ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

**Directeur d'établissement**
**sanitaire et social public**
**Promotion 2004**

# COMMENT FAVORISER L'APPROPRIATION DU CHANGEMENT PAR LES PERSONNELS ?

## LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT EST-ELLE IMPUTABLE AUX PERSONNELS OU RÉSIDE-T-ELLE PLUTÔT DANS LA FAÇON DE LE CONDUIRE ?

**Pierre-Bernard GESREL**

## R e m e r c i e m e n t s

A Madame Michèle Myslinski, au tempérament optimiste réconfortant dans les périodes de doute, et elles ont été nombreuses,

A Madame Sylvie Tourneur, pour ses conseils « à distance »,

A Monsieur Bernard Lucas pour sa disponibilité,

Aux personnels de mon lieu de stage pour leur participation à mon enquête,

A tous ceux que j'aime et qui m'ont soutenu, particulièrement Carole, mon épouse.

**Sommaire**

**INTRODUCTION ..... 1**

**1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT DE L'HOPITAL LOCAL : UN OUTIL DE REPONSE A UN ENVIRONNEMENT EN PLEINE MUTATION ..... 5**

**1.1 Descriptif de mon lieu de stage ..... 5**

1.1.1 Spécificités de l'hôpital local ..... 5
1.1.2 Activités actuelles ..... 6
1.1.3 Un environnement sanitaire et médico-social dense ..... 8
1.1.4 Bref historique ..... 8
1.1.5 Une implantation géographique privilégiée ..... 9
1.1.6 Données démographiques : un département à la population vieillissante ..... 9
1.1.7 Quelques caractéristiques de la population accueillie ..... 10
A) Une population dépendante de provenance essentiellement rurale ..... 10
B) Une proportion de personnes démentes en forte progression à laquelle l'établissement n'est pas préparé ..... 10
1.1.8 Quelques caractéristiques des personnels de l'établissement ..... 13
1.1.9 L'établissement mène actuellement plusieurs «chantiers » de front qui nuisent sans doute à une lisibilité suffisante de la politique qu'il poursuit ..... 14

**1.2 Un secteur des personnes âgées en pleine mutation ..... 15**

1.2.1 Un nouveau cadre réglementaire et législatif insistant sur l'affirmation des droits et libertés de l'usager… ..... 16
A) Les apports des décret et arrêté du 26 avril 1999 ..... 16
B) La qualité de vie préconisée par les textes de 1999 est renforcée et complétée par une affirmation des droits et libertés de l'usager : présentation des lois de 2002 ..... 16
1.2.2 …qui l'institue « au centre du système » le prenant en charge ..... 18
A) Une affirmation progressive des droits des « personnes âgées ». ..... 19
B) Favoriser la parole des personnes âgées : un principe noble à convertir en acte ..... 22
a) Difficultés et limites de la mise en œuvre d'un tel principe ..... 22
b) Dérive possible ..... 23
C) Une hésitation permanente entre usager, consommateur et client ..... 24
D) Un statut pas si confortable qu'il n'y paraît de prime abord. ..... 25

**1.3 L'hôpital local doit changer en vue de répondre à ces nouvelles exigences : quelques notions théoriques sur le changement et l'outil-projet ..... 26**

1.3.1 Qu'est-ce que le changement ? ..... 26

A) Définition ..... 26

B) Deux types de changement : homéostasie versus évolution ..... 27

C) Modes d'intervention possible : le changement ne se décrète pas ..... 28

1.3.2 Comment s'y est-on pris à l'Hôpital Local depuis janvier 2004 ? Mode d'intervention et méthode choisis ..... 29

**2 POUR DETERMINER L'APPROPRIATION DU PROCESSUS DE CHANGEMENT : UN RELEVE DE L'OPINION DES PERSONNELS SUR L'ANNONCE ET LA CONDUITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT ..... 31**

**2.1 Méthodologie d'enquête retenue ..... 31**

**2.2 Les préalables ..... 32**

2.2.1 Définition de l'objectif global ..... 32

2.2.2 Recherches préalables ..... 32

2.2.3 Détermination des objectifs précis de l'étude ..... 33

**2.3 Préparation de l'enquête ..... 33**

2.3.1 Détermination de la population à interroger ..... 33

2.3.2 Protocole de la collecte ..... 34

2.3.3 Rédaction et test des projets de questionnaire ..... 34

2.3.4 Rédaction définitive du questionnaire ..... 35

**2.4 Réalisation de l'enquête ..... 35**

2.4.1 Résultats ..... 35

2.4.2 Analyse des résultats de l'enquête ..... 36

A) La conscience de la nécessité du changement dépend grandement de la phase de préparation de celui-ci ..... 38

B) Raisons avancées pour justifier leur non-participation ..... 43

C) Ce qu'ils pensent des délais fixés et des chances de réussite, en termes de répercussions positives sur leur travail et sur la qualité de vie des résidents ..... 50

D) Expression ou non d'un besoin de formation sur la thématique « projet » ..... 52

E) Volonté, exprimée ou non, d'ouvrir davantage l'établissement aux usagers, et position des personnels quant à la finalité première du PE ..... 54

F) L'établissement a-t-il favorisé la participation et l'implication des personnels ? ..... 57

2.4.3 Brève synthèse ..... 59

**3 PROPOSITION DE QUELQUES ACTIONS SUSCEPTIBLES DE FACILITER L'APPROPRIATION DU CHANGEMENT ..... 61**

**3.1 Mener une politique d'information et de communication qui affiche clairement les nouveaux enjeux à relever par l'institution ..... 63**

3.1.1 Une séance d'information courte et ciblée pour entamer une confrontation des pratiques professionnelles aux principes fondamentaux attachés à la personne 64

3.1.2 Sensibiliser aux nouveaux instruments juridiques institués par la loi n° 2002-2 .. 66

**3.2 Réduire la contention physique passive : une réponse concrète au souhait des personnels d'améliorer les conditions de vie de la personne âgée ..... 67**

**3.3 Un deuxième axe d'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée : un accueil plus personnalisé ..... 71**

**3.4 L'institution d'un Conseil de la Vie Sociale : un outil pour répondre à la volonté des personnels d'associer davantage l'usager à la vie de l'établissement ..... 76**

**CONCLUSION ..... 81**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 83**

**LISTE DES ANNEXES ..... I A XLIV**

## Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASSAD : Association des Services de Soutien À Domicile

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNESMS : Centre National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

CPDG : Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie

CSP : Code de la Santé Publique

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DESS SPSV : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées «Santé, Protection Sociale et Vieillissement »

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EPS : Etablissement Public de Santé

GALAAD : Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PCS : Professions et Catégories Socio-professionnelles

PE : Projet d'Etablissement

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

# INTRODUCTION

Les « récentes » dispositions réglementaires et législatives[1] invitent les établissements du secteur qu'elles couvrent, à attribuer aux populations qu'ils accueillent, notamment en termes de participation à leur prise en charge[2], de respect des droits les plus élémentaires attachés à l'être humain, une place de plus en plus importante en leur sein. Ce nouveau cadre de « fonctionnement » exige pour nombre d'établissements une remise en cause de certaines pratiques jusqu'ici tolérées, en particulier celles relevant de l'idée que l'on sait « *ce qui est bon pour l'autre* ». Mark Twain[3] disait que « *ce qui pose problème n'est pas tant ce que les gens ignorent, mais ce qu'ils savent et qui n'est pas vrai* ». Les institutions soignantes, même si elles ne sont évidemment pas les seules, ont, en effet, cette tendance les portant à agir à la place du soigné, du malade, fréquemment par bienveillance à l'égard de personnes en état passager ou permanent de fragilité.

