



**PROMOUVOIR L'UTILITÉ SOCIALE D'UN EHPA ET
QUALIFIER LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES
REQUISES POUR CETTE OFFRE DE SERVICE**

Marion CASTET

2015

caldes



Remerciements

Ces 30 mois de formation ont été riches de questionnements, d'enseignements, de recherches et de rencontres. Nombreuses sont les personnes qui m'ont aidé à cheminer et à progresser et pour cela, je les remercie, sincèrement.

A ma famille, patiente et bienveillante en toute circonstance, qui m'a permis de profiter sereinement de ces temps d'apprentissage denses et qui a supporté et accompagné mes périodes de doutes et mes absences.

Je tiens également à remercier particulièrement Jean-Marc DIGAUD-CLAVEL pour son soutien, sa disponibilité et ses encouragements et Jessica HENAULT sans qui cette formation n'aurait pas été la même.

Sommaire

Introduction	1
1 L'EHPA comme lieu de vie adapté aux personnes âgées	3
1.1 Contexte environnemental.....	3
1.1.1 D'une révolution démographique à un modèle d'accompagnement, des défis à différents niveaux	3
1.1.2 L'offre d'accueil des personnes âgées sur le territoire : des repères incontournables.....	6
1.1.3 La reconnaissance récente de l'utilité des EHPA au travers des politiques publiques actuelles.....	9
1.2 Présentation de l'EHPA la Villa Occitane.....	11
1.2.1 Genèse d'une association dans la douleur	11
1.2.2 Spécificités de la population accueillie.....	14
1.2.3 Les professionnels de l'EHPA la Villa Occitane, présentation et contours	17
1.3 D'une logique de prise en charge soignante des personnes âgées à un accompagnement social quotidien	20
1.3.1 Une organisation cloisonnée	20
1.3.2 Missions et prestations, une différenciation nécessaire	22
1.3.3 Répondre aux attentes et aux besoins des usagers par le prisme social, une opportunité de progression significative	23
1.3.4 Limites de l'accompagnement : entre volontés et réalités quotidiennes.....	24
2 Promouvoir l'utilité sociale d'un EHPA.....	27
2.1 L'animation en gérontologie au service de la vie sociale.....	27
2.1.1 Histoire et évolution	27
2.1.2 Animer, pour quoi ?	28
2.1.3 L'animation au service du lien social	30
2.1.4 Du lien à la vie sociale, le poids des ans	32
2.2 L'utilité sociale comme levier d'action	35
2.2.1 Une définition plurielle	35
2.2.2 Anticipation, besoins et offre de service	37
2.2.3 Bienveillance et droits des usagers, indissociables.....	39
2.3 Initier et conduire le changement : des étapes progressives	43

2.3.1	L'institution, espace des possibles	43
2.3.2	Le projet : outils fédérateur	45
2.3.3	Usagers et professionnels : la notion de réciprocité	47
2.3.4	Le changement comme vecteur de progrès : rassurer et accompagner les résistances	49
3	Le lien social pour continuer à exister, un projet correspondant aux missions de l'EHPA la Villa Occitane	52
3.1	Modifier l'organisation de travail pour créer du lien	52
3.1.1	D'un besoin de changement.....	52
3.1.2	...à l'assimilation de sa nécessité	53
3.1.3	De la théorie à la pratique	58
3.2	Développer les compétences nécessaires pour mettre en œuvre un projet d'accompagnement social	63
3.2.1	Former le personnel et développer ses compétences : un enjeu managérial	63
3.2.2	Le projet d'accompagnement social, entre écriture et questionnements	67
3.2.3	Évaluation : modalités et pérennité	69
3.3	Inscrire un projet dans le temps, un travail d'équipe	71
3.3.1	Redonner une place aux familles	71
3.3.2	Partenariats et travail en réseau, une ouverture vers l'extérieur indispensable ...	73
3.3.3	Analyser les pratiques, un outil à développer au sein de l'établissement	76
	Conclusion	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ANRESPA	Association pour le développement des Nouvelles Résidences pour les Personnes Âgées
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APAJH	Association Pour Adulte et Jeunes Handicapés
APL	Allocation Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
ASC	Agence de Service Civique
ASP	Agence de Service et de Paiement
AVS	Auxiliaire de vie Sociale
BPJEPS	Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'intervention sociale
CAS	Centre d'Analyse Stratégique
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCA	Convention Collective Applicable
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CCH	Code de la Construction et de l'Habitation
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNBD	Comité National pour la Bienveillance et les Droits
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRJSCS	Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
DUP	Délégation Unique du Personnel
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ERP	Établissement Recevant du Public

ETP	Équivalent temps plein
ESA	Équipe Spécialisée Alzheimer
ESMS	Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRP	Instances Représentatives du Personnel
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MELTM	Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et de la Mer
MILOS	Mission Interministérielle d'Inspection du Logement Social
MONALISA	Mobilisation Nationale de Lutte contre l'Isolement des Âgés
OMS	Organisation Mondiales de la Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RAQ	Résidence service avec Agrément Qualité
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
SAP	Services À la Personne
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PUV	Petite Unité de Vie
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UE	Union Européenne
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis et de l'Expérience

Introduction

Après avoir été cadre dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) pendant six ans, j'ai pris la direction de la Villa Occitane en février 2011. Il s'agit d'un EHPA. La nuance ne tient qu'à une lettre et donc à un mot : dépendance. C'est pourtant ce dernier qui détermine les conditions d'entrées dans l'institution et qui régit le financement de la structure. Mes premiers pas en tant que directrice d'établissement ont été ponctués de moments alternant des phases d'observations, des phases d'actions et des périodes de questionnement importantes. Parallèlement, ma mission a été clairement définie : mettre en conformité l'établissement avec les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et répondre, juridiquement, aux obligations d'un EHPA. J'ai mis environ deux ans pour réaliser le travail demandé et ainsi construire un socle solide, tout en favorisant la compréhension des professionnels sur l'intérêt d'une telle démarche. L'accompagnement des équipes, la participation des usagers et de leurs proches, la professionnalisation des pratiques ont été riches d'enseignement pour la fonction que j'occupe. En 2013, l'entrée en formation CAFDES est venue réinterroger ce fonctionnement, questionner les fondamentaux et fragiliser ce que l'on peut croire acquis avec l'expérience. La stabilité que j'avais mise en place et qui me semblait être sécurisante et confortable pour tous a également été mise à mal dès la fin de l'année 2013 avec l'arrivée d'un nombre important de nouveaux résidents. Chaque individualité arrive et transmet ses attentes et ses envies à un collectif qui évolue et se modifie naturellement. Il n'est pas évident de remettre en question sa propre pratique, son mode d'organisation ni de s'avouer qu'à un moment, je me suis laissée enfermer dans des actions qui, par conséquent, impactent la globalité de l'accompagnement des usagers. L'évidence d'une prise en charge tenant compte de l'histoire des résidents pour proposer un avenir adapté semble acté par tous les acteurs du médico-social. Toutefois, il me semble important de préciser que l'histoire d'un directeur influence également les projets qu'il porte et la manière dont il les décline. En ce sens, je pense que mes premières années de direction ont été influencées par mon expérience auprès de personnes âgées dépendantes. Sécuriser les pratiques, proposer un accompagnement soignant performant et développer une démarche qualité concordante furent donc prioritaires. Cependant, ce modèle atteint aujourd'hui ses limites puisqu'il néglige un pan entier de la vie des résidents, et non des moindres, celui de la vie sociale des personnes accueillies. L'autonomie identifiée et identifiable au sein d'un EHPA est une force puisqu'elle laisse entrevoir une vie sociale adaptée, riche des demandes des principaux concernés. Néanmoins, cette déclinaison n'est pas spontanée à l'heure actuelle. De nombreux résidents, bien qu'en capacité physique et psychique d'être acteurs de leur propre quotidien et décisionnaires de leurs activités, n'investissent pas les possibilités qui

nous semblent être à leur portée de main. Mais notre perception professionnelle reflète-t-elle vraiment leur réalité ? Au-delà de cette latence, des mots viennent traduire un état d'isolement et d'insatisfaction, des comportements reflètent un repli individuel et notre focus est alors concentré sur le soin. On peut alors s'interroger sur les missions d'un EHPA plutôt que sur les prestations délivrées en son sein, sur la spécificité de ce type d'accueil pour personnes âgées et sur l'utilité sociale qui en découle. Aussi, en tant que directrice de cet établissement, je m'interroge : comment développer un accompagnement capable de reconnaître les résidents d'un EHPA dans leur parcours de vie ? En effet, l'utilité sociale est souvent assimilée aux animations uniquement occupationnelles, qui se pratiquent collectivement et non réalisable par quelqu'un d'autre que l'animatrice. Cette restriction peut provoquer un rejet de la part des professionnels, un clivage au sein d'une équipe et des tensions peuvent ainsi s'opérer au sein d'une institution. Celles-là mêmes qui figent chaque professionnel dans ses fonctions et dans ses codes, les empêchant ainsi de reconnaître les résidents comme des personnes singulières, détentrices d'une histoire restant inscrites dans la continuité d'un parcours de vie. Identifier les freins individuels et collectifs mais aussi les besoins en compétences spécifiques permettront d'envisager la co-construction d'un projet d'accompagnement social, élément incontournable de notre futur projet d'établissement.

Afin de clarifier le contexte dans lequel évolue l'EHPA la Villa Occitane, j'aborderai, dans la première partie de ce mémoire, les politiques publiques européennes et nationales concernant l'accompagnement des personnes âgées en EHPA. L'analyse de l'offre d'accueil sur le territoire, des spécificités de la population accueillie, des compétences internes et de l'histoire de l'établissement permettra de mettre en perspectives les écarts constatés afin de dégager la problématique.

La seconde partie permettra de rechercher, notamment au travers de différents concepts, quels sont les éléments de compréhension et donc les leviers d'action, pour répondre aux missions de la Villa Occitane et plus spécifiquement aux attentes et aux besoins des résidents accueillis. Cela permettra de mettre en avant la complexité d'une prise en charge transversale, dans le but de développer un accompagnement social pertinent, l'EHPA en étant le catalyseur.

La troisième et dernière partie sera consacrée au développement d'un plan d'actions reprenant, dans ses grands axes, la réorganisation du travail, le développement de nouvelles compétences professionnelles, la collaboration et la communication. A terme, l'élaboration d'un projet d'accompagnement social, élément incontournable du projet d'établissement en devenir, aura pour objectif de fédérer et donc de redynamiser les professionnels en donnant ou redonnant du sens à l'action.

1 L'EHPA comme lieu de vie adapté aux personnes âgées

1.1 Contexte environnemental

1.1.1 D'une révolution démographique à un modèle d'accompagnement, des défis à différents niveaux

Le vieillissement est un sujet d'actualité. L'accompagner est un défi. Un défi démographique tout d'abord puisqu'il touche l'ensemble des résidents de l'Union européenne comme le traduisent l'amoncellement des rapports, missions et baromètres dédiés aux projections à court, moyen et long terme de la représentation des personnes âgées. Ces dernières font l'objet d'enquêtes pour définir l'espérance de vie, le niveau de dépenses de santé selon l'âge, le lieu de vie souhaité ou encore l'accompagnement envisagé le jour où le seuil de fragilité sera atteint. Ceci traduit une volonté, au niveau européen mais aussi et surtout au niveau national, d'anticiper les réponses à apporter à une catégorie entière de la population que l'on a encore parfois du mal à identifier. Si l'âge de départ à la retraite symbolise une étape transitoire dans la vie d'un adulte, elle n'est toutefois plus synonyme de vieillesse telle que définit par l'Organisation Mondiale de la Santé qui retient l'âge de 65 ans comme point de départ, mais qui nuance son arrivée au travers de sa définition : « *le vieillissement est un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ». Au travers des études publiées, on constate que deux tranches d'âges sont fréquemment représentées : les 65 ans et plus, et les personnes âgées de 80 ans et plus. Concernant cette seconde catégorie, une évolution démographique, pour ne pas dire une révolution, est notable avec « *une augmentation d'environ 300% des personnes âgées de 80 ans ou plus en Europe depuis 1960* »¹, soit 20 millions de personnes. Cette évolution de la pyramide des âges en Europe est liée, d'une part, à l'allongement de l'espérance de vie (et donc au déclin du taux de mortalité) et, d'autre part, au ralentissement de la natalité. De manière non exhaustive, l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'implication des services de santé des États membres et les prouesses médicales contribuent à l'allongement de l'espérance de vie.

¹ EUROPA. Politique du vieillissement. [visité le 08.08.2015], disponible sur Internet : http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/intro_fr.htm

Espérance de vie à la naissance en 2013 (ans)

	Femmes	Hommes	Moyenne
Union Européenne	83,3	77,8	80,55
France	85,6	79,0	82,3

Source : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00025>

Ces projections démographiques représentent un enjeu économique important et posent donc un nouveau défi aux décideurs politiques, celui de l'accompagnement des personnes âgées dans un contexte socio-économique contraint.

En effet, le financement des pensions de retraite mobilise une très large part des crédits budgétaires consacrés aux personnes âgées des états membres de l'Union Européenne. A cela viennent s'ajouter la problématique de l'augmentation des demandes de soins et la montée exponentielle, mais logique, de la nécessité d'accompagner des personnes ayant des besoins spécifiques. Face à cette situation, chaque pays possède son propre fonctionnement, en lien avec son système de couverture de la dépendance, son modèle économique et son contexte socio-culturel. Ainsi, en Europe, quatre grands modèles ont été identifiés par le Centre d'Analyse Stratégique² suite à l'étude des « *systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union Européenne* »³. Ces modèles ont été conjointement étudiés par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). En voici, synthétiquement, un résumé :

- Le modèle *libéral*, plutôt apparenté au Royaume-Uni, traduit une prise en charge en lien avec les assurances privées, notamment les assurances dépendances, par les richesses personnelles et en second plan, par la famille.
- Le modèle *familial*, observé en Italie, est dominé par un soutien important des proches, en lien direct avec la famille. Les inégalités face à l'arrivée de la dépendance sont liées aux disparités individuelles et territoriales puisqu'il existe des dispositifs locaux d'accompagnement complétant l'intervention des familles.
- Le modèle *corporatiste* est celui appliqué en Allemagne. Il part du principe que la perte d'autonomie est un risque à part entière, plus précisément un « risque social ». De ce fait, une assurance spécifique a été créée, financée par des cotisations conjointes entre employeurs et employés.

² Le Centre d'Analyse Stratégique était une institution d'expertise placée auprès du Premier Ministre avant d'être remplacée, par décret du 22 avril 2013, par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective - France Stratégie, dont les missions ont été élargies.

³ GIMBERT V., MALOCHET G., juin 2011, « *Les défis de l'accompagnement du grand âge* », Département question sociale, Centre d'Analyse Stratégique, Note de synthèse n°229.

- Le dernier modèle identifié est le modèle *social-démocrate*, observé au Danemark, en Suède, au Pays-Bas et en France. Il traduit une forte implication de l'État via un « *nombre important de services et d'aides mis en place au niveau national et financés par l'État* »⁴ pour faire face à l'arrivée de la dépendance liée, soit à l'âge, soit au handicap.

Des compléments d'informations doivent venir nuancer ces quatre modèles mais cela permet d'identifier comment se situe la France vis-à-vis de ses voisins européens dans un contexte où l'une des principales interrogations est de déterminer comment préserver l'équilibre entre solidarité des générations, inquiétudes économiques et garantie d'une continuité de l'intégration sociale des personnes âgées.

Il s'agit là d'un défi social ou plus précisément sociétal, c'est-à-dire « *qui se rapporte aux divers aspects de la vie sociale des individus, en ce qu'ils constituent une société organisée* »⁵. Dans ce domaine, le champ de compétences de l'UE est restreint. Les politiques sociales relèvent plus spécifiquement de chaque État membre. Néanmoins, un point commun rassemble l'ensemble des personnes âgées en Europe : la question du lieu de vie. L'inscription dans la société, quelle qu'elle soit, passe par le lieu de résidence, celui qui centralise les biens personnels, les souvenirs, les moments de vie, celui qui accueille et celui qui sécurise. L'évolution, physique ou psychologique d'un individu, est anxiogène pour une majorité d'entre nous car le devenir devient incertain, à tous les niveaux. Les attentes vis-à-vis de la famille mais également de la société sont alors mises en lumière. Mais à la question du choix du lieu de vie au moment de la vieillesse, de l'arrivée de la dépendance ou d'un sentiment d'insécurité, chaque personne a sa propre réponse. Au niveau européen et d'après l'étude menée par Marie-France VALETAS⁶, « *la famille vient en tête avec 40% des réponses, puis l'établissement spécialisé suit avec 30%, mais la volonté de rester dans l'expectative correspond à une proportion tout aussi élevée (28%)* ». Toutefois, en fonction du pays de résidence, des disparités apparaissent et une scission entre les pays du nord et ceux du sud de l'UE est prégnante. Ainsi, pour la Suède, la Finlande, le Danemark et les Pays-Bas, le choix de l'institution spécialisée est une évidence contrairement à l'Italie, l'Espagne, le Portugal ou la Grèce qui plébiscitent largement l'accompagnement familial. La France se situe au carrefour de ces positions avec une répartition plutôt égalitaire des choix affirmés : « *un tiers en faveur de l'option familiale, un tiers sur le refus de choisir et un peu plus d'un quart en faveur de l'option*

⁴ LAUTIE S., LOONES A., ROSE N., 2011, « *Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement, Regards croisés des acteurs du secteur* », Cahier de recherche CREDOC n°286, 77p.

⁵ Selon le dictionnaire Le petit Larousse illustré 2015.

⁶ VALETAS M-F., 2001, « *Perception de politiques sociales publiques envers les personnes âgées dans l'Union européenne* », *Retraite et société* 2001/3, n° 34, pp. 113-129.

institutionnelle ». Du fait de leur ancienneté, ces chiffres sont à modérer. Mais ils reflètent tout de même un positionnement général appelant à se demander quelles sont les possibilités d'accueil, à l'heure actuelle, sur le territoire français et quelles sont les réponses à apporter à une population âgée nombreuse dont un tiers devra faire un choix concernant son futur lieu de vie.

1.1.2 L'offre d'accueil des personnes âgées sur le territoire : des repères incontournables

Au 1^{er} janvier 2012, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), le territoire français accueille 65,35 millions d'habitants. 17,1% d'entre eux ont plus de 65 ans ce qui représente un peu plus de 11 millions de personnes dont plus de la moitié est âgée de 75 ans ou plus. Les projections de ce même institut annoncent que *« la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement jusqu'en 2035 »* compte-tenu des générations du *« baby-boom »* entrant dans cette tranche d'âge. Parallèlement, l'espérance de vie augmente progressivement en France, comme pour les autres pays européens. Cette conjoncture est favorable au vieillissement d'une population qui doit faire face à l'arrivée de la dépendance. L'apparition sémantique de celle-ci date des années soixante-dix et est alors définie par le docteur DELOMIER : *« le vieillard dépendant a 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 »*⁷. La seconde particularité française est de distinguer la dépendance et le handicap. La première se différencie de la seconde au travers du critère d'âge : 60 ans. Les gouvernements successifs et les chercheurs ont œuvré pour déterminer un moyen d'évaluer la dépendance de façon pertinente d'où l'existence, encore à l'heure actuelle, de diverses grilles. En 2002, le versement d'une allocation en lien avec la dépendance vient préciser le moyen d'évaluation de cette dernière : la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources⁸ (AGGIR) sera l'outil retenu. L'attribution d'une prestation financière, nommée Allocation Personnalisée d'Autonomie⁹ (APA), basée sur l'évaluation

⁷ DELOMIER Y., septembre 1973, « Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance », *Gérontologie*, n°12, p.9.

⁸ La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir).

Service-Public.fr. Grille AGGIR. [visité le 02.07.2015], disponible sur internet : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>

⁹ Toute personne âgée dépendante peut, sous conditions, bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie. L'APA à domicile est destinée à couvrir une partie des dépenses nécessaires pour accomplir des actes essentiels de la vie ou si une surveillance régulière est nécessaire. Elle est versée après une phase d'instruction, qui permet d'évaluer les besoins du demandeur et d'estimer le montant perçu.

Service-Public.fr. APA. [visité le 02.07.2015], disponible sur internet : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml>

individuelle des besoins, est donc une reconnaissance de l'entrée dans la dépendance. Ainsi, face aux difficultés rencontrées, une personne âgée se retrouve en situation vulnérable puisqu'une aide, qu'elle soit technique ou humaine, va être sollicitée. Cet état de fait pousse donc les politiques publiques à prendre en compte des difficultés nouvelles. Dans ce contexte, le choix du lieu de vie pour une personne âgée est un droit primordial. Or, le maintien à domicile est le choix le plus largement affirmé par ces dernières. Les politiques publiques ont donc œuvré pour l'amélioration des conditions de vie à domicile sans toutefois négliger l'accompagnement en établissement. En effet, du fait du maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible, l'entrée en institution se fait de façon plus tardive. En 2012, 9% des personnes âgées de 75 ans et plus¹⁰ vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées. L'avancée en âge, un degré de dépendance accrue et l'apparition de poly-pathologies fréquentes ont justifié, dès 2002, la médicalisation des maisons de retraite et leur transformation en EHPAD. Ces institutions, ainsi dotées de nouveaux moyens grâce à la signature de conventions tripartites avec les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux, ont pour mission d'accompagner les personnes jusqu'à la fin de leur vie en leur garantissant un confort hôtelier, une prise en charge médicale et une vie sociale satisfaisante. Néanmoins, d'autres modes d'accueil non médicalisés existent tels que les familles d'accueil, les résidences services ou encore les foyers logements. L'EHPA la Villa Occitane appartient à cette dernière catégorie avec toutefois une spécificité. Elle est agréée pour dispenser des services à la personne¹¹ (SAP) et bénéficie d'un conventionnement à l'aide personnalisée au logement (APL). Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) dédiés à l'accueil des personnes âgées ont tous leurs spécificités. Cependant, malgré l'intention du gouvernement de rendre lisibles ces différences aux non-initiés au travers de la création des centres locaux d'information et de coordination¹² (CLIC), il me semble pertinent d'en reprendre ici les grandes lignes.

Synthèse des modalités d'accueil des principales structures d'hébergement pour personnes âgées

Catégorie	Population/accueil	Cadre juridique	Offre de services
EHPAD	• 60 ans et plus • Médicalisé • Pas de niveau de dépendance maximum • Capacité d'accueil : selon autorisation	• ESMS • Loi 2002-2 • Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) • Code de la sécurité sociale	• Hôtellerie (chambre, repas, animation, blanchisserie, etc.) • Dépendance (psychologue, médecin, etc.) • Soins (hygiène, médicaux, etc.)

¹⁰ INSEE. Personnes âgées dépendantes. [visité le 05.08.2015], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096

¹¹ Annexe 1 : explication SAP

¹² Création selon la Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005, poursuivie et confirmée depuis.

		• Code de la santé publique	
Catégorie	Population/accueil	Cadre juridique	Offre de services
EHPA	• 60 ans et plus • Non médicalisé • GMP < 300 • GIR 1 et 2 < 10% de l'effectif • Capacité d'accueil : selon autorisation	• ESMS • Loi 2002-2 • CASF • Code de la construction et de l'habitation (CCH)	• Logements individuels avec services collectifs optionnels (repas, animation, aide à la personne, blanchisserie, etc.). • Soins dispensés par des intervenants libéraux, hors statut particulier.
Petite Unité de Vie (PUV)	• 60 ans et plus • Médicalisée • Pas de niveau de dépendance maximum • Capacité d'accueil : strictement inférieur à 25	• ESMS • Loi 2002-2 • Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) • Code de la sécurité sociale • Code de la santé publique	• Hôtellerie (chambre, repas, animation, blanchisserie, etc.). • Dépendance (psychologue, médecin, etc.). • Soins (hygiène, médicaux, etc.). • Services optionnelles. • Intervention d'intervenants libéraux.
Résidence services avec Agrément Qualité (RAQ)	• 60 ans et plus • Non médicalisé • Capacité d'accueil : selon autorisation	• Ce n'est pas un ESMS • Exploitant disposant d'un agrément qualité visé à l'article L-7232-3 du code du travail • Loi du 10 juillet 1965 fixant le statut de copropriété des immeubles • CCH	• Offre locative (loyer + charges). • Services collectifs (repas, animations, etc.). • Services à la personne à domicile selon agrément. • Services optionnelles. • Intervention d'intervenants libéraux.

Le choix du lieu de vie parmi ces multiples options peut parfois devenir compliqué, voire tortueux. A la difficulté d'entrer en établissement (et donc de quitter son « chez soi »), vient se rajouter la décision d'un nouveau domicile, à un âge avancé, qui est le plus souvent assimilé à la dernière demeure. La diversité de l'offre d'accueil sur le territoire choisi prend alors tout son sens et ce, afin d'essayer de correspondre aux envies et aux besoins des personnes concernées.

L'EHPA la Villa Occitane se trouve à Périgueux, dans « *l'un des cinq départements les plus vieillies de France* »¹³, à savoir la Dordogne. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent près d'un tiers de la population alors que la région Aquitaine en compte 26% et qu'au niveau national, cette représentation tombe à 23%. Ce phénomène de vieillissement explique en partie la dotation importante du département en termes d'équipement :

¹³ Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne, 2014-2019, p.31

- 6 services de Soins de Suite et de Réadaptation gériatriques (SSR), 4 services de médecine gériatrique, une équipe mobile gériatrique départementale,
- 4 consultations mémoire, une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), 15 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), 7 Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA), 3 Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)
- il y a au moins un EHPAD par canton, soit 70 établissements pour 5790 places,
- 25 EHPA pour un total de 800 logements,
- 450 places en accueil familial dont 264 exclusivement réservées aux personnes âgées et 189 places en agrément mixte (personnes souffrant de handicap, personnes âgées).

Mais avoir le choix en théorie ne reflète pas systématiquement les possibilités offertes dans la pratique. En effet, plusieurs composantes viennent se greffer sur l'orientation du futur domicile : la localisation, les places disponibles, la contrainte financière et l'adéquation entre les envies d'une personne, ses besoins et l'offre de service de l'établissement retenu. Dans le cas de l'EHPA la Villa Occitane, je suis le plus souvent confrontée à cette dernière problématique. L'établissement se doit de respecter, réglementairement, un niveau d'autonomie élevé en son sein. Pour cela, trois éléments sont à prendre en compte puis doivent être maîtrisés : le niveau de dépendance individuel lors de l'entrée d'un résident, l'évolution de ce niveau de dépendance pendant son séjour et enfin, le niveau de dépendance de l'ensemble des résidents. Celui-ci est appelé GMP : Gir Moyen Pondéré. Il reprend l'ensemble des niveaux de dépendance individuels, c'est-à-dire le groupe iso-ressource (GIR) de chacun, et donne ainsi une indication du niveau de dépendance moyen de l'établissement. A titre indicatif, le GMP moyen d'un EHPAD associatif en France, en 2014, était de 661¹⁴ alors que la limite à ne pas dépasser pour un EHPA est de 300. Le lien entre dépendance et lieu de vie est ici caractérisé. Cependant, la mixité existe : des personnes autonomes vivent en EHPAD et, dans le cas de l'EHPA la Villa Occitane, des personnes dépendantes sont accompagnées. Néanmoins, dans chacune des structures, une majorité se dessine, en lien avec ses missions et donc les moyens alloués correspondant.

1.1.3 La reconnaissance récente de l'utilité des EHPA au travers des politiques publiques actuelles

Le terme « dépendance » est employé fréquemment lorsque l'on aborde les difficultés dans la vie quotidienne liées au vieillissement. Cela est en partie dû aux évolutions des

¹⁴ BAZILLON B., SCOLAN I., LE BOLLOCH M., et al. « Observatoire des EHPAD », KPMG, éd. 2014, 84 p.

politiques publiques et aux appellations choisies. En 1984, la première définition de la dépendance fait son apparition dans le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement¹⁵. Ce terme sera repris, de manière officielle, le 24 janvier 1997 lors de la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)¹⁶, en faveur des personnes âgées de 60 ans ou plus. Ce mot peut avoir une connotation péjorative puisqu'il traduit une diminution, voir une incapacité, nécessitant une aide extérieure au travers de l'évaluation d'un état, qui, somme toutes, semble définitif. Cela ne laisse que peu de place à la dynamique d'interaction dont un individu peut faire preuve, à la capacité de recouvrir une forme d'autonomie, voire à récupérer l'ensemble de ses facultés. C'est en 2001 qu'un premier tournant sémantique est engagé et visible puisque le gouvernement légifère sur une nouvelle loi afin de remplacer la PSD par l'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie. L'apparition de ce nouveau terme va permettre de parler de « perte d'autonomie » plus fréquemment que de « dépendance ». Il traduit également le souhait d'engager des mesures à hauteur des enjeux nationaux en donnant une place aux personnes âgées de notre société. La loi du 02 janvier 2002, réformant l'action sociale et médico-sociale, en sera le socle pour de nombreuses années puisqu'elle fait encore office de référence aujourd'hui. Depuis, des plans, des lois et de nombreuses réflexions sont venues orienter les politiques publiques en faveur des personnes âgées et nourrir les débats au niveau national. Ainsi, le 19 mars 2015, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, porté par Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Laurence ROSSIGNOL, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, est adopté au Sénat. Si le but général est de *« préparer la société française au vieillissement de sa population en anticipant la prise en charge et en garantissant l'autonomie des personnes âgées »*¹⁷, les principaux objectifs sont :

- *« un plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie qui se caractérisera par la rénovation de 80 000 logements privés d'ici à 2017 ;*
- *l'engagement d'un véritable second acte de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile, à travers l'augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile et la diminution significative du reste à charge ;*
- *la modernisation des services à domicile et la valorisation des métiers ;*

¹⁵ Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite, et du vieillissement, 1984, Paris, Nathan, p.38.

¹⁶ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997. Contrôle de l'application de la loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel, n° 21 du 25/01/1997, 1280 p.

¹⁷ Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Laurence ROSSIGNOL, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, Communiqué de presse du 19 mars 2015, extraits, *Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement*.

- *un important soutien aux proches aidants et aidants familiaux notamment par la création d'un « droit au répit », traduit par une enveloppe pouvant aller jusqu'à 500 euros par personne aidée ;*
- *la transparence des tarifs de l'hébergement en EHPAD (maisons de retraite médicalisées) ;*
- *le renforcement des droits et de la protection des personnes les plus vulnérables ».*

Cette loi, baptisée loi AAA pour synthétiser les trois axes principaux « *Anticiper, Adapter, Accompagner* », vient affirmer le souhait de la société de se mettre à la portée des personnes âgées dans leur quotidien et non l'inverse. L'un des principaux enjeux de cette loi est d'adapter les logements aux conséquences de la vieillesse en proposant un modèle d'habitat à leur convenance. Pour cela, plusieurs pistes ont été inscrites dont celle d'une modernisation des logements-foyers. Ils seront appelés « résidences autonomie » dès le 1^{er} janvier 2016, date de mise en application de la loi. Au sein de celles-ci, la création d'un forfait autonomie devrait permettre de financer des actions de prévention ou d'animation. La loi positionne donc les futurs « résidences autonomie » comme des acteurs à part entière du système d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées mais aussi comme acteur social de proximité étant donné l'étendue des missions de prévention, au-delà de l'établissement, puisqu'elles pourront être ouvertes à l'ensemble des personnes âgées du territoire. L'objectif affiché est de lutter contre l'isolement. Pour ce faire, des équipes citoyennes bénévoles devraient être déployées dans le cadre du programme MONALISA¹⁸ (Mobilisation Nationale de Lutte contre l'Isolement des Âgés) sur l'ensemble du territoire. L'EHPA la Villa Occitane fait partie du cœur de cible de cette réforme.

1.2 Présentation de l'EHPA la Villa Occitane

1.2.1 Genèse d'une association dans la douleur

L'histoire de l'EHPA la Villa Occitane est marquée par des évolutions et des transformations singulières car, à l'origine de sa création, se trouve un bailleur social girondin. Ce dernier souhaitait, en 1997, développer son offre de service en proposant à des personnes âgées autonomes une forme d'habitat différente des maisons de retraite de l'époque. Pour cela, il a décidé d'adhérer au réseau ANRESPA¹⁹ et a appliqué le

¹⁸ Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Synthèse du rapport MONALISA, 2013, « *Préconisations pour une Mobilisation Nationale contre l'Isolement Social des Aînés* », 5 p.

¹⁹ Association pour le développement des Nouvelles Résidences pour les Personnes Âgées à but non lucratif et agréée par le Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et de la Mer (MELTM), la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) et de nombreuses caisses complémentaires affiliées.

cahier des charges requis pour obtenir le label EDILYS. Ce type d'habitat garantissait aux résidents un lieu de vie spacieux avec des appartements individuels d'une surface allant de 35 à 55 mètres carré, équipés d'une kitchenette, d'une terrasse, de salles de bain adaptées à l'évolution de la dépendance et des espaces collectifs haut de gamme, tant en terme de diversité (salon de coiffure, bibliothèque, balnéothérapie, restaurants, etc.) que d'agencement. Une unité de 6 appartements, nommée « Cantou », venait compléter l'offre de service : elle devait permettre d'accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un accompagnement quotidien jusqu'à la fin de vie. En avril 1999, après avoir obtenu l'autorisation d'ouverture suite à l'arrêté de création simple signé par le Président du Conseil Général de la Dordogne et après avoir répondu aux exigences de la commission communale de sécurité, la Résidence Edilys Périgueux ouvrait ses portes et accueillait 60 résidents autonomes. L'établissement était classé Type N, 5^{ème} catégorie, correspondant à l'activité d'un foyer logement. Le bailleur social était donc à la fois propriétaire du bâti et gestionnaire de l'activité.

