirmière qui s'occupe d'un centre de formation continue notamment en B.E.P. sanitaire et social, nous avons retenu les 35 personnes. Ces embauches ont été réalisées au mois de février 1996, car à la fin de ce mois les auxiliaires de vie retenues commençaient une formation de 6 mois que je développerai dans la troisième partie.

3-2) Les postes.

- Le directeur.

Le rôle du directeur se situe à l'intersection des trois champs : projet - gestion - stratégie. C'est ce que nous rappelle J.M Miramont dans son livre « Manager le changement » publié aux éditions de l'ENSP « *L'entreprise sociale associative... fonctionne dans une triple dynamique :*

- ◇ *entreprendre, selon un projet, des objectifs ;*
- ◇ *se doter des moyens humains, financiers et patrimoniaux nécessaires à la mise en œuvre des objectifs ;*
- ◇ *définir une stratégie (jamais définitive) permettant de se positionner dans le dispositif du secteur et d'établir les liaisons nécessaires entre le dedans (institutionnel) et le dehors (environnement). »*(1)*

C'est en effet en garant du projet et cela vis à vis de tous les intervenants : résidants, familles, organismes de contrôle, personnel que le directeur doit jouer son rôle.

Le projet associatif présenté page 10 place la personne âgée au centre du dispositif. Ce projet repose sur l'idée d'autonomie de la personne âgée. En tant que garant de ce projet, le directeur est le coordonnateur entre les résidants, les contraintes externes (organismes de contrôle, administration, collectivités territoriales) et les contraintes internes (familles, association), les moyens internes (personnel, budget, organisation). La mission essentielle du directeur est donc de mettre en adéquation les besoins des résidants, les moyens humains et financiers dans le respect des contraintes associatives et légales.

- Le personnel administratif.

Les secrétaires ont été recrutées selon des compétences pratiques en informatique pour toutes les deux et une connaissance en comptabilité pour l'une et d'accueil pour l'autre. A cause du nombre insuffisant de postes accordés, elles sont toutes deux à mi-temps, certaines parties du travail comptable ont dû être sous-traitées (comptabilité et paye notamment). J'ai, maintenant, obtenu du conseil général deux tiers temps de secrétariat.

- L'agent d'entretien.

Il est souvent en contact avec les personnes âgées, et permet d'aplanir les petits problèmes que posent inévitablement les handicaps ou la vie quotidienne.

* (1) J.M Miramont « Manager le changement dans l'action sociale » édition ENSP 1996 P 40.

- Les auxiliaires de vie et les veilleuses de nuit.

Elles assurent, sous la responsabilité de l'infirmière et avec le concours des aides-soignants les soins d'hygiène qui comprennent : les soins à la personne (toilette, aide à la toilette, habillage, changement des protections, etc..) et l'entretien environnemental : entretien des chambres, des sanitaires, la réfection du lit, etc..

- Les maîtresses de maison.

Elles assurent, au CANTOU, avec le concours des auxiliaires de vie, les soins d'hygiène à la personne et l'entretien environnemental. Elles assurent les soins courants. Elles s'occupent de l'animation et de la gestion du budget animation du CANTOU qui est de quatre cents francs par mois environ.

Elles sont uniquement affectées auprès des personnes âgées désorientées. Pourquoi le nom de maîtresse de maison ? Parce qu'effectivement, elles s'occupent du foyer qu'est le CANTOU. Elles font participer les personnes âgées à l'entretien, la cuisine, à des jeux, tout cela pour essayer de conserver leur autonomie et leur permettre de retrouver des repères temporo-spatiaux.

Nous n'avons pas exigé de diplômes, mais au moins une expérience auprès des personnes âgées. Par contre, des formations seront mises en place ultérieurement. Ce point sera développé dans la troisième partie.

- L'animatrice.

Point essentiel de la résidence, l'animation est perçue actuellement comme une prise de contact relationnelle. Le développement des activités se fait petit à petit au gré des demandes des résidents. Le projet d'animation qui a été mis en place devra s'affiner dans le cadre du projet plus global d'établissement. Ce point sera également développé dans la troisième partie.

Comme je le disais, l'ouverture de la résidence s'est faite sans le concours de la section de cure médicale. Depuis le 26 avril 1998, j'ai pu embaucher les personnels paramédicaux en raison de l'obtention de la section de cure médicale.

- Le médecin coordonnateur.

Jusqu'à maintenant, le rôle du médecin coordonnateur ou référent n'était pas précisé. La nouvelle tarification donne une définition de son rôle.

L'arrêté du 26 avril 1999 pose trois principes généraux : tout d'abord, la nomination d'un médecin coordonnateur répond à un « *objectif de santé public... dans un cadre nécessaire de maîtrise des dépenses de santé* », deuxièmement il sera l'interlocuteur médical du directeur de l'institution, des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie, troisièmement les médecins libéraux exerçant dans l'établissement doivent adhérer au règlement intérieur et reconnaître l'existence et les missions du médecin coordonnateur.

Ensuite l'arrêté définit les missions et fonctions du médecin : la coordination avec les autres prestataires de soins externes, l'organisation de la permanence des soins, il donne son avis sur les admissions, il participe à l'évaluation des soins (dossier médical, dossier de soin, rapport d'activité médical) et, enfin, il participe à l'information et à la formation en gérontologie des médecins et personnels paramédicaux salariés ou intervenants externes à l'établissement.

Le temps de travail du médecin coordonnateur est de une à deux vacations d'une demi-journée par semaine ce qui explique que les délégations de remplacements du directeur soient confiées à l'infirmière coordonnatrice et non au médecin.

Pour finir l'arrêté définit le profil du médecin coordonnateur : il devra avoir une réelle compétence en gérontologie tant en terme de pratique professionnelle antérieure qu'en terme de diplôme ou de formation médicale continue. Si le médecin n'a pas de diplôme il doit s'engager dans un délai de trois ans à l'obtenir. Mais le texte ne donne toujours pas au médecin coordonnateur un pouvoir hiérarchique sur ses pairs.

- L'infirmière coordonnatrice.

Elle est chargée de coordonner l'activité du personnel exerçant auprès des personnes âgées, et assure son remplacement en cas d'absence. Au contrat de travail, en accord avec le conseil d'administration, j'ai annexé les délégations données à l'infirmière coordonnatrice qui sont les suivantes :

⇒ Elle remplace le directeur momentanément absent dans le cadre de ses fonctions représentatives et disciplinaires à l'exception du licenciement.

⇒ Elle prend les mesures d'hygiène et de sécurité nécessitées par les circonstances.

⇒ Elle peut recevoir les familles.

⇒ Elle peut prononcer l'entrée ou la sortie d'un résidant en cas d'urgence et en l'absence du directeur.

⇒ Elle rend compte au directeur des mesures prises.

En dehors de ces délégations, elle est responsable de la bonne coordination des services placés sous son autorité et de la qualité fournie par ceux-ci.

- Les aides-soignants.

Ils assurent sous la responsabilité de l'infirmière et avec le concours des auxiliaires de vie, les soins d'hygiène à la personne et les soins environnementaux. Ils assurent les soins courants non stériles.

Si l'on peut dire que l'ouverture de l'établissement s'est relativement bien passée, il reste encore beaucoup à entreprendre. La formation de base, même si elle a permis un accueil plus facile des personnes âgées, n'en reste pas moins insuffisante face à la grande dépendance, aux demandes des personnes âgées qui sont souvent des demandes d'ordre affectif et face surtout à la mort, réalité toujours présente dans nos établissements.

C'est ce que je présenterai dans une deuxième partie plus centrée sur les concepts de vieillissement, de qualité de vie, de projet et dans une troisième partie plus spécifique aux moyens de mobilisation du personnel.

2ème PARTIE :VIEILLESSE ET QUALITE DE VIE.

*« Chacun de nous fait l'expérience du temps qui passe, de cette irréversibilité qui vient marquer nos pas et de ce cheminement dans la vie qui ne s'effectue pas sans confrontation, sans rupture, ni souffrance. » *(1)*

1) VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT.

1-1) La vieillesse.

La vieillesse se définit comme un état qui se constate, elle n'a pas une base biologique à la différence de l'enfance ou de l'adolescence qui se réfère à un processus physiologique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a adopté le classement suivant :

Personnes d'âge moyen	40 à 59 ans
Personnes âgées	60 à 74 ans
Vieillards	75 à 90 ans
Grands vieillards	+ de 90 ans

Mais peut-on appliquer cela à tous quand dans certains pays l'espérance de vie est d'à peine cinquante ans ?

La vieillesse est un état emprunt de nombreuses connotations culturelles et se définit par un groupe donné. En effet, l'institutrice sera « vieille », pour les enfants de sa classe, à l'inverse une personne de soixante-dix ans paraîtra jeune dans un groupe de gens de quatre vingt dix ans.

*(1) Frédérique Leprieur « L'expérience du Vieillissement » Cahier de l'Actif n° 252/253 mai/juin 1997 P 103.

La vieillesse pourrait se définir ainsi que le propose M.Philibert cité par J.J Amyot : « *Doit être considéré comme vieux celui qui, dans une collectivité donnée a vécu davantage que les autres.* »(1) ; à l'inverse Simone de Beauvoir dans son livre « la vieillesse » cité par J.J Amyot affirme que : « *Le drame de l'âge ne se produit pas alors sur le plan sexuel mais sur le plan économique. Le vieillard, ce n'est pas comme chez les anthropoïdes, l'individu qui n'est plus capable de se battre mais celui qui ne peut plus travailler et qui est devenu une bouche inutile à nourrir.* »(2).

Sans aller jusqu'à cette extrémité, on peut dire que la vieillesse, dans nos sociétés occidentales, est le mélange de ces deux aspects. La position dominante qu'a pris le travail fait que la position de retraité est en retrait et pour certaines personnes cette place est un facteur de vieillissement, nous verrons pourquoi par la suite.

C'est ce que nous dit J.J Amyot : « *Contrairement à la vieillesse qui est un état relatif et largement imprégné de considérations imaginaires et culturelles, en fonction des époques et des modes de vie, le vieillissement est un processus dynamique intégrant les notions obligées de vie et de temporalité.* » (3)

1-2) Le vieillissement.

Comme nous l'avons vu, la vieillesse est un état, le vieillissement est une dynamique d'où peuvent être détachés deux grands axes : l'un médical et l'autre psychosocial.

a) Le contexte médical.

« *Les études réalisées dans le domaine de la société montrent que 85 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont à faire face à une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s) et 50 % d'entre elles signalent une diminution de leur activité générale occasionnée par la présence de cette (ou ces) maladie(s).* »(4).

Le processus du vieillissement peut être de deux sortes. Soit une dégradation progressive des cellules c'est ce qu'affirme Madame Le Disert-Jamet soit comme une

* (1,2,3) J.J Amyot « Travailler auprès des personnes âgées » édition Dunod 2° édition 1998 P 12, P 16, P 129.

* (4) Dominique Le Disert-Jamet « Gérontologie et Société » n° 78 P 132.

programmation des cellules qui, arrivées au bout de leur temps déterminé, s'arrêtent c'est ce que préconisent d'autres médecins.

Outre ce vieillissement cellulaire normal, des causes extérieures peuvent accentuer le vieillissement, c'est ce que résume J.J Amyot : *« Il (le vieillissement) peut être endogène c'est à dire programmé génétiquement et il est l'expression de l'horloge biologique de l'individu ou bien il peut être exogène, c'est à dire consécutif à l'usure due aux agressions subies au long de l'existence. »*(1)

Le travail des politiques médicales, à l'heure actuelle, est plus un travail préventif : prévention des maladies cardio-vasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, etc..