Pour cela, ils doivent entamer un processus de changement qui va consister à se mettre en conformité avec ces nouvelles exigences, en contradiction totale avec le fonctionnement des « *structures totalitaires* » telles que décrites par E. Goffman, dans son ouvrage Asiles[4]. Description (annexe 1) qui vaut encore largement aujourd'hui, sous réserve de variations importantes d'un établissement à l'autre. Evidemment, des améliorations sont intervenues depuis la date de cet ouvrage. Cependant, des reproches demeurent valables tels l'unité de lieu et de temps, ou encore la programmation au détriment de l'individualisation. La réussite de ce changement implique l'adhésion de l'ensemble des acteurs de nos structures, au risque de n'en rester qu'aux incantations, qu'aux grandes déclarations de principes sans application concrète.

---

[1] Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales,
Loi n°2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale,
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé

[2] même si le terme de « prise en charge » me semble connoté plutôt péjorativement (notion de fardeau), c'est pourtant celui-ci que j'utiliserai dans ce mémoire pour qualifier le travail à réaliser en direction des personnes accueillies.

[3] Ecrivain américain (1835-1910).

[4] Goffman, E. (1968) Asiles. Paris : Editions de Minuit.

J'ai choisi d'effectuer mon stage de Directeur des Etablissements Sanitaires et Sociaux dans un hôpital local de l'Orne, en Basse-Normandie, à 60 kilomètres du Mans et 45 d'Alençon. Ce type d'établissement m'a permis d'avoir une double vision, médico-sociale et sanitaire, de la prise en charge des personnes âgées. Très rapidement, j'ai été convaincu qu'en dépit d'une activité sanitaire limitée en nombre de lits et en « technicité », la référence principale qui valait pour l'ensemble de l'établissement était celle au modèle hospitalier. Si ce modèle présente des intérêts certains dans la perspective d'une médicalisation accrue des structures gérontologiques, rendue nécessaire par l'état de santé ou/et la dépendance des résidents, il ne me semble pas à même de répondre de façon complètement satisfaisante aux attentes des personnes âgées, qui constituent l'essentiel[5] de la population accueillie. En tout état de cause, mon lieu de stage est évidemment intéressé par les mutations des domaines sanitaire et médico-social, et plus spécifiquement par celles se rapportant au secteur gérontologique. Comme les autres institutions de son secteur, il a connu les étapes successives d'humanisation, de médicalisation et d'animation. Dorénavant, et à l'opposé du temps de l'animation, où il s'agissait de donner une âme en structurant le temps de l'extérieur, nous assistons à une «*volonté de reconquête des institutions par les acteurs eux-mêmes, prônant par là l'émancipation de l'individu par rapport à la structure* »[6].

J'ai ainsi réalisé mon stage dans un établissement en train d'opérer sa « mue ». C'est donc naturellement que je me suis interrogé sur la façon dont le changement, symbolisé par le Projet d'Etablissement (PE), était conduit en son sein, sachant qu'il constitue un des domaines d'action privilégiés du directeur. Ma position de stagiaire, sorte de position de neutralité, en tout cas de tiers, m'a permis, au gré de conversations «informelles », de prendre rapidement conscience que la méthode retenue pour l'élaboration de ce projet suscitait chez les personnels, ce qu'il est convenu d'appeler des «résistances », que j'ai essayé de cerner. Il m'est apparu opportun d'utiliser cette position « mixte », d'observateur à certains moments, d'acteur à d'autres, pour appréhender et traiter un tel sujet. Elle me permettait en effet de bénéficier d'un certain « recul », peut-être plus difficile à prendre une fois nommé titulaire.

La résistance peut être décrite comme étant la « *manifestation d'une réticence à modifier ses comportements, représentations ou idées, pour des raisons autres que ses valeurs*

[5] En médecine, le nombre de journées réalisées de personnes de moins de 60 ans est de 340 sur un total de 3913, soit 8,70%. En maison de retraite et en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), ce pourcentage est de 3,40 %.
Source : service des admissions de mon lieu de stage.

[6] Réseau de Consultants en Gérontologie (1995) *Projet de vie. Des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement.* Paris : Fondation de France, p. 43.

*personnelles (morales, religieuses, sociales)* »[7]. Des résistances souvent considérées comme inhérentes à tout changement, certains[8] allant même jusqu'à penser qu'un changement qui n'en susciterait pas, n'aurait rien d'un changement. En quelque sorte, elles feraient partie du processus normal d'acceptation de celui-ci. Pourquoi les résistances au changement apparaissent-elles pour beaucoup comme une évidence, qui, non seulement ne se discute pas, mais en arrête généralement la réflexion ? Comme s'il était inutile d'en dire davantage sur «*la question de l'attitude des salariés par rapport à la perspective d'un changement quelconque* »[9]. La résistance serait-elle donc le fruit d'une force obscure qui dominerait les personnels, à leur insu ?

Prenant pour objet d'étude le PE de mon lieu de stage, j'ai décidé de rechercher les causes susceptibles d'engendrer des résistances de la part des personnels, et par conséquent leur appropriation du projet. J'ai fait mien le principe que s'il existe effectivement des résistances, c'est qu'ils ont probablement leurs raisons, que je pourrais faire miennes si j'étais à leur place. En effet, la vision qui tend à faire croire que la « direction » souhaite changer mais que les agents entravent cette volonté, me semble par trop simplificatrice. Elle correspond à une espèce de dédouanement de sa part. Or elle-même peut préférer la conservation et la simplification, plutôt qu'un affrontement de l'incertitude et de la complexité.

Par le prisme du PE, je vais donc tenter de valider ou non mes deux hypothèses, d'une part que certains dirigeants voient dans les personnels une force d'inertie à tout changement, d'autre part, que l'origine des résistances n'est peut-être pas le changement lui-même, mais la manière de le conduire.

Dans un premier temps, je me propose, après avoir présenté mon lieu de stage, de décliner les raisons qui l'amènent à élaborer un PE. Raisons que je pourrai résumer en grande partie par la problématique de l' « *usager au centre du système* ». J'aborderai également quelques données théoriques relatives aux conduites de changement et de projet.

Ensuite, et puisque je traite du changement et des résistances supposées des personnels, je les ai naturellement invités à exprimer leur opinion sur ce thème, par le biais d'une enquête par questionnaire. Sa visée consiste à repérer les éventuels « éléments de blocage » qui entraveraient inévitablement leur appropriation du projet. Si la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

---

[7] Dicquemare, D. (2000) La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu. *Les Cahiers de l'Actif*, 292-293, p. 81.
[8] Vaillancourt, R. (2000) Réflexions autour de la perception du changement organisationnel. *Les Cahiers de l'Actif*, 292-293, p. 71.
[9] De Coninck, F. (2002) Des raisons de résister au changement. *Informations Sociales*, 101, p. 106.

oblige les établissements à recourir, davantage qu'ils ne le faisaient jusqu'alors, à la parole des usagers, il m'apparaissait indispensable d'amener les personnels à en faire de même. J'établis effectivement une forte corrélation entre la parole des usagers et celle des personnels, et considère que la seconde constitue un préalable à la reconnaissance de la première. Comment peut-on en effet raisonnablement penser donner la parole aux usagers, si celle-ci n'est pas préalablement donnée aux professionnels de l'institution ?