En 2006, la Mission Interministérielle d'Inspection du Logement Social (MILOS) rend un rapport suite à une inspection dans les locaux du bailleur social girondin faisant état d'une interdiction de poursuivre la gestion d'un établissement social et médico-social dont le cadre juridique est défini à l'article L. 312-1.I.6° du code de l'action sociale et des familles. Or, 5 établissements en Aquitaine, appartenant à ce bailleur social, sont concernés par cette injonction. Ce couperet génère une phase de réflexion qui durera près d'un an avant que, en 2007, la décision de déléguer la gestion des 5 établissements sociaux et médico-sociaux soit prise. L'association Logéa voit le jour le 20 novembre 2007. Néanmoins, son existence ne se vérifie qu'au travers des statuts déposés au journal officiel car dans les faits, la gestion reste identique : le conseil d'administration est constitué exclusivement de bailleurs sociaux, les services supports sont assurés par les services fonctionnels précédents et aucun acteur formé et informé de l'actualité médico-sociale n'intervient dans l'accompagnement quotidien des équipes opérationnelles des 5 structures Edilys. Parallèlement à cela, la dépendance des personnes âgées y résidant évoluait, naturellement. La commission de sécurité déclenchée par le siège du bailleur social requalifie l'établissement en Établissement Recevant du Public (ERP), type J, 4^{ème} catégorie et demande une mise en conformité coûteuse des installations relatives à la sécurité incendie.

En 2009, un nouveau rapport de la MILOS vient rappeler ses obligations au bailleur social : son rôle doit se limiter aux prises de décisions concernant le bâti et non l'accompagnement des résidents. Un directeur d'exploitation est alors recruté, en mars 2010, spécialiste du secteur social et médico-social, afin de se mettre en conformité avec les exigences préalablement expliquées.

Lors de son arrivée, le niveau de dépendance des personnes accueillies au sein de l'établissement de Périgueux était très élevé puisque le GMP était de 485, très supérieur au 300 autorisé. La directrice en poste à cette époque souhaitait conventionner l'établissement afin de le transformer en EHPAD. Or la difficulté pour une personne âgée (ou pour sa famille) quittant son domicile est d'identifier quelle sera la structure la plus adaptée pour l'accueillir et l'accompagner dans son choix de vie. Le Conseil Général de la Dordogne se doit d'offrir un choix le plus large possible à ces personnes en maintenant une diversité d'offres sur son territoire. C'est pour cela, parallèlement à la conjoncture économique, qu'il accepte et refuse certains conventionnements d'établissements en fonction de leurs spécificités et conformément aux lois :

- du 24 janvier 1997 (réforme de la tarification),
- du 20 juillet 2001 (création des EHPAD),
- du 02 janvier 2002 (rénovation de l'action sociale et médico-sociale).

Ainsi, lorsque la Résidence Edilys a présenté sa demande au cours de l'année 2010, celle-ci n'a pas abouti car sa situation géographique, sa mission initiale et son agencement ont été identifiés comme des atouts par le Conseil Général de la Dordogne pour l'accueil des personnes âgées valides et semi-valides. Cette décision a permis de clarifier le devenir de cet établissement, tant au niveau associatif qu'au niveau de la stratégie opérationnelle à développer pour les années à venir.

Lors de mon arrivée, en février 2011, au poste de directrice dans cet établissement, les missions prioritaires étaient clairement établies : mettre en conformité la structure avec les outils de la loi du 02 janvier 2002 et répondre aux obligations réglementaires d'un EHPA. Pour ce faire, et compte tenu du niveau de dépendance des résidents, la décision a été prise de demander un agrément qualité permettant de mettre en place des services à la personne auprès de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) Aquitaine. De plus, afin d'ancrer l'Association dans sa nouvelle politique et dans l'optique de se détacher de « l'appartenance » à un bailleur social, l'abandon du label Edilys et la dissociation du réseau ANRESPA sont apparus inéluctables. L'établissement change de nom, la « Villa Occitane » sera un choix concerté avec les résidents présents. Enfin, une nouvelle demande de reclassification auprès du Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Dordogne (SDIS24) est introduite pour déclasser l'établissement et revenir aux obligations d'un foyer logement. Toutefois, une nuance est apportée : l'établissement restera ERP type J sur le niveau accueillant du public (accueil, 2 restaurants, salle d'animation, salon télévision et les 6 logements du « Cantou ») et sera classé en type habitation sur l'ensemble des 5 autres étages. Il est donc soumis au CASF et au Code de la Construction et de l'Habitation (CCH).

L'ensemble de ces évolutions ont inévitablement façonné le positionnement des professionnels œuvrant au quotidien et depuis de nombreuses années auprès des personnes âgées accueillies. Par voie de conséquence, le profil de ces dernières a également évolué. La représentation interne du travail accompli, les objectifs poursuivis et les projections individuelles impactent l'image extérieure d'un accompagnement, de valeurs et d'une organisation puisque, même si elle est parfois souhaitée, la perméabilité joue un rôle important sur l'attractivité ou non d'un établissement.

1.2.2 Spécificités de la population accueillie

Pour définir un type d'usager, un public, une population, quoi de plus parlant que les chiffres ? Et pourtant, au sein de la Villa Occitane, tous n'ont pas la même pertinence. A l'heure actuelle, l'établissement accueille 67 résidents, 14 hommes et 53 femmes. Ce nombre fluctue, au grès des entrées et des sorties, qu'elles soient volontaires ou subies. Volontaire car le choix est laissé aux résidents d'entrer mais également de repartir. Cela peut paraître évident dans un premier temps, naturel et conforme au droit des usagers tel que nous le traduisons à la lecture des recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux²⁰ (ANESM), des chartes et de la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002. Pourtant, dans le secteur gériatrique, il est fréquent d'entendre ou de lire, au moment de la signature du contrat de séjour, « hébergement définitif » ce qui induit une notion de pérennité et connote le devenir de la personne concernée. Le choix a donc été fait de parler de durée de séjour « indéterminée » et le mot d'ordre est de laisser le choix. Celui-ci se traduit par la possibilité d'entrer dans un appartement déjà meublé afin de limiter le sentiment de rupture avec l'ancien domicile et ainsi, échelonner la maturation et les événements ponctuant une entrée en institution collective. Chacun peut, au contraire, choisir d'aménager en totalité son logement dès son arrivée, des rideaux aux luminaires en passant par ses meubles, sa cafetière ou encore son réfrigérateur. Une durée d'accueil prédéterminée peut aussi rassurer, et donc être proposée, puisqu'elle limite l'engagement et la projection vers « le dernier chez soi » qui fait si peur. L'individualisation est recommandée parce que nous pensons que l'appropriation de ce nouvel espace en sera facilitée. Mais là encore, chacun réagit différemment, en fonction de son histoire, de sa personnalité, de ses tourments ou encore de son âge.

L'âge moyen des résidents de l'établissement est de 88 ans. La plus jeune résidente est âgée de 61 ans et le doyen vient de fêter ses 102 ans. 41 ans les séparent, soit 2

²⁰ RBPP de l'ANESM (non exhaustives) : *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, Qualité de vie en EHPAD : Volet 1 à 3.*

générations. Au quotidien, cela a son importance. L'accompagnement, le positionnement ou tout simplement le regard des professionnels est inévitablement influencé par ces variables. La société actuelle « classe », selon le contexte, l'âge à partir duquel nous devenons âgés. Les entreprises, les sportifs, les transports, les médias, les politiques, les caisses de retraites, etc. définissent, en fonction de critères propres à leurs activités, quel sera l'âge appelant une nouvelle qualification. Pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées, les dénominateurs communs sont l'âge et le degré d'autonomie le jour de l'entrée. Le premier doit être supérieur à 60 ans (ou bénéficier d'une dérogation) et le second doit, selon la grille AGGIR, correspondre à un GIR 5 ou 6. Conjointement à cela, un troisième point commun est remarquable ; 90%²¹ des résidents accueillis ont fait le choix d'entrer à la Villa Occitane du fait :

- du profil des autres personnes accueillies,
- de la situation géographique de la structure,
- de la possibilité d'être accompagné jusqu'à la fin de vie.

Etre autonome et faire le choix d'entrer dans telle institution plutôt qu'une autre me semble important puisqu'elle influence la prise en charge compte tenu des attentes de cette population relatives à leur devenir. Plus précisément, quatre sources principales de motivation sont à noter lors de l'entrée :

- 48% pour rompre l'isolement,
- 21% suite à l'évolution de leur état de santé,
- 18% suite à un sentiment d'insécurité,
- 13% autre (ex : rapprochement familial).

L'accompagnement d'un résident valide ou semi-valide se décline différemment de celui d'un résident dépendant. L'hétérogénéité des envies mais également des besoins nécessite une remise en question permanente de l'équipe. Ainsi, le GMP de l'établissement doit constamment être inférieur à 300. Il est évalué une fois par an par le médecin territorial du Conseil Départemental. En 2014, il était égal à 262,76. Toutefois, il fluctue tout au long de l'année en fonction de l'état de santé de chaque résident, des nouveaux entrants, des départs et des décès. La représentation actuelle, en terme de dépendance, se répartie ainsi :

- 6 personnes dépendantes Gir 1 et 2,
- 15 personnes Gir 3 et 4,
- 46 personnes Gir 5 et 6.

La durée moyenne de séjour au sein de l'établissement est de 52,02 mois, soit 4,34 années de présence.

²¹ Enquête interne réalisée au mois de juin 2014 auprès des résidents de l'établissement et/ou de leur famille.

L'inscription de la prise en charge se fait donc sur la durée et ne peut se résumer à l'aspect médical. La présence dominante de personnes autonomes est traduite ici par des chiffres, extraits d'un système d'évaluation conforme au principe de la grille AGGIR. L'autonomie se définit par l'indépendance fonctionnelle, du grec *autos* : soi-même et *nomos* : loi, règle. Mais l'autonomie est une notion qui se complexifie lorsque l'on y introduit l'aspect social, éthique, relationnel et donc singulier. En effet, un résident ne peut être abordé de manière unilatérale, simplement en évaluant ses facultés à réaliser tel acte quotidien ou à participer à telle activité. Cette grille a été élaborée par des médecins de la Sécurité Sociale et de la Société Française de Gériatrie, elle est donc issue du secteur médical ce qui, d'après moi, colore inévitablement les résultats. Face aux résultats qui se dégagent de ces évaluations, nous avons tendance à anticiper les besoins des résidents avant même d'avoir amorcé une réflexion sur l'individualité de cette personne, sur son entourage, son histoire, sa personnalité et ses envies. Traiter l'aspect technique avant l'aspect humain nous amène très facilement à mettre en place des actions avant d'avoir traité la relation. Le contexte collectif avec ses avantages mais aussi ses contraintes tend à favoriser ces pratiques.

Un dossier médical est à fournir avant l'entrée du résident, reprenant d'une part, les principaux éléments ayant ponctué la vie « médicale » de cette personne et d'autre part, une grille AGGIR complétée reflétant, théoriquement, son niveau de dépendance à l'instant T. L'histoire des résidents n'est interrogée qu'après l'entrée dans l'établissement. Environ 72% des personnes accueillies sont veuves, 20% sont en couples et 8% sont célibataires. Les résidents sont visités pour 72% d'entre eux au moins une fois par semaine, soit par des amis, soit par de la famille. 21% reçoivent des visites au minimum une fois par mois alors que 7% n'ont qu'une visite tous les six mois, voire pas du tout. Il y a donc un phénomène d'isolement pour ces derniers dû à l'éloignement et/ou à des ruptures familiales.

Au sein de l'établissement, les résidents accueillis sont tous, soit issus d'un milieu social favorisé, soit ayant des enfants d'un milieu social aisé qui subviennent aux besoins de leurs parents. Les exigences élevées en terme de services émanent le plus fréquemment des dames n'ayant pas travaillées pour élever leurs enfants et ayant eu du personnel tout au long de leur vie mais également de la part des enfants qui financent le bien être de leur parent. Compte tenu des moyens financiers des résidents accueillis, nous devons parfois faire face à des querelles en lien avec des patrimoines conséquents. La présence ou la nomination de mandataire judiciaire vient également cristalliser des tensions et accentue certains états douloureux, conjointement à l'arrivée de la dépendance. Le désagréable sentiment d'être dépossédé de ses biens, l'impossibilité (physique ou logistique) de retourner à son domicile historique et de retrouver ses « souvenirs » sont également

accentués par la proximité de l'établissement avec le lieu de vie des résidents précédant l'entrée en institution.

En 2014, 96% des personnes accueillies arrivent directement de leur domicile. 78% de ces derniers se trouvent dans un rayon inférieur à 15 kilomètres autour de la Villa Occitane. Sur cette même année, nous avons constaté 13 décès, 3 retours à domicile et 18 entrants. Cela représente un flux sortant d'environ 23% et un flux entrant d'environ 26%. Ces chiffres ne sont toutefois pas représentatif des années précédentes puisque la moyenne était jusqu'alors d'environ 10% de rotation globale. Ceci s'explique par les décès de 7 résidents présents depuis plus de 5 ans et de 2 résidents présents depuis l'ouverture de l'établissement, soit 15 ans. L'arrivée « massive » de nouveaux usagers est venu bousculer les habitudes ancrées et stabilisées tant au niveau des résidents qu'au niveau de l'accompagnement par les professionnels.

Les pratiques, les automatismes, les certitudes, malmenées face aux besoins et attentes des résidents, viennent ainsi questionner l'intelligence de l'organisation mise en œuvre et ainsi, impulsent une nouvelle dynamique de réflexion et de remise en question.

1.2.3 Les professionnels de l'EHPA la Villa Occitane, présentation et contours

La Convention Collective Applicable (CCA) est celle de la branche de l'hospitalisation privée à statut commercial. La Villa Occitane relève du secteur médico-social, donc la CCA est celle signée en date du 18 avril 2002, complétée spécifiquement par l'annexe médico-sociale signée en date du 10 décembre 2002.

L'effectif global est de 19,6 équivalents temps plein (ETP) pour accompagner 67 résidents, soit un taux d'encadrement global par résident d'environ 0.29. A titre comparatif, en 2011, le taux d'encadrement selon la catégorie d'établissement se traduisait ainsi :

Type d'établissement	Taux d'encadrement à la fin de l'année 2011
Unités de soins de longue durée (USLD)	0.93
EHPAD publics	0.66
EHPAD privés à but non lucratif	0.56
EHPAD privés à but lucratif	0.53
Maison de retraite non EHPAD	0.42
Logements foyers	0.13

Sources : DREES, enquêtes EHPA 2011.

Par rapport à la moyenne nationale des logements foyers, l'EHPA la Villa Occitane est dotée plus favorablement en termes de personnel. Ce constat est à tempérer puisqu'il s'agit là d'un réel choix de la part des dirigeants de l'association qui ont accepté, au fil des

années et des différents espoirs nourris, notamment en terme de conventionnement, de maintenir un nombre de salarié supérieur aux établissements similaires du point de vue de la catégorie et du statut juridique. En effet, aucun financement extérieur n'est alloué pour financer la masse salariale ou tout autre poste budgétaire. Cet élément est essentiel dans les choix stratégiques que je fais au quotidien depuis maintenant 4 ans puisqu'il impacte directement le tarif journalier des résidents. Ainsi, l'effectif de l'équipe est stable depuis mon arrivée.

Néanmoins, si le nombre total de salarié n'a pas évolué, quelques changements sont intervenus avec 2 démissions en 2011, 1 licenciement pour faute en 2012 et 1 licenciement pour inaptitude en 2014. Le taux de rotation de l'effectif en contrat à durée indéterminée est inférieur à 6% par an. Cela traduit une stabilité forte et un engagement des professionnels sur la durée. Dans le contexte de stabilisation vers lequel ma mission tendait lors de mon recrutement, ce paramètre est une force. Toutefois, le manque de mouvement au sein des ressources humaines d'une équipe peut également traduire une forme de routine, sécuritaire et confortable. Bien que rassurante, elle est à surveiller. En effet, la prise d'habitude inhibe le questionnement, le regard critique, la faculté à faire des propositions et accentue les angoisses face à une situation inhabituelle. La lassitude et le manque de vigilance peuvent découler de cela et impacter les pratiques des professionnels.

Le taux d'absentéisme, en 2014, est de 7,9%. Il s'explique par des arrêts de longue durée (supérieur à 3 mois) et un accident du travail. Plus important qu'en 2012 et 2013, il reste toutefois très inférieur à celui constaté lors de mon arrivée, en 2011, égal à 16,8%. Malgré tout, cette augmentation attire mon attention. J'ai donc analysé les causes des différents arrêts, avec comme filtre, les seuls éléments en ma possession : les échanges avec les salariés. Les conclusions et le recul me permettent d'affirmer aujourd'hui que 2 arrêts dans l'année (l'un de 18 jours et l'autre de 33 jours) sont dus d'une part, à une motivation étiolée et d'autre part, au manque de responsabilisation et d'évolution perceptible au sein de l'établissement pour les années à venir. Ces paramètres sont pour moi des indicateurs à prendre en compte dans les décisions futures. Être à l'écoute de ces signaux me paraît indispensable pour accompagner une équipe opérationnelle et la préserver afin d'optimiser l'aspect qualitatif de l'offre de service à destination des résidents. Ainsi, l'équilibre au sein d'une équipe est fragile. Il dépend des compétences, des personnalités, de l'adhésion aux projets proposés, de l'histoire de chacun et de sa faculté à s'adapter à l'autre. L'âge est également une variable. Au sein de la Villa Occitane, les salariés sont majoritairement des femmes (hormis l'agent technique de maintenance) âgés de 20 à 59 ans. La moyenne d'âge en 2014 était de 37 ans, avec une ancienneté de 8,3 ans. L'équipe a donc « grandit » ensemble. En voici le détail :

- 1 directrice (1 ETP)

- 1 secrétaire de direction (1 ETP)
- 1 secrétaire d'accueil (1 ETP)
- 1 infirmière coordinatrice (0.6 ETP)
- 2 aides-soignantes (2 ETP)
- 11 auxiliaires de vie sociale (11 ETP)
- 1 auxiliaire de vie lingère (1 ETP)
- 1 agent technique de maintenance (1 ETP)
- 1 aide médico-psychologique/animatrice (1 ETP)

Soit un total de 19,6 ETP pour l'ensemble de l'institution. On constate une surreprésentation des auxiliaires de vie sociale puisqu'elles constituent plus de 61% de l'équipe à l'heure actuelle. Cette catégorie de professionnelles est peu ou pas diplômée. Elles ont appris au fur et à mesure de leurs expériences professionnelles et pour trois d'entre elles, la Villa Occitane est leur premier et unique lieu de travail. Les conséquences sont perceptibles au quotidien puisqu'elles se raccrochent aux éléments passés et n'ont que peu de recul pour juger de la pertinence d'une action plutôt qu'une autre. La force de proposition est également limitée dans ce contexte car un complexe de manque de compétences et de « statut » social est souvent avancé. L'idée qu'une aide-soignante, une aide médico-psychologique ou une infirmière peut apporter davantage aux résidents est persistante car elle est liée au diplôme et donc au « savoir » à leurs yeux. Ceci est frappant vis-à-vis des intervenants libéraux, nombreux dans l'établissement, particulièrement pour tout ce qui attire au soin : cabinets infirmiers, médecins généralistes, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), podologues, kinésithérapeutes, etc.

La présence d'intervenants extérieurs dans l'institution est l'occasion pour moi d'aborder le sujet du travail en collaboration. Cela va au-delà d'une équipe pluridisciplinaire d'un même établissement car il s'agit d'intervenants indépendants, autonomes, soumis à des règles communes aux nôtres mais également propres à leurs secteurs d'activités. Chacun a la liberté de son emploi du temps et doit composer avec les autres acteurs de l'institution. Toute la difficulté est d'arriver à travailler ensemble avec un objectif commun (le bien être de l'usager) tout en respectant l'approche, la conviction et les suggestions de chacun. Les enjeux doivent être identifiés au fur et à mesure afin d'ajuster la communication pour éviter toute dérive qui serait néfaste pour la prise en charge des résidents. Ces enjeux peuvent se situer à différents niveaux : entre les professionnels de l'établissement et les intervenants extérieurs, entre les intervenants extérieurs eux-mêmes, entre les usagers et les intervenants extérieurs, entre les usagers et le personnel de l'établissement. Dans certains cas, une triangulaire peut s'immiscer également. Les enjeux peuvent être d'ordres différents : de pouvoir, financiers, de reconnaissance,

d'image, etc. Je crois qu'être conscient de cela et communiquer à ce sujet sans que ceci ne soit tabou est déjà le début d'un travail commun.

1.3 D'une logique de prise en charge soignante des personnes âgées à un accompagnement social quotidien

1.3.1 Une organisation cloisonnée

L'organisation de travail d'un établissement est l'un des éléments central de l'accompagnement des résidents. Au sein de l'EHPA la Villa Occitane, celle-ci est historique et a très peu évolué au fil du temps. Les salariés travaillent 7 heures par jour sur des plannings affichant 9 créneaux horaires différents. Une pause de 30 minutes est prévue pour chacun d'eux. L'amplitude est donc de 7h30 ce qui implique que les personnels de matin ne sont pas les mêmes que ceux du soir. Ceci peut paraître anodin mais j'ai constaté que cela est perturbant pour les nouveaux résidents qui s'inquiètent, chaque jour, de qui va les accompagner à quel moment de la journée. Cela se traduit par des questions répétitives et des angoisses dès le réveil. Ces mêmes questions reviennent au moment du coucher pour savoir qui sera là le lendemain matin. En revanche, le personnel de nuit est présent sur une amplitude de 10 heures avec également 30 minutes de pause (rémunérée). Chaque auxiliaire de vie sociale de nuit travaille seule et de fait, ne peut pas quitter l'établissement pendant son service. Pour comparaison, les résidents ont très bien identifié quel professionnel sera en poste la nuit puisque le roulement de travail est fixe. Aussi, ils ne posent jamais de question à ce sujet-là.

Concernant l'équipe dite « administrative », l'infirmière coordinatrice est présente du lundi au vendredi à raison de 4 heures par jour. Les secrétaires, l'agent technique de maintenance, la lingère et l'aide médico-psychologique chargée de l'animation sont présents du lundi au vendredi. Une pause déjeuner est prévue d'1h30. L'amplitude journalière est donc de 8h30. Je suis généralement présente sur la même période bien qu'exceptionnellement je vienne travailler le samedi ou le dimanche, les rencontres avec certaines familles le nécessitant.

Concrètement et hormis le personnel « administratif », les professionnels sont aux nombres de 5 maximum en même temps pour prendre en charge 67 résidents. Le week-end, pendant 4 heures l'après-midi, ils sont trois. Ces plannings présentent des avantages concernant les remplacements en cas d'absences inopinées, la récurrence des tâches ou encore la fatigue journalière. Ils n'ont pas été réinterrogés jusqu'alors pour plusieurs raisons à mon sens. La première est que les résidents (et leurs proches) présents depuis longtemps ne manifestaient pas de demande en ce sens. L'habitude de ce fonctionnement couplé avec l'absence de sollicitation de notre part sur leurs souhaits à ce sujet n'a pas permis « d'entendre » ce besoin de continuité dans l'accompagnement. La

seconde raison est d'ordre interne, liée à une crainte de la part de l'organe directeur de l'Association et à celle plus directe du responsable de l'établissement, à savoir moi. Elle concerne ce qui est communément appelé « la paix sociale ». En effet, modifier une organisation est une prise de risque puisqu'elle impacte directement la vie des salariés et génère donc de l'angoisse. Pour arriver à cette démarche, les fondamentaux de ma mission initiale devaient être ancrés solidement. Enfin, la troisième raison est financière. A l'heure de la rationalisation des coûts, initier une modification dans l'organisation peut être déstabilisante. Toutefois, ce turnover de personnel quotidien empêche toute prise de repères pour les résidents et donc, est générateur de stress. En effet, notre organisation actuelle ne permet pas d'identifier de référent ce qui provoque une rupture dans le cadre de la continuité de la prise en charge des usagers, l'accomplissement des tâches se faisant au grès du planning. Les professionnels ne peuvent donc pas s'investir durablement auprès des résidents du fait qu'ils n'occupent pas toujours les mêmes postes. Cela m'a amené à faire un autre constat, celui du changement quantitatif le week-end. Moins de personnel pour un nombre de résidents inchangé par rapport aux cinq jours de la semaine. De ce fait, les professionnels sont insécurisés lorsqu'ils sont peu nombreux (ils le verbalisent) mais paradoxalement, ce système permet une déresponsabilisation rassurante. A plusieurs reprises, des auxiliaires de vie se sont réfugiées derrière le fait qu'elles n'étaient pas présentes le matin (ou l'après-midi) pour ne pas traiter une situation. Ainsi, il devient aisé d'éviter de prendre une responsabilité et donc de limiter son implication à des gestes ou des actes purement techniques auprès des résidents. De même, face à la qualité d'un accompagnement, d'une tâche ou d'une prise d'initiative, je me retrouve confrontée au problème du qui a fait quoi et quand ? La reconnaissance et la valorisation deviennent difficiles si elles ne sont pas instantanées car très rapidement, un autre salarié embauche et prend le relais de celui qui reviendra ultérieurement, sur un autre poste, à un autre horaire.

Ces différents constats m'ont interrogé sur la pertinence des plannings appliqués dans l'établissement. Comme le souligne l'ANESM dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), « *le rythme de vie des résidents ne coïncide pas avec le rythme institutionnel. Le nombre de professionnels auprès des résidents est plus important le matin que le soir et a fortiori la nuit. Or la vie quotidienne se déroule sur l'ensemble des 24 heures de la journée* »²² d'où l'identification d'un enjeu sur « *la qualité de la vie quotidienne (qui) doit être envisagée sur la totalité de la journée y compris la*

²² ANESM, décembre 2010, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Qualité de vie en EHPAD, volet 2, p27.

nuit »²³. Sans en être à ce stade d'avancement dans la réflexion (pour la nuit), je pense que la qualité de l'accompagnement, le bien être des résidents et leur sécurité sont des axes de travail prioritaires et qu'il est donc nécessaire de s'interroger sur la pertinence du modèle d'organisation que nous leurs proposons actuellement. En effet, elle doit faire sens avec les demandes des personnes âgées, leurs besoins et les compétences professionnelles disponibles pour y répondre.

1.3.2 Missions et prestations, une différenciation nécessaire

C'est grâce aux politiques d'amélioration de l'habitat, dans les années 1960 à 1970, que les logements foyers se sont développés. Le rapport Laroque de 1962 s'en fait le promoteur et les définit comme des « *logements individuels assortis de services collectifs implantés dans un même immeuble ou à défaut à proximité immédiate* »²⁴. A l'heure actuelle, la diversité des logements-foyers rend trouble la compréhension de leurs rôles et de leurs fonctionnements. Afin de clarifier les missions leur incombant, le Ministère des affaires sociales et de la santé et le Ministère délégué chargé des personnes âgées et de l'autonomie ont commandé un rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes. Paru le 25 novembre 2013, ce dernier effectue des préconisations (qui seront reprises dans la loi AAA) et définit les missions d'un foyer-logement, à savoir : « *prévenir la perte d'autonomie, organiser la vie sociale, organiser des activités en lien avec le territoire, organiser les interventions des professionnels extérieurs, assurer la sécurité des résidents 24h/24 et enfin, s'inscrire dans l'offre gérontologique locale* »²⁵. Selon le dictionnaire Larousse, une mission est « *une charge donnée à quelqu'un d'accomplir une tâche définie* ». En juillet 2013, pour Cécile Duflot, alors Ministre de l'égalité des territoires et du Logement, et Michèle DELAUNAY, Ministre chargée des personnes âgées et de l'autonomie, « (...) *ces structures particulièrement adaptées à la fragilité résultant de l'avancée en âge favorisent en outre la préservation de la vie sociale, constituant ainsi, un moyen avéré de prévention de la perte d'autonomie* »²⁶. Selon ces éléments, je constate que l'EHPA la Villa Occitane comble partiellement ces exigences. En effet, la mise en place des services à la personne en 2012 a orienté notre accompagnement vers la délivrance de services adaptés aux demandes des résidents à savoir des aides techniques. Les missions d'accompagnement, de sécurité et de coordination sont ainsi accomplies au travers de prestations allant de l'aide à la toilette à la coordination des

²³ ANESM, décembre 2010, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Qualité de vie en EHPAD, volet 2, p28.

²⁴ Direction Générale de la Cohésion Sociale, 25 novembre 2013, *Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes*, Préconisations du groupe de travail relatif aux EHPA dont les logements foyers et autres formes d'habitat avec services, p4.

²⁵ Op.cit. p.1-15

²⁶ Sécurité sociale, juillet 2013, « *Références et recommandations pour les logements-foyers* », *revue professionnelle*, Assurance retraite, p2.

soins en passant par l'aide à la mobilité, la gestion du linge ou encore l'assistance à la personne²⁷. Il s'agit là d'un ensemble de prestations, comme définit par « *la fourniture ou le travail exécuté pour s'acquitter d'une obligation légale ou contractuelle* »²⁸. Dans notre fonctionnement actuel, nous répondons donc à une majorité des missions confiées via ces actions complémentaires les unes des autres mais aussi par un travail réalisé quotidiennement auprès de partenaires libéraux extérieurs. Concernant l'organisation de la vie sociale au sein de l'établissement, mes observations sont toutefois plus mitigées.

La tentation de se rassurer sur cet axe de travail est grande, notamment au travers des animations déclinées chaque jour ou encore lors de la participation active de nombreux résidents (plus d'une vingtaine) pendant le Conseil de Vie Sociale (CVS) chaque trimestre. Mais l'objectivité dont je dois faire preuve m'interroge sur la définition de « vie sociale » et sur ce qu'elle comporte. Est-ce que le fait de participer, une heure ou deux par jour à une activité suffit à répondre à cette mission ? Je crois qu'il s'agit-là plutôt d'une réponse ponctuelle et que nous proposons une prestation, isolée, dans un contexte nécessitant davantage de réflexion afin de décliner une proposition cohérente, pérenne et adéquate aux personnes accueillies. S'ensuit une période d'observation, difficile au départ puisque le regard choisi était celui de la neutralité et de la prise de recul, mais constructif et riche pour l'avenir.

1.3.3 Répondre aux attentes et aux besoins des usagers par le prisme social, une opportunité de progression significative

Ainsi, l'approche des équipes au travers de temps formels de transmissions, des écrits et des procédures actuelles m'a conduite à réaliser différents constats :

- les transmissions écrites sont axées uniquement sur l'approche physique et physiologique (sur une période d'un mois, j'ai comptabilisé 261 transmissions écrites dont seulement 8 portants sur la vie sociale),
- un seul document reprend des éléments sociaux : le recueil de données,
- implication accrue de l'infirmière coordinatrice pour tenir une traçabilité portant exclusivement sur les soins (sur 15 temps de transmissions, j'ai constaté 18 demandes de suivi des soins, aucun suivi des temps d'animation ou du comportement),
- les nombreux protocoles existants concernent le soin, la restauration, l'hébergement, le traitement du linge ou la sécurité, rien sur l'animation ou la vie sociale hormis le recueil de données,

²⁷ Annexe 2 : agrément SAP

²⁸ Selon le dictionnaire Le petit Larousse illustré 2015.

- l'aide médico-psychologique (AMP) en charge de l'animation n'écrit aucune transmission en lien avec cette activité dans les dossiers des résidents,
- l'AMP en charge de l'animation suit le nombre d'activité mensuelles ainsi que le nombre de participants par activité ce qui renvoi à un suivi quantitatif uniquement,
- il n'y a aucune activité proposée en l'absence de cette salariée comme par exemple lors des week-ends, de ses vacances ou en fonction des roulements de travail du planning.

Les différences entre missions et prestations se traduisent également, de mon point de vue, par une approche globale et non morcelée d'un domaine à traiter. Les prestations sont au service de la mission qui elle-même conditionne les prestations à mettre en place. Parallèlement, notre organisation de travail vient servir les missions en permettant la réalisation concrète des prestations. Il est donc nécessaire d'identifier quels sont les axes de travail, dans quel but et à destination de qui. Les résidents sont les principaux concernés et l'évolution de l'occupation a permis de mettre en exergue leurs demandes²⁹, notamment au travers :

- d'échanges individuels, que ce soit à ma demande ou bien à la leur,
- de rencontres pluridisciplinaires avec les usagers lors des projets de vie individualisés où les échanges, de notre part, étaient orientés vers le bien-être physique, les besoins techniques (aides, agencement, sécurité, etc.) et la convenance sur les seuls temps d'animation proposés en interne,
- des retours lors des derniers CVS (2013 essentiellement) avec des interrogations sur la prise de relais en cas d'absence de l'AMP,
- des commentaires lors des enquêtes de satisfaction,
- des préconisations suite à l'évaluation externe (décembre 2014),
- des questionnements des familles, relayant les demandes de leurs parents.

Dans ce contexte de remise en question, il m'a semblé naturel d'observer plus spécifiquement les pratiques et de recueillir le point de vue des professionnels.