Le changement de nos habitudes alimentaires, de notre mode de vie influe sur notre vieillissement. Mais ce processus est rapidement inégalitaire : selon que vous serez homme ou femme, que vous habiterez telle ou telle région, votre espérance de vie sera plus ou moins longue. On remarque que rapidement le simple constat médical du vieillissement ne rend pas compte de l'ensemble du phénomène.

C'est donc tout autant l'environnement et l'histoire de la personne qui va influencer son vieillissement : *« C'est la raison pour laquelle toute généralisation hâtive nous paraît dangereuse. Il n'existe pas un vieillissement psychologique ou une psychologie du vieillissement mais plusieurs façons de vieillir en rapport avec la personnalité de chacun. »* (2).

b) Le contexte psychosocial.

Le processus du vieillissement biologique est ici accentué par les phénomènes sociaux ou psychosociaux que peut ressentir l'individu.

C'est tout d'abord le passage à la retraite qui chez certaines personnes, pour qui le travail a occupé une place prépondérante, va, par le changement de statut social, engendrer le vieillissement.

*(1) J.J Amyot « Travailler auprès des personnes âgées » édition Dunod 2^e édition 1998 P 129.

*(2) Liliane Israël « Le vieillissement psychologique - Age et personnalité » Gérontologie et Société n° 22, P12, 1982 in « 100 idées reçues sur la vieillesse » J.J Amyot, B.Ennuyer, E.Kariger, G.Joliot, H.Albert édition UNOPA P 92.

* (3) R.Leroux « L'évaluation gérontologique » édition ENSP 1994 P 23.

L'environnement urbain, qui n'est guère favorable aux personnes âgées : les voitures, la foule, l'insécurité autant de phénomènes qui font peur aux personnes âgées et qui font qu'elles sortent de moins en moins. A cela on peut ajouter : les faibles ressources, un logement quelquefois inadapté et d'autres facteurs plus psychologiques.

Une étude réalisée sur 645 personnes âgées de plus de soixante ans vivant à domicile et tirées au sort sur cinq cantons ruraux de Haute-Garonne, nous montre le nombre élevé de chocs que peuvent subir les personnes âgées.

	HOMMES	%	FEMMES	%
Perte d'un membre de la famille	37,6		37,5	
Perte d'un ami proche	36		32,5	
Perte du conjoint (a)	5,2		19,5	
Aggravation de l'état de santé	41,1		46,9	
Aggravation de l'état de santé du conjoint	39,8		46,2	
Aggravation de la situation financière	6,4		9,4	
Hospitalisation	37,3		30,7	
Opération chirurgicale	27,3		19	
Déménagement	3,9		3,1	
Hébergement familial	6,9		9,9	
Placement en institution	0,5		2,7	

(a) En pourcentage des personnes âgées vivant en couple en 1982

Source : J.Pous et coll., Gérontologie et société, 1988, N° 44, P 29. Extrait du livre « L'évaluation gérontologique » R.Leroux édition ENSP 1994, P4.

On remarquera que le nombre de deuils et l'aggravation de l'état de santé sont les deux points principaux, ces deux types d'événements incitent souvent les personnes âgées à se replier sur elles-mêmes, c'est ce que nous indique J. Maisondieu : « *En outre, la mise à l'écart du groupe, l'accumulation des séparations et des deuils font découvrir une solitude sans espoir, meublée par la nostalgie d'un passé révolu, l'ennui d'un présent inutile et l'inquiétude d'un avenir barré par la mort.* »* (1)

Autant d'éléments qui contribuent au vieillissement de la personne. C'est l'exemple de ce monsieur entré à la Résidence des Onze Villes à cause d'une démence survenue à la suite du décès de sa femme. Ce vieillissement peut ne pas impliquer une incapacité et s'il entraîne un handicap, entraînera-t-il une dépendance ?

1-3) Handicap et dépendance face au vieillissement.

Pourquoi rapprocher ces deux notions ? Peut-on être handicapé sans être dépendant et réciproquement ?

a) La différence.

La dépendance n'est pas pour moi une notion gérontologique, c'est un critère humain. Le nourrisson est dépendant de ses parents, nous dépendons des choix des politiques gouvernementales, etc.. C'est ce que nous dit le sociologue Albert Memmi (1979) : « *La dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels et qui relève de la satisfaction des besoins...* » Il ajoutait que la dépendance est le fait et la vérité de la condition humaine : « *L'on ne peut pas ne pas être dépendant.* »* (2)

A cette vision de la dépendance universelle, s'est opposée une vision négative de la dépendance véhiculée par une partie du corps médical Dr Delomier (1973) : « *Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie.* ».*(3)

* (1) J. Maisondieu « La citoyenneté au péril de la démence » Cahier de la FNADEPA n° 40 3^{ème} trimestre 1995 P 5

* (2) et (3) J.J Amyot « Guide de l'action gérontologique » édition Dunod 1997 P 79 et 80.

La loi du 24 janvier 1997 sur la prestation spécifique dépendance reprend à son compte la définition médicale de la dépendance dans le troisième alinéa de l'article 2 : « la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie 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 requiert une surveillance régulière. »

La prédominance de la vision négative de la dépendance fait que l'on oublie souvent l'autonomie de la personne. Ce n'est pas parce qu'une personne est dépendante qu'elle n'a plus de désir et qu'elle ne peut plus diriger sa vie. Or la notion médicalisée de la dépendance se confond le plus souvent avec la perte d'autonomie.

D'ailleurs le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement rédigé en 1984 et publié par le ministère de la santé comporte deux définitions de l'autonomie : « *Capacité et droit d'une personne à choisir elle-même les règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à couvrir.* » ou « *Possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son vieillissement.* ».

On remarque que ces deux définitions renvoient à des notions différentes : la première étymologique « αυτο : soi-même » « νομα : les normes, la loi » donc se diriger selon ses propres lois ; la deuxième renvoie plus à l'idée de dépendance ou d'indépendance : on sait faire seul ou non. La notion développée dans la deuxième définition est celle de la loi du 24 janvier 1997.

A l'inverse, les personnes âgées peuvent être handicapées et autonomes. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes handicapées qui se déplacent seules et s'arrangent seules pour leur toilette, etc..

Aussi avoir voulu créer une prestation spécifique dépendance pour les personnes âgées, c'est enfoncer la personne âgée dans un rôle d'assistée et non d'actrice. Mais les conséquences d'une telle vision sont importantes.

b) Les conséquences.

La prestation spécifique dépendance a des conséquences dommageables ; par exemple pour les personnes devenues aveugles après 60 ans. En effet, avant cette personne bénéficiait de l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (A.C.T.P.) maintenant si elle satisfait à ses besoins essentiels elle ne pourra plus prétendre à quoi que ce soit. A-t-on osé enlever l'A.C.T.P. à de jeunes aveugles ? Même chose pour les établissements, le prix de journée des établissements pour adultes handicapés est le triple de ceux pour personnes âgées alors que bien souvent les populations accueillies diffèrent peu.

Et l'on pourrait donner de nombreux exemples, les associations de professionnels, de personnes âgées, etc.. ont, d'ailleurs, élaboré « le livre noir de la P.S.D. » montrant les dysfonctionnements de cette prestation.

L'autre conséquence est la difficulté de trouver une grille de classification de la dépendance qui permette une approche globale de la personne. La grille présentée page 17 est très réductrice. Elle ne prend pas en compte l'accompagnement de la personne et la charge de travail correspondant à cet accompagnement.

Je crois qu'en fin de compte, il n'y a pas lieu de distinguer la personne handicapée de la personne dépendante, une personne est handicapée ou non et ce handicap peut engendrer ou ne pas engendrer un état de dépendance. Il y aurait donc lieu de reprendre la définition que propose l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) : « Le handicap d'une personne est la conséquence d'une déficience physique ou mentale qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels. » (O.M.S définition du handicap ou désavantage 1980)

« Si l'on peut différencier le handicap inné et le handicap acquis dans l'évaluation de la situation, ceci ne peut s'inscrire dans un régime discriminant... Vouloir établir un statut de handicapé avant 60 ans et un statut de dépendant après 60 ans dénote une démarche ségrégative sans aucune justification. ».(1).*

*(1) « Livre blanc pour une prestation autonomie » présenté par le CNRPA et les associations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissement P 6 publié en octobre 1999.

Or c'est souvent l'état de handicap qui provoquera l'entrée en établissement.« Quel que soit le handicap, quel que soit l'âge, la personne « blessée » est citoyenne, sa prise en charge ne peut être laissée à des initiatives départementales, non structurées, non coordonnées, non transparentes ».extrait du livre noir sur la P.S.D.

1-4) La mort.

« L'amour, la mort, la vie me tourmentent à toute heure » (Clément Janequin 1560).

La mort nous fait peur mais c'est une réalité indéniable que nous n'acceptons pas. « *Ces dernières décennies ont été marquées par la volonté d'occulter le problème de la mort, devenue inacceptable. Elle était dérobée aux regards, canalisée dans le silence des lieux clos, pour y être banalisée, technicisée, niée..* »* (1)

La crainte de la mort diminue avec l'âge et la personne âgée attend la mort avec une grande sérénité. Elisabeth Kübler-Ross propose cinq stades psychologiques de la mort.

- Le déni à l'annonce de la mort : « Non, pas moi !, ce n'est pas vrai ! »
- La colère, la révolte : « Pourquoi moi ?, ce n'est pas juste », il existe à ce moment là une certaine agressivité envers l'entourage.
- Le marchandage : l'idée de la mort commence à faire son chemin, mais la personne tente de négocier « Si je sors d'ici, j'arrête de fumer. »
- La dépression : la personne commence à se résigner, à comprendre l'inutilité de la lutte.

* (1) M.J Blanc, A Flodrops, H Pellet « le départ », Gérontologie et société n° 58, octobre 1991 in « Les personnes âgées en institution : vie ou survie » Claudine Badey-Rodriguez ed Seli Arslam1997, P 112.

- L'acceptation : la personne accepte sa mort.

Les personnes âgées, en institution, passent rarement par les cinq stades. Parfois, le marchandage est présent mais plus dans un dernier espoir de vivre encore quelque chose avec des êtres aimés « j'aimerais tant aller à la communion de mon arrière petit-fils ». L'idée de la mort est acceptée mais on voudrait encore retarder l'échéance.

La difficulté de la notion de mort, c'est de la vivre fréquemment. Car trop souvent, elle est vécue comme un échec. Nous avons beaucoup de mal à nous approprier la mort et faire qu'elle devienne naturelle. Ceci n'empêche pas l'affectivité, au contraire, mais il y a la confrontation de la vieillesse et de la mort.

« Aussi les soignants sont-ils, entre autres difficultés, soumis à un véritable matraquage psychologique puisque jamais ils ne peuvent faire un travail de deuil normal :

- *soit ils feront un deuil anticipé, préventif, avant même la mort effective du malade.*
- *soit ils s'abstiendront purement et simplement d'investir le nouvel entrant pour se protéger d'avoir un jour à en faire le deuil.*
- *soit, dans certains cas, il y aura des deuils impossibles ; à ces cas se rattachent, à notre avis, les assauts de surenchères thérapeutiques désespérées.*
- *soit s'installent des états de « deuil en suspens » qui permettent d'expliquer le recours à la défense maniaque, remède spontanément en usage dans certaines équipes particulièrement confrontées à la mort.. »*(1)*

Si l'idée de la mort est acceptée par la personne âgée, c'est la famille qui a besoin maintenant de réconfort et d'aide.