L'analyse de leurs réponses effectuée, je proposerai enfin un certain nombre d'actions susceptibles de « crédibiliser » à leurs yeux la démarche entreprise. Insuffler une dynamique nouvelle passe selon moi par cette appropriation du projet qui, sinon élimine toutes les résistances, remédie au moins à la plupart d'entre elles.

# 1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT DE L'HOPITAL LOCAL : UN OUTIL DE REPONSE A UN ENVIRONNEMENT EN PLEINE MUTATION

Avant d'aborder les mutations du secteur gérontologique et d'apporter quelques réflexions théoriques sur le processus de changement, il me semble nécessaire de décrire, au moins sommairement, mon lieu de stage.

## 1.1 Descriptif de mon lieu de stage

### 1.1.1 Spécificités de l'hôpital local

L'hôpital local est un établissement public de santé (EPS) à part entière, en application de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. Il relève toutefois de deux types de législation : sanitaire et médico-sociale. Il lui incombe quatre missions qui sont : sanitaire (de proximité), de prévention et d'éducation pour la santé, des activités médico-sociales et de participation au maintien à domicile. Sa place vient d'être récemment réaffirmée autour des objectifs suivants[10] :

- Placer l'hôpital local comme premier niveau de prise en charge sanitaire,
- Renforcer la médicalisation des prises en charge,
- Développer les complémentarités.

Sa principale caractéristique, en tant qu'EPS, est d'accueillir une population essentiellement composée de personnes âgées. Son activité sanitaire et les compétences qui y sont attachées lui permettent d'éviter un nombre trop élevé de transferts hors établissement, qui s'avèrent souvent préjudiciables à l'équilibre psychologique de la personne âgée. En effet, un transfert interne, à condition que la pathologie ne soit pas trop lourde, permet à la personne de demeurer dans un environnement connu, donc vraisemblablement plus sécurisant.

[10] Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Une autre caractéristique est son fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux, en faisant ainsi un «*lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière*[11] ». Il convient de noter que le fait d'être soumis à deux législations est particulièrement difficile à gérer pour un hôpital local. La procédure d'accréditation par exemple, qui impose en amont une auto-évaluation, exige une forte charge de travail, qui ne concernera qu'une toute petite partie des activités de l'établissement. Elle nécessite de plus des compétences spécifiques internes qui n'existent pas forcément. Néanmoins, il faut profiter de cette opportunité pour étendre cette procédure à l'ensemble des activités de l'établissement. Souvent en effet, le secteur médico-social s'inspire de son cousin « sanitaire », et c'est encore le cas pour ce qui est de l'évaluation des activités : création d'un pendant de l'ANAES, le Conseil National de l'Evaluation sociale et Médico-Sociale (CNESMS)[12], évaluation externe de la qualité des prestations tous les sept ans, renouvellement de l'autorisation de fonctionner tous les quinze ans subordonné aux résultats de celle-ci.

### 1.1.2 Activités actuelles

Elles se décomposent comme suit : 19 lits de médecine, 5 de soins de suite et réadaptation, 44 de soins de longue durée et 149 de maison de retraite. Les activités « hébergement » de l'établissement sont réparties sur deux bâtiments distincts et trois services, chacun abritant une population « particulière » :

- Blanche de Castille : construction de 1970, pour les résidents les moins dépendants,
- Saint-Vincent de Paul (situé au rez-de-chaussée d'une construction Napoléon III de 1864), pour les résidents considérés comme « désorientés »,
- Les Jonquilles (situé à l'étage de ce même bâtiment), pour les personnes les plus dépendantes physiquement et qui relèveraient davantage d'une unité de soins de longue durée, sachant que cette distinction est vouée à disparaître lors du passage en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

[11] Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, p. 2.
[12] Article L 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

L'activité de soins de longue durée est, elle, assurée dans le bâtiment le plus récent de l'établissement, qui date de 1981. L'activité médecine et soins de suite et de réadaptation est, quant à elle, assurée aux premier et deuxième étages du bâtiment Napoléon III.

La circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 énonce les activités susceptibles d'être exercées par l'hôpital local : l'hospitalisation complète, le développement des alternatives à celle-ci, des consultations avancées de spécialistes, des réseaux, de l'accueil inopiné (en cas d'isolement géographique ce qui n'est pas le cas de l'établissement), l'obligation de veiller à la permanence des soins, la prévention et éducation à la santé, enfin les activités médico-sociales. Je note que si celles-ci sont quantitativement, et de loin les plus importantes, elles sont cependant les dernières activités citées. Chacun l'interprète comme il l'entend. Personnellement, je pense qu'il existe une forte prégnance du modèle hospitalier au sein de l'hôpital local, dont nous avons pourtant dit que les activités étaient principalement médico-sociales. Le terme même d'« hôpital » n'est pas neutre : derrière lui se cachent les représentations que l'on a de la personne accueillie. Généralement, lorsqu'une personne y entre, c'est pour cause de maladie. Par glissement, beaucoup considèrent que les personnes âgées qui intègrent la partie médico-sociale (hébergement) de ce type de structure sont malades. L'assimilation de la vieillesse à la maladie est ainsi entretenue, avec tout son cortège de présupposés sur la première. D'ailleurs, le ministre de la Santé et de la Protection Sociale vient de rappeler[13] qu'une action nationale se mettra en place en 2004 sur l'« *intégration du projet médico-social en faveur des personnes âgées dans un établissement de santé* ». Il la justifie par le fait que « *deux secteurs coexistent au sein de certains établissements de santé avec des logiques et des philosophies d'action parfois différentes* », que l'objectif de cette action consistera à « *favoriser l'articulation entre les deux logiques, sanitaire et sociale (…)* ». Les établissements de santé doivent porter une attention particulière à la population âgée, ce qui sous-entend que ce n'est actuellement pas vraiment le cas, ou au moins pas partout !

[13] Circulaire DHOS/P2 n° 253 du 3 juin 2004 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière, p. 4.

### 1.1.3 Un environnement sanitaire et médico-social dense

L'établissement se situe au sein d'un environnement sanitaire et médico-social relativement dense (annexe 2) qui l'oblige à s'y inscrire de façon volontaire et déterminé. L'enjeu n'est ni plus ni moins sa « survie », d'autant plus que deux centres hospitaliers voisins, appartenant chacun à une région administrative différente, ont perdu partiellement ou totalement leurs activités Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Il y à fort à parier que leur vocation future sera essentiellement, sinon exclusivement gériatrique. L'établissement possède une « longueur d'avance » dans cet univers concurrentiel, en ce sens qu'il possède un « savoir-faire » dans cette spécialité qu'est la gériatrie. Il s'agit cependant de travailler à l'amélioration de l'existant, et de réfléchir à d'éventuelles activités nouvelles, telles que celles préconisées par la circulaire su 28 mai 2003, de façon à ancrer encore davantage l'établissement dans son environnement ; c'est le rôle du PE.