1.3.4 Limites de l'accompagnement : entre volontés et réalités quotidiennes

Le quotidien des professionnels est ponctué de tâches variées tout au long de la journée : service des repas, aide à la toilette, entretien des locaux, gestion des intervenants libéraux (recevoir les médecins, faxer les ordonnances, travailler en collaboration avec les infirmières libérales, etc.), passages réguliers chez les résidents, accompagnement de ceux-ci lors des déplacements, échanges avec les familles, etc. De nombreux contre temps sont à régler et une grande faculté d'adaptation est nécessaire. Or, chaque membre du personnel arrive avec sa personnalité, ses compétences, sa force

²⁹ Annexe 3 : synthèse des demandes d'activités des résidents/familles

de caractère, et sa manière de réagir. Chaque situation appelle une réponse adaptée. Les soignants sont en première ligne dans ce genre de situation. Ils absorbent (comme des éponges) les angoisses, les souffrances, les moments de déprime, l'agressivité, les confusions et ils essaient d'y répondre par de l'attention, de l'écoute, de la réassurance. Ils doivent faire preuve de patience : négocier, discuter, pour un soin, un repas, une prise de médicament. En plus de cela, il faut ajouter l'accompagnement de certaines familles qui culpabilisent « d'avoir placé » leur parent en institution contre leur volonté. Cela se traduit par des exigences toujours plus importantes, par des « réflexions » ou des remarques, voire par de l'agressivité. Il faut alors savoir prendre du recul pour ne pas réagir à chaud et calmer leurs angoisses. Pour cela, il faut du temps.

Lors de mes échanges, duels ou groupaux, cette phrase revient souvent : « *nous n'avons pas assez de temps* ». Mais pas assez de temps pour quoi ? À cette question, la majorité répond : « *pour le résident* ». L'approche des professionnels se raccroche à des éléments factuels, quantifiables et observables, donc rassurants, y compris pour moi. Evaluer un nombre de toilette, déterminer une perte de poids, mettre en place un suivi de positionnement ou quantifier un nombre de chute est acquis. Ils traduisent tous une prise en soin des maux par le biais d'actes techniques avec une réponse active par l'action. Ceci peut traduire une difficulté sous-jacente : la mise en mots des maux. Face à notre incapacité à répondre par le relationnel, nous faisons très souvent appel à la pharmacopée pour cacher les maux de l'âme. Ainsi, nous sélectionnons des mots appelant une réponse médicale plutôt qu'humaine. Nous disons plus facilement « *dépression* » que « *solitude* » car le premier appelle un traitement médicamenteux alors que le second demande des actions, de l'écoute et du temps. Si un résident présente des troubles du comportement qui deviennent gênants pour les autres, on demande au médecin de revoir son traitement. On peut se demander si c'est là, la seule réponse possible ? Or, si la réponse médicale échoue, aucune autre proposition n'est étudiée, en termes d'accompagnement social par exemple. L'équipe se sent alors démunie, le résident est vécu comme perturbateur dans l'organisation. Le risque de rejet de ce résident par les professionnels devient alors particulièrement prégnant et dangereux. Enfin, en EHPA, les équipes sont aussi confrontées à la mort. Là encore, les professionnels sont très impliqués. Il y a eu pendant des mois, voire des années, un investissement, un attachement et un accompagnement qui rendent le décès d'autant plus douloureux.

Pour faire face à tout cela, les soignants attachent une grande importance à l'organisation structurée. Elle s'est mise en place au fil des ans et modifier l'organisation de la prise en charge est un véritable challenge. Mais cela est moindre face à la remise en question des pratiques de chaque instant. Lors des échanges avec les membres de l'équipe que je dirige, le manque de temps n'est pas le seul argument avancé face à

l'absence d'échange en dehors des temps de soins. Le sentiment d'être inutile en cas d'inaction physique est abordé. Ne pas agir équivaut à ne pas travailler. En tout cas, c'est comme cela que la situation est ressentie par les professionnels. La peur également d'être « surpris » à simplement « discuter » (et donc risquer d'être sanctionné) pourrait aussi favoriser ce sentiment. En dernier lieu, ce temps d'analyse a fait remonter une angoisse en termes de « savoir-faire » et donc de compétences. Le sentiment d'être moins légitime que quelqu'un de diplômé, le « manque de reconnaissance » et de « considération » parfois de quelques intervenants libéraux contribuent à cristalliser une peur du « mal faire » et une abstinence dans la prise d'initiative. Ajouter à cela le développement de nouvelles compétences spécifiques en termes relationnels, libérer son jugement pour s'autoriser de nouvelles pratiques et enfin, modifier un accompagnement technique maîtrisé est anxiogène et déstabilisant. D'ailleurs, j'ai pu constater que le simple fait d'envisager une prise en charge différente au travers d'une approche complémentaire de l'existant provoque une volte-face de certains professionnels : le temps ne manquait plus. D'autres, au contraire, manifestent l'envie d'en parler, d'y réfléchir et de travailler différemment.

Conclusion de la première partie

Ainsi, nous pouvons en conclure que l'ensemble des facteurs qui composent ce diagnostic crée une forme de résistance au changement. En conséquence, c'est l'ensemble de la prestation qui est impactée par des écarts entre la mission de l'établissement qui doit développer une prise en charge globale du résident et qui reste aujourd'hui trop centré sur le soin. De plus, il existe une difficulté pour l'institution de repérer des attentes nouvelles, portées par les nouveaux entrants, afin de partager des temps d'échange et l'absence de réponses offertes par l'EHPA la Villa Occitane. C'est alors l'ensemble de l'organisation qui est ici interrogé afin qu'elle favorise, d'une part, la création de lien social au sein de l'établissement, et d'autre part, la capacité à entendre et répondre aux besoins et attentes des résidents et enfin, à s'adapter au rythme de ces derniers. De ma place de directrice, il m'appartient de piloter l'établissement afin de répondre à cette question qui reste centrale : comment développer un accompagnement capable de reconnaître les résidents d'un EHPA dans leur parcours de vie ?

Ainsi, dans la seconde partie de ce mémoire, au préalable du plan d'action à venir, j'ai jugé indispensable d'explorer les notions d'animation, de lien social et de vie sociale afin d'affiner et d'enrichir ma pensée dans le but de répondre aux besoins et aux attentes des usagers. Les concepts d'utilité sociale, de bientraitance et de conduite du changement me sont apparus en cohérence avec cet objectif pour venir éclairer ce questionnement.

2 Promouvoir l'utilité sociale d'un EHPA

2.1 L'animation en gérontologie au service de la vie sociale

2.1.1 Histoire et évolution

Lorsque l'on aborde en équipe les temps d'occupation d'un résident, le premier réflexe est de se demander : participe-t-il aux animations ? Peu ou pas d'autres questions viennent interroger ces temps de loisirs ou de détente. L'animation est, en quelque sorte, un référentiel du niveau d'intégration individuel au sein de la collectivité, et, par raccourci, une échelle de son bien-être social. Quelqu'un qui participe à toutes les activités est ainsi identifié comme étant « heureux » car « occupé ». Or, pour comprendre l'origine de cette assimilation, il est utile d'identifier les fondements de l'animation au travers de son histoire.

Au XIX^{ème} siècle, la France et ses voisins européens ont connu de nombreuses évolutions, tant au niveau de l'industrialisation que de l'urbanisation. La transformation est importante pour tous. L'animation s'insère petit à petit dans ce nouveau monde. Au départ, elle s'adresse aux plus jeunes : les enfants. Son développement est porté tout d'abord par les religieux puis ensuite les organisations laïques accompagnent ces nouveaux besoins. C'est à ce moment-là que les centres de vacances (colonies) apparaissent. On constate à cette époque que l'animation a une vocation purement éducative. Il s'agit d'occuper, par des activités, les enfants pour lutter contre l'immobilisme et par la même occasion, ouvrir le champ de découverte des enfants. L'apprentissage de la vie commune, l'intégration sociale et la découverte de nouveaux plaisirs sont des enjeux de cette évolution des mœurs. C'est en 1936 que les travailleurs goûtent aux joies du temps libre grâce notamment à une redéfinition du temps de travail et, dans le même temps, à la mise en place du droit aux congés payés. Ces nouveaux temps de repos sont décisifs pour le développement d'activités de loisirs. Le concept de « l'animation » apparaît alors dans les hospices accueillant les indigents, les vieillards et les malades. Cependant, il faut remettre les choses dans leur contexte : il n'y avait aucune notion de plaisir mais plutôt des valeurs de travail, de participation au quotidien et d'investissement dans la vie collective. Après la seconde guerre mondiale, c'est la notion de travail qui apparaît comme la plus importante. Par opposition, cette population qui ne peut travailler est « fautive » et donc marginalisée. C'est pourquoi au sein des hospices, la participation aux tâches quotidiennes est très largement encouragée. Une récompense au mérite est instaurée, par exemple : l'augmentation de la ration de vin. Les « activités » proposées sont la cuisine, le jardinage, l'entretien du linge mais aussi des locaux. Nous sommes encore loin de l'activité de loisirs. La notion de pratiques d'activités occupationnelles arrive, quant à elle, au cours des années 60. Dans les établissements, cette dernière a

pour but de lutter contre l'ennui mais aussi de donner aux personnes âgées un sentiment d'utilité. Cette forme de participation donne aux résidents le sentiment de ne pas être totalement inutiles tout en se coordonnant à la vie institutionnelle. Son principal but est de combattre l'ennui et l'oisiveté. C'est à partir de 1968 que l'animation prend une place prépondérante au sein des établissements. En effet, ce n'est plus l'éducation qui est prioritaire mais la demande de la personne âgée. Le but étant de faciliter ses relations, son intégration et sa participation. L'humanisation des institutions se retrouve ainsi dans les politiques menées dans les années 70/80 de par le fait que « *le mouvement associatif français s'est fortement développé. Progressivement, son rôle et ses compétences ont été reconnus par l'État qui l'a progressivement intégré dans l'élaboration de certaines politiques publiques* »³⁰. L'idée est d'améliorer la vie et le confort des résidents hébergés. Durant cette phase, le personnel n'est toujours pas spécifiquement formé et l'animation reste encore, malgré tout, occupationnelle.

Au détour des années 90, l'animation devient enfin un constituant essentiel dans la qualité de vie d'un établissement. Le bien être des résidents, leurs attentes et leurs désirs deviennent des objectifs primordiaux. Entre 1997 et 2002, une nouvelle évolution est remarquable au travers de deux événements majeurs : la promulgation de la loi n°2002-2, et la création des « emplois jeunes ». Naturellement, une réflexion s'amorce sur le devenir de ces nouveaux professionnels. Polyvalents, nombre d'entre eux ont commencé à développer les animations liées à la prise en compte de la vie sociale³¹ et ont ensuite été titularisés. La formation s'est également développée pour sanctionner de nouveaux savoir-faire³² ce qui a largement contribué à l'apparition d'activités spécifiques favorisant notamment le maintien de l'autonomie. L'animation s'impose progressivement comme un maillon essentiel de la qualité de vie en institution, elle participe à la préservation de l'autonomie des résidents, tout en entrant dans le cadre de la prévention gériatrique. Le fait d'y participer traduit ici une notion de complémentarité. Seule, l'animation ne peut être l'unique réponse à un état qui requiert un ensemble de besoins. Toutefois, elle est partie prenante d'une vie sociale diversifiée et contribue à son renforcement.

2.1.2 Animer, pour quoi ?

Animer du latin *animatio*, de *anima* [-animateur, -animation], souffle vital, donner la vie. Cette définition est purement étymologique. Elle mérite d'être approfondie et complétée en faisant le lien avec l'humain. L'animation est le fait de donner une âme à quelque

³⁰ MARTIN-PLACE V., 2002, « La participation associative dans la politique publique d'environnement française », PYRAMIDES, n°6, pp. 223-238.

³¹ Création du Groupement des Animateurs en Gériatrie (GAG) en 2000. Il est à l'origine de l'écriture de la « Charte de l'animation en gériatrie » en 2006 et a participé à la conception du rapport de mission de Bernard HERVY sur la vie sociale des personnes âgées.

³² Brevet professionnel en « animation sociale » en 2005 et diplôme d'état en 2008.

chose qui est a priori inerte. Selon moi, il faut d'abord comprendre qu'il y a une différence fondamentale entre animer et mettre en mouvement. Ce n'est pas parce qu'un objet bouge qu'il va sembler être doté d'une âme. De même, ce n'est pas parce qu'une personne participe à une animation qu'elle l'apprécie et/ou qu'elle s'épanouit. L'animation doit être un outil pour donner vie, ouvrir un espace de réalisation et d'affirmation de l'individu et du groupe. Cela doit pouvoir se traduire par un dynamisme biologique mais aussi psychologique. La notion de plaisir et de désir est prioritaire sur la notion d'apprentissage. En 1972, l'Académie Française a défini l'animation comme « *une méthode de conduite d'un groupe qui favorise l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective* »³³. Cette définition, bien qu'applicable en établissement, me semble trop restrictive. Intégrer une personne âgée dans un groupe est une bonne chose si parallèlement ceci est son choix propre. Vouloir à tout prix créer ces liens collectifs, n'est-il pas un moyen de déculpabiliser l'institution face à la difficulté de ne pas avoir suffisamment le temps de traiter les besoins et envies d'échanges duels dans une institution collective ?

Hubert FALCO ancien secrétaire d'Etat aux personnes âgées estime, en 2003, que : « *d'abord conçue et pratiquée comme une succession d'activités destinées à lutter contre l'ennui, voire à participer à la rééducation, l'animation en gérontologie s'oriente aujourd'hui vers des réponses visant l'intégration des personnes et leur participation à la vie sociale. Elle ne peut être conçue à partir de modèles généraux plaqués uniformément, elle doit se construire sur les attentes individuelles, à partir des aspirations de chacun* »³⁴. Toutefois, Geneviève ZEHDER propose tout de même « *trois grands objectifs vers lesquels doivent tendre les programmes d'animations* :

- *le maintien de l'exercice des rôles traditionnels (comme le droit de vote par exemple),*
- *la découverte de rôles nouveaux (par le biais d'activités) favorisant de nouveaux contacts et émotions,*
- *la transmission de la culture, redonnant une valeur à l'individu et au sens de son histoire* »³⁵.

On devine aisément un souhait d'individualiser l'animation, de s'en servir comme moyen d'agir et comme outils pour maintenir les résidents dans un rôle actif. Mais il y a des a priori tenaces et des pratiques variées en fonction des établissements. De multiples

³³ VERCAUTEREN R., HERVY B., 2002, *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*, ERES, 236 p.

³⁴ HERVY B., préface de FALCO H., 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, ENSP, 168 p.

³⁵ ZEHDER G., 2008, « L'animation avec les personnes âgées dépendantes », *Vie sociale et traitement*, n°99, pp. 29-34.

facteurs viennent influencer le sens que l'on peut mettre derrière la déclinaison de l'animation. Dans le secteur gérontologique, elle est encore, parfois, apparentée à l'activité occupationnelle et routinière, celle qui ne propose aux personnes âgées que des ateliers vitrines, ateliers s'adressant aux personnes ayant encore les capacités de pouvoir participer « dignement » et « activement ». Ces animations se succèdent pour remplir un temps donné même si cela ne correspond pas aux temps de solitude et à la dépendance du grand âge. Elle devrait proposer des temps de plaisir, permettant à la personne âgée de vivre ou de revivre lors de ces temps privilégiés. En institution, il faut aller « à la pêche » d'instantanés simples et furtifs, se raccrocher aux besoins et attentes (réelles) du résident, et essayer « d'arracher » des moments de bien-être. Si nous ne prenons pas en compte la personne avec son histoire, ses bonheurs, ses coups durs, nous ne contribuerons pas au développement de sa vie sociale. Etablir des relations personnalisées, c'est créer une relation de confiance. Et c'est cette dernière qui nous permettra éventuellement d'élaborer avec elle, le projet de vie, aussi infime puisse-t-il paraître, qu'elle désire vivre. Dénicher la vie dans les moindres interstices de chaque individu pour pouvoir l'aider à exister ou subsister sans extrapoler et ainsi suppléer ses envies véritables.

2.1.3 L'animation au service du lien social

L'animation est donc étroitement liée au lien social et à la notion de vie sociale. Cependant faire la distinction est important. L'amalgame est récurrent dans le secteur gérontologique entre l'animation et la vie sociale. Or, il faut être conscient que la première n'est qu'un moyen de développer la seconde. L'animation peut également servir de levier pour créer de nouveaux liens entre les individualités isolées. Ainsi, l'action et le plaisir provoqués par une activité peuvent déclencher de belles rencontres et/ou de bons moments. Mais ce moment ponctuel ne suffira pas, à lui seul, à définir une vie sociale convenable à ces personnes.

Définir le terme « vie sociale » est déjà un exercice difficile sur le papier. En effet, on peut distinguer le mot « vie » et le mot « sociale » et en donner deux définitions indépendantes. Définitions qui elles-mêmes peuvent être très variables. L'unisson des deux devient alors une combinaison de priorités propre à chacun. En gérontologie, de toutes celles que j'ai pu lire, je retiendrai celle-ci : « *la vie sociale est le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes. Etre en contact avec une autre personne, quelle que soit la relation et le moyen de communication pour être et exister, pour donner du sens à la vie* »³⁶. Or la communication est un vecteur de lien. Du latin

³⁶ HERVY B., préface de FALCO H., 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, ENSP, 168 p.

classique *communicare* (« partager ») qui prit ensuite le sens de « entrer en relation avec ». Il est communément admis que la communication peut être duelle, triadique ou groupale. Cette communication interpersonnelle est considérée comme un système à part entière mais néanmoins compliqué du fait qu'elle inclut l'ensemble des interactions entre les individus. Ces dernières peuvent être conscientes ou inconscientes. La communication permet de transmettre, de partager quelque chose. Elle dynamise une relation, elle facilite les échanges et la création du lien. La communication est le plus souvent verbale, mais l'on sait aujourd'hui l'importance de la communication non verbale. Le langage du corps, les mimiques, le souffle, le regard... Tout à une importance quand on travaille auprès d'une personne âgée. Ce deuxième mode de communication est souvent inconscient puisque notre corps peut nous trahir involontairement : expressions du visage, mouvement de recul ou au contraire, trop grande proximité. Ceci, pour le maîtriser, relève d'une grande connaissance de nos propres réactions, fragilités et limites. Cependant, auprès de personnes âgées, chacun doit y être vigilant.

Pour bien comprendre les nuances entre vie sociale et animation, il me semble aussi important de définir le lien social. Il désigne d'après moi l'interaction existante, potentielle ou supposée entre plusieurs individus différents. Ces derniers ajustent leurs rapports sociaux pour dépasser les clivages culturels et les origines sociales pour former une unité, un ensemble qui soit autre chose qu'une simple juxtaposition de personnes. Ce sont des échanges variés convenant aux différentes parties, tendant vers la découverte de l'autre (savoirs, culture, religion, argent, plaisir, déplaisir, etc.). Malgré l'institutionnalisation, les personnes âgées ont besoin d'échanger, d'être écoutées et entendues. La communication est indispensable car elle permet de maintenir ou de recréer un lien avec le monde, de lutter contre l'isolement et d'être reconnu. Malheureusement, des états pathologiques fréquents en institution, altèrent la capacité de communication des résidents. Certains troubles sont appareillables (par exemple l'audition), d'autres peuvent être plus handicapants (comme les troubles de l'élocution). Le plus difficile étant l'absence de communication verbale. D'autres raisons peuvent être la cause d'une communication altérée : psychologiques, intellectuelles, culturelles ou encore sociales. Les professionnels sont là pour aider, stimuler, valoriser les efforts. Les interlocuteurs des résidents sont le plus souvent la famille, le personnel et les autres pensionnaires. Ceci n'est pas dû au hasard mais plus probablement à l'avancée en âge. Le veuvage, la disparition d'amis et l'apparition de difficultés (de déplacement par exemple) favorisent l'entrée en EHPA. Le déracinement couplé à la perte de repères (commerces de proximités, coiffeur, voisins, etc.) viennent altérer, voire neutraliser, une grande partie des fondements du lien social des personnes accueillies. Le cercle de « confiance » se restreint et la possibilité d'interagir librement aussi. Le risque d'isolement peut alors s'aggraver en fonction des situations (pas ou peu de famille, amis, etc.). Le lien

social, ainsi mis à mal, est à reconstruire, dans un autre contexte, avec des personnes inconnues et avec le poids des ans qui rappelle quotidiennement les douleurs à supporter. Mon rôle, et celui de l'équipe que j'accompagne, est d'être là pour favoriser l'émergence de nouveaux liens afin de proposer une vie sociale adaptée aux souhaits des résidents.

2.1.4 Du lien à la vie sociale, le poids des ans

La vie sociale, au travers de l'animation, du lien social et des éléments cités précédemment est difficile à matérialiser. Elle relève plutôt d'un ensemble de choix exprimés et respectés, d'une liberté d'agir et d'interagir, d'un devenir correspondant au mode de vie préalable à l'entrée en EHPA et d'habitudes à perpétuer. Et pourtant, des actions concrètes sont à décliner pour définir une ligne de conduite qui rendra favorable sa mise en œuvre. Ainsi, deux grandes notions semblent, à l'heure actuelle, incontournables : le « vieillissement actif » et le « bien vieillir ».

L'histoire du vieillissement actif commence aux États-Unis au début des années 1960 avec l'apparition du « *successful ageing* » soit en français : le vieillissement réussi. Ce concept est venu proposer « *le maintien et l'adaptation progressive des activités et des relations des personnes âgées, en réaction à l'influente théorie du désengagement de CUMMING et HENRY (1961), qui suppose au contraire le retrait progressif de l'individu des activités sociales* »³⁷. Après 37 ans (et l'exploration de diverses notions), en 1997, le vieillissement actif fait officiellement son apparition à Denver, lors du Sommet du G8. L'année internationale des personnes âgées est proclamée par les Nations Unies en 1999 parallèlement à l'instauration par la Commission Européenne d'un programme d'action en faveur du vieillissement actif intitulé « *Vers une Europe pour tous les âges* ». La Commission Européenne définit le vieillissement actif comme « *des actions permettant à l'individu de se préparer à mener une vie meilleure, plus longue et plus active, travailler plus longtemps, quitter le monde du travail de manière plus progressive et saisir les occasions de jouer un rôle actif pendant la retraite* »³⁸. En 2002, l'OMS définira le vieillissement actif à son tour comme étant « *le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse* »³⁹. Cette définition est plus large, plus ouverte aux multiples aspects d'un individu. Ainsi, l'année 2012 fut proclamée année européenne du « *vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle* ». A cette occasion, l'UE donnera une

³⁷ ALBEROLA E., GALDEMAR V., PETIT M., décembre 2013, « Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? », CREDOC, cahier de recherche, n°310, p 9.

³⁸ Op. cit. p.10.

³⁹ Op. cit. p.10.

définition davantage orientée sur la prise en compte de la personne âgée dans toute son individualité : « *le vieillissement actif désigne le fait de vieillir en bonne santé en conservant pleinement sa place dans la société, en restant épanoui dans sa vie professionnelle, autonome dans la vie quotidienne et engagé en tant que citoyen. Peu importe l'âge : chacun à un rôle à jouer dans la société et peut prétendre à une meilleure qualité de vie. Le défi consiste à tirer le meilleur parti de l'énorme potentiel que nous possédons tous, même à un âge avancé* »⁴⁰. L'affirmation que chacun peut trouver un espace pour s'exprimer et l'encouragement appuyé pour maintenir une vie sociale riche donne le ton des politiques actuelles au travers des objectifs européens⁴¹. Toutefois, on peut constater que la perte d'autonomie des personnes âgées n'est pas abordée et que l'on s'adresse plutôt à une population âgée encore dynamique et active. Or, les personnes vivant à la Villa Occitane ne présentent pas toutes ce profil. Les possibilités individuelles et les envies personnelles sont des variables orientant la vie sociale de chacun. Il y a malgré tout un point commun entre les résidents, et par extension, à la majorité des êtres humains. C'est l'envie manifeste de « bien vieillir ». Mais si ce terme fédérateur correspond à un espoir nourri, que signifie-t-il vraiment ?

Cette notion peut paraître simple lors de sa première lecture puisqu'elle renvoie à quelque chose d'élémentaire et à des mots du langage commun faisant écho à un devenir positif. En effet, l'envie de rester jeune, de conserver ses facultés intellectuelles et physiques, de maintenir un rythme de vie choisie ou encore d'éviter les souffrances se retrouvent dans de nombreux ouvrages historiques. Cette préoccupation de la jeunesse éternelle traduit le plus souvent la peur du vieillissement, la peur de la douleur, la peur de mourir. Un lien est ainsi fait entre vieillir et souffrir, entre vieillir et devenir dépendant et donc entre vieillir et devenir une charge (pour la famille, la société). Cette idée semble partagée puisqu'en 2011, 62% des français estiment qu'il est difficile de « bien vieillir »⁴² et 70% ont déclaré que bien vieillir « *c'est vieillir en bonne santé* ». Une logique se dégage, essentiellement axée sur le médical : pour « bien vieillir », il ne faut pas être malade. C'est également ainsi que ROWE et KAHN⁴³, en 1987, ont défini le « bien vieillir ». Or, de nos jours, il est inenvisageable d'écarter les facteurs de risques et les pathologies liées au grand âge. Une dimension plurifactorielle de la vieillesse entre donc en ligne de compte et ne peut se résumer soit à être uniquement « dépendant », soit à être uniquement en « bonne santé ». A partir de là, définir le « bien vieillir » est très difficile. La sphère multidimensionnelle (sociale, médicale, environnementale, financière,

⁴⁰ EUROPA. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations [visité le 22.07.2015], disponible sur Internet : <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=fr>

⁴¹ Annexe 4 : objectifs européens

⁴² Sondage de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP), 1^{er} au 3 février 2011.

⁴³ ROWE J.W., KAHN R.L., 1999, *Successful Aging*, Dell, 288 p.

etc.) d'une personne rend subjective cette notion. Néanmoins, un groupe de travail⁴⁴ a choisi de retenir deux définitions complémentaires l'une de l'autre, celle du Docteur Pierre GUILLET et celle de la sociologue Laurence HARDY, à savoir que le bien vieillir signifierait « *s'adapter aux changements et cultiver ce que l'on devient à mesure que l'on change* » et donc « *être acteur tout au long de sa vie* ». Cet exercice est périlleux, y compris pour les politiques, puisqu'aucune définition n'a été arrêtée dans le rapport national « Bien Vieillir » 2007-2009. Toutefois, 9 préconisations⁴⁵ avaient été faites : 5 portant sur le « bien vieillir » médical, 3 sur le « bien vieillir » social et 1 sur l'inscription du « bien vieillir » français au niveau européen. Cette notion du « bien vieillir », complexe à définir, vient toutefois contrebalancer positivement le terme de dépendance si souvent utilisé. L'a priori de la vieillesse, révélé par le poids financier pour la société, trouve ici une nouvelle approche, plus optimiste, au travers d'une démarche appuyée de prévention des risques. L'anticipation sur l'avenir est un moyen de lutter contre la dépendance et donc de garder la main sur sa « santé », comme définit par Georges CANGUILHEM comme étant la « *capacité prolongée d'un individu à faire face à son environnement physiquement, émotionnellement et socialement* »⁴⁶.

Il convient également de rester vigilant sur l'impact des termes de cette notion et sur les dérives qui peuvent en découler. « Bien vieillir » ne doit pas être vécu comme une injonction à réussir sa vieillesse. BILLE et MARTZ⁴⁷ se sont ainsi fait les porteurs de ce risque de culpabiliser celui qui n'arriverait pas à vieillir dignement, en gardant le contrôle des sphères de sa vie. Celui qui ne réussirait pas à vieillir...bien.

Dans le contexte professionnel de terrain, ce sentiment se retrouve fréquemment. Une personne âgée qui vieillit bien est souvent celle qui marche, qui discute et qui garde un environnement propice aux échanges. C'est également celle qui ne se plaint pas ou peu. C'est celle qui raconte, qui écoute et qui est en capacité de répondre. C'est celui ou celle que l'on admire comme je l'entends parfois : « *à son âge, j'aimerais être comme ça !* ». Mais face à ces notions, j'ai souhaité demander aux principaux concernés ce que cela représentait pour eux. Ainsi, lors de 4 groupes de parole⁴⁸, j'ai posé simplement cette question : pour vous, que veut dire « bien vieillir » ? La première salve de réponse a été unanime dans tous les groupes et se résume à « *avoir la santé* ». Dans un second temps, le débat s'est ouvert et chacun a commencé à se risquer à entrer dans le détail et la

⁴⁴ Module interprofessionnel de santé publique, 2011, *Bien vieillir, prévention de la dépendance*, EHESP, groupe n°1, p.9.

⁴⁵ Annexe 5 : préconisations rapport national « Bien vieillir »

⁴⁶ CANGUILHEM G. médecin et philosophe français (1904-1995)

⁴⁷ BILLE M., MARTZ D., 2000, *La tyrannie du bien vieillir*, Paris, Éditions Le bord de l'eau, 180 p.

⁴⁸ Rencontres avec 4 groupes de 5 personnes soit 20 participants âgés de 68 à 99 ans, février à mars 2015.

nuance. De grands thèmes se sont alors dégagés tels que la présence de l'entourage (famille essentiellement), la possibilité de vaquer librement à ses occupations et enfin « *avoir la chance de pouvoir profiter* ». A ma demande de précision, chacun a répondu individuellement. Sans faire de généralités, les plus autonomes ont traduit cela par « *faire des sorties, aller au théâtre, au cinéma, au restaurant, se faire coiffer, ou encore aller faire les boutiques* » alors que les personnes à mobilité réduite ont plutôt orienté leurs réponses sur le fait de « *participer à la vie dans l'établissement* », notamment lors des fêtes calendaires, mais aussi sur le choix des menus ou lors des animations proposées. Certaines ont abordé l'importance de se sentir en sécurité, protégées pour vieillir « *tranquille* », de « *n'avoir à s'occuper de rien* ». Mais il y a eu également des mots plus rugueux : « *bien vieillir c'est mourir avant d'être vieux* », « *quand on est vieux, on ne sert à rien de toute façon* », « *je suis une charge pour mes enfants, ce serait mieux si je n'étais plus là* » ou encore « *à quoi ça sert de vieillir puisqu'on ne peut plus rien faire...* ». Ces mots sont difficiles à écouter mais je crois qu'il est nécessaire de les entendre. Ainsi, d'après le médecin gériatre Jean-Pierre AQUINO (à l'origine du plan Bien Vieillir), « *il faut raisonner sur les compétences des gens, leur autonomie et pas sur leurs incapacités. Prise sous un angle positif, la dépendance ne se limite pas aux personnes âgées, elle existe entre tous les individus qui composent la société* »⁴⁹. Favoriser l'émergence du lien social peut permettre de rompre l'isolement, de libérer la parole, d'agir sur l'environnement de la personne âgée, de fédérer en plaçant l'usager au « *cœur du dispositif* » institutionnel et ainsi de coordonner un ensemble d'actions constitutives d'une vie sociale qui amenuisera ce profond sentiment d'inutilité.

2.2 L'utilité sociale comme levier d'action

2.2.1 Une définition plurielle

L'origine de la notion d'utilité sociale trouve sa source dans les années 1970 avec la reconnaissance d'une réponse apportée à des « *besoins peu ou pas pris en compte par l'État ou le marché* »⁵⁰. Ainsi, la reconnaissance de l'utilité sociale d'une organisation lui octroie un traitement particulier en termes de fiscalité et/ou de subventions publiques. Pour cela, deux critères sont à remplir : une gestion désintéressée et un réinvestissement des excédents dans l'activité. Ce sont les fondements de la « *non-lucrativité* ». En 1973, le Conseil d'État publie un arrêt dans une affaire de concurrence déloyale où une association était gestionnaire d'une clinique qui bénéficiait donc d'une exonération

⁴⁹ Module interprofessionnel de santé publique, 2011, *Bien vieillir, prévention de la dépendance*, EHESP, groupe n°1, p.4.

⁵⁰ EUILLET A., avril-juin 2008, « L'utilité sociale, une notion dérivée de celle d'intérêt général », *Revue de droit sanitaire et social*, n°38, pp. 207-228.

d'impôt. C'est à ce moment qu'un troisième critère vint compléter le dispositif : « *les bénéficiaires normaux de l'institution doivent profiter de sa gestion désintéressée, soit parce que les conditions sont plus avantageuses que celle du marché, soit parce que les services rendus ne sont pas fournis par le marché* »⁵¹. Les termes d'utilité sociale ne sont pas encore mentionnés mais ils préfigurent un lien avec le secteur non-marchand qui sera confirmé en 1998 et en 1999 au travers « *de deux instructions fiscales fixant les conditions d'exonérations d'une association exerçant une activité commerciale : gestion désintéressée et absence de concurrence avec le secteur lucratif suivant la règle des quatre P : du point de vue du Produit, du Public, du Prix ou en l'absence de Publicité* »⁵². Il s'agit là d'organisations du secteur non-marchand qui sont dans le devoir de répondre à un besoin non satisfait, à efficacité équivalente du secteur marchand et en « *gardant une logique d'innovation permanente* »⁵³. Ces organisations de l'économie solidaire se retrouvent face à la difficulté d'une réduction de leur champ d'intervention au fur et à mesure où le « *secteur marchand y progresse* ».