* (1) Louis Ploton, « la personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence » Lyon, Chronique Sociale, 1991. Extrait de l'ouvrage de Claudine Badey-Rodriguez « les personnes âgées en institution : vie ou survie » ed Seli Arslan 1997.).

A la résidence des Onze villes, la présence de huit couples fait que le travail d'accompagnement et d'aide est plus important, car quand une personne décède, le travail d'accompagnement est important auprès du conjoint qui est présent. Avec lui, nous devons entreprendre la phase de deuil.

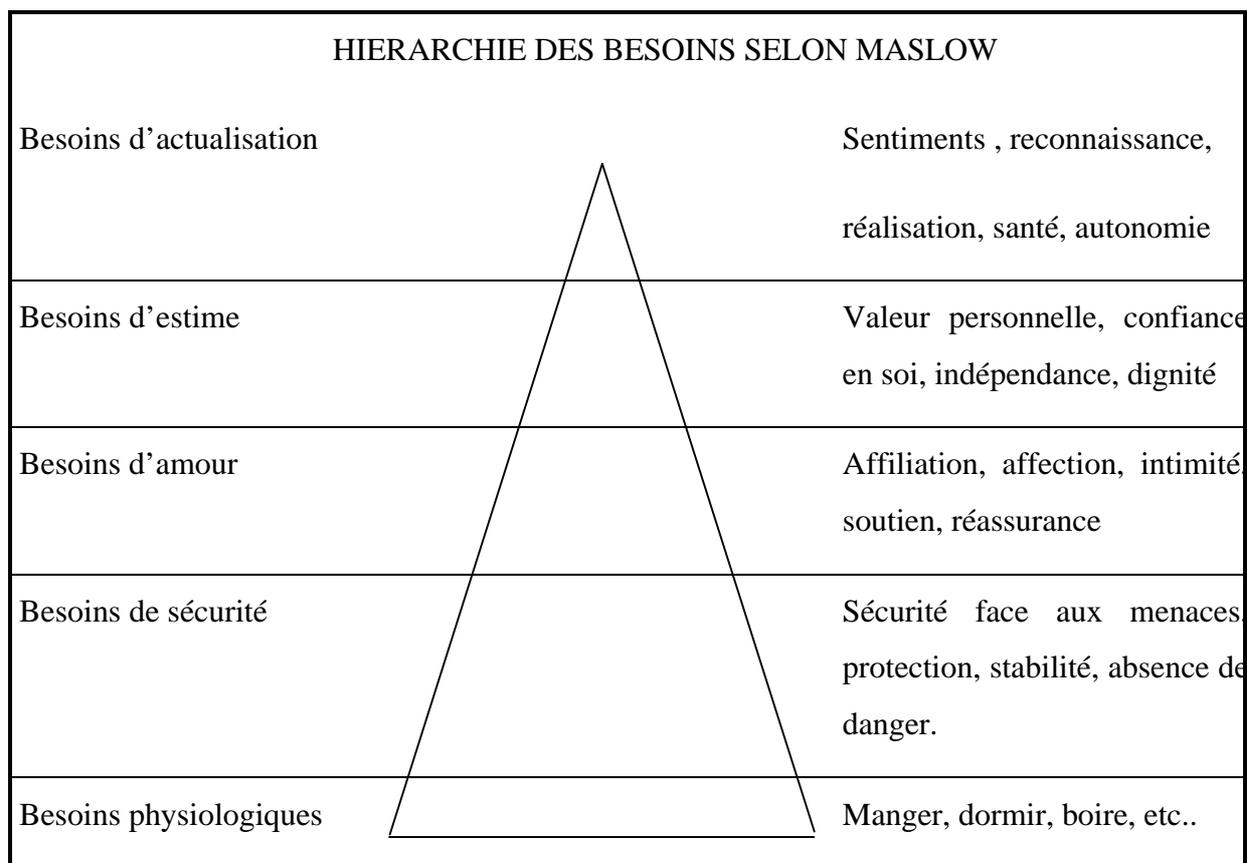
2) LES ATTENTES DES RESIDANTS.

Outre ces deux notions que sont le vieillissement et le handicap, il existe un problème plus direct : les besoins des résidants.

L'entrée en établissement est toujours un moment de crise et quelquefois de résignation. Rares sont les personnes âgées qui décident de venir dans un établissement. En effet, c'est bien souvent la famille ou quand il y a hospitalisation que les médecins préconisent l'entrée en établissement. Mais pourquoi une telle décision ?

2-1) Les résidants.

Les besoins de l'individu ont été mis en lumière, en particulier, par MASLOW. Ces besoins sont communs à tous les hommes et indispensables à la vie. La réalisation de ces besoins, stade par stade, nous fait prendre conscience que la personne en face de nous n'est pas un malade, un dément, un vieux mais un être humain.



Ce sont, en général, les manques de la base de la pyramide qui provoquent l'entrée en établissement. C'est parce que la personne âgée ne peut s'habiller seule, se laver seule, etc.. qu'elle ou malheureusement plus souvent son entourage envisage l'entrée en établissement.

Parfois, le premier niveau de la pyramide est acquis, et il arrive que des résidents me demandent s'ils vont rester, le sentiment de sécurité est ici important. C'est le cas d'une personne âgée qui est entrée parce qu'elle avait subi une agression, chez elle. Le troisième échelon est sans doute le plus important et aussi le plus difficile. Car c'est tout le paradoxe de nos établissements de permettre le chez soi, comme le soulignent R. et M.C. Vercauteren et J.Chapeleau dans leur livre : Construire le projet de vie en maison de retraite : « *Très souvent le personnel investit la maison de retraite comme son lieu de travail ¾ alors que le résident l'investit comme son lieu de vie..* »*(1).

*(1) R et M-C Vercauteren, J.Chapeleau « Construire le projet de vie en maison de retraite » Pratiques du champ soical édition Erès 1993 P 61.

C'est aussi le manque de visite, la solitude qui pèsent sur la personne âgée et là le personnel reste la personne qui partagera l'affection que la personne âgée peut donner et recevoir d'où l'importance de l'accompagnement. Cet accompagnement de tous les instants mais qui, à certains moments, représente des moments privilégiés avec la personne âgée. C'est l'instant d'intimité où la personne peut être entendue, écoutée, peut parler, se confier.

Parce que l'équipe sera attentive à la personne, les premiers moments après l'entrée seront moins pénibles et rendront moins pénibles un deuxième stade : la vente de la maison. Car les enfants attendent souvent quelques mois après l'entrée pour mettre en vente, toujours avec l'accord de la personne âgée, la maison, c'est aussi la liquidation du mobilier, de tout ce qui faisait la vie de la personne âgée et cela provoque un deuxième deuil, c'est l'irréversibilité de l'entrée. La difficulté pour l'équipe est de faire en sorte qu'il y ait un simple changement de lieu de vie et non un changement de vie dans un autre lieu. Même si la liberté pleine et entière est laissée à la personne âgée pour partir de l'établissement, elle se rend compte que cette vente tue l'espoir d'un retour. Bien sûr, on pourra toujours objecter qu'il est possible d'acheter ou louer un appartement qui permettra d'éviter l'entrée en établissement mais les personnes âgées venant à la résidence ne tiennent pas à reprendre à zéro dans un autre lieu de vie.

2-2) L'entourage.

Comment analyser les attitudes de l'entourage ? Je retrouve deux attitudes dans l'entourage soit la culpabilisation, soit l'impression de désinvestissement.

a) La culpabilisation.

Il est certain que le fait de prendre les premiers contacts, d'envisager et de réaliser l'entrée de son père ou sa mère en établissement culpabilise les enfants.

Notre société actuelle fait tout pour culpabiliser : « Comment ! Vous placez, votre mère ! » ou « les enfants de maintenant ne s'occupent plus de leurs parents comme avant ! », etc.. L'entretien de ce sentiments de culpabilité n'est pas récent : « *Jusqu'ici plus fidèle aux traditions de la famille, l'habitant des campagnes conserve ses vieux parents autour du foyer qu'il habite, la perspective d'un asile qui le débarrasserait de ses*

devoirs envers ses ascendants serait un malheureux encouragement à l'imprévoyance et à l'abandon dont les villes ne nous offrent que trop d'exemples. » M. de Melun rapporteur de la loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux Assemblée nationale compte rendu des débats, séance du 21 décembre 1850. »(1)*

Cette culpabilisation induit des relations un peu faussées entre la famille et le personnel. Le moindre détail sera transformé en catastrophe. Et là encore, seule l'écoute, la discussion, les réunions permettent de lever un peu ce sentiment. Car tous et toutes ont rencontré ces difficultés.

b) La dépossession.

Cette impression que ressent la famille, se retrouve dans l'attitude de l'équipe. C'est le professionnel face à ceux qui ne savent pas. Et facilement, on dépossède les enfants d'une partie de la personne âgée.

C'est vrai que de nouvelles relations se tissent mais la présence qu'apporte le personnel, ne doit pas prendre la place de la famille. Dans cet esprit et dans celui du respect de la dignité, le tutoiement, l'emploi du prénom, des surnoms affectifs (mamy, papy, etc..) et surtout de surnoms infantilisans sont interdits.

Mais nous professionnels n'avons pas à entrer dans ces notions. La personne âgée est une personne, un être humain digne de respect.

En ce qui concerne le tutoiement, notre culture française l'emploie quand existe une certaine familiarité. Nous sommes ici dans une relation professionnelle. C'est aussi la marque de la différence d'âge. Ensuite, l'intonation d'un tutoiement peut être plus ou moins dégradant pour la personne ; si j'ose cette comparaison, c'est la demande faite aux policiers de ne pas tutoyer les personnes qu'ils interrogent.

Le respect de la dignité de la personne humaine est important, c'est le fondement même de toutes les démarches en vue d'améliorer la qualité de la vie. Mais avant toutes démarches, a-t-on des critères de qualité ?

*(1) A.M.Guillemard « La vieillesse et l'état » - PUF, politiques, 1980, p 15, in « Cent idées reçues sur la vieillesse » J.J Amyot ; B.Ennuyer ; E.Kariger ; G.Joliot ; H.Albert. édit : UNOPA P 24.

3) LA QUALITE D'UN SERVICE MEDICO-SOCIAL.

*« Si nos entreprises, par un travail soigné, assurent la qualité de nos produits, il sera dans l'intérêt des étrangers de s'approvisionner chez nous et l'argent affluera dans le royaume. » Colbert le 03.08.1664 *(1)*

La qualité n'est pas un sujet d'aujourd'hui, mais elle est actuellement l'objet de théories. Je n'ai pas l'intention de dresser une liste exhaustive des critères de qualités, il n'y a pas de critères émergents spontanés au sein du secteur social. Par contre il se dégage une démarche qualité en quatre étapes :

- Un stade descriptif quantitatif et qualitatif à un moment donné. Le constat de la situation actuelle.
- Un stade analytique : quels sont nos critères et qu'attendons nous ?
- Une évaluation entre le stade descriptif et le stade analytique.
- Cette évaluation doit conduire à la prise de décision corrective en vue d'arriver à l'objectif fixé.

3-1) Les critères.