### 1.1.4 Bref historique

Comme nombre d'hôpitaux locaux, l'établissement est la reconversion d'un ancien hospice crée au Moyen-âge pour accueillir pauvres et pélerins, dont la présence sur le secteur est avérée dès le XI ème siècle. En 1695, une convention est signée entre l'administration de l'hospice et les Supérieures de la Communauté des Filles de la Charité de Saint-Vincent de Paul, désormais chargée, et à perpétuité, du soin et de l'assistance des pauvres malades. L'influence, exercée à leur époque par celles-ci, marque encore un nombre important de personnels de l'établissement, qui y font encore régulièrement référence. Cette réalité n'est évidemment pas sans conséquence sur le processus de changement que l'établissement a entamé. De même, il me semble également indispensable de mentionner que l'établissement a été dirigé pendant vingt-cinq ans (jusqu'au milieu des années 1990) par une seule et même personne, sur un mode paternaliste. Ces deux éléments « d'histoire » font que les personnels n'ont jamais été habitués ni à s'exprimer, ni à participer activement à des projets relatifs à l'avenir de la structure les employant. A cela, il faut ajouter que les postes d'encadrement et autres (attaché, directeur-adjoint, adjoint des cadres hospitaliers) sont restés vacants pendant très longtemps ; la faute sans doute à une situation géographique relativement isolée, considérée par beaucoup comme peu attractive. Dans de telles conditions, l'hôpital ne disposait sans doute pas des ressources humaines nécessaires

à une politique plus « ambitieuse ». Pour les résidents par contre, la situation de l'hôpital fait qu'ils bénéficient des services offerts par la commune.

### 1.1.5 Une implantation géographique privilégiée

L'établissement se situe à proximité immédiate du centre-bourg, garantie d'une ouverture sur la cité, et ainsi la vie extérieure. Cette situation privilégiée permet aux résidents qui le souhaitent, un maintien de relations «physiques » avec cet environnement. L'institution possède de plus un parc verdoyant et fleuri de huit hectares. La simple vue offerte participe ainsi à rendre le cadre accueillant. Il convient également de souligner le très bon entretien, intérieur comme extérieur, de l'établissement, dont les bâtiments sont pourtant anciens (1970,1980), voire très anciens (1864). Le village est relativement bien desservi par les transports en commun gérés par le Conseil Général. Il est ainsi possible, et ce, quotidiennement, de se rendre dans les villes les plus proches comme Mamers et Alençon. Ce sont des lignes économiquement déficitaires, témoins de la volonté du département de l'Orne de favoriser la vie sociale des personnes les plus isolées. Quant au centre-bourg proprement dit, il propose une quantité de services appréciables : culturels, alimentaires (boucherie-charcuterie, boulangerie-pâtisserie, supérette), bancaires, assurances, agence immobilière, restauration et cafés, services d'aide à domicile[14], médicaux (généralistes, dentistes, pharmacie)…

### 1.1.6 Données démographiques : un département à la population vieillissante

En 1999, 664 des 5927 habitants que compte le canton de l'établissement ont plus de 75 ans soit 11,2% de la population[15]. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de Basse-Normandie 1999-2004 précise d'ailleurs que la tranche d'âge des plus de 75 ans est celle qui a progressé le plus rapidement entre 1982 et 1999, soit 43%. Autre donnée intéressante, l'indice de vieillissement[16] départemental de l'Orne, qui est largement supérieur à celui de la France, soit 78 contre 67,8.

---

[14] ASSAD : Association des Services de Soutien A Domicile
ADMR : Aide Départementale en Milieu rural

[15] Source : Schéma départemental 2000/2004 de l'Orne relatif aux personnes âgées, p 22.

[16] L'indice de vieillissement est le nombre de personnes de plus de 60 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans.

### 1.1.7 Quelques caractéristiques de la population accueillie

J'ai joint en annexe 3 un tableau synthétique des principales caractéristiques de la population accueillie par l'hôpital. Elle est essentiellement rurale et composée d'une part croissante de personnes âgées démentes.

A) Une population dépendante de provenance essentiellement rurale

Le schéma départemental des personnes âgées de l'Orne (2001-2006) nous informe que, dans un foyer de personnes de plus de 60 ans sur trois, au moins l'un des conjoints a travaillé comme agriculteur ou ouvrier agricole. Pour l'instant, il n'est pas demandé aux résidents et patients le métier qu'ils exerçaient ou exercent. C'est d'ailleurs une lacune de l'institution, notamment dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge qui passe par une individualisation accrue des prestations servies. Or, on connaît l'importance de la vie professionnelle comme support de l'identité. Pour cette raison, j'ai demandé à l'agent des services hospitaliers détachée à l'animation, de bien vouloir procéder au recensement des anciennes professions des personnes accueillies (annexe 4), au moins pour les personnes relevant de la maison de retraite et de l'unité de soins de longue durée. Il a été décidé que, dorénavant, cette information leur serait demandée à l'admission. Quant au degré de dépendance des personnes accueillies, je constate une certaine stabilité sur les quatre dernières années, à un niveau toutefois assez élevé, auquel participe largement l'accueil de personnes démentes.

B) Une proportion de personnes démentes en forte progression à laquelle l'établissement n'est pas préparé

L'établissement n'échappe pas à la tendance générale qui se caractérise par l'accueil de personnes atteintes de démence, notamment de type Alzheimer. Dans le tableau joint en annexe 3, j'ai préféré parler de « *personnes présentant des troubles cognitifs sévères* », puisqu'il s'agit du terme utilisé par les médecins généralistes libéraux intervenant à l'hôpital. Il existe en effet une certaine prudence de leur part à diagnostiquer une personne « Alzheimer », du fait d'un manque évident de compétence en gériatrie, ce dont ils

conviennent tout à fait. Or, l'on connaît désormais l'importance qu'il y a à établir un diagnostic précoce[17], qui s'il ne permettra pas la guérison, offrira cependant la possibilité de « stabiliser » la pathologie pendant un certain temps. Alors qu'au début des années 1990, il s'écoulait environ cinq ans avant l'établissement du diagnostic, ce délai est maintenant ramené à dix-huit mois !

La démence se caractérise par « *des troubles de la mémoire ayant un retentissement sur les actes de la vie quotidienne* »[18]. L'évolution de la maladie, inéluctable, commence donc par des troubles mnésiques, pour finir par un état grabataire, en passant par des troubles comportementaux. Cette transformation de la nature des personnes accueillies pose un réel problème aux soignants[19], qui se sentent le plus souvent démunis face à celles-ci. En effet, les personnes atteintes de démence présentent des caractéristiques propres, souvent mal interprétées par les personnels, non ou mal préparés à ce type de prise en charge, ce qui empêche fréquemment une réponse « adaptée » de leur part. Pour illustrer mon propos, je me réfère à un cours dispensé au Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées «Santé, Protection Sociale et Vieillissement » de l'université de Grenoble 2[20]. La démence est cliniquement marquée par des troubles de la mémoire, une désorientation spatio-temporelle, la survenue d'aphasie, d'apraxie, d'agnosie. La personne atteinte de cette pathologie perd sa capacité de raisonnement, rendant son discours incohérent. Les automatismes les plus simples disparaissent faisant qu'elle se néglige, se perd, est agressive, irritable, devient accusatrice, c'est le connu « *on m'a volé* ». Il s'agit dans ce dernier cas de délire, pathologie différente de la maladie d'Alzheimer, mais qui peut lui être concomitante[21].