Néanmoins, l'utilité sociale ne peut se résumer à une valeur monétaire. Ainsi, selon Jean GADREY, économiste et chercheur, « *est d'utilité sociale l'activité d'un organisme qui a pour résultat et objectif de contribuer à la réduction des inégalités économiques et sociales, y compris par l'affirmation de nouveaux droits, à la solidarité (nationale, internationale ou locale) et à la sociabilité, à l'amélioration des conditions collectives du développement humain durable (dont font partie l'éducation, la santé, la culture, l'environnement et la démocratie)* ». De plus, « *cinq dimensions sont fréquemment retenues pour construire des critères d'utilité sociale* :

- *la dimension territoriale (proximité, animation du territoire, ancrage) ;*
- *la dimension économique (réponse à un besoin, efficacité, création d'activité) ;*
- *la dimension écologique (promotion des pratiques respectueuses de l'environnement) ;*
- *la dimension sociale (insertion, égalité d'accès, diversité, mixité) ;*
- *la dimension politique et sociétale (co-construction de l'intérêt général, citoyenneté active, démocratie participative) »*⁵⁴.

L'utilité sociale renvoie donc à l'intérêt positif d'une action. Sa déclinaison dépend de la structure, du territoire, de l'organisation, des moyens de mise en œuvre et du public ciblé

⁵¹ GADREY J., février 2004, « L'utilité sociale des organisations de l'économie sociale et solidaire », *Rapport de synthèse*, 136 p.

⁵² RODET D., 2008, « Les définitions de la notion d'utilité sociale », *Revue Économie et Solidarité*, volume 39, numéro 1, 10 p.

⁵³ NOGUÈS H., 2003, « Économie sociale et solidaire : quelques réflexions à propos de l'utilité sociale », *Revue des études coopératives, mutualistes et associatives*, n°290, pp. 27-40.

⁵⁴ Réseau des Territoires pour l'Économie Solidaire et Association des Régions de France en partenariat avec la Caisse des Dépôts, 2012, *Inscrire l'utilité sociale au cœur des politiques locales*, Guide pratique, Avise, p.6.

(un groupe de personnes, une tranche de la population, l'ensemble de la société, etc.). Toutefois il me semble intéressant d'aborder une autre lecture de l'utilité sociale au travers, notamment, « *de travaux considérant l'utilité sociale comme dérivée de l'intérêt général* »⁵⁵. D'après Alexandra EUILLET, « *ces deux notions se différencieraient par les effets produits par les activités qui s'en réclament. Une activité d'intérêt général a pour objectif le bien-être de la société globale et conduit, parfois, ensuite, au bien-être d'un groupe particulier. Une activité d'utilité sociale, en revanche, aurait pour objectif le bien-être d'un groupe particulier et comme corollaire, systématique cette fois, le bien-être de la société dans son ensemble* ». Dans le cadre de l'accompagnement d'usagers en EHPA, l'orientation se rapproche d'une activité d'utilité sociale. En effet, le but est de favoriser le bien-être d'un groupe spécifique, les personnes âgées majoritairement autonomes ou semi-autonomes, tout en participant ainsi au « *bien-être de la société* » en donnant ou redonnant une place à nos aînés et en appréciant la « *richesse* » qu'ils représentent pour un pays.

2.2.2 Anticipation, besoins et offre de service

D'une manière générale, les personnes âgées résidant en EHPA ne rentrent pas en établissement par hasard. Les aînés de la Villa Occitane ne font pas exception. Ce « *choix* » de vie résulte, initialement, d'un besoin, qu'il soit d'aide, de sécurité, de lien ou de soin. Ces besoins sont le plus souvent exprimés lors de l'entrée et, naturellement, nous essayons d'y répondre favorablement. Pour cela, un dispositif, presque un « *catalogue* », de solutions s'offrent à nous : l'aide à la toilette, l'entretien des appartements, la coordination des soins, la restauration, les commissions (CVS, bientraitance, menus) ou encore les animations font partis de l'offre de service proposée. Cette dernière est indispensable puisque fondatrice de l'existence même de ce type de structure. Elle est rassurante et utile car elle répond à une demande et/ou à des besoins. Ainsi, lors de l'arrivée d'un nouveau résident, nous le sollicitons très rapidement pour comprendre ses motivations d'entrée, ses raisons, parce qu'à nos yeux, il y en a forcément une qui appelle une réponse par notre intervention. Cela ne peut pas être un simple choix de vie... Dans la plupart des cas et au fur et à mesure de mon expérience, je dois reconnaître qu'il y a un lien de cause à effet entre ces éléments. Toutefois, des exceptions viennent infirmer ceci. Pour exemple, je reprendrai l'arrivée d'une dame, fin 2013, âgée de 88 ans, très active physiquement et intellectuellement (dans des associations locales), pilier de sa famille, qui souhaitait « *juste vivre avec son temps* » et, à terme, avait peur de « *ne pas pouvoir choisir son lieu de vie* ». Elle ne fait, encore à

⁵⁵ RODET D., 2008, « Les définitions de la notion d'utilité sociale », *Revue Économie et Solidarité*, volume 39, numéro 1, 10 p.

l'heure actuelle, appel à aucune aide, à aucun service de l'établissement. Ceci est perturbant pour l'équipe car nous ne sommes pas « indispensables » à son bien-être, en tout cas, pas au travers des services que nous avons à lui offrir. Force est de constater que malgré son dynamisme, les équipes la connaissent peu. Ni ses goûts (culinaires, vestimentaires, culturels, etc.), ni ses activités, ni ses projets, quels qu'ils soient, ne sont connus par les professionnels. Pourtant, cette résidente aime venir me raconter ses moments de bonheur ou se confier lors des jours moins heureux. C'est en les transmettant à l'équipe que je me suis rendu compte de l'absence d'échange et de lien entre les « soignants » et cette dame, très indépendante.

Un second exemple, plus fréquent, me semble intéressant. Il s'agit de l'accueil de « couples ». Plus précisément, lorsque l'un des deux présente une pathologie justifiant un accompagnement spécifique et l'autre non (que ce soit un mari et son épouse, deux sœurs ou une mère et sa fille). Face à cette situation, je me suis rendue compte que nous concentrons notre attention sur la personne en perte d'autonomie et que nos conversations avec le second usager sont orientées sur le bien-être du premier. Cela se traduit par des questions du type « *comment va votre mari ?* », « *est-ce que votre maman a bien dormi ?* » ou encore des recommandations « *pensez à bien la faire boire* », « *il vaut mieux remonter la barrière du lit pendant la sieste pour éviter qu'il ne tombe* », etc. Le lien entretenu avec le résident le plus autonome se transforme, lentement, en un partenariat dans l'accompagnement d'une troisième personne. Ce lien se développe autour des soins et du prendre soin et fait appel à des notions de confort, de sécurité et de surveillance. Mais ce fonctionnement, bien que porteur d'échanges, est-il suffisant pour laisser une place en tant qu'individu à part entière à l'un et l'autre des résidents ?

Enfin, un grand nombre de résidents accueillis à la Villa Occitane évoque les problèmes d'insécurité à leur domicile « primaire » et le sentiment d'isolement. Ils viennent donc chercher un « service » non matérialisable, faisant appel à notre capacité à créer du lien pour développer une relation de confiance. Cette découverte de l'autre nécessite des moments de partage, des temps d'observation et l'envie d'entrer en relation au quotidien. Pour limiter, voire endiguer, l'isolement de certains résidents mal à l'aise avec la collectivité, les professionnels doivent développer une approche relationnelle plus individualisée. Conformément au 3^{ème} alinéa de l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie⁵⁶ qui stipule que l'usager a « *le droit à la participation directe, (...) à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, (...)* » et conformément aux recommandations de l'ANESM dans ses bonnes pratiques « *Concilier vie en collectivités et personnalisation de l'accueil et de*

⁵⁶ Selon l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

l'accompagnement » de novembre 2009, il est de notre ressort, et plus particulièrement du mien, de réunir des conditions favorables pour que chaque résident puisse « *disposer d'un cadre de vie collectif qui le reconnaisse comme individu* »⁵⁷. Si certains salariés s'adaptent spontanément à cet accompagnement et font preuve d'initiatives pertinentes, ceci n'est pas aisé pour tous. Des maladresses, des stratégies d'évitement ou encore des réactions inappropriées peuvent conduire à des situations à risque comme par exemple des commentaires du type « *de toute façon, ça ne va jamais* » ou « *ça fait 3 fois qu'il sonne en 15 minutes !* ». Plutôt que de vivre ce résident comme « perturbateur », ne devrions-nous pas plutôt nous demander quelles sont les raisons de cette sur-sollicitation ou de ce mécontentement permanent ? L'accompagnement au travers de notre organisation permet-il à ces usagers de s'exprimer, donc d'exister, autrement qu'à partir de critiques récurrentes attirant notre attention ? Laissons-nous un espace d'expression suffisant pour aborder d'autres sujets que ceux nous concernant et donc, au demeurant, mobilisant notre intérêt ?

J'ai constaté, au cours de mon expérience, qu'il est plus facile d'orienter la discussion, de la diriger, de l'amener vers quelque chose de connu afin d'en contrôler la teneur mais aussi pour pouvoir la clôturer plus facilement. Les questions fermées, fréquemment observées dans les interactions relationnelles entre l'équipe et les résidents, limitent également la possibilité de se laisser aller à la confiance et freinent fortement la liberté que chacun pourrait avoir de choisir un sujet qui lui tiendrait à cœur. Or, compte tenu du public accueilli, je me rends compte que ces pratiques peuvent avoir des conséquences néfastes engendrant des comportements atypiques que nous avons tendance à assimiler à des troubles relevant du médical. Notre réponse paraît alors inappropriée malgré l'intention manifeste de bien faire.

2.2.3 Bientraitance et droits des usagers, indissociables

Il est parfois difficile d'accepter qu'il y a un écart entre ce que nous faisons et ce que nous aimerions faire, entre ce que les résidents souhaitent et entre ce que nous sommes en capacité de leur offrir, entre le professionnel idéalisé que nous voudrions être et celui que l'on est au quotidien. Le contexte dans lequel nous évoluons (structure, compétences, histoire, etc.) impacte notre manière d'agir et d'interagir. Ainsi, il y a des moments plus propices que d'autres à s'interroger sur telle ou telle pratique car il est difficilement concevable, de mon point de vue et avec les moyens dont je dispose, de mener de front une mise en mouvement globale dans tous les domaines d'accompagnement (soin, vie sociale, individualisation, démarche qualité, ressources

⁵⁷ RBPP ANESM, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, 2009, p.1

humaines, ouverture sur l'extérieur, etc.). Cependant, si une mise en œuvre opérationnelle généralisée n'est pas envisageable instantanément, la réflexion et la remise en question de nos pratiques doivent l'être. En effet, mon rôle, en tant que directrice, est de porter une attention particulière à l'immobilisme, à la rigidité quotidienne, à l'absence de remise en question sous prétexte qu'elle nous malmènerait et que nous préférions la fuir en fermant les yeux. Se questionner, s'évaluer, douter font partie, je crois, d'une dynamique permettant de rester proche d'une réalité au sein de laquelle nous devons faire preuve de polyvalence, d'adaptabilité et de créativité pour satisfaire les résidents que nous accueillons. Le fil rouge, conducteur de toute démarche d'accompagnement, de réflexion, de représentations ou encore de définitions de principes éthiques, est, à l'heure actuelle, nommé bientraitance.

Je ne peux pas aborder le concept de la bientraitance sans reprendre les travaux de l'ANESM au travers des recommandations de bonnes pratiques professionnelles la concernant et dont voici la définition : *« la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance »*⁵⁸. Toutefois, *« mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive »*. Ainsi, *« parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence »*. La bientraitance trouve ici une définition très ouverte, laissant à chaque structure et donc à chaque équipe, le soin de la décliner en fonction de ses projets (de service, d'établissement). Néanmoins, l'ANESM met en avant cinq axes principaux, nommés *« les fondamentaux de la bientraitance »* émanant de la définition préalablement citée, à savoir :

- *« une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité ;*
- *une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes ;*
- *une valorisation de l'expression des usagers ;*
- *un aller-retour permanent entre penser et agir ;*
- *une démarche continue d'adaptation à une situation donnée ».*

Afin de faciliter la mise en œuvre pour retrouver au sein des structures une concrétisation par des actions spécifiques, l'ANESM a souhaité détailler *« quatre repères pour la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance »* :

⁵⁸ RBPP, ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juillet 2008, p.14.

- *des actions permettant de concrétiser le fait que l'utilisateur soit co-auteur de son parcours ;*
- *des mesures garantissant un lien de qualité entre professionnels et usagers ;*
- *des initiatives permettant à la structure de s'enrichir de toutes les contributions internes et externes pertinentes ;*
- *une organisation et un encadrement réfléchis dans la perspective de continuité entre la bientraitance des usagers et de leurs proches et le soutien apporté aux professionnels dans l'exercice de leur mission ».*

Ces grands principes sont issus de différents concepts, fondateurs de la notion de bientraitance et complémentaires dans les pratiques quotidiennes. En effet, l'histoire nous apprend que le concept de bientraitance ne s'est pas révélé, un jour, subitement, à la vue de tous. Ainsi, comme le reprend synthétiquement l'ANESM⁵⁹, des approches plurielles telles que « *la bienfaisance* », « *la bienveillance* », « *la communication* », « *la notion de care* » ou encore « *la reconnaissance* » sont à mettre en reliefs pour différencier la notion même de bientraitance et enfin comprendre qu'elle n'est pas une simple opposition à la maltraitance, malgré une construction étymologique pouvant porter à confusion.

La maltraitance est définie par l'OMS comme étant « *un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention approprié, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect* »⁶⁰. La maltraitance est, parallèlement à la promotion de la bientraitance, un sujet d'intérêt des politiques publiques. Cela se constate, notamment, au travers de la publication de la circulaire du Ministère des affaires sociales et de la santé, du Ministère délégué en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et du Ministère délégué en charge des personnes âgées et de l'autonomie, du 20 février 2014, « *relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS* »⁶¹. Cette circulaire est le fruit, entre autres, du travail réalisé par le Comité National

⁵⁹ Annexe 6 : origine de la bientraitance selon l'ANESM

⁶⁰ OMS, décembre 2014, Maltraitance des personnes âgées, Aide-mémoire, n°357, [visité le 18.07.2015], disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>

⁶¹ Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère délégué en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, Ministère délégué en charge des personnes âgées et de l'autonomie. Circulaire N°DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des

pour la Bienveillance et les Droits (CNBD) créé le 12 février 2013. De plus, la récente fusion entre les associations ALMA⁶² et HABEO⁶³ a donné naissance à une nouvelle organisation, la fédération 3977 contre la maltraitance, le 13 février 2014, qui a pour vocation de rendre plus accessible le fonctionnement du dispositif 3977 et donc de lutter contre la maltraitance. Ces différents dispositifs émanent d'une volonté de l'État de protéger les personnes vulnérables dans notre société face à l'asymétrie d'une relation qui tendrait à renforcer la dépendance de l'un envers l'autre, et par dérive l'emprise exercée, que ce soit à domicile ou en institution, par un proche ou un professionnel. Ils traduisent également la nécessité de communiquer, largement, pour que ce sujet ne soit pas tabou et que les individus osent parler en cas de suspicion ou de constats. Enfin, on retrouve dans ces différentes recommandations ou dispositifs, une volonté de prendre en compte la difficulté du personnel dans ses missions en libérant la parole d'une part, en favorisant la démarche de prévention et de sensibilisation, en formant et en informant d'autre part.

L'organisation collective, les responsabilités individuelles et le mode de management sont, eux-aussi, des facteurs de risques pouvant altérer la faculté d'une institution à développer un accompagnement bien traitant. Ma responsabilité est ici particulièrement engagée. En effet, il est indispensable que les actions entreprises au travers du projet d'établissement soient conformes à la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées⁶⁴, à la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance⁶⁵, et à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie⁶⁶ afin de respecter les usagers et leurs droits tels que définis par la loi du 02 janvier 2002. Mais si cela semble simple « sur le papier », il n'en est pas toujours de même « sur le terrain ».

Ainsi, je m'aperçois que nous concentrons nos efforts pour respecter et accomplir des actions qui nous semblent incontournables au détriment d'engagements respectueux du quotidien, et donc de la liberté de choisir. Pour exemples, je reprendrai l'approche que l'on a de la restauration : nous proposons une carte de remplacement diversifiée (6

personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS. Validée par le CNP le 21 février 2014, 30 p.

⁶² ALMA : Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées.

⁶³ HABEO : H pour handicap, A pour âge, B pour bienveillance, E pour écoute, O pour orientation.

⁶⁴ Guide d'accompagnement, novembre 2010, Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. [visité le 18.07.2015], disponible sur Internet :

http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf

⁶⁵ Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, version révisée 2007, Fondation Nationale de Gérontologie. [visité le 19.07.2015], disponible sur Internet : http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_integral.htm

⁶⁶ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

entrées, 6 viandes, 6 légumes, 6 desserts au choix en cas de changement sur les menus) aux résidents alors même que leur place en salle de restaurant est quasiment figée, par habitude. L'impossibilité de « choisir » son voisin de table contraste avec le panel culinaire proposé. Ainsi, lors des commissions restauration, nous abordons les problèmes qualitatifs, quantitatifs ou organisationnels des professionnels mais occultons le fait que certains résidents peuvent être en « souffrance » car cela fait des mois, voire des années, qu'ils sont en compagnie d'une personne dont l'état de santé a évolué et avec laquelle les centres d'intérêts et/ou les conversations ne trouvent plus de points communs. De la même manière, en termes d'animations, nous sollicitons l'avis des résidents concernant les contenus des activités proposées mais nous ne savons pas, à l'heure actuelle, proposer une autre configuration avec des temps de rencontres correspondants au rythme de vie des personnes accueillies en fonction des différents besoins. Ainsi, démarrer une animation à 18h00 ou à 20h00 semble ubuesque puisque, par habitude et parce que notre organisation le permet, elles sont programmées en milieu d'après-midi.

Alors, dans ce contexte, comment favoriser un accompagnement répondant au concept de bientraitance sans pour autant mettre à mal subitement les fondements et l'organisation d'un établissement tout entier ? Comment préserver la liberté individuelle des personnes âgées dans un contexte collectif où les professionnels doivent aussi être soutenus dans leurs missions et leurs compétences ? Je pense que cela ne peut pas être l'action d'une seule personne, portée par un idéal d'accompagnement, mais bien par le travail de l'ensemble d'une équipe, réfléchi, analysé et accompagné. Promouvoir un accompagnement social passe par une prise de recul, d'abord, et par une co-construction, ensuite. L'appropriation d'un projet par l'ensemble de ses acteurs (usagers et professionnels) me semble être une base pour garantir, d'une part, la compréhension du sens de la mission et, d'autre part, l'adéquation entre attentes, besoins et mise en œuvre. La déclinaison n'en sera que facilitée puisqu'elle fera sens auprès des professionnels et qu'elle révélera toute sa pertinence auprès des usagers.

2.3 Initier et conduire le changement : des étapes progressives

2.3.1 L'institution, espace des possibles

Sous couvert de bientraitance, je pense toutefois qu'il faut rester vigilant. Vigilants face aux actions anticipées, vigilants également face à nos propres projections. Nous l'avons vu, la bientraitance n'est pas un concept « fourre-tout » et l'on ne peut pas se contenter de suppositions approximatives dans lesquelles chacun pourrait dire « *moi, je pense..., je crois..., j'aimerai..., je ferai...* ». Supposer, c'est prendre un risque. Celui d'être en inadéquation avec les attentes des usagers tout en se rassurant en affirmant que cela répond tout de même à leurs besoins. Dans ce type de situation, on évoque le plus

souvent la maltraitance « *passive, institutionnelle ou ordinaire, c'est-à-dire peu visible, banalisée et issue d'un fonctionnement collectif plutôt que de volontés individuelles* »⁶⁷. Dans son rapport d'enquête, le sénat parle quant à lui de « *la maltraitance passive ou en creux* »⁶⁸ qui, dans ce même rapport et d'après Serge LEFÈBVRE, vice-président de l'Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), se traduisent par « (...) *des phénomènes d'abandon, de moindre regard, de non-réponse à des attentes ou à des demandes, de mauvaise écoute* ». Au sein de l'EHPA la Villa Occitane, nous pouvons être confrontés à ce type de problématiques. Par exemple, il m'arrive d'entendre les professionnels se satisfaire d'amener une personne à une animation puis, fièrement, de rassurer sa famille en expliquant qu'elle « *va très bien aujourd'hui, elle est à l'animation* ». Ceci est repris en l'état par certains proches qui nous félicitent de notre accompagnement et de notre sollicitude auprès de leur parent. Il est certain que l'image d'une personne âgée active, en groupe, est réconfortante et rassurante. Or, l'action de proposer de participer à cette animation est le plus souvent sommaire, camouflée par l'envie irrémédiable du professionnel de réussir ce « challenge de convaincre » tel ou tel résident pour rejoindre un environnement qui lui serait, soit disant, bénéfique. Mais cette « invitation appuyée » à participer est susceptible de créer un malaise car, le jour où elle sera fermement déclinée, le professionnel pourra interpréter cela, comme je l'entends parfois, par « *elle n'est pas bien aujourd'hui, elle n'est pas descendue à l'animation* ». Aucun approfondissement de l'échange ne permet d'identifier, réellement, si cette personne souhaite simplement passer un moment seule, si l'animation de groupe ne lui convient pas, si elle souhaite se reposer car elle a mal dormi, ...ou si, pudiquement, elle avait envie de parler à quelqu'un, en tête à tête. Les attentes de la personne ne sont alors pas identifiées. La dissymétrie entre les enjeux professionnels pour les uns et les enjeux humains pour les autres rend délicat l'exercice de la rencontre et de la création du lien. Les logiques sont différentes, il faut en être conscient pour pouvoir nous adapter. Ainsi, pour donner l'opportunité à chacun de rencontrer l'autre, je crois nécessaire de modifier l'organisation de travail. Cependant, elle s'entend ici selon l'approche de CROZIER et FRIEDBERG : « *une organisation ne peut être analysée comme l'ensemble transparent que beaucoup de ses dirigeants voudraient qu'elle soit. Les comparaisons qui nous viennent à l'esprit sont de type mécanique. Organisation évoque avant tout un ensemble de rouages compliqués, mais parfaitement agencés. Cette horlogerie semble admirable tant qu'on l'examine seulement sous l'angle du résultat à obtenir : le produit qui tombe en bout de chaîne. Elle change en revanche radicalement de*

⁶⁷ CAVEY M. La bientraitance : Qu'y a-t-il dans la coquille ? [visité le 20.07.2015], disponible sur Internet : <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article95>

⁶⁸ JUILHARD J.M., BLANC P., 2003, « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence », *Rapport de commission d'enquête n° 339 tome 1*, p.21.

signification si on découvre que ces rouages sont constitués par des hommes »⁶⁹. De plus, selon Roland JANVIER, « l'organisation rigoureuse des procédures de travail ne constitue une garantie qu'à la condition qu'un travail permanent et collectif d'analyse sur leur sens, sur les conditions effectives de leur mise en œuvre et la manière dont elles sont perçues, soit effectué »⁷⁰. Ainsi, assouplir le cloisonnement des tâches, responsabiliser les professionnels, libérer le champ des possibles et laisser place à l'expression d'un nouvel espace d'échange et d'initiatives semble indispensable. L'objectif est de créer du lien pour connaître et comprendre les attentes des usagers et ainsi, respecter leur légitimité en tant qu'individu.

2.3.2 Le projet : outils fédérateur

La prise en compte des parcours de vie et la personnalisation de l'accompagnement des résidents sont au cœur de la prestation de l'EHPA. Cependant, elles ne peuvent être mises en œuvre sans la participation et l'engagement des professionnels. Il s'agit pour moi de reconnaître ces derniers dans leurs parcours professionnels mais aussi au travers de leur singularité. En effet, l'équipe est composée d'individualités. Chacun est partie prenante d'un quotidien tantôt routinier, tantôt innovant, mais toujours au sein d'un collectif. Le lien se fait autour du partage et de la participation à un projet. Comme l'indique Roland JANVIER, « le projet est ce flux qui circule entre les êtres, qui les relie et les met en mouvement, les sépare et amortit leurs frottement. (...) Le projet peut s'envisager comme la matière qui vient occuper les espaces laissés vides entre les personnes qui font l'institution (celles qui décident de son orientation, celles qui y travaillent ou qui bénéficient de ses services). Non pas pour boucher les trous, le projet n'est pas le plein. (...) Le projet ne vient pas combler les manques. Il leur donne sens. Il ne bloque pas les éléments comme le ferait un ciment entre les pierres d'un mur. Il impulse du mouvement »⁷¹.

Pour autant, les professionnels possèdent tous un niveau d'implication différent, en fonction de leur personnalité, de leurs expériences, de leurs compétences plurielles, de leur mode relationnel. Au sein de l'EHPA, malgré un plateau technique composé en majorité par des auxiliaires de vie sociale, force est de constater que ces dernières concentrent leur accompagnement sur le soin. Je parlerai « d'elles » car ce ne sont que des femmes dont 55% sont titulaires du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Cette formation, récente, puisque datant de 2002, est venue « unifier et clarifier de multiples fonctions de l'aide à domicile, telles que aide-ménagère, aide à domicile,

⁶⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, édition 2014, Essai (poche), Points, 500 p.

⁷⁰ JANVIER R., 2015, *Éthique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF, 123 p.

⁷¹ Op. cit. p. 38

assistante de vie. La formation théorique approfondit six grands domaines de compétences :

- *connaissance de la personne,*
- *accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne,*
- *accompagnement dans la vie sociale et relationnelle,*
- *accompagnement et aide individualisée dans les actes ordinaires de la vie quotidienne,*
- *participation à la mise en place, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé,*
- *communication professionnelle et vie institutionnelle »⁷².*

Cependant, malgré 9 mois de formation, dont 16 semaines de stages, la reconnaissance de la qualification de ces professionnelles est encore parfois fragile et l'amalgame entre « femme de ménage » et auxiliaire de vie sociale (AVS) est récurrent. Ainsi, lors d'une prise en charge conjointe d'un résident avec le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)⁷³ de secteur, j'ai constaté, de la part du personnel qui compose ce service, des comportements qui, de toute évidence, montrent que la fonction des auxiliaires de vie sociale n'est pas totalement identifiée à sa juste place. Cette représentation déformée des AVS n'est pas unilatérale. En effet, le peu de lisibilité sur le marché du travail et les profils des personnes souvent bénéficiant de parcours professionnels chaotiques engendrent une estime peu valorisante de cette profession. Aussi, il leur est difficile de reconnaître leurs propres capacités et donc identifier la pluralité de leurs compétences. En conséquence, cela provoque des comportements qui, d'une certaine façon, leur « interdit » de s'engager pleinement dans la dimension sociale du projet.

Au regard de la polyvalence professionnelle qu'elles déclinent quotidiennement d'une part et au regard des enjeux prioritaires identifiés par les politiques publiques locales (le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne y dédit 5 fiches actions⁷⁴) d'autre part, ce métier est désormais incontournable. Il doit donc être valorisé à sa juste place. Aussi, l'EHPA ne peut pas faire l'économie de réinterroger la place que ces professionnelles occupent en identifiant et affirmant la réelle plus-value qu'elles apportent au projet global de cette institution. Selon moi, redéfinir la place de ces professionnelles en tenant compte des éléments exposés ci-dessus modifiera le regard qu'elles posent sur elles-mêmes et favorisera l'appropriation du sens de l'action.

⁷² Auxiliaire de Vie Sociale. [visité le 06.08.2015], disponible sur Internet : http://www.ash.tm.fr/mybdd/144/144_002/auxiliaire-de-vie-sociale.html

⁷³ Des aides-soignantes interviennent à domicile sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice.

⁷⁴ Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne, Personnes âgées, 2014-2019, p.87-91.

2.3.3 Usagers et professionnels : la notion de réciprocité

Créer un climat propice à la rencontre passe nécessairement par une démarche personnelle dans laquelle il me semble indispensable d'intégrer la notion de réciprocité. En effet, le point de départ est la rencontre entre deux sujets pensants et agissants, les professionnels et les usagers.

En EHPA, ces rencontres sont fréquentes et de diverses origines. Suite aux constats que j'expose, je m'intéresse plus particulièrement à la relation d'aide car elle détermine le plus souvent l'interaction entre les résidents et les professionnels. Ces situations d'aides sont nombreuses : aide à la toilette, aide aux repas, aide aux transferts, etc. Cependant ces rencontres issues de ces situations ne sont pas égalitaires. De par sa fonction, le soignant est en position de supériorité apparente puisqu'il fait ce que l'autre ne peut plus faire, c'est-à-dire qu'il est actif contrairement à l'autre qui est dans une attitude de passivité apparente. La première image correspond à « le premier donne, le second reçoit » ou bien encore, de façon plus inconsciente, « l'un est fort, l'autre faible ». C'est de ces représentations superficielles dont chacun doit se méfier, dominer des situations d'inégalités et transformer la relation d'échange en une relation unidirectionnelle. Mais pour passer d'une relation asymétrique à une relation réciproque, il faut laisser un espace de vie aux personnes âgées, un espace où elles pourront rendre à leur tour, pour que leur existence sociale recouvre un sens. Dans l'établissement, j'ai souvent entendu le mal être des résidents de ne « servir à rien », d'avoir une existence « insignifiante ». Ces mots sont durs mais m'ont permis de m'interroger sur l'image que nous leurs renvoyons. Est-ce que si demain telle personne venait à disparaître, cela changerait quelque chose ? Qu'aurions-nous pu lui demander ? Que savait-on d'elle et de son histoire ? Qu'aurait-elle voulu nous dire ?

Notre mission nous impose des responsabilités certaines à assumer, au travers du regard que nous portons sur les personnes en perte d'autonomie de notre société, et sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Lorsque l'on regarde l'autre, il faut savoir ce que l'on souhaite y voir car de cela dépendra notre comportement. Les mots, bien sûr, que nous emploierons, mais aussi le langage de notre corps, notre souffle, nos mimiques, notre respect. Faut-il être attentif aux qualités ou aux défauts, aux réussites ou aux échecs, aux capacités ou aux limites, aux espoirs ou aux angoisses ? Je pourrai continuer mais ce que je souhaite faire ressortir au travers de cela, c'est que l'autre n'existe que par notre regard et ce qui s'en dégage, ce qu'il en percevra et de fait, ce qui le rendra homme fier ou homme déchu. Dans la vie quotidienne d'une personne autonome, le regard négatif d'une seule personne n'a pas une importance prédominante car son entourage proche saura le reconforter par l'estime durable qu'il a de lui. Cependant, pour une personne vieillissante, le nombre de regards positifs portés sur elle décroît au fur et à mesure de l'apparition de la dépendance, et prend une tournure exponentielle lorsqu'elle se retrouve

isolée en institution. Hormis la famille proche, quelques connaissances, amis ou voisins, il ne reste très souvent que les professionnels.

Néanmoins et par souci d'honnêteté, il me faut reconnaître que cet exercice n'est pas évident. Il est bien plus facile de souligner chez l'autre ses travers que de lui reconnaître des qualités, et ce parfois même dans notre plus proche entourage. Alors comment arriver à dépasser cette faiblesse physique imagée par des corps difformes, cette faiblesse psychologique se manifestant par des troubles de la communication des personnes sensoriellement déficientes ou encore par des êtres mourant sans bruit ? Nous pouvons pousser la réflexion jusqu'à nous demander si nous sommes capables d'accepter l'intensité d'une telle relation avec ceux que nous devons accompagner... Existe-t-il un risque à regarder l'autre comme un être ayant une histoire et des choses à transmettre plutôt que comme un objet de soin ?

Il est imaginable qu'une relation où la personne âgée est reconnue dans sa globalité ôte un pouvoir exercé insidieusement sur elle, et qu'elle s'engage personnellement, alors que le fonctionnement institutionnel et les formations dispensées en interne encouragent à se « protéger » en restant distants et professionnels. Souvent en difficultés pour entrer en communication avec certains résidents en perte d'autonomie, l'enjeu est de trouver un moyen par lequel, les personnes âgées, pourront parler d'elles et ainsi (ré) exister. Connaître leurs parcours de vie d'une manière approfondie, au-delà du simple recueil de données de vie sociale lors de l'accueil, pour les reconnaître en tant qu'individu et ainsi, trouver une place plus aisément dans le collectif. Il n'y a ici, je tiens à le préciser, aucune notion de thérapie. Simplement une relation, et donc des échanges, d'une personne à une autre dans une institution qui bien souvent ne laisse que peu de place à l'émergence de la personnalité individuelle. Cette standardisation et donc cette dépersonnalisation accentuent l'état de fait et le manque de communication. Ne regarder que ce qui se passe au temps « T » sans tenir compte du passé ne permet pas de reconnaître le résident dans sa spécificité et son originalité. Cette nuance est de taille puisqu'elle introduit dans la relation duelle une dimension fondamentale qui est la réciprocité. Replacer une personne âgée dans son parcours de vie, c'est lui permettre de se sentir reconnue. Inversement, un professionnel qui se laisse découvrir par les résidents ne sera plus perçu comme le donneur de soin et le « moralisateur » mais comme un être avec qui ils peuvent échanger. Apparaît ainsi une nouvelle relation basée sur la confiance et le respect mutuel.