Malgré le flou, plusieurs critères ou liste de critères sont proposés. J.L.Joing dans son livre « L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux » publié aux éditions Privat formalise les critères qui pourraient servir aux choix d'une maison de retraite en adoptant l'arbre d'Ishikawa.

Source : l'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux, J.L Joing p 65...

*(1) Citation rapportée par J.L. Joing Les cahiers de l'actif n° 256/257

Le code senior élaboré par le G.E.R.I.A.P.A. (Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées) répertorie, en 1995, les bases d'un accueil de qualité :

- ◆ Une participation effective et continue de la personne âgée.
- ◆ Un équivalent du domicile.
- ◆ Une admission réfléchie.
- ◆ Un accord préalable, un contrat d'hébergement.
- ◆ Un règlement intérieur.
- ◆ Une structure participative : le conseil d'établissement.
- ◆ Un respect des droits des résidents.

Outre ces critères généraux, il en existe de plus pratiques : par exemple ceux émis par la CNAVTS ET CNAMTS dans les circulaires 62 bis-97 et DGR 77/97 du 24/07/97. Ceux-ci sont des critères architecturaux, concernant notamment les mètres carrés des chambres, l'existence d'un cabinet de toilette, etc.. Un critère plus politique : *« l'obligation d'un projet de vie pour les personnes hébergées en établissement lors de la création ou la rénovation de ceux-ci. »*

Cette obligation est reprise dans le cadre des conventions tripartites initiées dans le projet de réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. La loi du 24 janvier 1997 instituant la P.S.D. porte dans son titre V, création d'un projet de nouvelle tarification et son article 23 : « instaure une obligation de convention entre l'établissement, le conseil général, le préfet. »

Ces conventions conclues pour cinq ans devront préciser les conditions de fonctionnement des établissements : les objectifs et les modalités de prise en charge des résidents ainsi que les modalités financières et tarifaires. Elles devront aussi comprendre les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évolution. Il est à remarquer que cette loi met l'accent sur deux points : les projets et les conventions.

Les projets sont de plusieurs natures : projet d'association, d'établissement et individualisé. La convention met l'accent sur la qualité et notamment la qualité de vie dans les établissements.

3-2) Les projets.

*« Le projet en maison de retraite est donc avant tout un **projet humain**, et doit être construit avec cette conviction que l'humain, parce qu'il obéit à la double dimension individuelle et collective, est beaucoup plus difficile à gérer et à faire évoluer qu'un projet matériel. » *(1)*

* (1) R et M-C Vercauteren, J.Chapeleau « Construire un projet de vie en maison de retraite » Pratiques du champ social édit Erès 1993 P 35

La philosophie même de l'association et son projet rapidement développé précédemment indiquent les fondements du projet d'établissement. Ce projet, qui n'est qu'une ébauche car il a été discuté en conseil d'administration à l'occasion de la réflexion sur la création de l'établissement, a été présenté au personnel à l'ouverture.

C'est donc à partir de cette base que va s'établir le travail sur le projet d'établissement qui va permettre à tous (personnel à tous les degrés, résidents, familles, bénévoles) de s'exprimer. Ce point sera vu dans la troisième partie.

Cette ébauche de projet est composé de six points :

◇ « Se sentir chez soi » : c'est à dire pouvoir recréer son domicile en amenant ses meubles, en invitant qui l'on veut, entrer et sortir quand bon nous semble.

◇ « L'ouverture vers l'extérieur » : permettre la relation avec l'extérieur soit en allant ou en recevant l'extérieur, c'est aussi rester en contact avec l'actualité.

◇ « Les rapports avec les familles » : c'est prendre en compte les difficultés des familles, les faire participer à la vie de la maison par le biais de l'instance légale : le conseil d'établissement mais aussi dans le cadre de réunions, d'animations, etc..

◇ « L'animation » : c'est le moyen de se connaître, de parler, de communiquer.

◇ « La restauration » : moment important de la journée, c'est la rencontre avec les autres, c'est le plaisir, le désir, la gourmandise.

◇ « Bénéficiaire de soins adaptés » : c'est le libre choix du médecin, c'est la coordination des soins par l'infirmière, etc..

De ces six points partira le projet d'établissement. Cette réflexion sur le projet d'établissement conduira à améliorer le projet individuel même si celui-ci est déjà en germe car il était impensable de ne pas adapter à chaque personne âgée les soins, les relations, l'environnement.

Mais il est très difficile d'évaluer la qualité d'un service quand la base c'est à dire le projet n'existe pas. Cette réflexion sur le projet, outre ma volonté, celle du conseil d'administration et la demande d'une partie du personnel, est nécessaire du fait de la réforme de la tarification et notamment dans le cadre de la convention tripartite.

b) La convention tripartite.

La convention tripartite telle qu'elle ressort des propositions ministérielles devra indiquer de manière explicite certains éléments :

⇒ Le projet institutionnel.

⇒ La qualité des espaces (individualisés, collectifs, spécifiques).

⇒ La sécurité, l'accessibilité, l'hygiène.

⇒ Les modalités d'intervention d'un psychologue.

⇒ Le respect de la législation en vigueur.

⇒ Le pourcentage de personnel qualifié titulaire d'un diplôme reconnu.

⇒ Le développement des complémentarités entre les structures et les autres acteurs du réseau local.

Concernant le dernier point traitant de l'évaluation, mis à part la nécessité de la faire, rien n'est encore précisé sur le comment de l'évaluation, par qui, tous les combien

de temps, etc.. pour ce faire, les conventions devront répondre à un cahier des charges qui fixe trois objectifs :

⇒ Définir les éléments à prendre en compte, selon les spécificités de chaque établissement pour élaborer les conventions.

⇒ Déterminer les références garantissant aux résidents la qualité des services offerts et une prise en charge adaptée en fonction de la nouvelle tarification et des crédits de fonctionnement.

⇒ Evaluer les conditions d'adaptation des modes d'accueil et de prise en charge.

La personne âgée est donc l'élément central du cahier des charges.

*« Le sujet central du cahier des charges c'est la personne âgée, son autonomie et sa satisfaction. Les moyens à mettre en œuvre sont : le cadre de vie, l'organisation, et le professionnalisme des intervenants. La transparence du fonctionnement repose sur l'écriture et la diffusion du projet ainsi que les règlements intérieurs et le contrat de séjour. » *(1).*

C'est dans cette perspective d'une amélioration de la qualité de la vie en établissement qu'il me faut mobiliser au sein d'un même projet le personnel dans son ensemble afin d'assurer l'équilibre entre le sanitaire et le social.

* (1) In « réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées » édition FNADEPA, 1998, P 9.

III ° PARTIE : STRATEGIE POUR UN EQUILIBRE ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL AU SEIN DE LA RESIDENCE DES ONZE VILLES.

Actuellement la phase de démarrage étant terminée, il nous faut passer à la mise par écrit des principes qui ont vu le jour durant les trois premières années de fonctionnement.

Si le projet d'établissement présenté en deuxième partie sert de base, le fonctionnement a fait prendre conscience que d'autres valeurs émergent. Tout d'abord la notion d'usager-acteur. La personne âgée n'est plus celle qu'on prend en charge, c'est une personne citoyenne qu'on considère.

« D'abord une observation à propos de la prise en charge des personnes âgées. Une charge, au bout d'un moment, on n'a qu'une idée en tête, c'est de s'en débarrasser. Je préfère à « charge » le mot « considération ». »(1)*

Considérer la personne âgée, c'est la placer au centre du dispositif. C'est la prendre dans sa globalité. *« L'équipe gérontologique doit en effet prendre en compte la globalité de la personne dans ses dimensions somatiques, psychiques, sociales et culturelles ».*(2)*

Dans cette optique, j'ai mis en place des temps de réunion. Tout d'abord entre les personnels, à l'instar des réunions de synthèse qu'on rencontre dans d'autres établissements du secteur ; ensuite entre résidants et personnels, après entre résidants, familles et personnels.

Dans le même temps avec les délégués du personnel, j'ai envisagé le plan de formation. Il est impératif pour la résidence de professionnaliser le personnel. L'arrivée de la section de cure médicale a été un apport important dans le dispositif. L'assise sanitaire manquait à l'établissement mais la complémentarité sociale était inexistante c'est pourquoi la formation A.M.P. a été proposée.

*(1) M.Sibonni psychologue , directeur d'un centre de jour pour personnes âgées démentes, extrait d'une conférence : travailler auprès des personnes âgées en établissement de santé ; Paris Hôpital-expo 1996.

*(2) in « Les personnes âgées en institution : vie ou survie » C.Badey-Rodriguez edit : Seli Arslan 1997 P 142.

1) Médical, Social ou médico-social.

Comme je le rappelai dans l'introduction la prégnance du sanitaire est très importante dans le secteur de la personne âgée. La mutation actuelle de notre secteur doit inviter à s'interroger sur nos compétences techniques et relationnelles à chacun des moments de la vie en institution de la personne âgée.

Le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales dans sa mouture du 23 décembre 1998 insiste sur la place que doivent occuper les personnes aidées dans les établissements ou à domicile. Cette mutation se traduit par le passage du principe de « faire des soins à » à « prendre soin de ».

L'accueil, la sécurisation, le confort, l'animation de la vie, le maintien des capacités physiques et intellectuelles, la citoyenneté sont autant de notions qui doivent guider notre action.

C'est la démarche qui est instaurée en ce moment dans le cadre de la réflexion sur le projet de vie.

1-1) Le projet de vie, instrument du médico social.

Les deux documents présentés en annexe 5 et 6 ont été donnés au cours de réunion, mais présentés trop tôt, ils n'ont pas eu le rôle que j'en attendais. C'est pourquoi j'ai décidé de retravailler avec le personnel notamment le document 6.

La prise en compte de la personne âgée nécessite la prise en compte de son histoire, de sa culture, de son environnement. Les principes énumérés dans ce document sont des éléments incontournables : respect de la personne, confort matériel, hygiène, etc.. Mais il y a aussi des éléments totalement individuels propres à la personne âgée : le goût, les désirs, les loisirs. C'est par exemple telle personne qui ne veut participer à une sortie au cirque : « je n'aime ce genre de spectacle ! » ou telle autre personne qui veut être à table avec telle personne.

La personne âgée doit être actrice de son projet. Cette réflexion nous a permis de dégager quelques points : l'appropriation de la structure comme son lieu de vie, le respect de la dignité du résidant, le résidant considéré à travers ses relations sociales.

L'appropriation de la structure comme son lieu de vie c'est au départ le problème de l'accueil du résidant puis après, c'est lui permettre de vivre sans être écrasé par l'institution.

Le respect de la dignité : comment prendre en compte la personne qu'elle soit handicapée ou non, comment lui permettre son expression, c'est aussi la mise en place de l'accompagnement en fin de vie.

Le résidant considéré à travers ses relations sociales : comment garder le tissu social d'avant l'entrée, ou comment, éventuellement, agrandir ou restaurer le tissu social.

Telles seront les questions qui devront se poser au cours de nos réunions dans le cadre de la réflexion sur le projet d'établissement et du projet individuel.

*« Le projet doit être rédigé avec cet objectif final de dynamiser la structure toute entière. Dans ce cas, le projet devient une véritable « philosophie » propre à la maison de retraite dans son ensemble, philosophie partagée par tous personnel et résidants. » * (1).*

1-2) Le résidant comme acteur social et non comme objet de soin.