Si tous les soignants connaissent un des principaux symptômes de cette maladie incurable qu'en sont les troubles mnésiques[22], ils méconnaissent en revanche les évènements marqueurs de la souffrance psychique, pourtant indispensables à la compréhension des comportements, tels l'angoisse d'abandon qui se manifeste souvent par l'inaptitude de la personne à mentaliser la solitude, même temporaire. Le dément éprouve un besoin quasi-

---

[17] Couturier, P. *La consultation-mémoire : perspectives gériatriques sur la prise en charge des troubles cognitifs*. DESS SPSV-Grenoble 2- 2003-2004.
[18] Couturier, P. *La consultation-mémoire : perspectives gériatriques sur la prise en charge des troubles cognitifs.* DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2- 2003-2004.
[19] J'utilise le terme «soignant » pour désigner toute personne pouvant être en contact avec la personne accueillie dans l'établissement.
[20] Myslinski, M. *Les perspectives psychologiques sur les dépressions et démences*. DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2- 2003-2004.
[21] Dr Giraud-Baro, E. *Principales pathologies psychiatriques chez le sujet âgé*. DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2-2003-2004.

compulsif d'objets externes, sorte de «Moi-auxiliaire », qui ne peut qu'être corrélé à une insuffisance des objets internes qui constituent le Moi du sujet. Il faut bien intégrer que pour le dément, mieux vaut l'angoisse, la colère, l'agressivité que l'indifférence. L'angoisse est celle d'être absent de la pensée d'autrui, notamment de celle des soignants, qui garantit sa vie. Ce peut être une résurgence d'une très vieille blessure du Moi. Il est vrai que ce « jeu » des déments, qui consiste à passer de l'investissement au désinvestissement, peut être déroutant. Une interprétation possible qui éclaire ce paradoxe « *j'ai besoin de l'autre, mais je l'éprouve* », est que le dément préfère abandonner psychiquement et physiquement l'objet pour ne pas risquer d'être abandonné. Les soignants sont confrontés à cette situation quotidiennement ; c'est l'exemple du sujet dément qui nous prend par la main dans le couloir, exprime quelques mots, puis passe aux bras d'un individu que l'on vient de croiser !

Autre situation fréquemment rencontrée, la personne qui demande de façon répétée « *quelle heure est-il ?* », ce qui a pour conséquence de mettre l'environnement à l'épreuve, et de démultiplier le risque d'abandon de sa part. Il faut par ailleurs garder à l'esprit que le dément ne fait jamais quelque chose pour nous « enquiquiner », il a simplement oublié la réalité de l'autre, il lui la dénie.

Toujours à propos de la mémoire, il semble nécessaire de rappeler que si leur mémoire instrumentale décline, leur mémoire affective[23] demeure intacte. C'est une donnée primordiale à retenir, car elle sert à porter un autre regard que celui que nous pourrions avoir a priori sur le dément. Un regard qui ne serait plus « excluant ». Cette maladie peut évidemment apparaître en cours de séjour ou d'hébergement (même si elle est souvent apparue en amont, constituant ainsi le motif d'entrée), et je pense qu'il est sans doute moins évident de s'en apercevoir en institution qu'au domicile. Chez elle, la personne est censée être plus autonome, d'où une détection peut-être plus rapide d'éventuels signes annonciateurs de la maladie, tels l'utilisation d'un objet pour un autre (agnosie), la difficulté soudaine d'exécuter des gestes courants (apraxie). D'aucuns penseront peut-être qu'il s'agit d'un paradoxe (l'institution possède en effet des compétences qui n'existent pas forcément au domicile), que j'explique assez simplement. Si en institution, les rythmes de travail font que certains agents estiment « perdre » du temps à essayer de maintenir chez la personne âgée un certain degré d'indépendance, la majorité d'entre eux regrette de ne pouvoir y

---

[22] J'ai retenu une formule qui me semble éclairante : « *Si la personne âgée a oublié ses lunettes, la personne âgée démente a oublié qu'elle en porte* ». Montani, C. Le vieillissement cognitif normal et pathologique- DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2- 2003-2004.

[23] Montani, C. *Le vieillissement cognitif normal et pathologique* - DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2- 2003-2004.

consacrer davantage de temps. Le moment de la toilette ou du repas en sont des illustrations classiques : l'agent prendra plus de temps auprès de la personne s'il l'invite à participer à sa propre toilette ou à se servir de sa fourchette ou cuillère ! Pourtant, de tels pratiques doivent être encouragées et favorisées, ne serait-ce que pour l'image que la personne âgée a d'elle-même. Si l'état de dépendance dans lequel la personne se trouve ne préjuge pas de l'image qu'elle a d'elle-même, il est évident que si la corrélation n'est pas systématique, elle n'en est pas pour autant nulle. La maladie d'Alzheimer est en quelque sorte une maladie de la relation, où l'amnésie qui en est à l'origine entrave la communication avec la personne, jusqu'à l'enfermer dans la solitude du déni. On entend régulièrement « *qu'il est dans son monde, qu'il ne réalise pas, qu'il ne comprend plus rien, ne reconnaît personne ou dit n'importe quoi* ». C'est sans doute aller bien vite à définir une pathologie en termes de pertes, et faire l'impasse sur les capacités restantes de la mémoire affective et de la mémoire émotionnelle, pour lesquelles la parole garde tout son sens.

Au final, la réponse apportée par l'établissement à l'amélioration de la prise en charge des déments est insuffisante et les agents s'accordent sur ce constat. C'est une situation qu'il convient de traiter rapidement, car non seulement les personnes accueillies en souffrent, mais aussi les soignants, qui les côtoient quotidiennement.

### 1.1.8 Quelques caractéristiques des personnels de l'établissement

L'établissement est le second employeur (139,17 ETP[24] pour 2004) d'une zone d'attractivité d'environ dix kilomètres de rayon. Les agents de l'établissement sont pour leur grande majorité issus de celle-ci, ce qui atteste d'un important recrutement local. La situation rurale de l'établissement fait que beaucoup de personnes se sont naturellement dirigées vers l'établissement, un des seuls employeurs potentiels des environs. Il n'y a de ma part aucun sous-entendu, seulement que certaines d'entre elles n'avaient peut-être pas tout à fait conscience de la difficulté du métier de soignant, fondée sur la relation humaine, par nature aussi contraignante, difficile que riche. Je reproche également à certains de ne pas répondre aux sollicitations de l'établissement, notamment en termes de formation continue. Cela s'explique pourtant partiellement par le fait que pendant longtemps celle-ci a été sinon négligée, du moins n'a pas constitué une priorité de l'établissement. La situation évolue progressivement, puisque certains des derniers appels à candidature (formation « accompagnement fin de vie » sur six journées par exemple) ont rencontré un vif succès,

faisant que toutes les demandes n'ont pu être satisfaites sur l'année 2004. Or, les deux grands éléments de la souffrance des soignants sont l' « *inconnu de ce que vit la personne âgée et les conditions de l'exercice du travail* »[25], d'où l'intérêt d'une formation continue et volontaire des personnels comme levier de transformation des établissements.