Ce cheminement est difficile dans le cadre d'une organisation institutionnelle où les soignants sont attachés à des actions quantifiables dans un temps prédéfini. Parfois ils se l'imposent seuls, parfois c'est l'institution et son fonctionnement qui le préfigurent. Je crois qu'il est nécessaire de définir des espaces et des temps de paroles pour les personnes âgées mais aussi pour les soignants afin de les déculpabiliser et de redonner un sens au

travail qualitatif dans l'échange relationnel. Je vais prendre l'exemple d'une résidente qui est accompagnée par l'animatrice à un atelier « réminiscence » dans la salle d'animation. Cette dame ne participe activement que très peu pendant l'heure de jeu. Cette dernière ne pourrait-elle pas plutôt partager un moment avec l'auxiliaire de vie qui s'apprête à faire l'entretien de son appartement ? Et si c'est un jour où la discussion est fournie, l'AVS ne peut-elle pas s'asseoir auprès de cette dame plutôt que de récurer à « fond » les coins de la chambre ? Ce moment privilégié ne serait-il pas plus constructif et heureux que les quelques secondes de réponses évasives données lors de l'atelier de groupe ? Je n'ai pas de réponse toute faite à ce sujet mais je crois que la complémentarité des actions et le libre choix des personnes hébergées dans nos murs sont à favoriser pour ultérieurement en évaluer les bienfaits et méfaits et en tirer les conséquences. Afin de créer une relation de réciprocité, il ne faut pas se laisser enfermer par des peurs légitimes et des représentations ancrées qu'il importe de dépasser...la vieillesse avec l'ensemble des préjugés qu'elle comporte, la déformation des corps, les cris, les odeurs, la douleur et bien évidemment, dans l'esprit collectif, la mort comme seule issue.

2.3.4 Le changement comme vecteur de progrès : rassurer et accompagner les résistances

Lors de la mise en œuvre d'un projet, il y a un passage à la fois attendu et redouté par toute personne le conduisant : le changement. Celui-ci est défini, par le dictionnaire Larousse, comme étant « *le passage d'un état à un autre* »⁷⁵. En effet, il s'agit d'un bouleversement puisque l'ensemble des repères, construits parfois pendant de nombreuses années, vont être modifiés. La peur de l'inconnu devient alors puissante avec des interrogations multiples : missions, collègues, horaires, moyens, etc. Or, comme l'exprime Michel CROZIER, en 1979, dans le titre de l'un de ses ouvrages : « *On ne change pas la société par décret* ». Je crois que c'est identique pour un projet, on ne décrète pas, on accompagne. De nombreux auteurs ont œuvré pour comprendre ce processus de changement, l'analyser et identifier les différentes étapes le caractérisant. Un constat semble toutefois sans équivoque : le changement provoque des résistances. Des résistances individuelles, collectives, des résistances tacites, d'autres explicites, des résistances assumées et d'autres camouflées. Quoiqu'il en soit, elles existent. Ceci s'explique par « *le passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain* »⁷⁶. Or, une majorité de l'équipe de la Villa Occitane s'est construite ensemble, a grandi ensemble et donc a appris ensemble. Des liens se sont créés et un équilibre est venu définir la place de chacun dans une organisation où le pouvoir est réparti. Programmer un changement,

⁷⁵ Selon le dictionnaire Le petit Larousse illustré 2015.

⁷⁶ MIRAMON J.M., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, ENSP, p.216.

c'est venir modifier ce fonctionnement et donc rompre un équilibre où le rôle et la place de chacun risquent d'être remis en cause. Dans ce contexte, l'apparition de résistances peut alors venir perturber la mise en œuvre d'un projet au travers notamment de constitution d'alliances plus ou moins influentes. Néanmoins, je crois que ceci peut être bénéfique pour un certain nombre de professionnels qui pourraient se trouver « enfermés » dans un rôle social au sein du groupe. « L'emprisonnement », dans sa liberté d'évolution et de considération, lié à la représentation que l'on se fait de quelqu'un rencontré il y a plusieurs années est très difficile à inverser. Pour autant, lorsque l'on est directeur, la difficulté est de se retrouver esseulé face à une désorganisation qui cherche son nouvel équilibre, qui cherche des réponses à une situation dont l'intérêt suscite de l'incompréhension et où certains ont du mal à trouver de nouveaux repères. Il convient de porter un projet tout en ayant conscience de l'impact et des conséquences d'une telle modification sur la vie professionnelle mais aussi personnelle des salariés. Lorsque l'on en est le porteur, il y a une forme de croyance en la légitimité des idées transmises sinon, on ne s'engagerait pas dans une telle évolution. Toutefois, il convient de rester à l'écoute, sensible aux frustrations, aux demandes et d'apporter des réponses au travers d'une communication la plus exhaustive possible tout en préservant les professionnels d'éléments pouvant nourrir des résistances relatives à l'intérêt du changement. Je suis convaincue que la transparence, la répétition, de nombreuses explications et une communication adaptée influencent la réussite d'un projet.

Parallèlement à cela, et comme nous l'avons abordé précédemment, certains acteurs de la Villa Occitane sont en proie au doute face à la reconnaissance de leurs compétences. Cela peut influencer leur jugement quant aux capacités qui sont les leurs de mener le changement. Ainsi, des (ré) actions de défense face à cette situation peuvent apparaître. Cela peut contribuer à cristalliser des positionnements d'opposition forts ou, au contraire, les amener à trouver une échappatoire, en démissionnant par exemple. Une radicalisation des positions, dans un sens ou dans l'autre, est à éviter en étant attentif, en réassurant et en prodiguant un accompagnement personnalisé. Le sentiment d'insécurité est difficile à combattre car il est souvent viscéral et profond. Il renvoie à l'histoire de chacun, à ses peurs (perdre son travail, décevoir, etc.), à ses échecs et reste parfois, insurmontable. Cependant, certaines conditions permettent de préparer et d'accompagner le changement : *« la nécessité du changement doit être clairement perçue par l'ensemble des acteurs ; les moyens indispensables au changement doivent être assurés ; la sécurité : les perspectives doivent reposer sur des données fiables ; la mobilisation : au-delà de ses aspects techniques et financiers, le projet doit pouvoir mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs. Le collectif, convaincu des objectifs à réaliser, va tout mettre en*

œuvre pour les atteindre. Ce qui se joue ici est aussi de l'ordre du désir »⁷⁷. En sus de ces conditions, un autre élément semble incontournable pour réussir le changement : l'implication des professionnels. Ainsi, M. THEVENET a identifié « cinq facteurs d'implication :

- *la valeur travail : comme activité humaine associée à d'autres valeurs comme la réalisation de soi, la compétition, l'effort,*
- *l'environnement immédiat du travail : le lieu, l'entourage, l'équipe,*
- *le produit ou l'activité : reconnaissance, statut social,*
- *le métier : expertise, appartenance professionnelle,*
- *l'entreprise : adhésion à des buts, des valeurs et volonté d'agir dans ce sens »⁷⁸.*

De plus, l'envie d'assumer des responsabilités dans le cadre de la valorisation individuelle peut contribuer à impliquer les professionnels.

Ainsi, l'ensemble des paramètres abordés permettent d'identifier les enjeux d'un processus de changement. Ce dernier ne peut s'opérer qu'au travers d'une nécessité certaine suite à la mise en relief du lien de cause à effet entre l'offre de service et les attentes et besoins des résidents. La définition de J.M. MIRAMON reprend l'approche triangulaire des domaines dans lequel il peut être conduit et dans lesquels des résistances peuvent se manifester : *« le changement est un processus global qui concerne à la fois les personnes (fonctions, rôles, formation, mentalité, culture d'entreprise), les structures (organisation du travail, outils de suivi, management) et les techniques (modalités de prise en charge). Ces trois facteurs sont en interaction dans une organisation »⁷⁹. Ainsi, dans le cadre de la mise en application d'un projet d'accompagnement social des résidents impliquant une modification de l'organisation, garder en mémoire qu' « engager des évolutions en profondeur nécessite que les acteurs se les approprient et donc, à minima, qu'ils soient consultés, au mieux qu'ils s'associent à leur genèse. Cela passe par un processus démocratique au sein de l'établissement (..) dans le respect évidemment du cadre légal et de la mission impartie »⁸⁰. Car « changer, c'est avant tout oser se regarder, élargir le cadre de l'expérience et accepter d'interroger les certitudes »⁸¹. C'est dans cette dynamique que je souhaite inscrire l'équipe de la Villa Occitane : faire évoluer nos pratiques au travers d'une réflexion éthique et d'une déclinaison pratique pour adapter notre accompagnement aux souhaits exprimés par les résidents.*

⁷⁷ Op.cit. p.214

⁷⁸ THEVENET M., 2004, *Le plaisir de travailler*, Éditions d'Organisation, p.196.

⁷⁹ MIRAMON J.M., 2001, *Manager le changement de l'action sociale*, ENSP, p.87.

⁸⁰ BAUDURET J.F., DUBREUIL B., DUMONT R., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*, Dunod, p.1083.

⁸¹ MIRAMON J.M., juillet-octobre 2002, « Promouvoir le changement », *Les cahiers de l'actif*, n°315-317, p.213.

Conclusion de la seconde partie

Comme précisé précédemment, les concepts développés ont pour objectifs d'agir sur la prestation mise en œuvre au sein de l'établissement. En effet, ils représentent le socle des missions de l'établissement que je dirige : accueillir des personnes majoritairement autonomes, favoriser le maintien de l'autonomie, développer et/ou entretenir une vie sociale satisfaisante, promouvoir un accompagnement global respectant l'individualité au sein d'un collectif. À la lumière de ces apports théoriques, je suis en mesure de construire un plan d'action en adéquation avec les attentes et les besoins des usagers. Ainsi, dans la troisième et dernière partie, le plan d'action s'articulera autour de 3 axes principaux :

- la réorganisation des temps de travail autour du rythme de vie des résidents,
- le développement de la vie sociale, notamment au travers de la déclinaison d'activités conformément aux besoins exprimés,
- l'inscription des usagers et des professionnels dans une démarche de construction et de rédaction d'un projet d'accompagnement social.

3 Le lien social pour continuer à exister, un projet correspondant aux missions de l'EHPA la Villa Occitane

3.1 Modifier l'organisation de travail pour créer du lien

3.1.1 D'un besoin de changement...

A l'issue de ces deux premières parties, les différents éléments abordés mettent en exergue la nécessité d'engager un projet de changement à la Villa Occitane. Dans la définition de ses missions, un EHPA n'est pas uniquement un lieu de soins. C'est aussi et surtout un lieu de vie où chaque personne accueillie doit bénéficier d'un accompagnement personnalisé, d'une écoute individualisée et de liens sociaux de qualité. L'équipe ne doit pas imposer ce qui lui semble bon (ou ce qui lui facilite les choses) mais bien mettre en œuvre des actions cohérentes avec les besoins et les attentes des résidents. Il s'agit de développer une intervention capable de prendre en compte les résidents dans leur globalité. En effet, favoriser des espaces où ces derniers décident, participent, choisissent sont autant d'éléments qui contribuent à les maintenir dans leur dignité. De cela dépend la qualité de vie que l'équipe va leur proposer. Celle-ci, a été définie en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa*

relation aux éléments essentiels de son environnement ». Responsable et donc garante de la qualité de vie des résidents accueillis dans l'établissement, c'est une exigence à laquelle je me propose de répondre par le développement et la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement social axé sur le lien entre les personnes. Pour ce faire, je m'appuie sur une organisation dont l'animation est un des axes principaux. C'est également un outil pour créer une nouvelle dynamique d'équipe et fédérer des acteurs autour d'un projet commun donnant du sens à l'action.

3.1.2 ...à l'assimilation de sa nécessité

On a tous eu un jour, l'idée d'un projet. Un projet de voyage, d'organisation d'une activité, de rénovation d'une maison, de formation professionnelle... Le projet émerge d'un désir, d'une envie de changement, d'une nécessité aussi parfois. Il est de l'ordre du rêve éveillé, demande réflexion, analyse, stratégie, conception et moyens pour qu'enfin un jour il se réalise, mais aussi beaucoup d'enthousiasme et d'énergie. Il est l'œuvre d'une ou de plusieurs personnes et demande du travail, des efforts, quelquefois des sacrifices. Quand le projet se réalise et qu'on l'a mené à bien, on éprouve un moment de jubilation, de satisfaction du travail réalisé et pourquoi pas, une certaine fierté. C'est dans cette optique que je décide d'initier une démarche projet auprès des professionnels. Néanmoins, mon souhait est que tous prennent conscience naturellement qu'une réelle nécessité existe. Je crois que le constat provoque l'envie de changement, le changement l'envie d'agir, l'action l'envie d'évaluation, l'évaluation l'envie d'amélioration.

J'ai constaté au travers des échanges avec les salariés et des réponses qui m'ont été apportées à un micro questionnaire, une méconnaissance du projet d'animation. En effet, les trois questions étaient :

- savez-vous ce qu'est le projet d'animation ?
- d'après vous, quels sont les objectifs des animations que nous proposons ?
- d'après vous, quelles sont les activités que les résidents aiment pratiquer ?

Seules quatre personnes furent en mesure de répondre de façon étayée à la première question (dont l'AMP). C'est pourquoi, lors d'une réunion du personnel, j'ai décidé d'aborder ce domaine. Pour ce faire, il m'a semblé pertinent de leur lire le projet d'animation (constitutif du projet d'établissement). Notre projet est un texte générique, dont la trame est fournie par l'association, sans âme et transposable à n'importe quelle institution. Durant cette réunion, je n'ai fait aucun commentaire mais j'ai donné la parole pour savoir comment il était ressenti, si les professionnels y reconnaissaient leur travail, s'ils se sentaient concernés par cet écrit. Après un temps silencieux, les premiers commentaires sont arrivés, timides, mais pertinents. Les principaux portaient sur le fait que seule l'AMP en charge de l'animation pouvait commenter ce document puisque c'est elle, de manière exclusive, qui réalise les activités. Nombreuses ont été celles qui ont dit

avoir envie mais ne pas avoir le temps de faire. A ce moment-là, le débat était ouvert et la réflexion amorcée.

Avant de passer à l'étape suivante, j'ai dû échanger avec les principaux concernés à savoir les résidents et l'AMP en charge de l'animation. Ne pas m'enfermer uniquement dans mes seules impressions, les confirmer ou les infirmer sont des garde-fous contre une ambition de projet qui serait inadéquat si je ne prenais pas la précaution d'interroger les acteurs actuels sur leurs besoins et envies. Ainsi, vous trouverez en annexe⁸², l'entretien mené auprès de celle que j'appellerai Francine, AMP en charge de l'animation dans l'établissement. L'entretien a été programmé en situant le contexte afin de sécuriser l'échange et d'éviter l'angoisse de cette salariée d'un éventuel jugement de ma part. Il s'agissait pour moi d'accéder aux informations détenues par la seule personne officiellement engagée (et reconnue par ses collègues) dans la démarche d'accompagnement à la vie sociale. Cette dernière y exprime son engagement (obtention du diplôme d'AMP), sa volonté de « bien faire » et son enthousiasme tout en abordant le manque de reconnaissance et les nombreux moments de solitude ressentis lorsqu'elle propose des activités.

Décloisonner l'organisation est un travail de longue haleine qui commence d'abord par décroisonner ses idées, accepter de s'ouvrir à un nouveau mode de fonctionnement, peut-être moins pratique au départ, souvent perturbant pour les équipes mais qui porte ses fruits dans la durée. Je crois que créer du lien passe par une multitude d'aménagements de l'organisation de travail pour proposer un lieu de vie le plus individualisé possible, favorisant ainsi l'émergence d'un projet collectif dans lequel les usagers et les professionnels évolueront sereinement.

Donner du temps

Les professionnels de l'EHPA la Villa Occitane verbalisent fréquemment et assez facilement la problématique qu'ils ressentent comme étant un frein au bon déroulement de leur pratique, à savoir le manque de temps. Cette sensation d'avoir envie sans jamais pouvoir faire, cette mise à distance dans la relation pour prioriser l'acte technique, cette protection du « soi » par rapport à « l'autre » m'ont interrogé longuement. Comment faire pour donner du temps, de manière cohérente, et ainsi ouvrir un espace d'échanges et de découverte ? Dans ce questionnement, je tiens compte du sentiment d'insécurité que je risque d'amorcer chez certaines salariées du fait du changement. C'est pourquoi, dans un premier temps et lors d'une réunion institutionnelle, je présente la situation telle que j'ai pu l'observer : les points forts des plannings actuels (en 7 heures) et les points faibles. Il s'agit d'être la plus objective possible pour éviter une impression de tentative d'influence.

⁸² Annexe 7 : transcription de l'entretien avec l'animatrice

Ma proposition est de passer à une répartition horaire différente. Un travail effectif de 10 heures sur une amplitude de 12 heures. Ceci impacte inévitablement la vie professionnelle mais également la vie personnelle des salariés. Je souhaite que chacun prenne conscience qu'un tel changement nécessite l'adhésion des parties prenantes. De nouveau, j'explique les points forts et les points faibles d'un système d'accompagnement en dix heures des usagers. Si le changement doit se traduire par la mise en place de nouveaux horaires, les postes évolueront également. Un travail devra être mené de façon collective pour redéfinir l'organisation générale mais aucune décision n'est à prendre lors de cette réunion. Néanmoins, je demande aux délégués du personnel⁸³ de recueillir, dans un délai de 15 jours, les avis de l'ensemble des professionnels concernés en précisant qu'un tel changement ne sera mené que si la majorité des concernés donne son accord. Le lendemain de cette réunion, les délégués du personnel sont venus me donner les résultats de cette sollicitation : 10 sont « pour la mise en place des 10 heures », 3 personnes sont « contre ». Cette rapidité de réponse (alors qu'il restait 15 jours) est une surprise. Les professionnels viennent me voir, spontanément, les uns après les autres, pour me donner les raisons de leur choix...que ce soient des personnes « pour » ou « contre ». Voici, synthétiquement, ce qui ressort de ces échanges :

- les « pour » souhaitent « essayer », ils ont envie de « *renouveau* », de « *s'investir* », « *d'occuper un poste fixe* », etc.,
- les « contre » m'expliquent qu'ils ne sont « *pas certains de tenir pendant 10 heures* », qu'ils ne « *verront plus leur famille* » de la journée, qu'ils « *vont s'ennuyer à occuper le même poste tout le temps* ».

L'enjeu est de taille pour tous. C'est pour cette raison qu'il me faut maintenant donner du sens, donner du corps et du réalisme à ce projet de changement dans le but de développer le lien social au service de la vie sociale en EHPA.

Validation et aspects financiers

Après avoir collaboré avec le service financier de l'association, j'ai présenté une projection budgétaire reprenant une simulation chiffrée des charges de personnels, des ETP de remplacements relatifs aux congés annuels, absences pour récupération et arrêts maladies au Directeur d'exploitation. Nous avons longuement échangé sur le bien-fondé d'initier une telle démarche car le budget était impacté à la hausse, à hauteur de 6%. Compte tenu de son taux d'occupation, élevé et stable, l'EHPA la Villa Occitane peut absorber cette hausse sans qu'il n'y ait de répercussion sur le prix de journée appliquée aux résidents. La structure financière de ce projet ayant été validée par le Directeur

⁸³ L'association Logéa compte environ 130 salariés, représentés par une délégation unique du personnel composée de 3 salariées, dont 2 travaillent sur le site de Périgueux.

d'exploitation, le Président de l'association a ensuite donné son aval. A titre d'information, il me semble important de préciser que la gouvernance de l'association, habituellement assurée par le Conseil d'administration (CA), est ici entièrement déléguée au Président. En effet, le CA se compose, encore à l'heure actuelle, exclusivement de bailleurs sociaux qui restent très distancés de l'opérationnalité au sein des établissements de l'association.

C'est en suivant que je constitue, avec l'infirmière coordinatrice, deux équipes. Mon choix est de ne pas diffuser aux salariés cette future répartition pour garder une forme de neutralité lors des groupes de travail.

Les professionnels sont impatients de commencer à se réunir pour travailler sur la future organisation mais je souhaite, avant cela, qu'ils entrent en réflexion sur la déclinaison de leurs missions. Quel sera le sens à mettre derrière un accompagnement pendant dix heures d'affilées. Pour qui, pour quoi, et comment vont-ils se positionner pour accompagner le changement ? C'est pour ces raisons que j'ai attendu 15 jours avant d'initier le projet. En parallèle, j'informe les résidents et les familles lors du CVS puis lors de la réunion des familles (70% des familles présentes et 90% des résidents). Mon but est d'expliquer les objectifs, d'amenuiser les angoisses, de répondre aux questions et de recueillir les envies, avis et suggestions. Les réactions immédiates sont positives, peu d'interrogations si ce n'est par rapport aux conditions de travail du personnel (une famille s'est inquiétée de l'état de fatigue après 10 heures de travail). La satisfaction des résidents est palpable, particulièrement liée au fait d'avoir des référents fixes chaque jour à qui s'adresser. Paradoxalement, une inquiétude naît de ne pas savoir immédiatement qui va être « attitré » à qui. Pour répondre à ce questionnement, je décide de donner le calendrier prévisionnel⁸⁴ de mise en place avec une date précise concernant l'annonce des référents. Je leurs précise également que l'évaluation du dispositif proposé se fera avec les résidents et les familles lors de CVS élargis, au travers d'une enquête de satisfaction mais également quotidiennement avec les équipes et grâce aux échanges que j'ai avec les résidents (ils peuvent venir me voir autant que de besoin).

Groupes de travail

La constitution des groupes de travail des professionnels est un moment clef. En effet, ces derniers sont constitués de deux personnes (une de chaque future équipe). Les participants (2 aides-soignantes et 9 auxiliaires de vie) ont comme objectifs d'évaluer au plus juste la charge de travail par poste actuel, tâche par tâche. Ceci, afin de redistribuer vers les nouveaux postes en 10 heures un travail équitable et le plus cohérent possible. Ne sachant pas quel poste sera tenu par qui, les professionnels sont objectifs. Je participe à chaque groupe de travail afin d'expliquer, d'évaluer et de solliciter de manière

⁸⁴ Annexe 8 : diagramme de GANTT

égale chaque salarié. Les professionnelles en charge de l'animation et de la lingerie n'ont pas intégré de groupe de travail du fait de la spécificité de leur poste à venir. En effet, je souhaite qu'elles soient présentes du lundi au vendredi et se consacrent respectivement à l'animation et au traitement du linge. Elles ont donc pour mission de créer une fiche de poste afin que j'en discute avec chacune d'elle.

Valeurs associatives

Les groupes de travail me permettent également d'aborder le sujet de l'accompagnement des personnes âgées au quotidien et de rappeler les missions de l'établissement au travers de l'association. Les valeurs qu'elle porte ont été déclinées dans un document s'inspirant largement des principaux engagements de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Les binômes de travail maîtrisent peu ce document mais, après en avoir pris connaissance, y ont réfléchi. Certains m'ont dit que c'était « *bien* », que « *c'est ce qu'ils doivent faire* ». D'autres, en revanche, ont trouvé que nous pourrions personnaliser ce document, le rendre plus proche de la réalité de l'établissement. Cette suggestion est, pour moi, un grand pas en avant pour ces équipes ! Cela représente une envie, un engagement et dessine l'implication de ces professionnels. N'ayant pas le temps et les moyens de me saisir de cette opportunité de travail immédiatement, j'envisage de l'intégrer dans la seconde phase du projet. Travailler, repenser, et compléter au niveau de la Villa Occitane, les valeurs que nous souhaitons décliner au quotidien est un projet qui fera sens et viendra réinterroger les premières actions déclinées, dans leurs réussites comme dans les améliorations à y apporter. Cela sera un support sur lequel je pourrai adosser les choix stratégiques à décliner.

Interchangeabilité apparente

Les six groupes de travail ont œuvré pendant 8 semaines. Ces réunions ont été des espaces de débat dans lesquels ont émergé des propositions et où l'intelligence collective a pu s'exprimer. Ce fût riche car cela a permis aux professionnels de prendre conscience du travail accompli et de la cohérence de sa déclinaison au quotidien. Pour moi, ce fût également l'occasion de mieux connaître chacun et chacune, d'évaluer plus finement les (en)jeux de pouvoirs, les affinités, les forces, les fragilités et l'implication individuelle et collective. A ce titre, j'ai souhaité attirer l'attention des professionnels sur le phénomène d'interchangeabilité et de responsabilisation. Jusqu'à présent, l'organisation permettait à chaque professionnel d'occuper n'importe quel poste. Or, l'objectif d'être référent d'un groupe de résidents est d'affiner la connaissance de chaque usager, de créer une relation de confiance où les détails du quotidien prennent un sens dans l'accompagnement global, d'avoir une maîtrise fine de l'environnement, des habitudes et des comportements. L'interchangeabilité des professionnels doit laisser place à l'individualisation de

l'accompagnement sans pour autant créer un phénomène de dépendance (du résident) envers (ses) référents. Un support reprenant les habitudes de vie, les comportements spécifiques face à des situations particulières et les choix des résidents a ainsi été rédigé par l'équipe administrative pour que la continuité de l'accompagnement puisse être assurée en cas de remplacement.

3.1.3 De la théorie à la pratique

Le plan de communication

Toutes les actions présentées sont étroitement liées entre elles et sont introduites par un système de communication transversal, qu'il s'inspire de transmissions verbales ou écrites, individuelles ou collectives, ciblées ou généralisées, à l'attention des professionnels, des résidents, de leurs proches ou tout autre intervenant. Au sein de la Villa Occitane et dans le cadre de la réorganisation de travail auprès des professionnels, j'ai fait le choix de décliner cette communication selon les modalités suivantes :

- les notes de service à l'attention des personnels salariés (affichage en salle du personnel),
- la diffusion des comptes rendus des réunions des groupes de travail (par voie d'affichage en salle du personnel),
- les réunions institutionnelles (ordinaires ou extraordinaires),
- une communication groupée et/ou ciblée lors des transmissions,
- des échanges individuels au grès des demandes et besoins.

Concernant la communication auprès des résidents et de leurs proches lors des différentes étapes de ce projet, les secrétaires, l'infirmière coordinatrice et l'animatrice relayent également les informations à mes côtés lors :

- d'échanges individuels en fonction des demandes,
- des réunions d'information selon le rétro planning établi (cf. annexe 8),
- de l'affichage régulier des échéances (démarrage du nouveau roulement, référents selon les résidents, modifications des horaires).

Enfin, la communication auprès des intervenants extérieurs (essentiellement libéraux) a été conduite par l'infirmière coordinatrice qui, de par son poste, a transmis oralement les informations.

Le plan de communication est, selon moi, indispensable à la bonne réussite de ce projet d'accompagnement social. Je crois qu'il doit toutefois être maîtrisé pour cibler les informations à transmettre en fonction du public qui les reçoit. Ne pas donner assez d'information donne l'impression d'un manque de transparence et peut engendrer ou renforcer la méfiance. A contrario, trop d'informations peuvent faire perdre le sens que je souhaite leur donner et semer un trouble sur la lisibilité et l'intérêt du projet.

Elaboration des fiches de poste

Deux fiches actions⁸⁵ reprennent synthétiquement les étapes suivies pour préparer les futures fiches de poste des équipes à venir :

- évaluation de la charge de travail sur les postes en 7 heures,
- redistribution des actions quotidiennes sur une amplitude de 10 heures de travail.

Les fiches de fonctions représentent une étape clef dans la réorganisation du travail. En effet, elles définissent les missions de chaque professionnel en fonction du poste occupé. Elles ont cette double importance qui reprend à la fois des éléments transversaux, collectifs, partagés mais elles permettent également de différencier un poste d'un autre, par ces spécificités. Elles préfigurent, pour les professionnels concernés, les domaines dans lesquels ils retrouveront leurs repères de travail et ceux où il faudra en créer de nouveaux. Mon choix a donc été d'initier une démarche de déconstruction du travail réalisé en 7 heures, tâche par tâche, afin de quantifier, lister et mettre en lumière la répartition du temps alloué à chaque domaine d'intervention : restauration, soin, entretien, animation, etc. J'ai constaté la surprise de certaines professionnelles lors de la lecture de la synthèse des éléments recueillis. Nombre d'entre elles n'avaient pas conscience de la polyvalence dont elles étaient capables au quotidien. Cet exercice a également permis de quantifier la durée de chaque tâche et de tempérer des projections parfois inadaptées dues aux représentations individuelles de tâches plus ou moins chronophages. Dans un second temps, j'ai travaillé volontairement seule. J'ai pris le temps d'analyser les éléments issus des groupes de travail pour ensuite pouvoir les imbriquer les uns les autres le plus logiquement possible. Toute la difficulté fût de projeter une nouvelle organisation de travail générale cohérente, respectueuse des besoins des résidents et en adéquation avec les capacités des futures équipes. Pour cela, j'ai tenu compte du niveau de qualification des professionnels, des contraintes liées à l'agencement de l'établissement (répartition par étages par exemple), des possibilités de mise en œuvre (nombre de salariés) et des demandes des résidents et/ou de leurs familles entendus lors des différentes instances et temps de rencontre. Une fois cette projection établie, j'ai de nouveau réuni les groupes de travail pour présenter ces blocs de 10 heures de travail effectif avant d'y insérer les pauses réglementaires. Les salariés m'ont dit préférer des pauses plus courtes, mais plus nombreuses, réparties sur la journée. Il a donc été convenu que chaque poste en 10 heures bénéficierait de 3 pauses : 30 minutes le matin, 1 heure pour déjeuner et de nouveau 30 minutes l'après-midi. Concrètement, cette inclusion de temps de repos fût compliquée. Soumise aux contraintes réglementaires (code du travail, convention collective applicable) mais aussi au devoir de sécurité (personnels en nombre suffisant en poste en même temps) et de continuité de

⁸⁵ Annexe 9 : fiche action n°1 et n°2

l'accompagnement des personnes âgées (prise de relais lors du départ en pause d'un professionnel), j'ai mis environ une semaine de plus pour proposer aux équipes des fiches de poste finalisées. L'affichage de ces dernières a suscité beaucoup de commentaires de la part des professionnels, particulièrement sur l'heure de « vie sociale » dont je reparlerai ultérieurement. Très impatients de savoir qui occuperait quel poste, chacun a porté une attention toute particulière à vérifier que rien n'avait été oublié et que le travail était réalisable et équitable.

Validation par la DUP et par le service des ressources humaines

Les Instances Représentatives du Personnel (IRP) ont validé cette nouvelle organisation. Cette étape a été simplifiée du fait de la configuration actuelle de la délégation unique du personnel. En effet, sur 8 postes à pourvoir (titulaires et suppléants), seules 3 salariées (faute de volontaires lors des élections en 2013) représentent l'ensemble des professionnels de l'association dont 2 exercent au sein de la Villa Occitane. Une relation de confiance et un travail approfondis lors de la rédaction puis lors de la mise à jour du document unique de l'évaluation des risques professionnels (DUERP) me permettent de développer un partenariat favorable avec les IRP pour la mise en œuvre de ce projet d'accompagnement social. C'est une réelle force dans un contexte de changement telle que la mise en place d'une nouvelle organisation.

La création de nouveaux cycles horaires, présentée dans la fiche action⁸⁶ n°3, a été validée par le service des ressources humaines de l'association. Le travail en collaboration avec ce service support permet de sécuriser cette étape grâce à la veille juridique partagée.

A la suite de cela, j'ai décidé d'annoncer, lors d'une réunion institutionnelle, les affectations respectives des professionnels. Les réactions furent majoritairement positives. Beaucoup ont été soulagés de se retrouver avec tel professionnel, d'autres étaient heureux de leurs horaires mais deux personnes ne semblaient pas satisfaites. Après les avoir rencontrées individuellement, l'une trouvait que « *l'autre équipe était mieux* » et la seconde espérait « *un poste plus soignant* ». J'ai profité de cette réunion pour appeler à la vigilance et rappeler le principal défaut de ce système, à savoir le fait que les deux équipes ne se verront que très peu et que, dans ces conditions, il est facile de tomber dans le jugement et la critique de l'autre, dans une forme de compétition (quelle équipe sera la meilleure ? qui fait le mieux son travail ? etc.). Pour limiter cette dérive, une fiche de liaison (indépendante des transmissions habituelles) a été mise en place pour que chaque poste puisse communiquer avec son homologue de la seconde équipe (uniquement pour l'organisation, jamais sur l'accompagnement des résidents).

⁸⁶ Annexe 10 : fiche action n°3

Parallèlement, une réunion institutionnelle trimestrielle permettra de réserver un temps d'échange entre les deux équipes. Ces temps de rencontre me semblent obligatoires pour maintenir une cohésion de groupe. Pouvoir échanger verbalement tous les 3 mois avec son homologue (réfèrent) favorisera le maintien du lien entre elles et pourra ainsi contribuer à amoindrir les rivalités potentielles.