Le choix du résidant est important. On ne peut être acteur de sa vie et a fortiori de sa socialisation si la prise en compte des besoins spécifiques du résidant n'existe pas. Le choix du résidant c'est l'affirmation de soi et c'est aussi sa prise de risque.

Ce choix d'être acteur de sa vie en institution c'est l'accomplissement du désir des résidants. C'est le résidant qui décide de sa condition si l'établissement le laisse acteur de ses besoins. C'est par exemple le choix des vêtements. L'auxiliaire demande à la personne âgée ce qu'elle désire mettre comme tenue. Ce moment est bien souvent l'occasion de parler avec la personne car celle-ci demande le temps qu'il fait dehors afin d'adapter la tenue aux conditions météorologiques.

(1) R et M-C Vercauteren, J.Chapeleau « construire le projet de vie en maison de retraite » Pratiques du champ social édition : Erès 1993 P 62.

Les attentions que le personnel porte à la vie quotidienne du résidant augmentent l'individualisation et donc la qualité de vie en M.A.P.A.D.. Le choix laissé à la personne âgée lui permettra de rester autonome, de se gouverner elle-même et de s'affirmer en tant que personne. Cette prise en compte des besoins replace la personne dans l'institution.

L'organisation de réunions est nécessaire afin de partager la perception des besoins des personnes âgées. En effet, la connaissance théorique de la personne âgée a été apportée par la formation initiale. L'expression des besoins du résidant est différente suivant la personne. C'est pourquoi la mise en commun est importante.

2) LES REUNIONS.

La circulaire DH/FH3/ N° 96-124 du 20.02.96 ministère du travail et des affaires sociales, direction des hôpitaux stipule : *« Il est donc nécessaire de lancer ou relancer dans les établissements et structures qui prennent des personnes âgées une réflexion collective en liaison avec le corps médical, pour améliorer la réponse institutionnelle. »*

2-1) Les réunions du personnel.

En concertation avec le personnel, j'ai modifié l'horaire de travail afin de dégager le temps nécessaire aux réunions. Le temps de travail étant de quatre périodes de six heures, il nous fallait regarder tout d'abord quel était pour nous le temps de réunion qui nous semblait nécessaire ? Ensuite de quel temps pouvions-nous disposer ?

Le temps nécessaire est de deux heures par semaine, c'est le rythme qui aurait été idéal. Il permet un ajustement plus précis de l'aide individuelle. Mais il était difficile de dégager une demi-heure par jour de travail. C'est pourquoi nous avons opté pour une réunion de deux heures tous les quinze jours, ce qui fait que le temps de travail est de quatre périodes de cinq heures trois quart. Pour le CANTOU, c'est différent nous avons pu organiser une réunion de deux heures toutes les semaines car il y a un peu plus de personnel.

Ces réunions permettent de prendre connaissance de la personne âgée, de ses réussites, de ses difficultés. Car chaque personnel a une approche différente de la

personne. C'est aussi le moment de réflexion sur le pourquoi de notre travail, donc sur le projet d'établissement.

a) Le déroulement.

Afin de ne pas interrompre le service auprès des personnes âgées et aussi pour permettre à tous de s'exprimer, le personnel a été divisé en trois groupes. La résidence des Onze Villes est de plain-pied, il n'y a pas de secteur à l'exception du CANTOU, tout le personnel s'occupe de toutes les personnes âgées.. Ainsi trois réunions sont animées par l'infirmière coordonnatrice ou moi-même.

Les trois groupes ont été voulus pour ne pas devoir réunir tout le personnel en même temps c'est à dire 45 personnes ; de ce fait beaucoup de personnes ne s'exprimeraient pas et il est impossible de laisser les résidants sans personnel durant deux heures. Je constitue les groupes de travail afin qu'ils ne soient pas toujours les mêmes pour ne pas figer ou scléroser l'équipe.

L'ordre du jour est généralement affiché une semaine avant : quelles seront les personnes âgées dont on va discuter ou quelles sont les difficultés rencontrées. Un temps libre est laissé afin de parler d'une personne âgée qui aurait des problèmes et qui ne serait pas programmée ou pour laisser une expression plus libre au personnel.

Ces réunions autorisent une meilleure coordination de l'équipe et surtout d'avoir des objectifs communs. Elles offrent la possibilité de prendre un certain recul face au travail et donc de :

- comprendre les difficultés et les différents besoins des membres de l'équipe.
- percevoir ce qui motive ou démotive les personnels.

La difficulté étant que chacun puisse s'exprimer, il me faut faire attention aux leaders et donc donner la parole à tous.

Je respecte le temps imparti et l'ordre du jour ; quelquefois cela est difficile car il y a des dérapages, il faut recadrer et revenir au sujet. A la fin de la réunion, je garde un temps afin d'établir ensemble un compte-rendu qui sera accepté par tous les membres présents.

b) Les résultats.

Le compte-rendu servira pour la synthèse des trois réunions. L'approche d'une personne étant différente d'un personnel à l'autre, d'une fonction à l'autre, de même la demande de la personne âgée sera différente en fonction de la personne qu'elle aura en face de soi. C'est Mme X qui malgré sa maladie d'Alzheimer, reconnaîtra telle aide soignante et sera plus enjouée.

Or, il faut mettre en commun ces relations et surtout les faire partager à travers le fichier du résidant. Une personne absente pour quelles que raisons que ce soit doit pouvoir reconstituer l'histoire du résidant et à plus forte raison quand la grande majorité du personnel est à temps partiel, la communication par écrit est essentielle.

Les remarques portées sur le fichier du résidant sont reprises en réunion et analysées et/ou complétées, ce qui permet d'affiner l'aide apportée à la personne.

Les résultats de telles réunions rejaillissent sur le travail et sur l'organisation du travail. La loi des trente cinq heures a été pour moi une aide importante à la réflexion.

2-2) Les réunions concernant la mise en place de la réduction du temps de travail.

La loi n° 98-461 du 13 juin 1998, les décrets et circulaires d'application ont mis en place la réduction du temps de travail. Pour nous aider dans cette réflexion, le législateur a donné la possibilité pour les entreprises de bénéficier d'une aide financière pour l'emploi d'un cabinet conseil extérieur.

La circulaire ministérielle du 24 juin 1998 spécifie que la durée de l'appui conseil sera fixée par la D.D.T.E.F.P.. A titre indicatif, la circulaire précise des durées moyennes en fonction de la taille de l'entreprise, exemple : une entreprise de moins de 20 salariés peut prétendre à cinq jours d'appui conseil, une entreprise de 21 à 50 salariés entre 5 et 9 jours. L'état prend en charge les cinq premiers jours d'aide dans la limite de 5 500 F HT par jour, au delà du cinquième la prise en charge est réduite à 70 % du coût.

Le choix du consultant s'est fait après les rencontres entre les cabinets conseils contactés, la présidente de l'association et moi-même. Le cahier des charges est fixé par la circulaire ministérielle précédemment citée. Nous avons opté pour le cabinet

conseil qui présentait les meilleures références et qui connaissait le mieux le secteur médico-social et en particulier le domaine des personnes âgées.

Depuis trois ans que l'établissement est ouvert, il semblait intéressant de prendre du recul pour faire le point sur l'organisation du travail et sur ce qui soutenait cette organisation.

Le consultant a la charge de voir avec le personnel et moi-même comment réduire le temps de travail, mais surtout dans quel but fait-on cette réduction et quelle amélioration de l'accueil et de la vie du résidant ceci peut nous apporter.

Cette étape qu'est la négociation de la réduction du temps de travail doit permettre de gérer l'organisation du travail, sur l'évolution des métiers, la formation des personnels et de réfléchir sur les systèmes d'informations mis en place.

Le travail de concertation sera mené en quatre phases :

- Le diagnostic.
- L'étude de faisabilité.
- Les scénarios d'organisation.
- L'accompagnement et l'évaluation

Cette méthodologie est proche de la démarche projet. Aussi, avec le cabinet consultant il a été décidé de travailler en même temps : la réduction du temps de travail et le projet d'établissement. Le cabinet conseil connaît bien le secteur social et médico-social. Il est pour moi impossible de parler de l'organisation du travail c'est à dire du comment travailler s'il n'y a pas eu avant de réflexion sur le pourquoi travailler et ce pourquoi, c'est le projet d'établissement.

L'information auprès des salariés a été engagée puis après avec le cabinet conseil, un comité de pilotage a été créé. Il est composé d'un représentant de chaque profession c'est à dire : une aide-soignante, une maîtresse de maison, une auxiliaire de vie, une auxiliaire de vie C.A.N.T.O.U., l'animatrice, une secrétaire, l'infirmière, le directeur, l'agent d'entretien.

Pour certaines réunions qui seront plus en rapport avec le projet d'établissement s'y adjoindront : deux représentants des résidants, deux représentants des familles (une M.A.P.A.D. et une C.A.N.T.O.U.) et un représentant du conseil

d'administration . Ceci permettra de regrouper tous les acteurs de la résidence bien que des réunions existent déjà.

Un accord est maintenant formalisé. Il comprend outre la réduction du temps de travail, une augmentation de travail des temps partiels mais cette augmentation n'a pas été voulue comme un temps supplémentaire au quotidien mais comme une démarche demandée aux volontaires qui ont accepté cette augmentation de temps de travail.

C'est à dire que ce temps de travail évalué à 4 heures par mois est un temps particulier. Il peut être cumulé donc huit heures sur deux mois ou quarante huit heures sur l'année peu importe. Il est là pour des actions d'esthétique, d'animation, de socialisation (transferts, sortie, etc..). Les personnels peuvent se grouper, mais en tout état de cause cela ne peut se faire que s'il y a un projet concret et chiffré.

2-3) Les réunions inter-acteurs.

Outre les lieux de discussions organisées pour le personnel, il existe des rencontres où se retrouvent les résidants, les familles, le personnel et les bénévoles administrateurs ou non.

Ces réunions ont soit une base légale : le conseil d'établissement soit tout simplement : désir de concertation. Ce type de rencontre a aussi la volonté de donner ou redonner la place citoyenne à la personne âgée. Elle devient ainsi le porte parole, le représentant des autres et donc assure un rôle social. *« En acceptant de considérer les choses sous cet angle, la constatation évidente : quand on devient dément, on perd sa citoyenneté, n'occulte plus une autre constatation qui crève tellement les yeux qu'elle rend généralement aveugle : quand on devient vieux, on perd tout ou partie de sa citoyenneté et on est en péril de démence. »*(1).*

* (1) J.Maisondieu, in « les cahiers de la FNADEPA » n° 40 - 3° trimestre 1995 P 3.

a) Le conseil d'établissement.

La loi du 30 juin 1975 en Art 17 et le décret n° 78-377 du 17 mars 1978 instituent le conseil de maison pour les établissements privés faisant appel au financement public. La loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 élargit l'obligation à tous les établissements visés à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975, qu'ils soient de statut public ou privé, qu'ils bénéficient de financement public ou non.

Le décret n° 85-114 du 17 octobre 1985 rend obligatoire dans les établissements d'hébergement des personnes âgées le conseil d'établissement (en 1985, le conseil de maison est remplacé par le conseil d'établissement.).