Une seconde caractéristique est le faible turn-over des personnels qui, s'il offre des avantages théoriques comme la possibilité de mener des projets sur le long terme, pose également quelques problèmes, tels l'apparition d'une certaine lassitude. Pourtant, l'établissement a récemment entamé de multiples projets qui ne devraient pas lui laisser de place !

### 1.1.9 L'établissement mène actuellement plusieurs « chantiers » de front qui nuisent sans doute à une lisibilité suffisante de la politique qu'il poursuit

L'établissement a récemment engagé un processus de changement, ayant pour but de le mettre en conformité avec le nouveau cadre réglementaire et législatif que j'étudierai infra, qui impose notamment la signature d'une convention tripartite[26]. Dès 1999, l'établissement savait donc qu'il allait devoir travailler à cet objectif, dont l'un des apports importants vise à améliorer la qualité de vie des personnes accueillies. Toutefois, le véritable « déclencheur » a été la visite, in situ, du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en mai 2003 ! A cette occasion furent évoquées la préparation de la convention tripartite en vue du passage en EHPAD de la majeure partie des activités de l'établissement, la nécessaire préparation à la visite d'accréditation prévue en 2006, enfin la restructuration de l'établissement. Jusqu'alors, rien n'avait été concrètement réalisé dans la perspective de ces échéances, qui devenaient pourtant de plus en plus «imminentes », particulièrement pour ce qui concerne la convention, laquelle est subordonnée dans le département de l'Orne, à l'élaboration d'un projet d'établissement. Son entrée en vigueur fut fixée au 1er janvier 2005. Les groupes de travail relatifs au PE, qui doit être déposé en octobre 2004, n'ont commencé à se réunir qu'en février de cette année. Si l'on ne doit accorder qu'aux moyennes une valeur indicative, le temps généralement nécessaire à l'élaboration d'un tel projet oscille entre dix-huit mois et deux ans. L'inadéquation entre le temps imparti pour sa réalisation et l'objectif qu'il constitue est ici flagrante ! Elle témoigne d'un manque

---

[24] E.T.P = Equivalent Temps Plein
[25] Myslinski, M. *La souffrance des soignants*. DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2- 2003-2004.
[26] Cf note 1

d'anticipation de la part de l'établissement. Or, la prospective constitue une des qualités indispensables à la fonction de directeur, à qui il est conseillé de naviguer entre les deux extrêmes que sont la perspective et la gestion quotidienne pures. Or je pense pouvoir avancer que mon lieu de stage n'a pas affiché une politique suffisamment claire, censée donner les directions qu'il est supposé emprunter. Cette carence provient sans doute du fait qu'il n'existait pas de politique véritablement définie, même à court terme. A partir de là, il s'avère effectivement difficile de déterminer des voies d'amélioration de façon structurée et échelonnée, dont le PE peut être le support. Ce projet vient en réponse à un secteur des personnes âgées en pleine mutation.

## 1.2 Un secteur des personnes âgées en pleine mutation

C'est un truisme que de déclarer l'environnement médico-social et sanitaire en pleine réforme. L'hôpital local, de par la double nature de son activité, est peut-être plus encore qu'un autre type d'établissement, concerné par cette évolution. La réforme peut être définie comme le fait de vouloir « *établir dans une forme différente et meilleure ce qui est institué* », mais aussi de vouloir « *corriger en supprimant ce qui est nuisible* » (sens ancien)[27]. Cependant, mon lieu de stage n'est pas seulement invité à se réformer, il doit également et parallèlement songer à diversifier ses activités, telles celles mentionnées par la circulaire du 28 mai 2003[28]. Réformer et éventuellement développer de nouvelles activités nécessitent d'entamer un processus de changement. Il s'agit maintenant de mettre en lumière les motivations présidant à cette mutation du secteur des personnes âgées, puisque c'est celui qui nous intéresse particulièrement. Elles sont de nature différente. J'en distinguerai deux, en sachant que les raisons qui sous-tendent cette évolution reposent en outre, sur une modification, lente mais réelle, de nos représentations de la vieillesse :

- un nouveau cadre réglementaire et législatif,
- l'émergence, puis l'affirmation d'un usager de plus en plus exigeant.

[27] Définition du dictionnaire Hachette encyclopédique, édition 2002.
[28] cf note 10

### 1.2.1 Un nouveau cadre réglementaire et législatif insistant sur l'affirmation des droits et libertés de l'usager…

A) Les apports des décret et arrêté du 26 avril 1999[29]

Le secteur médico-social gérontologique a fait l'objet d'une réforme de la tarification qui vise à instaurer une identification des coûts liés à la dépendance, aux soins et à l'hébergement. Elle a également pour objet, au travers de la mise en place de la convention tripartite, de faire une place à la réflexion sur les droits et libertés des personnes accueillies, dans le cadre du projet d'établissement et de la démarche qualité. Celle-ci, guidée par un cahier des charges défini au niveau national, doit aborder tous les aspects de la vie de l'institution. Ces engagements seront matérialisés dans un projet institutionnel, que l'article 12 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, nomme PE[30]. Il devient donc un document obligatoire dans lequel figurent les engagements pluriannuels (cinq ans) de l'établissement, l'amenant ainsi à dépasser une gestion quotidienne dans laquelle il s'était partiellement enfermé, faute notamment, comme nous l'avons vu précédemment, de ressources humaines suffisantes. Ce cahier des charges se décline en diverses catégories de recommandations[31] qui invitent chaque établissement à revisiter sa politique et ses pratiques en vue d'améliorer la qualité de vie des résidents avec une insistance particulière sur la qualité des espaces, la qualité des relations avec la famille et les amis, la qualité des personnels exerçant dans l'établissement.

B) La qualité de vie préconisée par les textes de 1999 est renforcée et complétée par une affirmation des droits et libertés de l'usager : présentation des lois de 2002

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a, entre autres objectifs, d'affirmer et de promouvoir les droits de l'usager, afin de le replacer au cœur du dispositif et, selon les motifs du projet de loi, de lui conférer une « *pleine citoyenneté* ». Elle fait désormais l'objet d'une nouvelle section du Code de l'Action Sociale et des Familles, intitulée « Des droits des usagers du secteur social et médico-social », et correspondant aux nouveaux articles L. 311-3 à L. 311-9. L'exercice de ces droits « *est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* », c'est-à-dire

[29] cf note 1
[30] Article L.311.8. du CASF.

recevant une prestation de service, ce qui renvoie à la notion d'usager, que nous aborderons plus loin sous l'angle d'une croissance de ses attentes à l'égard de la structure l'accueillant. De cette loi, j'ai dégagé une typologie « personnelle » des droits. Je propose de distinguer les droits correspondant au respect de la personne humaine tels que la dignité, l'intégrité, la vie privée et l'intimité, des droits s'appliquant aux relations usager-institution, eux-mêmes à distinguer, selon qu'ils se rapportent à un temps chronologique précis ou à un aspect particulier de la vie institutionnelle :

- le moment de l'entrée, qui exige notamment une information[32] sur les droits fondamentaux de l'entrant (signature d'un contrat de séjour),

- la relation usagers-personnels, qui doit reposer sur une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité, le consentement éclairé, la confidentialité des informations les concernant,

- la relation usager-administration, qui s'articule notamment autour des droits suivants que sont le libre-choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, la distribution d'un livret d'accueil.