La vie sociale

Les fiches action⁸⁷ n°4 et n°5, reprennent l'un des axes principaux du changement d'organisation, conformément aux demandes des résidents mais aussi en réponse aux souhaits des professionnels de libérer du temps pour être auprès des résidents, à savoir la création d'une heure de vie sociale par poste. Chaque professionnel pourra, dans un premier temps, occuper ce temps avec les résidents dont il est référent en choisissant le support qui lui paraît le plus approprié : proposer des activités aux résidents, des temps de rencontre, d'échange, des sorties extérieures, etc. Je souhaite qu'ils puissent investir ce temps-là en fonction de leurs savoirs faire, de leur personnalité et des envies des résidents dont ils sont référents. Bien consciente de la difficulté que représentent une telle créativité et une telle autonomie pour ces professionnels, je suis rassurante en expliquant qu'il s'agit d'une première étape visant à identifier les besoins et envies des résidents (temps collectifs ou individuels, type d'activités, etc.). L'objectif est d'autoriser la rencontre sans la figer autour d'une activité prédéterminée afin de créer des conditions propices aux échanges. Mais pour échanger, il faut commencer par communiquer et selon Roland JANVIER, « *la communication a un statut ambigu. Tout simplement parce que dans la communication, il y a toujours de l'autre* »⁸⁸. Ainsi, « *il y a toujours quelque chose de raté, d'approximatif, de frustrant dans la communication, mais ces limites structurelles sont aussi le moyen de comprendre que dans toute communication, il y a l'autre, et que l'autre reste inatteignable. L'idée de rapport entre deux entités, qui fonde la société et la communication, est aussi le moyen de comprendre la limite de tout rapprochement* »⁸⁹. Afin de faciliter cette communication, j'encourage donc les professionnels à préparer préalablement ces rencontres autour d'un sujet porteur (par exemple l'histoire du résident), d'une activité maîtrisée (par exemple le chant), d'un point commun (une résidente et une professionnelle parlent couramment espagnol). Je reste toutefois consciente que cette dimension nouvelle peut être appréhendée difficilement par certains salariés et que la réussite de ce projet repose, en partie, sur la faculté individuelle. Ainsi, l'accompagnement et l'évaluation de cette partie du projet mobiliseront de ma part une

⁸⁷ Annexe 11 : fiche action n°4 et n°5

⁸⁸ JANVIER R., 2015, *Éthique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Référence Actions Sociales, ESF, p.83.

⁸⁹ WOLTON D., 1997, *Penser la communication*, Flammarion, p.20.

attention particulière, notamment en termes d'indicateurs : réalisation effective des heures de vie sociale (phénomènes de fuites), propositions variées, traçabilité via un tableau de reporting, transmissions axées sur le comportement. En cas de difficultés constatées, je me dois d'anticiper le soutien à apporter aux professionnels qui pourraient être concernés par :

- un système de tutorat (par l'animatrice ou par D., une auxiliaire de vie ayant déjà appréhendé ce type d'accompagnement),
- une formation spécifique,
- un réajustement de l'organisation par le biais des services à la personne que nous délivrons à la demande des résidents.

Parallèlement, l'animatrice est dorénavant reconnue sur ce poste (titre et salaire), du lundi au vendredi. Elle est donc au contact des deux équipes et peut ainsi venir en soutien aux professionnels en difficulté pendant les temps de « vie sociale ». Afin de valoriser ses compétences et son implication, je l'ai positionné comme référente pour la mise en place de ces temps d'accompagnements. Son souhait de s'engager dans une formation afin d'obtenir son Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (BPJEPS), traduit son envie de s'inscrire dans la durée dans cette fonction d'animatrice. Développer l'animation pour créer du lien social, pour construire des supports d'enrichissement de la vie sociale et pour mettre en valeur la richesse de nombreuses individualités au sein d'un collectif sont autant de prérogatives discutées et interrogées avec elle afin de tendre vers des objectifs partagés. Son intégration au sein du comité de pilotage⁹⁰ (COFIL), réunit chaque semaine, me permettra d'identifier les difficultés et d'accompagner la progression et l'élaboration du planning de vie sociale, en sus du planning d'animation dont elle est la garante. Leurs validations seront donc discutées en équipe dans un premier temps.

En filigrane mais indispensable, l'évaluation de ce dispositif ne peut se faire sans une traçabilité des activités menées (ou des accompagnements). Ainsi, je demande à l'animatrice de travailler en partenariat avec les secrétaires pour me proposer de nouveaux supports/indicateurs reprenant ce qui est réalisé (ou non), avec qui et pourquoi. De plus, je sollicite l'infirmière coordinatrice dans le cadre de la synthèse (quantitative et qualitative) des transmissions notées dans les dossiers des résidents concernant ces temps de vie sociale et/ou exprimées par les équipes à l'oral. Le croisement de ces données me permettra d'ajuster et d'affiner les indicateurs de satisfaction à définir à la suite de la période de test.

⁹⁰ COFIL composé des deux secrétaires, de l'IDEC, de l'agent de maintenance, de l'animatrice et de la directrice.

3.2 Développer les compétences nécessaires pour mettre en œuvre un projet d'accompagnement social

3.2.1 Former le personnel et développer ses compétences : un enjeu managérial

Pour que l'équipe soignante investisse pleinement son rôle d'animateur et donc de créateur de liens, il faut envisager la participation de l'ensemble du personnel. Cependant, si certains sont naturellement doués pour prendre la parole et la donner, pour trouver un sujet de discussion et enrichir la conversation, pour écouter les personnes âgées et les aider à se livrer, d'autres éprouvent des difficultés et auront besoin d'une formation avant de se lancer dans cette nouvelle approche. Se former peut être un élément déclencheur qui, ponctuellement, dynamise le travail grâce à l'approfondissement des pratiques et/ou le développement de compétences individuelles inconnues jusqu'alors. J'ai donc mis en place une formation intramuros sur deux jours afin de former les deux équipes. Cela a permis de rester sur des exemples concrets, connus de tous. Chacun a pu exprimer ses doutes, ses difficultés mais aussi partager ses trucs et astuces avec tel ou tel résident. Toutefois, j'ai constaté que le déroulé de la formation intitulée « lien social » était orienté vers le lien famille/soignant. Il manque à mon sens l'essentiel : le résident, pivot et acteur majeur de cette relation. Cet écart est, en partie, dû à un manque de précision de ma part lors de la recherche d'une formation adaptée et à la promotion du lien social qui semble encore marginale compte tenu du cloisonnement de l'organisation institutionnelle (les soignants soignent, les animateurs animent). J'ai donc retravaillé ma demande en affinant les points à développer en fonction des spécificités des résidents accueillis au sein de la Villa Occitane et du projet que nous souhaitons développer.

Le plan de formation

Au sein de l'association, l'élaboration du plan de formation se réalise en 2 phases : tout d'abord la sollicitation des directeurs des 7 structures pour définir leurs besoins et ensuite, la consultation du service des ressources humaines. Le Directeur d'exploitation procède à un arbitrage en fonction des financements disponibles et de la pertinence des demandes. Fin 2014, il m'a informé qu'il y avait eu peu de demandes pour l'année 2015 par mes collègues et qu'à ce titre, je pouvais étoffer mes souhaits de formation. Cette opportunité m'a permis de planifier 4 formations pour l'année 2015, complémentaires les unes des autres :

- Le projet d'accompagnement personnalisé.
- Savoir mener une animation.
- Gestion et dynamique de groupe.
- Bien être et relaxation.

L'ensemble de ces formations sera réalisé intramuros, une journée de formation par équipe et par thème, ce qui représente un volume horaire global de 56 heures. Il s'agit là

d'une logique d'investissement dans la formation plutôt que d'une logique de dépense dans la formation, ce qui traduit une réelle volonté par l'association d'accompagner ce projet. La DUP a validé le plan de formation en fin d'année 2014.

Cependant, je crois que les bénéfices de ces formations ne pourront s'appliquer qu'en étant accompagnés par une politique managériale interne. Le décroisement du travail dans la perspective de recréer des liens au sein du personnel, avec les résidents et avec l'entourage familial et amical des personnes âgées est un travail de tous les instants.

Manager et donner l'exemple

En effet, il s'agit de rassurer les équipes pour que ces dernières ne se sentent pas fautive de discuter ou de réaliser une action qui, historiquement, n'était pas de leur ressort. Etre plus souple dans les horaires, ne pas figer une organisation de manière définitive, expliquer de nombreuses fois comment nous aurions pu faire pour éviter le mal être d'un résident. Par exemple, une résidente de l'établissement atteinte d'une démence frontale se sent persécutée lors des repas. Elle se met très rapidement en colère et refuse de manger. De plus, elle insulte les autres résidents en salle de restaurant et ainsi perturbe la quiétude qui y règne. Avec l'IDEC, nous avons décidé de la laisser manger dans un salon, sur un bureau, avec un plateau. Cette résidente mange son repas, seule certes, mais elle l'apprécie. Les autres résidents mangent également sereinement. Je me suis aperçu que nos us et coutumes enclavaient les professionnels psychologiquement et qu'il était, dans l'exemple ci-dessus, plus dérangeant pour nous et les visiteurs de voir Mme C. manger seule que pour elle-même. Pourquoi s'obstiner, alors que par des aménagements simples nous pouvons faciliter la vie des résidents. Il s'agit d'un exemple parmi tant d'autres : l'heure de la toilette, celle du coucher, les codes vestimentaires, etc. Pour tendre vers ce type d'accompagnement et faire évoluer nos pratiques, je m'appuie sur 4 autres leviers : les entretiens professionnels, les entretiens annuels, la gestion stratégique des ressources internes et la dynamique de groupe.

Les entretiens annuels

Ces entretiens se déroulent au mois de juin de chaque année et ont pour objectifs généraux de revenir sur les événements de l'année écoulée mais aussi de définir des objectifs pour celle à venir, d'échanger sur les difficultés rencontrées, d'identifier les souhaits de chacun et de partager des informations ciblées. Les salariés trouvent dans ces espaces (chaque entretien dure environ 2 heures) une opportunité de me transmettre leur ressenti, leurs doutes, leurs besoins. C'est un temps privilégié. Dans le cadre de la mise en place du projet d'accompagnement social, ils me permettent d'aborder plus spécifiquement les enjeux liés au changement d'organisation et d'évaluer, individuellement, la façon dont le professionnel perçoit la pertinence des changements et comment il les vit au quotidien. L'évaluation de l'appropriation des temps de vie sociale

sera ainsi abordée individuellement. C'est également l'occasion pour moi de (re) dynamiser la relation en la personnalisant et en cherchant à impliquer individuellement chaque salarié.

Les entretiens professionnels

Les objectifs de ces entretiens sont différents de ceux des entretiens annuels puisqu'ils visent à mobiliser chaque professionnel autour des actions de formation dont il pourrait bénéficier dans le cadre de l'élaboration de son projet professionnel (court, moyen et long terme). Initialement conduit tous les deux ans, je mène ces entretiens chaque année (au mois de novembre) car ils me permettent d'une part de construire le futur plan de formation de l'établissement et d'autre part, d'anticiper les évolutions dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Dans le cadre de la réorganisation du travail, le positionnement des professionnels de l'établissement (selon leurs aspirations professionnelles et personnelles) m'a permis d'identifier, en amont, les résistances éventuelles en lien avec les souhaits individuels (problèmes de garde d'enfant par exemple).

Gestion stratégique des ressources internes

Dans le cadre du projet d'accompagnement social et plus spécifiquement lors de la répartition en deux équipes des professionnels, les compétences étaient à équilibrer. En effet, l'objectif était de créer une homogénéité du niveau global des compétences. Ainsi, j'ai évalué en collaboration avec l'infirmière coordinatrice, en fonction des diplômes, des compétences et des aptitudes, les salariés, pour favoriser l'accompagnement qualitatif immédiat mais aussi les compétences complémentaires pour l'avenir. A titre d'exemple, deux auxiliaires de vie ont manifesté, lors des derniers entretiens professionnels, le souhait d'entrer en formation d'aide-soignante. Ces dernières font preuve d'implication dans le domaine du soin et manifestent un intérêt et des compétences pour les soins de nursing. Nous avons donc positionné ces professionnelles en soutien aux aides-soignantes respectives de chaque équipe. L'évolution de la répartition des équipes est un moyen d'ajuster, à moyen ou long terme, l'homogénéité des compétences. Cependant, j'ai envisagé, avec le Directeur d'exploitation de l'association, la possibilité de créer un poste à court terme (2016) par le biais d'un contrat aidé (pour limiter l'impact financier sur la masse salariale) qui permettrait également de réajuster la répartition des compétences si cela s'avère nécessaire.

Dynamique de groupe et projets d'accompagnement personnalisés

La construction des projets d'accompagnement personnalisés est un moment de partage entre les résidents et les professionnels. Or, lorsque la rencontre se tient, il me semble pertinent d'avoir répertorié préalablement l'ensemble des éléments pouvant éclairer les échanges. Confronter les multiples aspects de l'accompagnement (social,

soignant, hôtelier, etc.) favorise une lisibilité globale de la situation du résident concerné. Par conséquent, dans le cadre de la refonte de l'organisation et au travers de l'accompagnement social souhaité de la conduite de projet, j'ai instauré une réunion d'équipe mensuelle dont les modalités sont décrites dans la fiche action⁹¹ n°6. Concrètement, l'équipe se réunit chaque premier jeudi du mois afin d'échanger sur l'accompagnement global des résidents du mois à venir. Je co-anime, pour l'instant, cette réunion avec l'IDEC (le jeudi après-midi) car cet exercice est nouveau pour elle. A court terme, je lui délèguerai totalement cette action.

En tant que directrice, dans cette période de changement, je crois que mon rôle est également d'accompagner et de guider le personnel, non pas de simplement le juger. Etre attentive au travail effectué est pour moi un symbole valorisant à l'égard des équipes. Mettre en avant l'initiative, le comportement ou au contraire la tempérance d'un agent est une reconnaissance en soi. Ne pas critiquer ou faire ressortir trop fréquemment les « ratés » ou les dysfonctionnements individuels mais plutôt collectifs pour arriver à mener une réflexion de groupe me semble plus constructif. La mise en échec est moindre et la personne concernée peut ainsi, noyée dans la masse, faire son autocritique discrètement et évoluer. Tout est une affaire de confiance réciproque sur la durée. Ainsi, Roland JANVIER nous rappelle que *« le projet fonde l'institution, il ouvre un espace de délibération parce qu'un projet éthique ne peut être qu'un projet ouvert »*⁹². Je ne peux affirmer que le projet porté aujourd'hui entre parfaitement dans cette définition mais je peux toutefois prétendre que l'objectif tend vers cela. *« Ce management-là est convaincu que l'adhésion des acteurs aux objectifs communs est plus importante et plus efficace que la contrainte à faire ou exécuter, que l'appel vers un idéal partagé est plus riche et plus productif que la menace ou la sanction. Il est bienveillant parce qu'il intègre le bien-être des professionnels comme condition première de la qualité des actions. Il ouvre une chaîne vertueuse de bienveillances des uns des autres. Bien veiller les uns sur les autres, c'est développer le travail d'équipe indispensable à la réussite d'un projet »*⁹³. C'est pourquoi je pense que chacun doit être en mesure de comprendre la nécessité du changement pour y adhérer pleinement et en devenir l'acteur. En effet, la mobilisation des équipes est déterminante si je veux faire évoluer la prise en charge des résidents car au-delà des aspects techniques et financiers, c'est le collectif qui, convaincu du bien-fondé du projet, va tout mettre en œuvre pour le réaliser dans la structure. Faire admettre profondément que le lien social est indispensable à la vie d'une personne âgée, qu'il ne passe pas après le soin mais bien avec le soin, qu'il est aussi valorisant de discuter que

⁹¹ Annexe 12 : fiche action n°6

⁹² Op. cit., p.45

⁹³ Op. cit., p.49

de panser des plaies, qu'il permet aux activités proposées d'avoir un sens pour être porteuses et conductrices, sont donc les idées directrices du futur projet d'accompagnement social.

3.2.2 Le projet d'accompagnement social, entre écriture et questionnements

Jusqu'alors, la rédaction du projet d'animation appartenait au responsable de l'établissement et donc, depuis mon arrivée, à moi. Non pas parce que je le souhaitais mais plutôt par « habitude », par facilité et par absence de remise en question de ce fonctionnement. Sa rédaction initiale date de la modification du projet d'établissement au moment de mon arrivée (selon les objectifs que l'on m'avait donné). Il n'a pas été réévalué depuis. Son contenu est relativement sommaire, avec simplement la déclinaison des principales activités proposées par l'animatrice et quelques objectifs annuels (type fêtes calendaires). Je pourrais faire un raccourci en affirmant qu'il reflète le nom qu'il porte : projet d'animation. Or, comme décliné tout au long de ce mémoire, la dimension que je souhaite apporter, au travers de l'accompagnement à venir, élargit cette appellation. En effet, il est difficile de réduire à « animation » le lien social, les espaces d'expression, les attentions portées aux individus, le maintien des résidents dans un système actif, la souplesse d'une organisation et la réflexion qui l'accompagne. Spontanément, nous nous sommes orientés vers une nouvelle dénomination : projet social. Mais celui-ci est défini réglementairement par l'article L6143-2-1, modifié par la loi n°2010-751 du 5 juillet 2010, article 25 dans le Code de la santé publique : « *le Projet Social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le Projet Social constitue l'un des volets du Projet d'établissement* ». Etant en relation avec de nombreux intervenants extérieurs issus de différentes cultures professionnelles et afin d'éviter tout amalgame fortuit, il m'a donc semblé plus pertinent de nommer le projet de la Villa Occitane : projet d'accompagnement social. Ainsi, il ne pourra plus s'appuyer uniquement sur les animations mais devra aussi prendre en compte l'approche relationnelle et individuelle des résidents.

Rédaction du projet d'accompagnement social

Pour correspondre à la réalité et dans le cadre de la démarche participative impulsée, il sera rédigé à partir des travaux effectués par les professionnels. Je crois que cela participe, une nouvelle fois, à valoriser le travail accompli. Toutefois, tous ne sont pas à l'aise avec l'écrit. La peur du jugement liée à des difficultés orthographiques, grammaticales ou par un vocabulaire restreint est très présente. De ce fait, j'ai perçu, très rapidement, une réticence appuyée de quatre salariées. Le risque était, à ce moment-là,

de cristalliser des résistances. J'ai donc fait le choix de demander des écrits collectifs (par équipe), sous la forme de leur choix (rédigés, listés, etc.) tout en précisant que les retours avaient pour objectifs de nourrir la rédaction du projet et non de la suppléer. La mise en œuvre de cette partie du projet est reprise synthétiquement dans la fiche action⁹⁴ n°7. Concrètement, il m'a fallu libérer du temps pour chaque équipe sur les plannings afin de leurs permettre de se regrouper pour réaliser le travail demandé. J'ai donc ajusté l'organisation en m'appuyant sur les auxiliaires de vie de nuit et sur l'auxiliaire de vie responsable du traitement du linge. J'ai redistribué l'entretien quotidien des parties communes où vivent les résidents tout en allégeant l'entretien de fond (sous-sol, vestiaires, parking, etc.). La collaboration de ces professionnelles a été précieuse et spontanée. Aucune résistance n'est venue enrayer ce dispositif temporaire. La mise en place du projet d'accompagnement social implique donc la participation de l'ensemble du personnel et la modification de l'organisation générale du travail, tantôt de façon temporaire, tantôt de façon définitive.

Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

En tant que directrice, l'anticipation des besoins professionnels futurs permettant de nourrir et de décliner le projet d'accompagnement social auprès des résidents est un enjeu majeur. En effet, l'évolution des compétences internes devra être complétée par des apports externes, soit par le biais de recrutement suite à des mouvements de personnel (départ à la retraite, démission, licenciement) soit par le biais du travail en partenariat (stagiaires, bénévoles, etc.). Les mutations à venir sont, pour moi, des sources de richesses qui nécessitent néanmoins un questionnement préalable pour définir vers quels objectifs nous devons tendre au travers de ces apports. A ce stade d'avancement du projet, la réflexion est amorcée. Je pense toutefois qu'il faut apprécier ce temps de latence qui permet aux professionnels d'inscrire leurs actions dans une forme de récurrence constructive. La distanciation me permettra d'analyser finement l'absence de compétences spécifiques et d'évaluer au plus juste les besoins complémentaires à pourvoir. Dans ces circonstances, les critères de recrutement seront à ajuster en fonction des mouvements internes validés ou non (par exemple une salariée qui souhaite changer d'équipe, de poste, etc.). Une combinaison de facteurs sera à prendre en compte. L'expérience, les facilités relationnelles, les capacités à proposer des activités spécifiques non maîtrisées à l'heure actuelle au sein de l'effectif ou encore la technicité dans un domaine seront à prendre en compte. Le parcours professionnel d'un candidat colore ses pratiques puisqu'il se construit aussi en fonction de cela. Ainsi, une AMP ayant travaillé uniquement en EHPAD n'aura probablement pas la même approche qu'une AMP ayant

⁹⁴ Annexe 13 : fiche action n°7

réalisée l'essentiel de sa carrière auprès d'un jeune public atteint de troubles autistiques. Je devrais ainsi interroger la pertinence de la mixité des expériences qui pourrait être une force ou au contraire, venir malmener une jeune organisation dans sa construction.

3.2.3 Évaluation : modalités et pérennité

L'évaluation continue de cette nouvelle approche et donc de ce nouveau projet s'effectue selon deux niveaux : quantitatif et qualitatif. Les indicateurs d'évaluation sont définis au préalable et diffusés largement auprès des professionnels pour une transparence qui permettra d'évoluer dans un climat de confiance indispensable à la bonne conduite de ce projet. Le choix d'indicateurs classiques et déjà existant dans la structure tels que le nombre de participants aux multiples ateliers proposés, le quota horaire d'animation, la diversité des activités, le nombre de résidents s'impliquant dans l'organisation des activités va permettre d'avoir un avis objectif sur la partie quantitative. Néanmoins, ce versant de l'évaluation ne me semble suffisant pour se rendre compte du bien-fondé de la vie sociale des résidents puisque cela exclu la qualité de ce qui est proposé aux personnes âgées, le plaisir et la création de nouveaux liens. Il est donc nécessaire de compléter ce dispositif pour évaluer l'aspect qualitatif du projet.

La commission animation

Il existe une commission d'animation dans l'établissement. Elle est annuelle et se tient en général courant octobre, faisant suite au CVS de cette période. Sont présents les membres du CVS (représentant des familles, des résidents, du personnel, de la direction) et l'animatrice. Cette commission n'est actuellement pas ou peu propice à l'échange étant donné que les sujets abordés sont : le planning des animations pour l'année N+1, le bilan rapide des grandes animations de l'année N et un temps de parole pour les familles et résidents qui le plus souvent ne font que féliciter l'établissement pour ce qui est en place. Je dois être honnête, même si cela est très agréable, ce n'est pas constructif puisque l'échange sur le sujet de l'animation est très bref, en fin de CVS et que de fait, chacun a hâte de rentrer chez lui... Ainsi, je crois qu'il serait utile de distinguer les deux. Je pense que la commission d'animation pourrait se réunir une fois par trimestre avec l'ensemble des résidents et familles souhaitant y participer. Cela peut permettre d'avoir des retours selon les attentes, de discuter ensemble des orientations choisies et de réajuster efficacement les propositions d'activités en fonction des souhaits exprimés par les résidents. Recueillir directement les impressions me semble quelque chose d'important puisque nous parlons de liens, d'échanges, de moments conviviaux. Pour que ces rendez-vous perdurent, je crois qu'un compte rendu doit être rédigé et diffusé à tous et de manière systématique.

Enquête de satisfaction spécifique

Pour que l'évaluation soit complète, je souhaite mettre en place une enquête de satisfaction annuelle spécifique sur le thème du lien social. Celle qui est diffusée actuellement regroupe l'ensemble des services (soin, hébergement, etc.) et reste très générale. Un questionnaire anonyme avec des items adaptés nous permettra d'avoir l'avis ou le ressenti de ceux qui n'osent s'exprimer à haute voix lors des commissions. Je pense qu'il faudra adapter un questionnaire pour les résidents les plus dépendants de façon à ce que les familles/proches puissent répondre pour porter la voix de leurs parents. Afin de garantir une forme de neutralité, le dépouillement serait réalisé par le service administratif du siège de l'association. Un retour lors de la commission d'animation suivante puis en CVS fera le lien avec les résidents et les familles. Enfin, un affichage permettra à chacun d'en prendre connaissance.

L'observation des résidents par les professionnels

Pour compléter ce dispositif, l'évaluation du projet porté par l'équipe de la Villa Occitane passera également par l'observation. Purement subjective et individuelle, il faudra croiser les regards pour trouver des pistes de lecture relatives à la création de liens entre les résidents (rencontres les uns chez les autres, changements de place en salle de restaurant, sorties à l'extérieur d'usagers ayant développés des affinités, etc.). Il nous appartient aussi de donner la possibilité aux usagers d'exprimer des demandes « atypiques » comme par exemple ce monsieur qui souhaitait poursuivre ses activités de bridge avec ses amis en « privatisant » l'un des salons. Le fait même qu'il en parle traduit une ouverture élargie de l'accompagnement de l'équipe et un premier pas vers une vie sociale satisfaisante dans la continuité de son parcours de vie. Ainsi, dans le prolongement de cette approche, n'est-il pas envisageable d'inclure chaque auxiliaire de vie de nuit dans cette dynamique ? Je souhaite travailler sur cette question durant la seconde phase du projet.

C'est le recoupement de toutes ces données qui permettra d'évaluer lors d'une réunion de synthèse si l'accompagnement que nous proposons de manière individuelle aux résidents est en adéquation avec l'idée de départ : créer ou recréer du lien pour satisfaire le besoin d'être reconnu dans sa singularité, vivre le collectif comme un atout et une force et rester maître de ses choix le plus longtemps possible. Ces bilans seront aussi des supports importants pour établir les projets personnalisés s'articulant avec le projet de soin. Ce projet d'accompagnement social est donc un outil d'échange au sein de l'établissement, un projet fédérateur pour les équipes qui auront un objectif commun : la vie sociale au cœur du projet d'établissement.

Les phases d'évaluation doivent donc nous permettre de garder un avis le plus objectif possible. Néanmoins, je crois qu'être vigilante sur la déclinaison des pratiques au

quotidien reste nécessaire. Mener un projet, le porter, le défendre est un investissement du corps et de l'esprit. L'animation et la mobilisation d'une équipe obligent le chef de projet à surinvestir lui-même sa fonction de leader. Ceci peut-être pernicieux si je ne prends pas de hauteur par rapport aux actions menées et aux représentations sociales que je véhicule. Faut-il prioriser l'accompagnement social des personnes les plus dépendantes ou au contraire cibler les personnes âgées les plus aptes à profiter de cela ? Inévitablement des choix vont se faire, pour des raisons pratiques, financières, d'affinités, etc. Ces choix seront faits par les professionnels mais indéniablement influencés par mes propos, mes exemples, mes explications, mon implication. De ce fait, mon rôle de responsable est d'interroger les pratiques au travers des outils d'évaluations précédemment cités mais aussi d'observations, de veille et de cohérence des actes déclinés selon le profil de la population accueillie. En effet, cette dernière évolue en fonction des départs et donc des nouveaux arrivants. Je me dois de savoir réajuster et d'accepter que ce qui est pertinent aujourd'hui sera inadéquat demain. Prévenir et accompagner le sentiment de frustration des équipes fait partie de mes missions pour que l'investissement initial dans ce projet ne soit pas un aboutissement mais au contraire, le moyen d'entrer en réflexion sur leurs pratiques professionnelles.

3.3 Inscrire un projet dans le temps, un travail d'équipe

3.3.1 Redonner une place aux familles

Prendre la décision d'entrer dans un établissement d'hébergement est, dans tous les cas, un moment crucial pour la personne concernée mais aussi pour son entourage. A cette occasion, les relations entre la personne vieillissante et la famille se redessinent, l'institution se positionne comme tiers. C'est en cela que la phase de l'admission est une étape clef : rappeler à l'entourage que nous refuserons d'admettre une personne contre sa volonté, que nous refuserons toute coalition avec la famille pour effectuer un placement. Je crois qu'il nous faut aussi les accompagner pour que les aidants comprennent que l'institution n'est pas « la » solution mais simplement un outil pouvant contribuer à résoudre des difficultés auxquelles leurs proches sont confrontés. La culpabilité des familles est bien connue en institution. Le ressenti le plus récurrent est celui de l'incapacité à accomplir un devoir, à assumer cette personne jusqu'au dernier souffle ou encore d'aller à l'encontre de ce que la personne âgée avait envisagé lors d'années plus tendres. Les familles réagissent différemment les unes des autres, certaines répondent par la fuite, les visites sont rares, les conversations s'adressent à la voisine ou au personnel. D'autres au contraire sont omniprésentes. Ce sont ces familles qui sont « évitées », car redoutées, par les équipes par peur de remontrances incessantes. Mais comment la personne âgée peut-elle s'adapter à son nouvel environnement si ses enfants sont eux-mêmes méfiant vis à vis de la qualité de

l'accompagnement ? Je pense que nous devons faire de la relation « équipe – résident – famille » une de nos priorités. Partir sur des bases de confiance, une relation de dialogue et d'écoute et œuvrer tous unis avec un seul objectif : favoriser le bien être de la personne accueillie.

Lors de la mise en place d'un projet, la participation des familles me paraît essentielle. Le sentiment de culpabilité d'avoir confié leur parent à notre établissement étant identifié, les comportements qu'elles peuvent adopter sont eux aussi connus. Nous devons donc nous adapter à ces attitudes de fuite, d'agressivité ou d'omniprésence. Proposer à chacun de devenir acteur d'un projet, c'est leur (re)donner une place de choix, (re)découvrir un rôle perdu pour ainsi se sentir utile et contribuer à une prise en charge concordante aux attentes de leur parent. Et parfois aussi, à ceux et celles qui sont esseulés. L'approche de la vieillesse est modifiée, sa perception est plus positive car l'intervention sollicitée n'est plus liée à la dépendance et à la mort mais plutôt à des instants de vie, de plaisirs partagés. Ces enfants sont le plus souvent sexagénaires, ils ont une vie bien remplie, partagée entre les activités de loisirs et leurs descendants. Pour autant, certains souhaitent participer activement à la vie de l'établissement. Ainsi, j'ai pu observer des temps de partages proposés par des familles comme par exemple les neveux et nièces d'une résidente sans enfant qui sont venus jouer de l'accordéon et chanter un après-midi. Cet instant fut un grand moment de joie pour cette résidente mais aussi pour les autres, lesquels ont perçu différemment cette dame après l'intervention de sa famille. Beaucoup lui en ont reparlé plusieurs jours durant. Ce type d'initiative est isolé, mais je reste convaincue que d'autres peuvent émerger pour autant qu'elles soient sollicitées.

Sollicitation des familles

C'est pourquoi j'ai décidé d'organiser, en équipe pluridisciplinaire, une réunion à l'attention des familles pour expliquer les objectifs de ce projet participatif et par la même occasion, identifier les personnes désireuses de s'investir à nos côtés. De plus, lors de toute nouvelle entrée de résident, je joins une note d'information explicative au livret d'accueil afin d'y intégrer cette nouvelle démarche. Il n'est bien sûr pas possible d'inclure dans notre fonctionnement des familles du jour au lendemain. Un cheminement est nécessaire pour tous et quelques préalables sont à définir. Leur participation doit correspondre à une volonté de la personne âgée et de fait, ne jamais aller à l'encontre de son intérêt. Expliquer que les histoires personnelles, voire les conflits familiaux, ne doivent pas transparaître lors des temps d'activités est un point non négligeable à aborder avec les intervenants volontaires. Ces moments doivent être des instants heureux et de plaisir pour tous. Ainsi, pour que cette participation soit pérenne, elle doit être large et non contraignante. Différentes variantes peuvent être proposées : animation ponctuelle (comme l'exemple ci-dessus) ou régulières, accompagnement des résidents lors des

sorties ou encore bénévolat permis grâce à la maîtrise d'une activité (coiffure par exemple). Je crois qu'il faut rester le plus ouvert possible mais tout en gardant un cadre et des limites. Il n'est pas envisageable que chacun fasse ce qu'il veut quand il veut. L'animatrice a un rôle important à jouer en tant que coordinatrice. Dans tous les cas, les familles doivent être informées de la « vie » de l'établissement, de ce qui s'y passe, de ce qui s'y prépare mais aussi des initiatives qui échouent. Cela permet entre autre chose d'être transparent sur le fonctionnement, et donc contribue à améliorer la relation de confiance pour l'ensemble des acteurs de l'EHPA. La collaboration lors d'un projet est porteuse de sens et facilite grandement l'avancée lors des étapes clés. Un projet commun est créateur de lien social entre les familles et les résidents, les familles et les autres familles, les familles et le personnel mais aussi entre les résidents. Tout ceci permet de faire de l'institution un lieu de vie, tout simplement, où l'on connaît le nom de ses voisins, où l'on reconnaît les enfants des uns et des autres et où des mots bienveillants remplacent les regards furtifs. Cette forme de partenariat avec les familles m'amène à aborder maintenant l'opportunité du travail en réseau.

3.3.2 Partenariats et travail en réseau, une ouverture vers l'extérieur indispensable

Dans son article 20, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 attribue aux réseaux sociaux et médico-sociaux l'objectif de « *favoriser la coordination et la complémentarité des prises en charge et de l'accompagnement des usagers* ». Le Code de l'action sociale et des familles (articles L. 312-6 et L. 312-7) y fait référence également. L'ANESM, dans sa RBPP de décembre 2008 « *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* » définit l'ouverture comme « (...) *un double mouvement (...) avec l'idée : de faciliter la venue à l'intérieur de l'établissement (...)* » d'une part, et « *d'aller vers l'extérieur de l'établissement afin d'intégrer les personnes accueillies dans la ville ou le village, sensibiliser cet environnement social à l'accueil des personnes et créer les conditions d'un enrichissement mutuel* » d'autre part. Il s'agit là d'un double flux, interne et externe. Le lien étant la rencontre, le croisement de ces flux, l'intérêt commun. Dans le cadre de l'EHPA la Villa Occitane et de la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement social, l'inscription dans son environnement me semble incontournable, de par le profil des usagers accueillis d'abord et de par sa localisation (centre-ville) ensuite. Toujours selon l'ANESM, « *la stratégie d'ouverture a pour objectif de développer ou de maintenir le lien social des personnes tout en leur assurant un cadre de vie rassurant et structurant* ». L'état des lieux actuel me permet de réaliser que la grande majorité de nos échanges avec l'extérieur sont orientés soit vers la prise en charge soignante, soit vers l'accueil de stagiaires en formation.