En 1991, le décret 91-1415 du 31 décembre 1991 rend obligatoire le conseil d'établissement à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

C'est un lieu d'expression, de concertation, de revendication. La présence de tous les acteurs aboutit à une meilleure compréhension des besoins, des désirs de chacun. Comme je le disais dans la deuxième partie, l'investissement par le personnel de la résidence comme un lieu de travail à l'inverse des résidents et des familles qui l'investissent comme leur lieu de vie provoque des dissensions qui s'expriment souvent dans le cadre du conseil d'établissement. C'est par exemple, pour les résidents, la façon de faire le ménage ou de déplacer des objets (l'objet doit être là et pas ailleurs) ; si pour l'auxiliaire de vie ce n'est pas important, pour la personne âgée cela l'est.

Même si les discussions sont parfois vives elles offrent à tous la possibilité de s'exprimer et chaque personne a le rôle important d'interface entre le conseil et les autres personnes qui les ont élues. Un compte-rendu est remis à chaque membre du conseil et publié dans le journal après approbation.

b) La commission menu.

Bien qu'elle ne soit pas régie par un texte de loi, elle est, pour les résidents, un endroit d'expression important. C'est le concret de leur vie. Là, ils y disent leur goût, leur préférence, leur désir, leur culture c'est l'exemple de cette personne âgée d'origine polonaise qui a demandé de manger du borchchtch.

C'est l'affirmation de leur histoire, il n'est pas rare au cours de ces réunions que la discussion parte sur des moments qui ont marqué leur vie : les périodes de guerre,

leur enfance, etc.. C'est aussi l'expression de leur existence en tant que personne qui avait un rôle social, une utilité. Elle donne leur recette, leur façon de faire tel ou tel plat. Si bien que souvent on entend dire que les personnes âgées ne pensent qu'à elle, c'est peut-être et même sûrement parce qu'elles n'ont plus de rôle social.

Cette réunion se déroule au cours d'un repas ce qui permet une approche plus conviviale de la réunion.

c) La commission d'animation.

Cette association s'est créée à partir de bénévoles qui ont entrepris en relation avec l'animatrice des actions d'animation. Elle est composée maintenant de bénévoles, de résidents, de familles et de personnel. Cette association permet de fédérer les différentes composantes de la résidence. C'est le point central des moments forts de l'animation.

Ces lieux différents d'échange permettent premièrement de diffuser, de recueillir les informations et donc d'améliorer la qualité de la vie. L'amélioration de la qualité de la vie oblige à remettre en cause ses habitudes de travail, ses pratiques, ses certitudes : cette rigidité institutionnelle qui est quelquefois si paisible à vivre.

Mais ces lieux permettent de percevoir un certain épuisement du personnel car le travail auprès des personnes âgées est éprouvant : *« Le déficit éprouvé face à des vieillards qui ne peuvent représenter des modèles d'identification satisfaisants va entraîner une profonde souffrance. »*(1).*

C'est pourquoi, outre les lieux de paroles, l'actualisation des compétences, de son savoir par la formation permet de se libérer de son angoisse, ses peurs.

3) LA FORMATION.

« Les professionnels de la gérontologie ont des besoins de formation croissants parce que ce secteur est en pleine mutation : diversification des structures, élargissement du champ de la prise en charge, qui s'étend de l'extrême dépendance physique et psychique au soutien social et économique, multiplication des acteurs et des métiers. »(2)*

* (1) C Badet-Rodriguez « Les personnes âgées en institutions : vie ou survie » édition Seli Arslan 1997 P 141.

*(2) J.J Amyot « travailler auprès des personnes âgées. » édition Dunod deuxième édition P 145.

La formation est le deuxième point du travail sur le projet institutionnel. Premièrement, comment la formation s'articule-t-elle dans le projet ? La formation n'est pas une fin en soi mais un tremplin dans les projets. Deuxièmement, quelle formation proposer, qui faire partir en formation, sous quels critères ? Troisièmement, la formation aide à faire face à des publics différents de la population accueillie habituellement.

3-1) La formation articulation du projet.

La formation doit s'articuler avec le projet en amont par l'acquisition d'une même culture et en aval par l'acquisition de connaissances et compétences qui permettent de réaliser les objectifs du projet.

a) En amont du projet.

En amont du projet, c'est la préparation du changement : changer d'état d'esprit afin de développer un esprit d'équipe où chacun doit évoluer selon ses compétences. Le travail en équipe oblige à fixer des objectifs institutionnels clairs et à décider en équipe des projets individualisés. Or pour préparer ces objectifs et réaliser les projets individualisés il faut un langage commun apporté par la formation. Derrière certains mots quelles réalités mettons-nous ? Issues de formations différentes ou quasi sans formation les personnes pourront évoquer des représentations différentes d'un même concept.

*« Cela signifie que ce n'est pas la fonction qui définit le mode d'approche d'une personne âgée mais la conception homogène de la dignité, de la citoyenneté, et au final de l'être humain que doivent avoir les intervenants. » * (1)*

La formation permet l'appropriation d'une culture, l'approfondissement de connaissances, qui serviront dans l'élaboration du projet.

L'embauche des auxiliaires de vie et des veilleuses de nuit s'est faite comme signalé auparavant haut. Avec le conseil d'administration, il avait été décidé que les auxiliaires de vie entreprendraient une formation. Nous avons pris contact avec un lycée professionnel de Somain (ville limitrophe de Rieulay) qui formait des jeunes aux carrières sanitaires et sociales.

(1) B.Dherbey, P.Pitaud, R.Vercauteren « La dépendance des personnes âgées » pratique du champ social, édition res 1996, P115.

Ce dernier nous a aiguillés vers son centre de formation continue avec qui nous avons mis au point la formation. Le personnel embauché n'avait pas une qualification technique importante, pour beaucoup, la seule formation a été celle donnée au cours des six mois qui ont précédé l'ouverture. Avant l'entrée en formation, sur les 28 personnes retenues : 55 % n'avaient jamais travaillé avec les personnes âgées, 41 % avaient effectué des C.E.S. dans des hôpitaux, des maisons de retraite, etc.. 4 % avaient travaillé auprès de personnes âgées et la qualification générale se décompose comme suit :

QUALIFICATION	NOMBRE	%
Niveau 6	10	24,59
Niveau 5	22	53,66
Niveau 4	7	17,07
Niveau 3	2	4,88
Total après S.C.M.	41	100

Le financement de la formation a été assuré par la D.D.T.E.F.P (Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle), ce qui a permis aux stagiaires d'être payés durant cette formation. Cette prise en charge nous a obligés à embaucher du personnel qui répondait à certains critères :

- Chômeurs de longue durée.
- Femmes isolées.
- Bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion.

Ces obligations ne nous ont pas pesé car la région étant particulièrement sinistrée, peu de candidatures ne répondant pas à ces critères nous sont parvenues.

Le contenu de la formation était réparti en 11 modules plus des stages pratiques. La formation a duré 6 mois (865 heures).

◆ Module 1 : Alimentation et repas. Notions d'hygiène alimentaire, besoins nutritionnels, préparation des repas

◆ Module 2 : Hygiène et sécurité. Hygiène corporelle, incontinence, prévention des accidents (dans ce cadre passage du AFPS/ attestation de formation premier secours).

◆ Module 3 : Entretien du logement. Technique d'entretien, la désinfection, les différents produits.

◆ Module 4 : Entretien du linge : les différents textiles, les codes d'entretien, un peu de couture.

◆ Module 5 : Connaissance des personnes aidées. Caractéristiques des familles, facteurs culturels, principaux problèmes.

◆ Module 6 : Les personnes âgées. Le vieillissement, les notions d'ergonomie, l'aide à la personne, la vie sociale, la sexualité.

◆ Module 7 : Les personnes handicapées. Définition du handicap, conséquences physiques, sociales, psychologiques.

◆ Module 8 : Relations avec les personnes aidées. L'écoute, les attitudes professionnelles, l'accompagnement en fin de vie, la mort, le deuil.

◆ Module 9 : Environnement des personnes aidées. La législation, les politiques sociales, la sécurité sociale, les démarches administratives.

◆ Module 10 : Rôle de l'auxiliaire de vie. La situation professionnelle : responsabilité, respect des droits de la personne aidée. Les méthodes de travail : observer, analyser, agir, transmettre l'information.

◆ Module 11 : Connaissances générales : Expression française, mathématiques, vie sociale et professionnelle (secret professionnel).

◆ Stages pratiques : 3 fois 4 semaines dans des établissements de même type que la MAPAD.

A la fin de cette formation, j'ai rencontré, avec la responsable de la formation, et la présidente de l'association, toutes les auxiliaires de vie une par une afin de faire le bilan de leur formation et leur ai demandé de bien vouloir se positionner dans leur travail soit un travail d'auxiliaire de jour, soit de nuit ou un travail de lingère. Par chance la répartition entre les auxiliaires s'est faite au cours des entretiens et les personnes qui se sont positionnées sur les postes correspondaient au nombre demandé.

Ceci m'a permis d'avoir un personnel ayant reçu une formation à quelque niveau qu'il se trouve. Car, par manque de personnel, et afin d'avoir deux personnes la nuit, j'ai dû organiser le service d'entretien du linge la nuit. Les lingères ont reçu la même formation car ce n'est qu'à la fin de la formation qu'elles se sont positionnées par rapport au poste. La nuit, il y a donc une lingère et une auxiliaire de vie qui s'entraident dans leurs tâches respectives.

b) En aval du projet.

C'est, dans le cadre du projet que les formations seront entreprises. Le repérage des manques par rapport au projet permettra la mise en place de formations plus ciblées et plus spécifiques à l'établissement. Là nous aurons des formations qui ne seront pas généralistes mais qui auront des thèmes précis tels que : l'alimentation de la personne âgée, les ateliers mémoire, l'agressivité chez la personne âgée, etc..

C'est pourquoi l'élaboration du projet d'établissement est une priorité pour la Résidence des Onze Villes, même si ce projet n'est pas sans répercussion sur l'organisation du travail et de l'institution.

3-2) Les critères de formation.

Actuellement, il m'a fallu évaluer les besoins en formation et cela avec quels critères ; ensuite, qui envoyer en formation et devant le nombre de demandes de formation qui choisir et avec quels financements ?

a) L'évaluation des besoins.

Parmi les personnes ayant une formation niveau 5 et au dessus, 10 ont un diplôme sanitaire ou médico-social. C'est pourquoi le conseil d'administration avait décidé la formation avant l'entrée des auxiliaires de vie et savait dès ce moment-là que cette formation ne pourrait être qu'une base mais qu'elle permettrait d'acquérir le minimum nécessaire, une culture commune et qu'une formation plus construite et même diplômante serait nécessaire. Quelle formation choisir ?

b) Quelles formations ?

Deux possibilités s'offrent à moi soit des formations de longues durées diplômantes, soit des formations de plus courtes durées à l'extérieur ou en intra. Les deux solutions ont été retenues, le budget formation s'élève à environ 50 000 F, c'est pourquoi j'ai décidé après avis des délégués du personnel, de diviser la somme et d'engager 40 000 F dans des formations de longues durées et 10 000 F pour les formations de plus courtes durées.

⇒ Les formations de longues durées.

La demande qui m'était faite par des membres du personnel était de passer le C.A.F.A.S.(Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Soignant). A cette demande, j'y voyais trois inconvénients : le premier, c'est une formation qui ne se fait pas en alternance ; le deuxième : c'est un concours d'entrée ; le troisième : c'est le côté sanitaire de la formation.

Si le premier inconvénient pouvait encore se lever par le biais du congé individuel de formation (C.I.F.), il n'était pas certain que le C.I.F. soit accepté dès la première demande et nous entrevoyons le deuxième inconvénient celui du concours d'entrée, en effet si une personne a le concours d'entrée et pas le C.I.F., elle ne peut partir en formation et le résultat au concours est perdu, inversement si elle obtenait le C.I.F. et qu'elle n'est pas reçue au concours le problème reste entier.