J'ai bien conscience de l' « arbitraire » et des limites de cette typologie qui n'a cependant pour autre ambition que de constituer une grille de lecture des droits et libertés de l'usager. Elle m'a aidé à appréhender la situation qui leur était faite au sein de mon lieu de stage.

*Ressemblances et différences entre ces deux lois*

Si les lois du 2 janvier et du 4 mars 2002 se rejoignent sur de nombreux points (rappel des principes fondamentaux traditionnellement rattachés à la condition humaine, auxquels s'ajoutent les droits au libre-choix, à une prise en charge de qualité, la recherche du consentement éclairé), elles présentent quelques différences telles la participation directe de l'usager, ou de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne[33], qui apparaît en effet comme spécifique du secteur social et médico-social, sauf à le comparer avec le droit reconnu à la personne malade de prendre, «*avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et*

[31] Bulletin Officiel n° 99/17 du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, pp. 2-8.
[32] CASF, article L 311-3, 6°.
[33] CASF, art. L. 311-3 7°.

*préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »[34]. Cette participation directe ne figurait pas dans le projet initial ; elle fut introduite par les députés à la demande des associations ! Comme le libre-choix et le respect du consentement, elle se rattache à la conception de l'usager, acteur de sa prise en charge.

En outre, elles n'ont pas prévu les mêmes instruments juridiques, ni les mêmes instances de protection de l'exercice de ces droits. Une spécificité du secteur social et médico-social réside en effet dans l'obligation pour l'établissement ou le service de conclure avec la personne accueillie ou son représentant légal un contrat de séjour ou document individuel de prise en charge[35]. La mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS)[36], organe consultatif, s'inscrit dans la même logique de participation des usagers que le contrat de séjour, et peut être éventuellement rapprochée des mesures favorisant la représentation des usagers dans les établissements de santé (pouvoir délibérant au sein des conseils d'administration des EPS, notamment). Ces deux instruments visent le même objectif qui consiste à placer l' « usager au centre » du système le prenant en charge. La question qui pointe est de savoir si le droit a entériné une évolution de fait, ce qui est généralement le cas, ou s'il vise plutôt à précipiter celle-ci. La loi du 4 mars semble prendre en compte une tendance forte en faveur d'un développement des droits du patient. Par contre, il me semble que celle du 2 janvier « anticipe » davantage une évolution considérée par certains comme nécessaire, qu'elle ne l' « entérine », voire ne l' « accompagne ». Quoi qu'il en soit, force est de constater l'émergence d'un usager de plus en plus revendicatif et exigeant, à l'origine de cette nouvelle législation à intégrer par l'établissement.

### 1.2.2 …qui l'institue « au centre du système » le prenant en charge

La problématique de l'usager au centre connaît un fort développement et une « actualité » riche. On entend habituellement par «usager », toute personne dont la situation justifie l'intervention des services publics sociaux, médico-sociaux et sanitaires, puisque c'est le secteur nous intéressant. Cette définition est sans doute un peu restrictive car elle n'intègre que les personnes concernées directement, laissant de côté leurs proches, parents ou amis, qui entretiendront à des degrés divers des relations avec l'institution. C'est pourquoi, il

[34] CSP, art. L. 1111-4.
[35] CASF, art. L. 311-4.
[36] CASF, art. L. 311-6.

semble justifié d'étendre cette notion d'usager à «*toute personne qui établit un rapport d'utilisateur à l'institution* »[37].

Si l'on insiste autant sur la place que doit occuper l'usager, c'est sans doute et certainement que celle qui lui est faite ne répond plus à ses nouvelles aspirations. V. Larmignat ne pense pas autre chose quand elle écrit que « le *réaménagement des rapports entre les usagers et les institutions se heurte encore souvent à l'absence totale ou partielle de culture et de pratiques démocratiques dans les établissements, et parfois à la négation de droits pourtant déjà acquis* »[38]. Si la tendance actuelle vise objectivement à leur accorder une place importante dans le fonctionnement de nos institutions, il convient de passer rapidement « à l'action » sous peine de n'en rester qu'à de belles et brillantes incantations. Comme le dit M. Laforcade, «*les professionnels ont la responsabilité d'éviter que le leitmotiv «remettre l'usager au centre» ne vire au lieu commun dans son acception la plus péjorative, celle du discours dominant qui tient lieu d'action* »[39].

Nous sommes en réalité passés d'une relation paternaliste à un modèle autonomiste. Ce constat vaut non seulement pour la relation médicale, dont il a été fait grand écho, mais également pour un établissement médico-social, à des degrés divers cependant, et fonction du type de population accueillie : les usagers deviennent de plus en plus exigeants, souhaitent le plus souvent être informés, et associés aux décisions les concernant. Dans le secteur gérontologique, les « revendications » des résidents sont souvent représentées par leur entourage. Il incombe à l'établissement les accueillant de favoriser leur expression, et ce, dans la perspective d'une amélioration du service rendu, qui doit prioritairement s'appuyer sur des attentes exprimées par les intéressés eux-mêmes ! Les droits des personnes âgées n'ont été que lentement reconnus. On arrive progressivement à un changement de statut qu'il ne leur ai peut-être pas si facile d'assumer. En tout état de cause, le directeur doit veiller à une prise en compte plus importante de leur parole.

A) Une affirmation progressive des droits des « personnes âgées »

---

[37] Janvier, R., Matho, Y. (1999) *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, p.3.

[38] Larmignat, V (2002) Participation des usagers. Déjouer les pièges de la rhétorique. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2247, pp. 37-38.

[39] Cité dans l'article de Valérie Larmignat, Participation des usagers. Déjouer les pièges de la rhétorique. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2247, cf note 6.

« *Le droit des usagers n'est ni une contrainte, ni un nouveau gadget à la mode, c'est une opportunité pour inventer de nouveaux rapports sociaux* »[40]. Pourtant, on est en droit de se demander si en parler autant n'est pas « trompeur », si « *l'usager serait de plus en plus au centre de nos discours parce que de moins en moins au centre de nos pratiques ?* »[41].

Je retiendrai cinq temps concernant l'évolution des droits des personnes âgées :

- le 17 ème siècle qui a été celui du Grand Renfermement, pendant lequel toutes les personnes indésirables, dont les vieillards indigents, ont été enfermées dans les hôpitaux. Cette indifférenciation s'estompa progressivement au profit de prises en charge plus spécifiques en fonction de la population hébergée,

- c'est ainsi qu'une circulaire de 1899 souligna la nécessité de distinguer l'hôpital de l'hospice ; temps de l'assistance inauguré par la loi de 1905 relative aux vieillards, infirmes et incurables,

- le rapport Laroque de 1962 marqua la prise de conscience et le rejet d'une marginalisation des vieillards dans une société en pleine expansion économique,

- la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. « *Durant les 25 dernières années, le secteur des personnes âgées a été dominé par des évolutions concernant les modes d'intervention des structures, le développement et l'articulation des métiers et des professions. S'il était censé en tirer bénéfice, la personne voyait cependant son statut « produit » par le fonctionnement de l'institution : il en dépendait* »[42]. Cette date charnière correspond à un progrès incontestable de l'action en faveur des personnes âgées, mais ne contenait quasiment aucune disposition relative à leurs droits (sauf en matière de participation, et seulement pour les établissements associatifs et ceux, privés à but lucratif, conformément à l'article 17 qui instituait les Conseils de Maison),

- la loi n° 2002-2 enfin, soumet les institutions d'hébergement des personnes âgées à un système étendu d'obligations, comme vu précédemment, tendant à définir les prestations auxquelles les usagers sont en droit d'attendre.