Les partenariats existants

Ce sont des partenariats, contractualisés ou non, avec des établissements sanitaires, des EHPAD du secteur, des services spécifiques (unité mobile de soins palliatifs par exemple) ou avec des centres de formation, pôle emploi ou des lycées professionnels. Mais concernant l'accompagnement social, la richesse de la rencontre avec l'extérieur s'amenuise. À l'heure actuelle, nous accueillons des spectacles (chants, danses, théâtre) au gré des fêtes calendaires et nous recevons les enfants de l'école maternelle du quartier à l'occasion de carnaval. Or, conformément aux souhaits exprimés par les résidents, l'orientation souhaitée appelle davantage d'ouverture. La situation géographique offre de nombreuses opportunités à l'établissement : les commerces, écoles, clubs associatifs, cinéma, bibliothèque, théâtre, musées. Toutefois, la localisation et les « possibilités de » ne suffisent pas à créer des espaces de rencontre.

Les partenariats à développer

La création de liens quotidiens doublée d'une connaissance mutuelle libérant les désidératas peuvent permettre de proposer des projets d'accompagnement objectivement personnalisés au travers notamment de partenariats à développer :

- Le réseau « handibus ». C'est un système d'accompagnement motorisé des personnes en perte d'autonomie, à la demande. Les conditions d'accès étant contraignante individuellement, je souhaite me rapprocher des services de la mairie pour développer un partenariat favorisant l'accès des résidents à ce service municipal. Cela permettrait aux résidents de se déplacer au-delà de leur périmètre habituel, pour faire des courses, aller au cinéma, au théâtre ou encore au restaurant.
- Les pôles culturels : le cinéma, le théâtre et la bibliothèque municipale. Les premières rencontres avec ces 3 établissements nous ont permis de découvrir qu'ils proposaient des services externalisés. Le cinéma propose le prêt de films récemment sortis dans les salles et propose de diffuser en son sein, à la demande, des films aux résidents. Le théâtre offre une entrée gratuite à chaque résident et met à la disposition de l'établissement des bénévoles pour accompagner les usagers. Enfin, la bibliothèque municipale peut organiser des cercles de lectures au sein de la Villa Occitane et propose de prêter des livres sonores aux résidents ne pouvant plus accéder à la lecture. Je laisse l'animatrice finaliser ces partenariats que je validerai lors de la signature des conventions.
- Les associations locales (club des séniors, maison des aînés, etc.) pourraient également utiliser nos locaux pour leurs activités afin de créer des liens avec les résidents. La rédaction d'une convention de mise à disposition gratuite des locaux reste à rédiger.

Parallèlement à cela, j'ai contacté les délégués territoriaux du Service Civique de Dordogne par le biais de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). Ce dispositif, introduit par la loi n° 2010-241 du 10 mars 2010 relative au service civique, stipule que « *le service civique offre à toute personne physique, dénommée volontaire, la possibilité de s'engager en faveur d'un projet collectif en effectuant une mission d'intérêt général auprès d'une personne morale agréée : organismes sans but lucratif de droit français (associations, fondations...)* ». Au-delà des aspects techniques (demande d'agrément) et financiers⁹⁵, je crois cette démarche intéressante tant du point de vue de la rencontre intergénérationnelle (ce sont majoritairement des intervenants âgés de 16 à 25 ans) que du point de vue de l'ouverture des possibilités offertes. Le recours à ce service sera discuté en fin d'année 2015, dans le cadre de la préparation budgétaire.

De plus, je crois que notre marge de progression concerne aussi notre propre faculté à ouvrir nos portes. En effet, certains résidents expriment fermement leur refus de « sortir », par peur, par choix, par habitude aussi. En revanche, ils restent demandeur de partage et de rencontres. Ainsi, j'ai étudié les possibilités qui s'offrent à nous pour faire « entrer » dans nos murs ce que ces résidents ne peuvent aller chercher à l'extérieur par eux-mêmes. Les premières pistes couvrent trois domaines : culturel, intergénérationnel et sportif.

Domaine culturel

- Intervention d'un conférencier (historien), chaque trimestre. L'animatrice devra définir les thèmes d'intervention avec les résidents.
- Partenariat avec le CLIC qui viendra dans nos murs présenter ses conférences, trimestriellement également.
- Le nombre de spectacle (et la variété de ces derniers) sera augmenté afin d'être mensualisé. L'accès à ces temps sera libre, y compris aux personnes extérieures afin d'inscrire l'établissement dans une dynamique d'ouverture et ainsi, permettre aux résidents de faire des rencontres et d'échanger différemment qu'avec leur cercle de proche ou avec les professionnels.

⁹⁵ L'Agence de Service et de Paiement (ASP) verse directement l'indemnité forfaitaire mensuelle au volontaire sans transiter par la structure d'accueil (organisme agréé par l'Agence de Service Civique ASC). L'indemnité versée chaque mois est égale à 507,20 € depuis le 1er janvier 2013 (35,45% de la rémunération mensuelle afférente à l'indice brut 244 de la fonction publique, indice majoré 309). Le montant de cette indemnité peut être majoré de 115,46 € depuis le 1er janvier 2013 lorsque la personne volontaire rencontre des difficultés de nature sociale ou financière (8,07 % de la rémunération mensuelle afférente à l'indice brut 244 de la fonction publique). En outre, la personne morale agréée sert au volontaire une prestation nécessaire à sa subsistance, son équipement, son logement et le transport. Il peut s'agir de titre- repas ou d'une prestation en espèces. Dans ce dernier cas le montant minimal mensuel de cette prestation est fixé à 106,31 € depuis le 1er janvier 2013.

Les rencontres intergénérationnelles

Afin d'organiser des rencontres, des débats (avec les 16-18 ans) autour de sujet à définir (par exemple la perception de l'autorité il y a 60 ans et celle d'aujourd'hui), des projets créatifs (clip vidéo, défilé, etc.) ou encore des activités plus ludiques avec les plus jeunes. L'animatrice devra donc créer des liens avec des écoles, collèges et lycées partenaires.

Domaine sportif

Enfin, le troisième domaine aborderait l'angle « sportif » avec toute la tempérance que cela induit. Des ateliers de prévention des chutes, des ateliers de gymnastique douce ou encore des parcours de santé pourront être proposés en interne mais aussi en externe, via les ateliers du CLIC. Cela pourrait aussi prendre d'autres formes comme par exemple la venue de joueurs de rugby (le frère d'une résidente est trésorier du club de Périgueux) afin de proposer une rencontre ou bien, accompagner des résidents à un match.

Les limites du travail en partenariat sont le plus souvent celles que nous nous imposons, soit car on ne les exploite pas, soit car la pertinence évolue, soit enfin, car les liens ne sont pas entretenus. La communication et la collaboration entre des acteurs hétérogènes permettent une complémentarité riche de sens et d'ambition. Toutefois, pour que ces réseaux et ces partenariats perdurent, chacun doit œuvrer en ne perdant pas de vue qu'ils sont appelés à disparaître en cas de non-activation des liens. Un travail en réseau est donc tributaire de ses acteurs et de l'envie qu'ils ont de créer des conditions favorables à son émergence et à son suivi. J'en suis, en partie, la garante et de ce fait, mon rôle est aussi de sensibiliser les professionnels à cette forme d'accompagnement. La souplesse de l'organisation doit tenir compte de ce volet non négligeable pour que le projet d'accompagnement social corresponde, dans son ensemble, à satisfaire les besoins et les attentes des résidents.

3.3.3 Analyser les pratiques, un outil à développer au sein de l'établissement

« Les compétences correspondent aux capacités d'effectuer certaines tâches. Pour ce faire, une combinaison de connaissances, de procédures, de savoir-faire, de comportement et d'expérience non formalisée est requise »⁹⁶. Pour autant, et dans l'immédiat, les professionnels ont besoin de réponses face aux difficultés rencontrées. Animer un groupe de quelques résidents, nourrir une conversation, s'autoriser à aborder les choses d'une manière différente restent des problématiques anxiogènes parce que les

⁹⁶ TOUTUT J.P., préface MIRAMON J.M., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Seli Arslam, p.65.

contours de l'action sont flous. Où commence et où s'arrête la part de soi que l'on est en droit de livrer ? Quelles sont les limites à ne pas franchir ? Quelle est la latitude d'action ? Pour aider les professionnels à se situer dans ce cheminement, il me semble intéressant de s'inspirer d'une pratique peu répandue en EHPAD et, à ma connaissance, complètement absente en EHPA : l'analyse des pratiques. De mon point de vue, 3 axes seraient prioritaires : celui de soutenir les équipes au travers d'une réassurance collective des pratiques quotidiennes, celui de prendre du recul face à des situations complexes ou sans réponse et enfin celui de prendre le temps de répondre à des difficultés ciblées en dehors des réunions que j'anime. Cette hypothèse de réponse face aux incertitudes des équipes appelle toutefois des moyens financiers et l'acceptation, par le Directeur d'exploitation de l'association, de ce mode d'accompagnement des professionnels. Cependant, je crois sa mise en œuvre nécessaire et pertinente et c'est aussi en cela que ma force de persuasion et mes capacités de gestionnaire doivent faire la différence pour en défendre sa faisabilité à court terme.

Conclusion

Au terme de ce mémoire, nous pouvons désormais mesurer les processus d'accompagnement des personnes âgées mis à l'œuvre au sein de l'EHPA la Villa Occitane liés aux spécificités des attentes d'une population ayant majoritairement fait le choix d'entrer dans ce type d'établissement mais aussi liés aux besoins d'accompagnement inhérents à la perte d'autonomie. Ainsi, l'équilibre permanent entre accompagnement, prise en charge, suppléance, et totale autonomie est un exercice quotidien pour les professionnels. En tant que directrice, c'est cet équilibre entre prise en charge et promotion des personnes que je cherche à créer au sein de la Villa Occitane.

Les missions de l'établissement poursuivent des objectifs spécifiques s'adressant à un public dont les besoins et les attentes sont identifiés. Pour cela, il est nécessaire de réinterroger l'approche d'une équipe, son organisation, sa faculté à évoluer et, in fine, d'en tirer des éléments d'analyses permettant de situer la pertinence et l'efficacité de son fonctionnement. La réponse apportée doit être en adéquation avec les besoins et les attentes des usagers. Celle proposée dans le cadre de la Villa Occitane est globale car, nous l'avons vu dans ce document, elle vient modifier l'organisation, interroger les compétences et les savoir-faire et savoir-être. Par la formulation du projet d'accompagnement social, c'est désormais l'approche relationnelle qui s'inscrit comme fil conducteur où le choix de la personne est prioritaire. Choisir d'être seul, d'être en groupe, choisir d'échanger ou de se taire, choisir son interlocuteur, choisir de sortir, de rester ou encore de ne pas choisir. C'est l'une des forces de la population accueillie.

Je crois que devenir vieux, au sens noble du terme, ne justifie pas d'être isolé, non sollicité, non écouté. En effet, ce n'est pas vieillir pour mourir qu'il faut entendre dans la vieillesse mais bien vivre pour vieillir. Je suis convaincue que pour vivre, il faut conserver des liens, être et exister, rester acteur et décisionnaire le plus longtemps possible même si les choix ou les attitudes ne correspondent pas aux codes et envies de l'institution. C'est cette dernière, dans son ensemble, qui doit être capable d'adapter ses réponses au plus près de la réalité des besoins et des attentes exprimées par les résidents. C'est en cela que maintenir des liens et/ou en créer de nouveaux sont les principaux objectifs du projet d'accompagnement social à venir. Or, la mise en œuvre d'un projet n'est pas une fin. Elle constitue le point de départ d'un cheminement collectif complexe. Ainsi, l'enchaînement des actions pourra faire sens et répondra naturellement à la mission d'utilité sociale d'un EHPA, les résidents en étant les principaux bénéficiaires.

Nous avons pu voir, tout au long de ce mémoire que cela ne pouvait être l'affaire d'une seule et unique personne mais que l'ensemble des acteurs mobilisés autour des résidents devait intégrer cette notion pour créer un environnement favorable à l'émergence du lien social, et plus largement, à celle d'une vie sociale conforme à leurs attentes, que ce soit

intramuros ou tourné vers l'extérieur. Rester singulier passera donc par le regard de l'autre et par l'image que ce dernier lui renverra. Il va s'opérer un bouleversement qui va imposer un mouvement dynamique à une organisation jusqu'alors figée dans ses pratiques. Cependant, je ne saurai me satisfaire de ce seul mouvement. Il m'appartient d'inscrire l'action de l'établissement dans une veille permanente grâce à des espaces consacrés à la réflexion, à l'expression et à l'évaluation continue.

« Le vrai mal de la vieillesse n'est pas l'affaiblissement du corps, c'est l'indifférence de l'âme ».

André MAUROIS

Bibliographie

Ouvrages

JANVIER R., 2015, *Éthique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF, 128 p.

BATIFOULIER F., TOUYA N., 2011, *Promouvoir les pratiques professionnelles en action sociale et médico-sociale, Etablissements, dispositifs, réseaux*, Dunod, 384 p.

BAUDURETJ.F., DUBREUIL B., DUMONT R., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*, Dunod, 1083 p.

BILLE M., MARTZ D., 2000, *La tyrannie du bien vieillir*, Paris, Éditions Le bord de l'eau, 180 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, édition 2014, Essai (poche), Points, 500 p.

FOUDRIAT M., 2011, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'E.H.E.S.P., Collection Politiques et interventions sociales, 352 p.

HERVY B., préface de FALCO H., 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, ENSP, 168 p.

MIRAMON J.M., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, ENSP, 216 p.

PANDELÉ S., 2009, *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité, Autres regards sur le handicap, le grand âge et la fin de vie*, Seli Arslan, 154 p.

THEVENET M., 2004, *Le plaisir de travailler*, Éditions d'Organisation, 196 p.

TOUTUT J.P., préface MIRAMON J.M., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Seli Arslan, 152 p..

VERCAUTEREN R. et HERVY B., 2002, *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*, ERES, 236 p.

WOLTON D., 1997, *Penser la communication*, Flammarion, 400 p.

Revues/périodiques

ALBEROLA E., GALDEMAR V., PETIT M., décembre 2013, « Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? », *CREDOC, cahier de recherche*, n°310, p.9.

DELOMIER Y., septembre 1973, « Le vieillard dépendant. Approche de la dépendance », *Gérontologie*, n°12, p.9.

EUILLET A., avril-juin 2008, « L'utilité sociale, une notion dérivée de celle d'intérêt général », *Revue de droit sanitaire et social*, n°38, pp. 207-228.

MARTIN-PLACE V., 2002, « La participation associative dans la politique publique d'environnement française », *Pyramides*, n°6, pp. 223-238.

MIRAMON J.M., juillet-octobre 2002, « Promouvoir le changement », *Les cahiers de l'actif*, n°315-317, p.213.

NOGUÈS H., 2003, « Économie sociale et solidaire : quelques réflexions à propos de l'utilité sociale », *Revue des études coopératives, mutualistes et associatives*, n°290, pp. 27-40.

RODET D., 2008, « Les définitions de la notion d'utilité sociale », *Revue Économie et Solidarité*, volume 39, numéro 1, 10 p.

SECURITE SOCIALE, juillet 2013, « Références et recommandations pour les logements-foyers », *revue professionnelle*, Assurance retraite, p.2.

VALETAS M-F., 2001, « Perception de politiques sociales publiques envers les personnes âgées dans l'Union européenne », *Retraite et société* 2001/3, n° 34, pp. 113-129.

ZEHDER G., 2008, « L'animation avec les personnes âgées dépendantes », *Vie sociale et traitement*, n°99, pp. 29-34.

Circulaire, lois

Circulaire N°DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS. Validée par le CNP le 21 février 2014, 30 p.

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997. Contrôle de l'application de la loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JORF n° 21 du 25/01/1997, 1280 p.

Loi n° 2010-241 du 10 mars 2010 relative au service civique. JORF n° 0110 du 13 mai 2010, 8954 p.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, 124 p.

Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. JORF n°77 du 1 avril 2003, 5695 p.

Communiqué de presse

TOURAINÉ Marisol, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et ROSSIGNOL Laurence, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, 19 mars 2015, « *Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement* », Communiqué de presse.

Rapports, cahiers de recherche, guides

BAZILLON B., SCOLAN I., LE BOLLOCH M., et al. « Observatoire des EHPAD », KPMG, éd. 2014, 84 p.

Direction Générale de la Cohésion Sociale, 25 novembre 2013, *Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes*, Préconisations du groupe de travail relatif aux EHPA dont les logements foyers et autres formes d'habitat avec services, p4.

GADREY J., 2004, « L'utilité sociale des organisations de l'économie sociale et solidaire », *Rapport de synthèse*, 136 p.

GIMBERT V., MALOCHET G., juin 2011, « Les défis de l'accompagnement du grand âge », *Centre d'Analyse Stratégique*, Note de synthèse n°229.

JUILHARD J.M., BLANC P., 2003, « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence », *Rapport de commission d'enquête*, n° 339, tome 1, 244 p.

LAUTIE S., LOONES A., ROSE N., 2011, « *Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement, Regards croisés des acteurs du secteur* », Cahier de recherche CREDOC n°286, 77 p.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, synthèse du rapport MONALISA, 2013, « *Préconisations pour une Mobilisation Nationale contre l'isolement Social des Aînés* », 5 p.

Module interprofessionnel de santé publique, 2011, *Bien vieillir, prévention de la dépendance*, EHESP, groupe n°1, 63 p.

Réseau des Territoires pour l'Économie Solidaire et Association des Régions de France en partenariat avec la Caisse des Dépôts, 2012, *Inscrire l'utilité sociale au cœur des politiques locales*, Guide pratique, Avise, p.6.

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne, 2014-2019, p.31.

Sites Internet

Auxiliaire de Vie Sociale. [visité le 06.08.2015], disponible sur Internet : http://www.ash.tm.fr/mybdd/144/144_002/auxiliaire-de-vie-sociale.html

CAVEY M. La bientraitance : Qu'y a-t-il dans la coquille ? [visité le 20.07.2015], disponible sur Internet : <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article95>

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, version révisée 2007, Fondation Nationale de Gérontologie. [visité le 19.07.2015], disponible sur Internet : http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_integral.htm

EUROPA. Politique du vieillissement. [visité le 08.08.2015], disponible sur Internet : http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/intro_fr.htm

EUROPA. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations [visité le 22.07.2015], disponible sur Internet : <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=fr>

Guide d'accompagnement, novembre 2010, Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. [visité le 18.07.2015], disponible sur Internet : http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf

INSEE. Personnes âgées dépendantes. [visité le 05.08.2015], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096

OMS, décembre 2014, Maltraitance des personnes âgées, Aide-mémoire, n°357, [visité le 18.07.2015], disponible sur le site Internet :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

A.N.E.S.M., *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008, 47 p.

A.N.E.S.M., *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008, 47 p.

A.N.E.S.M., *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, 2009, 47 p.

A.N.E.S.M., *Qualité de vie en EHPAD : Volet 1, De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 2010, 70 p.

Qualité de vie en EHPAD : Volet 2, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, 2010, 59 p.

Qualité de vie en EHPAD : Volet 3, La vie sociale des résidents en EHPAD, 2010, 64 p.

Liste des annexes

ANNEXE 1 :	Explication SAP	II
ANNEXE 2 :	Autorisation DIRECCTE	III
ANNEXE 3 :	Compte rendu demandes/attentes des résidents	V
ANNEXE 4 :	Objectifs européens	VI
ANNEXE 5 :	Préconisations rapport national « Bien vieillir »	VIII
ANNEXE 6 :	Extrait bientraitance ANESM	X
ANNEXE 7 :	Transcription entretien AMP	XII
ANNEXE 8 :	Diagramme de GANTT	XIV
ANNEXE 9 :	Fiche action n°1	XVII
	Fiche action n°2	XVIII
ANNEXE 10 :	Fiche action n°3	XIX
ANNEXE 11 :	Fiche action n°4	XX
	Fiche action n°5	XXI
ANNEXE 12 :	Fiche action n°6	XXII
ANNEXE 13 :	Fiche action n°7	XXIII

Services à la personne (SAP) **Extraits service-public.fr**

<http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F23633.xhtml>

Activités concernées

Les services à la personne sont constitués de prestations s'adressant aux particuliers à leur domicile, effectuées par un organisme de services à la personne ou un entrepreneur individuel (y compris un auto-entrepreneur s'il en remplit les conditions). L'obligation d'obtenir l'agrément préfectoral dépend du type d'activité et de la situation du client : s'il s'agit de publics fragiles (enfant de moins de 3 ans, personne âgée de plus de 60 ans, personne handicapée), l'agrément préalable est obligatoire. Sinon une déclaration suffit et est nécessaire pour ouvrir droit aux avantages fiscaux. Si les services à la personne proposés dans la prestation sont exercés en partie hors du domicile (activités de transport, de livraison et d'accompagnement hors du domicile), ils doivent être compris dans une « offre globale » comprenant des services effectués au domicile du client.

Type d'activités nécessitant un agrément ou une déclaration	
Agrément	Déclaration
Garde à domicile ou accompagnement d'enfants de moins de 3 ans	Accompagnement d'enfants de plus de 3 ans hors du domicile (hors transport scolaire)
Aide à domicile aux personnes âgées, sauf actes médicaux (réservés au statut d'infirmier ou d'auxiliaire médical)	Travaux ménagers (notamment livraison à domicile de linge repassé), petit jardinage, bricolage, gardiennage ou entretien de résidence secondaire
Garde-malade à l'exclusion des soins	Soins esthétiques à domicile pour les personnes dépendantes
Assistance aux personnes handicapées, y compris activité d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété	Préparation de repas à domicile (y compris les commissions) ou livraison de repas préparés ou de courses à domicile
Aide à la mobilité ou accompagnement d'enfants de moins de 3 ans, de personnes âgées ou handicapées hors du domicile (promenades, transport, actes de la vie courante)	Soutien scolaire, cours à domicile, assistance administrative, informatique et internet à domicile
Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes (sous condition d'offre globale de services)	Soins et promenade d'animaux de compagnie pour les personnes dépendantes (hors toilettage et soins vétérinaires)

Conditions de délivrance de l'agrément

- exercer l'activité au domicile des demandeurs,
- disposer des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à l'activité pour laquelle l'agrément est sollicité,
- disposer, s'il existe plusieurs établissements, d'une charte de qualité à laquelle les établissements adhèrent,
- respecter un cahier des charges sur les conditions de fonctionnement, d'organisation, de continuité des services, de délivrance et d'évaluation des prestations,
- ne pas faire l'objet d'une condamnation interdisant d'exercer une activité commerciale,
- ne pas être inscrit au fichier judiciaire national des auteurs d'infractions sexuelles.

Annexe 2

Autorisation SAP EHPA La Villa Occitane



PREFET DE LA GIRONDE

Direction régionale
des entreprises,
de la concurrence, de la
consommation, du travail
et de l'emploi d'Aquitaine
Dircecte Aquitaine
Unité territoriale de Gironde
Pôle Développement Local
Téléphone : 05 56 00 07.55
Télécopie : 05 56 00 08 25
Renseignements droit du
travail :
05.56.00.07.20

Récépissé de déclaration
d'un organisme de services à la personne enregistrée
sous le N° SAP 503365801 et formulée conformément à
l'article L. 7232-1-1 du code du travail

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de Gironde du 24 septembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi,

Vu l'arrêté du 1^{er} décembre 2011 portant subdélégation de signature du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi à Monsieur le directeur de l'unité territoriale Dircecte de Gironde,

Le Préfet de Gironde et par délégation, le directeur du travail, responsable de l'unité territoriale de Gironde,

CONSTATE,

qu'en application des dispositions du code du travail susvisées, une déclaration d'activité de services à la personne a été déposée auprès de l'unité territoriale de Gironde de la DIRECCTE d'Aquitaine le 8 février 2012 par Monsieur Hervé BONNAN, Président de l'association LOGEA dont le siège social est situé 12 rue Chantecrit 33000 BORDEAUX

Après examen du dossier, cette demande a été constatée conforme et le présent récépissé de déclaration d'activité de services à la personne a été enregistré au nom de LOGEA, sous le n°SAP.503365801

Toute modification concernant la structure déclarée ou les activités exercées devra, sous peine de retrait de la déclaration, faire l'objet d'une déclaration modificative auprès de l'unité territoriale de Gironde qui modifiera le récépissé initial.

La structure exerce son activité selon le mode suivant : prestataire

Les activités déclarées sont les suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- Entretien de la maison et travaux ménagers ;
- Prestations de petit bricolage dites « hommes toutes mains » ;
- Livraison de repas à domicile, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile ;
- Collecte et livraison à domicile de linge repassé, à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile ;
- Assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;
- Garde-malade, à l'exclusion des soins ;
- Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de services d'assistance à domicile ;
- Assistance informatique et internet à domicile ;
- coordination

La déclaration porte **uniquement** sur les établissements suivants :

LOGEA
26 boulevard de Bury
16000 AGOULEME
SIRET 503 365 801 00060

LOGEA
55 rue du Président Wilson
24000 PERIGUEUX
SIRET 503 365 801 00029

Ces activités exercées par le déclarant, sous réserve d'être exercées à titre exclusif (ou sous réserve d'une comptabilité séparée pour les personnes morales dispensées de cette condition), ouvrent droit au bénéfice des dispositions des articles L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Le récépissé peut être retiré à la structure dans les conditions fixées aux articles R. 7232-22 à R. 7232-24 du code du travail.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Gironde.

Fait à Bordeaux, le 12 juin 2012

P/Le Préfet de la région Aquitaine
et par délégation,
le Directeur Délégué



Jean Philippe AURIGNAC.

Annexe 3

Synthèse des demandes/attentes des résidents/familles en termes d'animations

Domaine							
Culturel	Sportif	Manuel	Bien être	Art de vivre	Cognitif	Expression	Divers
Cercle littéraire	Gymnastique douce	Peinture	Coiffure	Recettes/ cuisine	Jeux mémoire	Journal interne	Découverte multimédia
Cinéma/ Théâtre	Parcours santé	Composition florale	Massages	Jardinage	Question pour un champion	Cercle des poètes	Célébration d'anniversaire (individuellement)
Conférences	Jeux d'adresse	Art et décoration	Manucure	Barbecue	Réminiscence	Exposition de photos	Temps d'échange en aparté
Office religieux	Expression corporelle	Cercle « de fil en aiguille »	Relaxation		Jeux société	Karaoké	Rencontres inter-générations
Spectacle intramuros	Danse	Mosaïque	Séance beauté			Chorale	

Objectifs de l'année européenne sur le « vieillissement actif »

2012

Extrait : <http://www.social-sante.gouv.fr/vieillissement-actif,2230/presentation,2235/presentation-du-dispositif,14656.html>

Contexte

Le 6 septembre 2010, la Commission européenne a proposé de désigner l'année 2012 « année européenne du vieillissement actif ». Cette initiative vise à améliorer les possibilités d'emploi et les conditions de travail des personnes âgées, de plus en plus nombreuses en Europe, afin de les aider à jouer un rôle actif dans la société et à encourager le vieillissement en bonne santé. Elle apparaît à l'heure où les responsables politiques européens doivent composer avec le vieillissement constant de la population et son incidence sur les services et finances publics. L'Union européenne connaît un vieillissement démographique considérable.

À compter de 2012, la population européenne en âge de travailler commence à se réduire, tandis que la population de plus de 60 ans poursuivra sa progression à raison d'environ deux millions de personnes supplémentaires par an. Le passage le plus difficile devrait être la période 2015-35, lorsque la génération du baby-boom atteindra l'âge de la retraite.

Cette évolution met en péril la durabilité des finances publiques, en particulier le financement des soins de santé et des retraites, ce qui est susceptible d'affaiblir la solidarité intergénérationnelle.

Pour autant, cette vision ne tient pas compte de la contribution réelle et potentielle des personnes âgées envers la société, en particulier celles du baby-boom.

Les objectifs de l'année européenne 2012

L'objectif d'une année européenne sur ce thème est de mettre en évidence l'apport des personnes âgées à la société et en faisant connaître des actions innovantes capables de mobiliser tout le potentiel de la génération vieillissante du baby-boom.

L'année européenne pour le vieillissement actif doit servir de cadre pour la sensibilisation, l'identification et la diffusion des meilleures pratiques et, avant tout, doit encourager les décideurs politiques et les parties prenantes à tous les échelons à promouvoir le vieillissement actif.

La vieillissement actif réside notamment dans l'aménagement de possibilités accrues pour les personnes âgées afin de leur permettre de continuer de travailler, de rester plus longtemps en bonne santé et de conserver un rôle actif dans la société par d'autres moyens, par exemple via l'instauration d'un large éventail de mesures à tous les échelons de la gouvernance visant à couvrir les besoins en termes de bénévolat.

Les objectifs de l'année européenne visent à :

- Sensibiliser l'opinion publique au rôle utile des personnes âgées dans la société et l'économie, à travers la promotion du vieillissement actif ;

- Stimuler le débat et l'apprentissage mutuel entre les pays de l'UE, afin d'encourager les bonnes pratiques et favoriser la coopération ;
- Proposer un cadre d'engagement et d'action afin de permettre aux Etats membres et aux parties prenantes de concevoir des activités spécifiques et de se fixer de nouveaux objectifs politiques.

Les financements

Les financements dégagés pour cette année européenne sont gérés au niveau européen :

- un budget global de 5 millions d'euros dont 2,7 pour la communication au niveau UE ;
- un financement européen uniquement par la voie des appels à propositions UE ;
- une utilisation et réorientation des Fonds européens existants. Les Etats membres ne disposent donc pas d'enveloppe budgétaire pour gérer les événements de l'année européenne autres que les financements de droit commun existants dans le cadre du soutien aux initiatives associatives des différents ministères.

Les actions identifiées sur les quatre thématiques de l'année européenne 2012 :

- **La conférence de lancement de l'année européenne en France.**
- **Le vieillissement actif sur le marché du travail :**
 - poursuivre l'accompagnement et la sensibilisation des entreprises à la gestion des âges ;
 - accompagner la renégociation des accords de branche en 2012 notamment sur le volet conditions de travail ;
 - appuyer les « Trophées Trajectoire » organisés au niveau de certains départements pour identifier les bonnes pratiques sur la pénibilité et les seniors ;
 - valoriser le projet TEMPO de l'ANACT (pénibilité au travail) ;
 - communiquer sur le site travailler-mieux.gouv.fr et notamment sur la rubrique « prévention de la pénibilité ».
- **Le vieillissement en bonne santé :**
 - promotion de la prévention de la perte d'autonomie ;
 - lancement de l'étude « HAPPIER » en partenariat avec le Groupement Associatif Siel Bleu, sur le développement de l'activité physique dans les maisons de retraite, étude qui a obtenu un financement européen. Cette étude, portée par les Ministères en charge de l'année européenne, vise à évaluer pendant 2 ans l'efficacité de programmes d'activité physique adaptée sur la qualité de vie des résidents de maison de retraite et sur leur environnement humain et organisationnel.
- **La solidarité entre les générations :**

Programmes « Life Story Challenge » et « Generations@school » proposés par la Commission européenne. Les personnes âgées et les jeunes participant au concours « Life Story Challenge » sont invités à créer une histoire racontant la vie de quelqu'un en montrant non seulement ce que cette personne a fait mais aussi, et surtout, ce qu'elle continue de faire. Le projet « Generations@school » vise à réunir des personnes âgées et des élèves dans les établissements scolaires pour parler de ce qu'ils pourraient faire ensemble pour contribuer à une meilleure entente entre les générations.

Préconisations rapport national « Bien vieillir » 2007-2009

Extrait : <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2007-3-page-152.htm>

Les mesures sont regroupées dans neuf axes de développement.

➤ ***Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque liés au vieillissement.***

La cessation d'activité constitue une transition importante de la vie. Le maintien en bonne santé requiert des bilans réguliers. Les seniors doivent en être informés, être aidés et encouragés à s'y soumettre. Dans cette perspective, on visera à organiser la consultation médicale lors du départ en retraite. Elle a deux objectifs : dépister les facteurs de risques notamment cardiovasculaires, donner l'occasion d'une information sur les comportements favorables à un vieillissement réussi et, si la personne le souhaite, aménager un temps de parole pour faire le point sur les événements de sa vie. De même, il faut développer les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer.

➤ ***Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans.***

Le programme national Nutrition Santé (PNNS) a élaboré un guide apportant des réponses spécifiques aux personnes de plus de 55 ans intitulé « La santé en mangeant et en bougeant ». Il est diffusé très largement et apporte tous les renseignements utiles pour s'alimenter de manière équilibrée (INPES).

➤ ***Promouvoir une activité physique et sportive.***

La publication d'annuaires des associations, destinés plus particulièrement aux seniors, doit faciliter leur implication pour lutter contre la sédentarité. Une formation des professionnels et un soutien aux fédérations pour prendre en compte ces spécificités sont prévus. Enfin, il est important d'évaluer les aptitudes physiques des seniors. Cela doit permettre d'élaborer des recommandations pour définir le contenu médical de l'examen préalable à la rédaction d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport. Le but est d'apporter au médecin généraliste une aide pratique à sa rédaction.