Le troisième inconvénient est plus d'ordre culturel. Le conseil d'administration et moi-même avons toujours essayé de ne pas transformer l'établissement en une structure sanitaire.

Nous voulons rester dans le domaine médico-social. Or, la formation d'aide-soignant renvoie une image très médicale de l'aide à apporter aux personnes âgées. J'ai donc préféré orienter le personnel vers la formation d'Aide Médico Psychologique (A.M.P.). Celle-ci cassera le moule sanitaire et permettra d'élaborer une nouvelle culture qui ne se limite pas aux soins. Elle accompagne les mutations du secteur. L'arrivée de population beaucoup plus âgée et dépendante demande une démarche d'aide individuelle de plus en plus importante. Chaque résidant a une attente différente.

Cette formation permet d'une part à la personne se formant d'avoir une qualification diplômante et d'autre part d'approfondir leur connaissance théorique soutien de leur pratique du fait de l'alternance de la formation.

L'article un de l'arrêté du 30 avril 1992 instituant le certificat d'aptitude aux fonctions d'A.M.P. stipule : *« Il est institué un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico psychologique destiné aux personnes qui participent à l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes au sein d'équipes pluri-professionnelles et sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical afin de leur apporter notamment l'assistance individualisée que nécessite leur état psychique ou physique. »*.

C'est une formation qui se situe dans le médico-social prenant la globalité de la personne et non simplement le côté médical. De plus la formation d'A.M.P. ouvre sur d'autres catégories du secteur social ou médico-social et depuis quelques mois, l'établissement est confronté à l'accueil de populations différentes. Je développerai ce point ultérieurement. Cette formation permet au personnel de prendre du recul par rapport à son travail. La confrontation avec des personnels d'autres établissements apporte une vision plus professionnelle du travail

⇒ Les formations de courtes durées.

Elles sont établies en fonction de points précis : soit concernant le travail auprès des personnes âgées tel que l'accompagnement en fin de vie, l'attitude face à l'agressivité soit concernant le travail administratif : tel que le nouvel arrêté sur l'hygiène en cuisine, la comptabilité, etc..

Actuellement, je les destine plus au personnel administratif dans le cadre de la comptabilité, et de la nouvelle tarification.

Une fois les formations établies, qui envoyer et selon quels critères ?

Luc DUPUICH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2000

b) Les critères de choix du personnel.

Une réunion d'information a été organisée pour le personnel sans caractère obligatoire de s'y rendre. Quelques membres du personnel se sont excusés bien qu'intéressés. Dix autres étaient présents.

J'ai présenté les différentes formations, les financements possibles et ai précisé que seules quatre personnes pourraient partir en formation A.M.P. car le coût de la formation est de 10 000 F / an. Il me fallait choisir quatre personnes mais sous quels critères ? L'obtention d'un financement complémentaire exceptionnel par l'organisme collecteur m'a permis de faire partir 7 personnes en formation A.M.P.

Premier critère : l'emploi. Deux catégories sont pour moi prioritaires : les maîtresses de maison et les auxiliaires de nuit. Les auxiliaires de nuit, parce que l'ambiance du travail est particulière, les résidants sont quelques fois angoissés, l'approche psychologique est différente. Bien souvent, les auxiliaires ne peuvent partager avec d'autres membres du personnel leurs ressentis. Pour les maîtresses de maison, la situation est à peu près identique, elles sont confrontées à des personnes âgées démentes, la communication non verbale est importante ainsi que l'animation.

Les sept premières personnes à partir dans le cadre de la formation A.M.P. seront deux auxiliaires de nuit, une maîtresse de maison, trois auxiliaires de jour et une auxiliaire de jour spécifiquement rattachée au CANTOU. Les deux auxiliaires de nuit ont été choisies outre ce que j'ai évoqué précédemment, du fait qu'elles habitent le même village ce qui facilite leur déplacement, car pour des raisons financières et après avis des délégués du personnel, nous avons choisi de ne pas rembourser de façon importante les déplacements et les repas.

La maîtresse de maison parmi quatre en fonction, a été choisie par un critère d'âge. La motivation et l'ancienneté dans le poste étant la même, j'ai choisi de faire partir la plus âgée qui en même temps avait une plus grande expérience auprès des personnes âgées. Quant à l'auxiliaire de jour CANTOU et les auxiliaires de jour, ce sont celles qui m'ont semblé les plus motivées car elles m'avaient questionné sur les formations et en particulier sur cette formation avant même que je n'en parle.

Proposer des formations, permettre aux personnels de partir en formation, c'est une chose mais comment financer et organiser cela ?

c) Le financement de la formation.

Lors d'une réunion avec les délégués du personnel, nous avons convenu que les personnes partant en formation seraient remplacées a minima c'est à dire que les semaines où elles ne seraient pas là, les équipes travailleraient comme en week-end. Le remplacement se ferait en augmentant le temps de travail des titulaires volontaires. Pendant le temps du stage de six semaines à l'extérieur de l'établissement, il y aura remplacement par des contrats à durée déterminée et ceux-ci seront financés sur les exonérations de 30 % de charges patronales de sécurité sociale accordées sur le salaire des personnes travaillant à temps partiel.

Ces formations permettront d'augmenter la connaissance des personnels sur les personnes âgées et sur d'autres publics auxquels nous nous trouvons confrontés.

3-3) La formation pour faire face aux différents types de publics accueillis.

L'augmentation de la durée de la vie apporte un nouveau phénomène qui n'est pas sans interpeller les acteurs du secteur médico-social : c'est l'apparition de personnes handicapées mentales âgées, des groupes de travail se constituent afin de réfléchir sur ce nouveau problème, les établissements sont-ils adaptés, le personnel est-il formé à cette nouvelle population ? Comme nous le montre le tableau ci-dessous, le différentiel entre les espérances de vie a considérablement augmenté.

Catégories	1972-1979/8 ans	1980-1990/11 ans	Différentiel
Nombre de décès	142	144	
Nombre de décès moyen par an	17,75	13,09	
Toutes catégories de handicaps (A.M.D.)	47,31 ans	59,77 ans	+17,46 ans
Déficience moyenne et légère maladie mentale (A.M.D.)	64,46 ans	70,23 ans	+5,77 ans
Déficience profonde et polyhandicaps (A.M.D.)	30,16 ans	49,31 ans	+19,15 ans
Trisomiques (tous niveaux) (A.M.D.)	34,73 ans	48,56 ans	+13,83 ans
Polyhandicaps sévères (A.M.D.)	27,20 ans	37,36 ans	+10,16 ans
A.M.D : Age Moyen de Décès.			

* Tableau extrait de l'ouvrage : « Le vieillissement des personnes handicapées, recherches françaises et européennes » sous la direction de : G. Zribi et J. Sarfaty édition E.N.S.P.

C'est ainsi que plusieurs demandes ont émané de familles de personnes âgées qui désiraient que la résidence accueille leur maman et son fils (ou sa fille) handicapé(e) mental(e). Mais le personnel n'est pas préparé à aider des adultes handicapés mentaux.

Il est certain que deux problèmes se posent : doit-on accepter d'accueillir des personnes handicapées mentales avec leur(s) parent(s) ? Y a - t- il une limite au nombre de personnes handicapées accueillies ?

A la première question, j'ai répondu par l'affirmative. Tout d'abord d'un point de vue administratif, après m'être renseigné auprès du Conseil Général du Nord, celui-ci m'a confirmé son accord pour l'accueil de personnes de moins de 60 ans à condition qu'elles soient avec leur père ou leur mère.

Cet accueil interpelle l'équipe sur la réponse à donner en terme d'aide. Car si l'aide à la vie courante n'a pas posé de graves inconvénients, la question de l'autonomie de la personne handicapée était une source de débat. La Résidence des Onze Villes offre-t-elle les possibilités éducatives nécessaires au maintien de l'autonomie, permet-elle de conserver les acquisitions précédentes ? Une autre question a été étudiée : la sexualité. Comment appréhender ce délicat problème entre les personnes âgées et les personnes handicapées ?

Ces deux questions n'ont pas trouvé de réponses générales mais des solutions au coup par coup. C'est par exemple faire qu'une personne handicapée mentale continue à se laver, à s'habiller alors qu'elle voudrait que l'on fasse comme à sa mère, c'est l'amener en salle d'animation pour la réalisation de travaux manuels. Quant à la sexualité, le problème est beaucoup plus délicat car c'est la notion d'abus qu'on voit poindre dans ces relations. En effet, ce ne sont pas des personnes handicapées entre elles mais des personnes âgées et des personnes handicapées. Il n'est pas question à la résidence des Onze Villes d'entraver la sexualité des personnes âgées « *La tolérance institutionnelle jouera un rôle déterminant pour que chaque personne accueillie puisse rester actrice de sa vie et demeurer un être sexué.* »*(1). C'est la position que nous avons.

L'aide apportée aux personnes handicapées s'est faite en deux temps. Tout d'abord, nous avons demandé à la famille les habitudes, le mode de vie afin de réaliser le mieux possible l'aide. Ensuite, j'ai proposé la mise en place de la formation d'A.M.P. qui permettra de mieux connaître ce type de population.

* (1) « Guide de l'action gérontologique » sous la direction de J.J Amyot édition DUNOD P 275.

Au décès du père ou de la mère, la personne restera dans l'établissement et la prise en charge en sera plus importante.

Quant à la deuxième question je n'ai pas actuellement de réponse ferme et définitive, c'est plus en fonction du sentiment d'acceptation des autres et de la tolérance des personnes âgées. En même temps, je ne peux imposer aux résidants un trop grand nombre de personnes handicapées mentales qui risquent de demander un surcroît de travail au personnel si bien que ce dernier ne serait plus disponible pour les personnes âgées ou alors il faut réexaminer la destination même de l'établissement. Les hospices sont en train d'être humanisés, ce n'est pas pour recommencer à en recréer. De cette question, il sera bien d'en débattre en conseil d'administration, en réunion de personnels, en conseil d'établissement.

CONCLUSION.

Donner un sens au travail avec les personnes âgées dont l'entrée en établissement marque souvent une rupture, rechercher ce qu'une personne âgée peut entreprendre et cela quelles que soient ces incapacités physiques ou psychiques, sont autant de moyens de motiver une équipe qui prendra conscience des valeurs qui fonderont son action.

C'est pourquoi la formation reste pour moi la meilleure voie qui permettra à chaque personnel d'acquérir les connaissances nécessaires à l'action.

Cette démarche ne va pas sans questionnement, le regard théorique que l'on pose sur la réalité du travail peut déranger les habitudes. Or analyser les dysfonctionnements dans son travail, regarder les améliorations possibles et éviter de sombrer dans une routine facile mais dangereuse sont autant de raisons qui militent pour la formation.

La formation médico-sociale, parti pris par l'association et moi-même, permettra de faire face aux mutations de notre secteur et surtout aux nouvelles populations qui vont arriver dans nos établissements.

Le vieillissement des personnes handicapées fait que nous devons accueillir de plus en plus de personnes correspondant à d'autres critères. Il est temps de se préparer.

L'autre difficulté de nos prochaines années, sera de faire de moins en moins sentir le poids du collectif, non pas en plébiscitant l'individualisme, le chacun pour soi, mais en se recentrant sur la personne âgée.