➤ ***Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de la vie.***

Une attention particulière doit être portée aux accidents de la vie et au maintien de l'équilibre afin de prévenir les chutes. Plusieurs situations pathologiques doivent être dépistées : l'ostéoporose, la presbycousie, les déficits visuels, ainsi que le cancer, d'autant que l'Institut national du cancer (INCA) développe une action importante consacrée à l'oncogériatrie.

La création d'une consultation gratuite de prévention à 60 ans est également mise en place, comprenant un bilan et des conseils sur le lien entre l'état bucco-dentaire et la santé. Cette action répond à un besoin manifeste.

➤ ***Promouvoir le bon usage des médicaments.***

Le vieillissement et le désir de « bien vieillir » sont à l'origine d'une recherche scientifique de qualité. Mais on note aussi une prolifération anarchique de médecines dites « anti-vieillesse ». Elles incluent des thérapies de substitution hormonale, des suppléments en vitamines et en minéraux, des régimes... L'objectif est de définir l'intérêt réel de ces méthodes, vendues sous l'étiquette « anti-âge ». Après leur évaluation, il sera possible de diffuser des recommandations au grand public et aux professionnels, via la presse spécialisée.

La polymédication est habituelle chez les sujets âgés et comporte un risque d'accident médicamenteux. Il convient d'aider les médecins à gérer au mieux ce risque, mais aussi à favoriser l'observation des traitements et à éviter toute prescription inutile. La Haute autorité de santé (HAS) vient de diffuser un programme de « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ». Il est prévu d'inciter les professionnels de santé à utiliser largement cet outil qui prendra toute son importance grâce au dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles.

➤ **Promouvoir la solidarité entre les générations.**

L'objectif est d'inciter les seniors à participer activement à la vie sociale. La solidarité entre les générations doit devenir un élément structurant du lien social. Dans ce cadre, il s'agit de faciliter le bénévolat, le tutorat, la création d'associations d'entreprises, la pratique d'une activité artistique, la transmission des savoir-faire et des patrimoines de mémoire... Enfin, la intergénérationnelles qui permettent de se rencontrer, de promotion – essentielle – de toutes les actions vivre ensemble, de se comprendre, doit être enracinée dans le contexte local et l'animation des territoires.

➤ **Développer le « bien vieillir » au niveau local.**

L'appel à projets conjoint associant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Direction générale de la santé (DGS), identifie et soutient des programmes d'actions coordonnées, développés sur des territoires ciblés (département, commune, communauté de communes, agglomération) visant à promouvoir chez les seniors la prévention des maladies pouvant entraîner une perte d'autonomie ou son aggravation, mais aussi l'amélioration de la qualité de la vie. L'objectif est de faciliter l'appropriation et la déclinaison du plan national « Bien vieillir » par les acteurs territoriaux. Les deux appels à projets lancés en 2005 et en 2006 ont été exploités et sont riches d'enseignements. Un nouvel appel à projets est prévu en 2007.

➤ **Développer la recherche et l'innovation.**

Il convient d'identifier les innovations les plus pertinentes dans le domaine de la prévention en recensant les actions conduites dans le cadre des appels à projets 2005-2006. La mise en place d'une évaluation permettra, au-delà de ce recensement, de hiérarchiser les actions ayant un effet sur la santé, de repérer les actions innovantes et reproductibles devant être valorisées, de proposer des pistes d'amélioration, au regard des priorités de santé, dans le cadre de l'intégration territoriale des politiques.

➤ **Inscrire la démarche française dans la dimension européenne.**

The "Healthy Ageing" EU Project pour 2004-2007 repose sur le principe suivant : « le vieillissement sain est un processus qui vise à optimiser l'égalité des chances pour que la santé permette à des personnes plus âgées de prendre une partie active dans la société et d'apprécier une qualité de vie indépendante et bonne ». Des experts français participeront à l'élaboration de ces recommandations européennes en inscrivant le principe du « bien vieillir » dans le programme européen.

Histoire de la bientraitance selon l'ANESM

Extrait : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

Le concept de bientraitance naît dans un champ professionnel marqué par plusieurs concepts importants. Ces concepts sont tout à la fois préparatoires et complémentaires de la notion de bientraitance et à ce titre, il est intéressant de les passer brièvement en revue pour définir ce que le concept de bientraitance peut en retenir.

La notion de **bienfaisance**, citée dans le rapport Belmont de 1979, figure dans une réflexion concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche. Elle est l'un des trois principes éthiques considérés comme fondamentaux pour borner l'exercice de la recherche médicale (au même titre que le respect de la personne et la justice). La bienfaisance, définie dans ce rapport comme une « *obligation* » pour les professionnels de la recherche, est définie par deux règles générales: « *ne faites pas de tort ; et maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles* ». De cette notion, il faut retenir l'idée d'une absence de tort faite à l'autre, d'une part, et surtout d'un équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à l'utilisateur.

La notion de **bienveillance**, plus récente dans sa déclinaison professionnelle, se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. En outre, parce qu'elle comporte la dimension de veille, cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif. De ce concept, il convient de retenir l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service.

Une notion tirée de la psychanalyse peut également figurer parmi celles qui construisent le concept de bientraitance. Il s'agit de la notion de **mère « suffisamment bonne »** développée par le pédopsychiatre Donald Winnicott. Cette notion recouvre en effet une capacité d'adaptation de la mère et un *prendre soin* qui n'est pas défini de manière générale mais relève d'un ajustement à un enfant particulier, à un moment donné du temps. Cette notion ne signifie pas que la posture professionnelle de bientraitance s'apparente à une posture maternelle. Mais parce qu'elle différencie la compétence maternelle d'une quelconque forme de perfection, ou encore d'une compétence abstraite et générale, elle est tout à fait appropriée pour contribuer à la définition de la posture bientraitante, posture d'ajustement à un usager singulier à un moment donné.

De la psychologie, la bientraitance peut également retenir l'héritage de Carl Rogers et ses enseignements en matière de **communication**. Quatre dimensions de la communication peuvent en particulier participer à une démarche bientraitante. Elles incarnent les modalités par lesquelles un individu peut éviter de mettre l'autre en accusation à travers sa communication.

La première dimension consiste à observer les faits en évitant les jugements de valeur. La seconde, à reconnaître ses propres sentiments, ce qui permet à l'interlocuteur de trouver plus facilement un espace pour exprimer également les siens. La troisième, d'avoir conscience et d'exprimer ses besoins propres, ce qui facilite également la compréhension des besoins de l'autre. La quatrième enfin, de savoir formuler sa demande et indiquer à l'autre quelles actions concrètes peuvent contribuer à mon bien-être. À travers l'ensemble de ces dimensions, c'est la faculté d'empathie et la posture de négociation qui doivent être retenues de la part du professionnel.

La notion de **sollicitude**, développée principalement par le philosophe Paul Ricoeur, consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre. Incarnée dans un geste individuel, la sollicitude répond à une fragilité momentanée ou durable par une réponse singulière, soucieuse de l'unicité de l'autre et de sa vulnérabilité. Là où il ne peut toujours parvenir à réparer la différence de situations et l'écart de possibilités, le geste de sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre.

La notion de **care**, quant à elle, a été développée au sein d'écrits anglo-saxons d'abord, puis francophones, afin de différencier l'attitude du « prendre soin » de celle d'un « guérir » plus technique. Cette notion se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes. L'enseignement du care décrit des attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière: « la pratique du care implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre ». L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et personnalisée.

La réflexion sur la **reconnaissance** est également éclairante ici. Cette approche met l'accent sur l'importance pour toute personne d'être regardée favorablement par ceux qui l'entourent pour développer une image positive d'elle-même et en conséquence, pour déployer ses capacités au mieux. Les trois vecteurs privilégiés de la reconnaissance sont, selon Axel Honneth, l'attention affective, l'accès égal aux droits et l'estime sociale. L'enjeu de la reconnaissance est ainsi posé : « la possibilité par le sujet de réaliser son autonomie individuelle dépend des conditions préalables dont il dispose pour développer un rapport à soi intact à travers l'expérience de la reconnaissance sociale. »

Enfin le concept de **bien-traitance** voit le jour dans les années quatre-vingt-dix au sein du comité de pilotage ministériel de « L'opération pouponnières », opération qui visait à l'humanisation de l'accueil de très jeunes enfants. Ce terme renvoie au cheminement de professionnels qui souhaitaient « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance. » Il désignait une démarche « impliquant avant tout, malgré les séparations et les ruptures, de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire, non plus à court terme, mais envisagée dans un projet d'avenir, et de l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités. » Le trait d'union du terme de « bien-traitance » signifiait, pour ses créateurs, le lien entre tous ceux qui prenaient part à la démarche. L'enjeu de ce concept était ainsi résumé: « (...) la "bien-traitance" des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité. »

Transcription de l'échange avec Francine

Lieu : salle d'animation, durée : 10 minutes environ.

Question 1 : Pour vous, qui est en charge de l'animation dans la résidence ?

Réponse 1 : Ben moi ! Je suis AMP mais je suis pas reconnue, je suis auxiliaire de vie sur ma fiche de paie. Ce n'est pas grave parce que je préfère m'occuper des activités plutôt que des toilettes. J'aime bien aussi, mais moins. C'est moi qui avais demandé à la directrice d'avant de prendre le poste d'animatrice quand Danielle était en maladie. J'aime bien le contact avec les résidents. J'aime bien les écouter et les voir heureux et il n'y a que moi, et un peu Danielle, qui m'occupe de l'animation. Quand je suis absente, personne ne me remplace pour faire les animations. J'aime beaucoup ça. Donc oui, je peux dire que c'est moi !!!

Question 2 : Est-ce que les autres membres de l'équipe vous aident ?

Réponse 2 : Euh...non, enfin pas trop. Si je demande à certaines, elles viennent mais les autres disent qu'elles n'ont pas le temps. Moi j'veux pas les forcer donc j'me débrouille. Pourtant c'est sympa quand elles sont là, les résidents aiment bien, ça met de l'ambiance. Mais c'est vrai qu'elles ont leur travail aussi donc elles peuvent pas trop venir m'aider. Là où j'aimerais qu'elles viennent avec moi, c'est quand il y a les grosses animations comme les anniversaires. Ce n'est qu'une fois par mois mais elles font le ménage. Pour aller chercher tout le monde et les ramener à la fin, c'est compliqué, surtout quand je dois en plus servir le goûter et mettre l'ambiance. J'aimerais faire plus, mais vu que je n'ai pas un poste d'animatrice, je ne peux pas. Et quand je suis pas là, y'a rien. C'est dommage pour les résidents...

Question 3 : Si vos collègues avaient le temps, vous pensez qu'elles viendraient plus facilement ?

Réponse 3 : Peut-être pas toutes ! Y'en a qui n'aiment pas ça. Mais y'en a qui seraient contentes...enfin je crois. Il faut leur demander à elles. Mais moi j'aimerais bien parce que c'est difficile de s'occuper de tout le monde toute seule. Y'a des résidents que je ne vois jamais car ils ne veulent pas venir avec les autres alors quand j'ai du temps, je vais discuter avec eux... C'est pour voir comment ils vont, s'ils ont besoin de quelque chose. Mais je ne reste pas assez longtemps pour eux. C'est souvent le même groupe qui vient aux animations même si j'essaie de changer les activités pour que les autres viennent aussi. Si on était plus nombreuses à s'occuper de l'animation, on pourrait faire plaisir à plus de résidents.

Question 4 : D'après vous, que peut-on améliorer dans la prise en charge des résidents ?

Réponse 4 : (très longue hésitation) Ben... c'est-à-dire que c'est pas facile... les résidents sont bien soignés... (silence)... Je pense qu'ils sont quand même bien ici. Ils sont quand même plutôt contents... Et les familles aussi. Elles le disent souvent... (nouvelle hésitation)... Peut-être aller voir ceux qui ne participent pas avec moi, essayer autrement ou avec quelqu'un d'autre pour qu'ils soient moins seuls. Mais personne ne peut le faire pour l'instant, on n'a pas le temps...mais ce serait bien même pour les filles. Elles verraient autrement les résidents parce que des fois, quand on parle de quelqu'un, j'ai l'impression que ce n'est pas de la même personne. On ne voit pas les mêmes choses mais c'est parce que moi je connais leurs histoires et donc je comprends dès fois mieux leurs réactions.

Question 5 : C'est-à-dire ?

Réponse 5 : (petit temps de réflexion) Ben par exemple, quand Denise est venue me parler de Mme V. en me disant qu'elle se plaint tout le temps, qu'elle n'est jamais contente, qu'elle la sonne en permanence, moi ça m'a surpris. Avec moi, elle a toujours le sourire et elle participe avec les autres. Elle ne se plaint pas et elle ne demande rien de plus que les autres donc ça fait bizarre. C'est comme s'il existait deux personnalités de Mme V.

Question 6 : Pour vous, qu'est-ce qui est important dans l'animation ?

Réponse 6 : Pour moi c'est que les résidents passent un bon moment, qu'ils rigolent et qu'ils soient contents de leur journée. Ce qui me fait plaisir aussi, c'est quand ils se rejoignent entre eux pour jouer au scrabble ou à la belote. C'est bien parce que ça veut dire qu'ils ont lié amitié. C'est un peu le but aussi. Comme je ne peux pas être tout le temps avec eux, c'est bien qu'ils se retrouvent.

Mais bon, ils ne sont pas beaucoup à le faire car ils n'osent peut-être pas... Et j'aime bien quand ils racontent à leurs familles comme quand on a fait une fête où j'étais déguisée en Joséphine Backer. Là, ils en ont parlé pendant au moins une semaine ! (rires). Ce qui est important, c'est qu'ils soient heureux.

Question 7 : Pensez-vous que les résidents soient demandeurs d'échanges supplémentaires avec le reste de l'équipe ?

Réponse 7 : Oui ! C'est sûr ! Ils le disent souvent. Enfin ils disent souvent qu'ils ne les voient que pour la toilette ou le petit déjeuner ou pour se coucher. Certains se plaignent en disant qu'elles ne discutent pas assez, qu'elles sont tout le temps pressées mais d'autres résidents comprennent qu'elles n'ont pas trop le temps aussi. Et puis y'en a qui n'ont pas envie de parler parce que c'est le caractère aussi. Mais quand y'en a qui le font, ben les résidents sont contents. Ils aiment bien parler de tout et de rien mais surtout parler des enfants et raconter leurs histoires. Ils sont gentils et demandent des nouvelles de nos familles, si on est malade et aussi quand on part en vacances.

Question 8 : D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer ces temps d'échanges entre les résidents et les soignants ?

Réponse 8 : (longue réflexion) Ben justement d'avoir plus de temps pour s'occuper des résidents, mais que de eux, pas du ménage, pas des repas ou pour aller les changer. Après, peut-être aussi que les filles sachent quoi leur dire parce que souvent au bout de 2 phrases, elles ne savent plus de quoi parler ! (rires). C'est que c'est pas si facile que ça, surtout avec ceux qui n'ont plus toute leur mémoire ou avec ceux qui sont un peu agressif... Mais ce qui pourrait être bien, c'est aussi de faire des ballades comme ça les résidents peuvent parler de ce qu'ils voient. En fait, il faut que les filles les connaissent mieux parce qu'il n'y a que moi qui m'occupe du recueil de données et surtout qui le lit ! Ça pourrait les aider si elles voulaient. Enfin, si elles pouvaient... Moi je veux bien leur expliquer comment s'y prendre, Danielle C. aussi peut car elle sait faire l'animation mais ce n'est pas facile car jene veux pas qu'elles croient que je les force ou que je fais du zèle !

Question 9 : Transmettez-vous les informations relatives à l'animation ou aux comportements à vos collègues, pendant les transmissions ?

Réponse 9 : Non. Pendant les transmissions, on ne parle que des soins et des problèmes médicaux. C'est plus la partie médicale pour les auxiliaires de vie qui font des toilettes et les aides-soignantes. En plus, avec mes horaires plutôt d'après-midi, je ne sais pas trop ce qui se passe le matin. Mais quand j'ai un truc à dire aux filles, ben je leur dis après, quand on se croise. Si vraiment je vois un problème, j'en parle tout de suite à l'infirmière ou à l'aide-soignante. Je ne transmets pas d'information sur le comportement ou sur la participation parce que je suis la seule à faire des animations donc je crois que ça ne parle pas trop à mes collègues... C'est un peu inutile donc c'est vrai que je ne le fais pas... Mais dès fois, certaines viennent me signaler quand un résident pourrait participer ou aimer ce que je propose. Alors là, je lui dis ensuite comment ça s'est passé, pour qu'elle sache... (Silence) Mais c'est vrai que peut-être il serait bien que je le fasse plus... Quand des familles s'inquiètent, ben elles viennent me voir pour savoir si les résidents viennent aux animations. Mes collègues ne savent pas vraiment répondre alors que si je le disais aux transmissions ou si c'était écrit, elles pourraient répondre quand je ne suis pas là...

Question 10 : Vous ne transmettez donc ni par écrit, ni par oral ce que vous pouvez constater des résidents ?

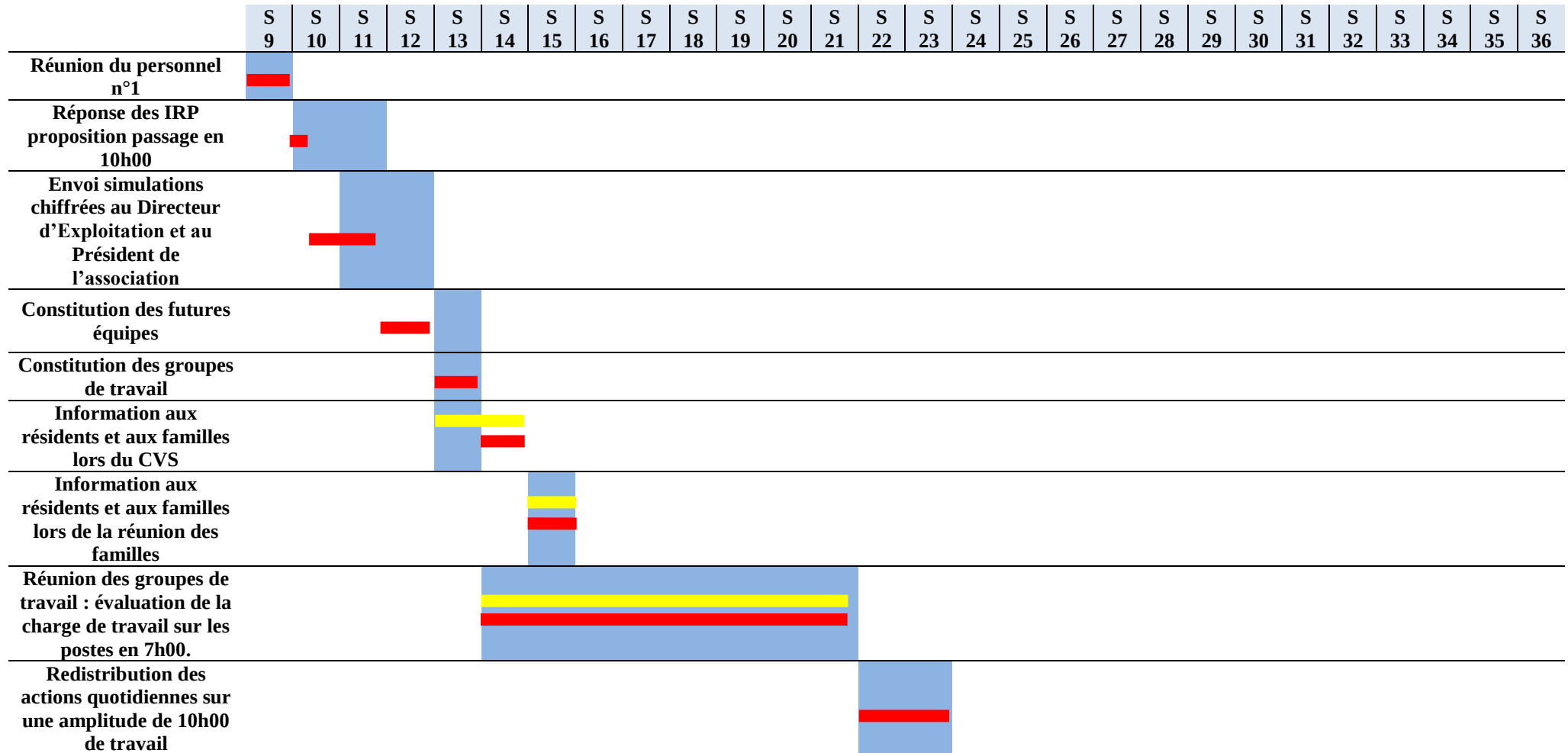
Réponse 10 : Ben par écrit si, ce qui concerne les résidents mais pas sur l'animation sauf le recueil de données à l'entrée des résidents mais personne ne le lit ! Mais par oral si, quand même mais c'est juste pas à tout le monde en même temps. C'est plus à celles qui sont intéressées que j'en parle. C'est vrai qu'il faudrait revoir ça mais je suis pas sûre que ça intéresse les filles et qu'elles prennent le temps de lire ce que je marque. Et puis comme je fais les activités seule, c'est vrai que je sais comment sont les résidents donc je marque rien là-dessus. Je sais par exemple qui aime faire telle activité, qui n'aime pas tel jeu. C'est pareil pour les amitiés. Je connais ceux qui s'apprécient et ceux qui critiquent d'autres résidents... Dès fois, c'est plus le handicap qui leur fait peur. Ils ont peur de comment ils vont évoluer. Alors là, je discute avec eux, j'explique qu'il faut accepter chacun d'entre eux parce qu'on ne sait pas de quoi demain sera fait.

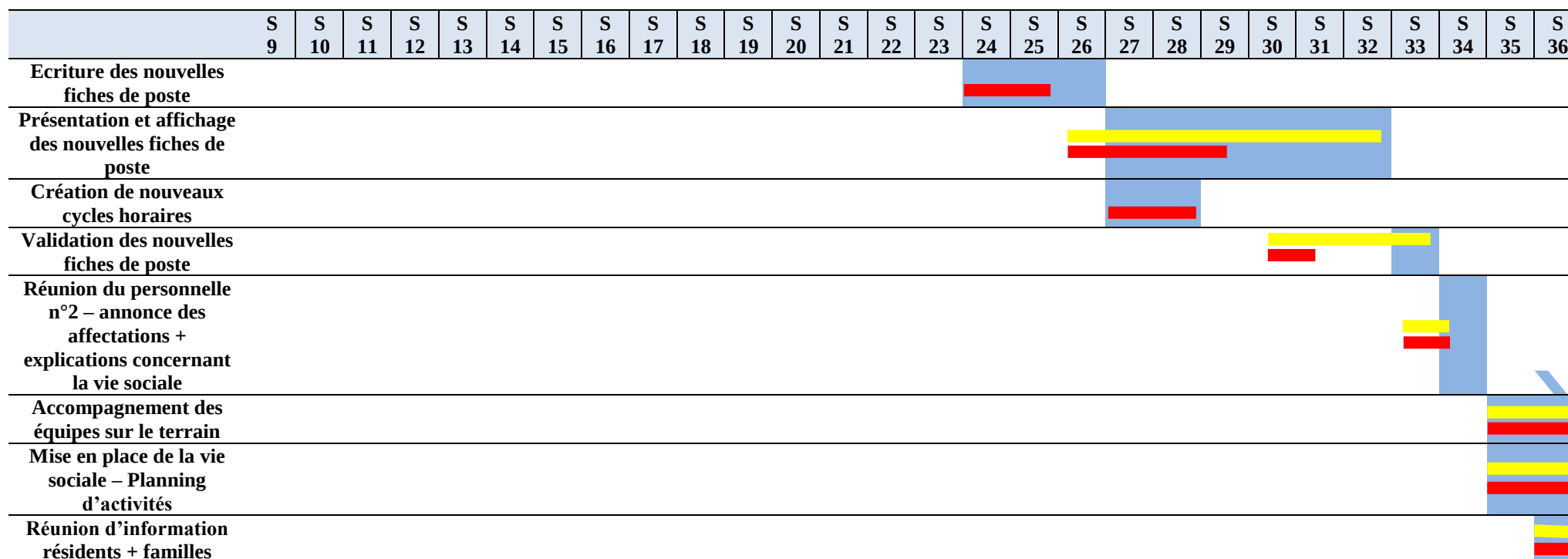
(Le récepteur se met à sonner)

Je la remercie pour sa participation et mets fin à l'entretien. D'autres échanges sont venus, en suivant, compléter celui-ci.

Annexe 8

Diagramme de GANTT : phase 1 du projet d'accompagnement social





Légende :

 Période prévisionnelle

 Réalisation effective

 Evaluation/observations

Fiche action n°1

Evaluation de la charge de travail sur les postes en 7 heures

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Identifier et quantifier, tâche par tâche, la charge de travail par poste.

Points clefs de l'action à mener :

Être le plus objectif possible afin de ne pas fausser l'évaluation.

Public concerné :

Aides-soignantes et auxiliaires de vie, soit 11 personnes. Les auxiliaires de vie en charge de l'animation et de la lingerie ont travaillé seules avec moi.

Lieu de l'action :

Salle de réunion.

Périodicité :

Regroupements hebdomadaires (1h30) pendant 8 semaines.

Moyens internes et coûts :

Regroupements sur les temps de travail, pas de remplacement mais une anticipation sur les plannings.

Calendrier/Echéance :

Planification sur 8 semaines, affichage du calendrier en salle du personnel.

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement.

Moyens d'évaluation :

Implication des équipes, cohérence de l'évaluation avec la réalité, respect du calendrier prévisionnel.

Suite à donner :

Synthétiser les informations recueillies afin de les exploiter pour la mise en place du travail en 10 heures.

Fiche action n°2

Redistribution des actions quotidiennes sur une amplitude de 10 heures de travail

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Recréer des blocs de 10 heures de travail équilibrés pour créer 5 postes par équipe et 1 poste transversal.

Points clefs de l'action à mener :

Respecter les besoins et envies des personnes accueillies, équilibrer la charge de travail entre les postes, insérer une heure de « vie sociale » pour chaque poste (sauf lingerie et animation).

Public concerné :

Aides-soignantes et auxiliaires de vie soit 11 personnes ainsi que l'AMP et la lingère.

Lieu de l'action :

Bureau direction.

Calendrier/Echéance :

Planification sur 3 semaines.

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement.

Moyens d'évaluation :

Création théorique de 5 nouveaux postes en 10 heures sur une amplitude de 12 heures et 1 poste en 7 heures.

Suite à donner :

Compte rendu aux groupes de travail pour vérifier la cohérence de ce que j'ai travaillé seule et compléter et/ou modifier si besoin.

Fiche action n°3

Création de nouveaux cycles horaires

Validation par le service des ressources humaines

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Mettre à jour le planning en créant pour chaque salarié un nouveau cycle (4 semaines) reprenant le poste qui lui a été attribué avec ses horaires.

Points clefs de l'action à mener :

Respecter le code du travail, la convention collective.

Public concerné :

L'ensemble du personnel changeant d'horaires.

Lieu de l'action :

Bureau de la direction.

Calendrier/Echéance :

Travail sur ce dossier pendant 2 semaines.

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement et la directrice des ressources humaines (DRH).

Moyens d'évaluation :

Respect du délai d'application, conformité avec la réglementation.

Suite à donner :

Annoncer aux professionnels leur affectation par équipe et par poste.

Afficher les nouveaux plannings au minimum 15 jours avant la mise en place.

Fiche action n°4

Mise en place des temps de « vie sociale »

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Reconnaître les temps d'échanges comme des temps de travail. Favoriser le lien social au travers de la mise en place d'activités.

Points clefs de l'action à mener :

Accompagner les professionnels en les orientant dans leurs choix et leurs organisations respectives. Veiller à ce que les propositions soient respectueuses des personnes âgées (éviter l'infantilisation par exemple).

Public concerné :

Auxiliaires de vie sociale et aides-soignantes.

Lieu de l'action :

Ensemble de l'établissement.

Calendrier/Echéance :

Période test sur 3 mois.

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement et animatrice.

Moyens d'évaluation :

Nombre de propositions pertinentes, implication des équipes, retour des résidents.

Suite à donner :

Positionner l'animatrice comme soutien aux équipes. Expliquer ce système d'accompagnement aux résidents et aux familles.

Fiche action n°5

Information aux résidents et aux familles

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Expliquer la mise en place des 10 heures avec des référents pour chaque résident.

Expliquer ce que sont les temps de « vie sociale » et comment ils se déclineront au quotidien.

Points clefs de l'action à mener :

Rassurer et solliciter la participation active de tous (propositions, critiques, etc.).

Public concerné :

Les résidents (et leurs familles).

Lieu de l'action :

Salle de réunion.

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement, infirmière coordinatrice, secrétaires, animatrice.

Moyens d'évaluation :

Suggestions de résidents, échanges, réactions.

Suite à donner :

Faire un premier bilan lors d'un CVS élargi.

Fiche action n°6

Réunions interdisciplinaires

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Echanger librement sur l'accompagnement des résidents afin de dégager des axes de prise en charge en vue de déterminer les principaux axes des projets d'accompagnement personnalisés du point de vue des professionnels.

Points clefs de l'action à mener :

Respecter et entendre le ressenti de chaque professionnel, se baser sur des éléments objectifs, factuels.

Public concerné :

L'ensemble du personnel.

Lieu de l'action :

Salle de réunion. Salon du 5^{ème} étage.

Calendrier/Echéance :

Réunions d'équipe mensuelles (durée : 1h30 le premier jeudi de chaque mois).

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement et IDEC.

Moyens d'évaluation :

Expressions des professionnels, écoute, propositions.

Suite à donner :

Compte-rendu de réunion afin de se resservir des éléments évoqués lors de l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.

Fiche action n°7

Projet d'accompagnement social

Objectifs poursuivis (quantitatifs/qualitatifs) :

Ecriture du projet en s'appuyant sur les écrits des professionnels selon leurs corps de métier et leur implication.

Points clefs de l'action à mener :

Au niveau du personnel :

- demande d'écrits donc identification de créneaux horaires pour écrire,
- expliquer et accompagner la démarche (rassurer, préciser qu'il n'y a pas de jugement sur la qualité d'écriture, etc.),
- être précis dans la demande initiale,
- expliquer que les écrits seront retravaillés avant d'être insérer dans le projet d'accompagnement social.

Au niveau des résidents :

- lors d'un CVS, communiquer sur la démarche de rédaction du projet d'accompagnement social,
- mettre en place une commission trimestrielle (participation des résidents et des familles).

Public concerné :

L'ensemble du personnel et l'ensemble des résidents

Lieu de l'action :

Bureau de la direction, salle de réunion (salon du 5^{ème} étage).

Calendrier/Echéance :

Délai de 3 mois pour l'écriture (entrecoupé d'échéances de 15 jours afin de pouvoir les retravailler).

Responsable de l'action :

Directrice d'établissement.

Moyens d'évaluation :

Quantité et diversité des retours des professionnels, respect des délais de rédaction des écrits, suggestions, mise en place de la commission trimestrielle, nombre de participants (résidents et familles), participation et retours des résidents pendant la commission.

Suite à donner :

Diffuser le projet d'accompagnement social, une fois rédigé, à l'ensemble des professionnels.

Mettre en place un questionnaire de satisfaction spécifique à l'attention des résidents et de leurs familles sur le thème de la vie sociale.

CASTET	Marion	Novembre 2015
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Aquitaine, Bordeaux		
PROMOUVOIR L'UTILITÉ SOCIALE D'UN EHPA ET QUALIFIER LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES REQUISES POUR CETTE OFFRE DE SERVICE		
Résumé : Depuis de nombreuses années, l'accompagnement des personnes âgées fait partie intégrante des réflexions et des actions menées par les politiques publiques. Plus récemment, ces dernières étudient le développement et la reconnaissance de modalités d'accueil pouvant répondre aux besoins et aux attentes d'une population nombreuse et homogène dans sa représentation mais singulière dans la diversité de la prise en charge qu'elle nécessite au fur et à mesure de son évolution. L'accueil en EHPA est ainsi dédié aux personnes âgées majoritairement autonomes lors de leur entrée dans l'établissement. L'accompagnement proposé par les professionnels doit donc être adapté pour répondre à une demande à la fois spécifique et générale, en tenant compte des impératifs liés à l'avancée en âge tout en préservant l'individualité et l'expression au sein du collectif. Créer ou recréer du lien pour favoriser une vie sociale satisfaisante est une mission prioritaire de l'EHPA la Villa Occitane. Pour cela, l'établissement doit poser la recherche d'un accompagnement adapté à ses missions comme finalité de son projet d'accompagnement social dans le but d'apporter une réponse pertinente aux demandes des résidents. L'évolution des pratiques professionnelles et le développement de compétences transversales permettront à l'EHPA d'adapter son organisation dans un espace de questionnements et de réflexions éthiques avec l'ensemble des parties prenantes, internes et/ou externes.		
Mots clés : EHPA – PERSONNE ÂGÉE AUTONOME – UTILITÉ SOCIALE – VIE SOCIALE LIEN – ANIMATIONS – PROJET – COMPÉTENCES – RÉORGANISATION		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		