Certes, le manque de personnel n'autorise pas toujours d'aller aussi loin qu'on le voudrait. Le travail du directeur est de mobiliser le personnel pour une meilleure qualité de vie des résidents pour que le personnel soit dépositaire et acteur du projet.

C'est aussi faire notre, cette phrase qui est raison de notre action et de notre engagement associatif : « *La primauté de l'homme appelle un projet pour l'usager et non une offre pour le client.* ».* (1)

*(1) Editorial de B.Delaval « Pont des Associations » U.R.I.O.P.S.S. Nord Pas de Calais juillet / août 1998.

En effet, la démarche que j'ai prise avec le conseil d'administration est une démarche associative. A-t-elle encore un sens aujourd'hui où de plus en plus l'action des sociétés commerciales est importante dans le secteur des personnes âgées ? Doit-on laisser se développer la normalisation des maisons de retraite par des démarches qualité où seule la notion de client sera prise en compte ? C'est autant de questions que l'on peut se poser à un moment crucial pour les établissements pour personnes âgées qui vont vivre une réforme qui verra la prise en compte de la dépendance comme moyen d'élaboration des prix de journée. Ceci nous permettra-t-il de mettre en œuvre les projets de vie ? Seul l'avenir nous le dira.

ANNEXES.

ANNEXE 1 : Graphique espérance de vie Nord Pas de Calais.

ANNEXE 2 : Plan général de la résidence.

ANNEXE 3 : Plan d'un studio.

ANNEXE 4 : Photographies.

ANNEXE 5 : Méditation souriante.

ANNEXE 6 : Extrait d'un dossier d'examen d'entrée à une école d'aide soignante.

ANNEXE 7 : Les 6 Groupes Iso-Ressources (G.I.R.).

ANNEXE 8 : Eloignement géographique des résidants.

ANNEXE 6

« Extrait d'une lettre écrite par une infirmière à une soignante qui pourrait avoir à la soigner dans un service de gériatrie en l'an 2010. »

« Qu'on me permette avant toute chose de me présenter, car en l'an 2010, j'aurai 70 ans et il se pourrait que je sois l'un de vos patients. Comme je risque d'être incapable de vous communiquer alors mes désirs, je profite de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de le faire, et vous dire comment j'aimerais que l'on me soigne, si je devais faire un séjour prolongé en gériatrie.

Tout d'abord, je voudrais conserver mon identité : je suis Mme Mills, et c'est ainsi que je souhaite que l'on m'appelle. Je ne veux pas devenir « même » ou « Rose » ou « la dame du lit numéro neuf », mais garder le nom auquel j'ai toujours été habituée, rester Mme Rosemary Mills.

Une des choses les plus importantes pour moi est l'indépendance. Pourrai-je bénéficier d'une chambre individuelle ? Probablement pas, mais alors, infirmière, voudrez-vous bien veiller à ce que les rideaux soient tirés autour de mon lit lorsque l'on procède à ma toilette ou à mon habillage ?

Si l'on doit me laver, voudrez-vous bien vous assurer que l'eau est assez chaude, et non pas tiède. Je ne supporte pas de faire ma toilette à l'eau froide, et je le supporterai encore moins lorsque je serai âgée. Veillez s'il vous plaît à bien m'essuyer, car il n'y a rien de plus désagréable que d'être à moitié sec. Si l'on me baigne, que l'on ménage mon intimité et ma dignité dans la mesure du possible. Soyez assez gentille pour chauffer ma serviette de toilette, je vous en serai très reconnaissante. En tant qu'infirmière, j'ai toujours fait très attention à mes ongles, aussi j'espère qu'on les gardera courts et propres ; d'autre part, j'aurai probablement besoin de soins de pédicure toutes les deux ou trois semaines.

Si je ne suis pas capable de m'habiller moi-même, j'espère que l'infirmière qui s'en occupera s'efforcera de soigner mon apparence. J'aimerais qu'elle veille à harmoniser mes tricots et mes blouses à mes jupes, mes cardigans à mes robes. Qu'on ne m'attife pas de vieux bas ou de collants filés, qu'on ne laisse pas mon jupon dépasser du bas de robe, et de grâce, qu'on ne noue pas mes bas juste au dessus du genou ! Et puis, pourrai-je avoir les cheveux coiffés une fois que je serai habillée ? Ah, bien sûr, j'espère que vous n'oublierez pas de me laver les dents !

J'aimerais être coiffée une fois par semaine, mais qu'on ne s'avise pas de me mettre des barrettes ou des rubans de couleur dans les cheveux !

Quelquefois, j'irai au salon : si seulement nous pouvions y être au calme ! je suis sûre qu'il n'est pas nécessaire de laisser la télévision allumée toute la journée, sans même se soucier de savoir si quelqu'un la regarde..

S'il y a des livres près de moi, assurez-vous je vous prie que j'ai bien mes lunettes, sinon je serai dans l'impossibilité de lire.

Si lors des repas, je suis incapable de couper mes aliments, j'espère que vous voudrez bien le faire pour moi. S'il le faut je ne vois pas d'inconvénient à manger avec une cuillère, pourvu qu'on me serve dans un plat creux, et non pas dans une assiette plate où je serais condamnée à chasser mes aliments. Pourrai-je avoir une serviette - une en papier fera parfaitement l'affaire, pourvu qu'on me mette pas une bavette...

Ne manifestez pas d'agacement ou de réprobation si je recrache mon thé ou d'impatience parce que je suis lente, et n'entreprenez pas de me donner la « becquée » avant d'être assurée que je n'ai vraiment plus la force de m'alimenter moi-même.

Si je devais devenir incontinente, pourrait-on continuer à me traiter comme un être humain ? Abstenez-vous de froncer le nez de dégoût lorsque vous découvrirez un lit mouillé en retirant les draps.

Ne me traitez jamais de « dégoûtante », ne me réprimandez ni ne mettez dans l'embarras, et ne pensez jamais que je « le fais exprès ». Je souhaite que l'on me fournisse des tampons et des culottes spéciales, et qu'on s'abstienne de me poser un cathéter pour des raisons purement pratiques. Je ne veux pas me promener avec un sac à urine, qui constituerait un objet de curiosité pour mes petits-enfants, et une gêne pour moi. J'aimerais que l'on m'amène aux toilettes régulièrement, qu'on me change et ne me laisse pas clouée sur une chaise toute la journée sous prétexte qu'il est inutile de s'occuper d'une personne incontinente. Ce serait gentil de votre part de manifester de l'intérêt pour ma famille, pour les photos exposées sur ma table de nuit, ou pour mes petits enfants lorsqu'ils me rendent visite, mais peu charitable de me demander pourquoi ma fille ne s'occupe pas de moi, ou pourquoi mon fils et sa famille ne m'ont pas accueillie chez eux. Peut-être suis-je trop handicapée pour qu'ils puissent prendre soin de moi, ou ils ne sont pas prêts à faire l'effort, mais quelle que soit la raison, je ne désire pas que l'on soulève ces questions.

Je serais heureuse de pouvoir faire de temps à autre une sortie, une excursion en minibus, pour voir les arbres en fleurs et les agneaux au printemps, la mer en été, ou tout simplement m'installer dans le parc lorsque le temps le permet.

Si je suis un peu « gâteuse » et ne comprends pas bien vos souhaits, ne criez pas je vous prie, vous ne feriez que m'agiter et me troubler davantage. Je risquerais même de devenir agressive, mais si vous me traitez avec douceur, tout ira pour le mieux.

Mon univers sera bien plus réduit lorsque je serai en gériatrie, aussi faites-moi participer à votre monde. Parlez-moi de votre famille, de vos amis, racontez-moi vos journées de congé. Laissez-moi vous parler du temps jadis, et feignez d'être sincèrement intéressée lorsque je vous répéterai ce que je vous ai déjà dit la veille et l'avant-veille...

Songez que si une jeune infirmière se marie ou donne le jour à un enfant, de voir la mariée dans toute sa splendeur ou le nouveau-né serait pour moi un événement digne d'occuper ma pensée pendant des semaines.

Mes désirs et mes besoins pourront vous sembler sans limite, et pourtant, ce ne sont que des exigences banales et normales : je veux avoir chaud, je veux être bien nourrie, et avoir une personne aimable pour prendre soin de moi. Je vous ai donné matière à penser, et je crains que vous deviez penser non seulement à moi, mais également pour moi.

Je suis sûre, chère infirmière et collègue, que vous appliquez déjà tous les principes énoncés ici, mais vous devez aussi les transmettre aux jeunes infirmières, car en l'an 2010, je veux être soignée par des expertes, aussi aimables que consciencieuses. Et après tout, ne le voudriez-vous pas également, si vous deviez faire un long séjour en clinique ? »

BIBLIOGRAPHIE.

- ◆ Jean-Jacques Amyot
« Travailler auprès des personnes âgées » édition Dunod 1998.
- ◆ Jean-Jacques Amyot, Bernard Ennuyer, Eric Kariger et al
« 100 idées reçues sur la vieillesse » édition Union Nationale des Offices de Personnes Agées (UNOPA), 1^{ère} édition.
- ◆ Sous la direction de Jean-Jacques Amyot
« Guide de l'action gérontologique » édition Dunod 1997.
- ◆ Claudine Badey-Rodriguez
« Les personnes âgées en institution : vie ou survie » édition Seli Arslan 1997.
- ◆ Robert Castel
« Les métamorphoses de la question sociale » in l'espace politique, édition Fayard 1995
- ◆ Brigitte Dherbey, Philippe Pitaud, Richard Vercauteren
« La dépendance des personnes âgées » in Pratiques du champ social, édition Erès 1996.
- ◆ Sous la direction de Jean Louis Laville et Renaud Sainsaulieu
« Sociologie de l'association : des organisations à l'épreuve du changement social » in sociologie économique, édition Desclée de Brouwer 1997
- ◆ Robert Leroux
« L'évaluation gérontologique » éditions ENSP 1994.
- ◆ Sous la direction de Patrick Lefèvre
« Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social » édition Dunod 1999.
- ◆ Jean-Marie Miramon
« Manager le changement dans l'action sociale » éditions ENSP 1996.
- ◆ Jean-Marie Miramon, Denis Couet, Jean-Bernard Paturet
« Le métier de directeur : techniques et fictions » éditions ENSP 1992.
- ◆ Pierre Rosanvallon
« La nouvelle question sociale : repenser l'état-providence. » in Points essais édition du seuil 1998.
- ◆ Richard et Marie-Christine Vercauteren, Anelyse Barranger
« Animer une maison de retraite » in Pratiques du champ social, édition Erès 1995.
- ◆ Richard Vercauteren et Jocelyne Chapeleau
« Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite » in Pratiques du champs social édition Erès 1995.

- ◆ Richard et Marie-Christine Vercauteren, Jocelyne Chapeleau
« Construire le projet de vie en maison de retraite » in Pratiques du champ social, édition Erès 1993.

Publications.

- ◆ « La maladie d'Alzheimer »
Publication de l'association France Alzheimer
- ◆ « Vieillir disent-ils »
Les cahiers de l'Actif n° 252 /253 de 05 et 06/97
- ◆ « La démarche qualité »
Les cahiers de l'Actif n° 256 /257 de 09 et 10/97
- ◆ « La qualité de vie »
Gérontologie et société n° 78 octobre 1996
- ◆ « La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux » Avis et rapports du Conseil Economique et Social 1998 ed des Journaux officiels