---

[40] Janvier, R., Matho, Y. (1999) *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, p.
[41] Humbert, C. (2002). *Les usagers de l'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires ?* Paris : L'Harmattan, p. 9.

J'ai néanmoins conscience que la reconnaissance effective des droits de la personne âgée prendra du temps et dépendra largement de la façon dont l'établissement les appréhende. La lucidité n'empêche cependant pas l'action. J. Afchain[43] identifie trois approches différentes du droit des usagers en établissement :

1. l'institution se voit imposer les règles concernant ce droit, par les textes. La personne accueillie peut être perçue comme une menace,

2. par une prise en compte du droit de l'usager, on tente de moderniser les fonctionnements et les pratiques de la structure,

3. inscrire l'usager en tant que citoyen dans un rapport social, au même niveau que le professionnel d'action sociale. Elle donne l'opportunité à l'institution d' « *inventer de nouveaux rapports sociaux* », notamment par l'analyse des pratiques professionnelles.

Il faut cependant garder à l'esprit que les nouvelles générations, contrairement à leurs devancières, seront informées de leurs droits. Elles risquent de la sorte d'être beaucoup plus vigilantes sur la situation qui leur sera faite au sein de nos institutions. J'ai notamment eu l'occasion de m'en apercevoir lors des rencontres que j'ai eues avec quelques familles, le plus souvent les enfants (déjà en retraite) des personnes que l'hôpital hébergeait[44]. Il convient donc dès à présent de prendre en considération la parole du « vieux »[45].

---

[42] Fabre, B. (2003) Du sujet protégé à la référence institutionnelle : l'usager au centre du contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 43, p. 46.

[43] Afchain, J. (1997) *Les associations d'action sociale : outil d'analyse et d'intervention*. Paris : Dunod.

[44] J'ai en effet appelé plusieurs familles (9) afin de les avertir de mon souhait d'entreprendre un mémoire sur le respect des droits et libertés de leur parent par mon lieu de stage (c'était mon idée de départ). A ma grande surprise, toutes ont accepté de me rencontrer, et ont estimé notre rencontre intéressante. Il s'agissait selon leurs dires d'un signe d'ouverture de l'établissement vers des personnes qui le côtoient plus ou moins régulièrement. J'ai relevé au cours de nos discussions une véritable envie de leur part d'être sinon associés à son fonctionnement, au moins tenus informés des projets en cours. J'ai également remarqué une grande retenue de leur part, comme une sorte d' « appréhension » de rentrer en contact avec un représentant, même temporaire, de l'hôpital. Cela me renvoie à la notion de sanctuaire de F. Dubet, quand il évoque les métiers qui exigent « un travail sur autrui », les infirmières, les éducateurs, les enseignants…

[45] Si je conviens que ce terme peut choquer, j'en assume le choix pour deux raisons au moins :

- l'appellation « personne âgée », en supprimant le genre féminin ou masculin du sujet constitue une forme de castration,
- cette même appellation, en catégorisant, ignore l'hétérogénéité de cette période de la vie, la singularité de chaque individu.

B) Favoriser la parole des personnes âgées : un principe noble à convertir en acte

Reconnaître et faciliter la parole signifie la prise en compte par l'institution d'une singularité de la personne. On est à l'opposé de l'« *institution totalitaire* » conceptualisée par E. Goffman, où le comportement de l'individu est enserré dans une multiplicité de règles dont il n'a pas la maîtrise, et où toute déviance par rapport à celles-ci est immédiatement aperçue et sanctionnée pour que le bon fonctionnement de l'institution ne soit entravé.

La loi n° 2002-2 insiste sur l'expression de la parole de la personne, qui souffre d'un manque criant de considération à l'intérieur de nos établissements, héritage d'un fonctionnement jusqu'ici très paternaliste. Ce phénomène est peut-être encore davantage accentué dans les établissements accueillant des personnes âgées. En effet, cela est certainement lié à nos représentations de la vieillesse, faisant que leurs avis, opinions, expression ne sont que rarement « relevés ». Si cette loi indique le chemin à emprunter, je m'interroge tout de même sur l'avenir qui sera fait à cette volonté affichée de recourir à la parole du « vieux ». Comme l'atteste certains sociologues de la santé, la parole de la personne soignée (et la personne âgée est encore souvent perçue comme malade) ne peut être considérée comme un indicateur crédible aux yeux des professionnels de la santé (Freidson, 1984). Cette parole « *se heurte au paradigme médical, qui contraint le professionnel à mettre à distance tout ce qui pourrait atténuer l'objectivité de son savoir-faire. Dans ce contexte, la dépendance constitue un enjeu important puisque la présence plus nombreuse de professionnels médicaux et paramédicaux pourrait renforcer la non prise en compte de la parole des vieux, au nom des impératifs « scientifiques » du paradigme médical, qu'accentuent les impératifs gestionnaires* »[46].

En outre, il convient de dissocier « espaces de parole » (exemple du CVS, où la parole est représentée) et « individualisation » de celle-ci. Quand j'utilise ce terme, je pense à la parole quotidienne, qui implique une écoute véritable pour parfois être saisie. En effet, quel est l'intérêt de créer des instances de représentation, si la parole quotidienne n'est pas entendue, « saisie par l'intelligence », ce qui la distingue de l'écoute proprement dite. Cela demande du temps, de la patience, certains pré-requis, notamment à l'égard des personnes démentes (leur parler en face-à-face, ne pas s'adresser à eux sur un mode impersonnel).

a) *Difficultés et limites de la mise en œuvre d'un tel principe*

Les difficultés tiennent au fait que :

- certaines des personnes âgées ne parlent plus, ou tiennent des propos incohérents, en particulier celles atteintes de démence. Il convient néanmoins de rester prudent quant à la prise en considération des volontés de ces personnes : si elles sont atteintes d'une démence sévère, leur participation directe au projet les concernant s'avèrera évidemment impossible. Par contre, et dans la mesure où la démence, notamment de type Alzheimer, est diagnostiquée de plus en plus précocement, il semble possible et souhaitable d'inclure le résident dans la prise de décision le concernant. Des études anglaises et américaines[47] sur une population de déments à des stades légers et modérés viennent de démontrer qu'ils sont capables de s'exprimer de façon cohérente. A partir du moment où un individu fait preuve de discernement, plus aucun obstacle ne s'oppose à ce qu'ils participent aux décisions les concernant. Pourtant même lorsqu'ils s'expriment encore, il est fréquent d'assister à des «substitutions de volonté », la famille répondant à la place du principal intéressé. Les professionnels, en s'adressant à la famille ou aux proches, plutôt qu'à la personne, entretiennent cette fâcheuse tendance,

- ce sont des générations qui n'ont, le plus souvent, pas été habituées à s'exprimer librement.

La difficulté d'application d'un tel principe ne doit toutefois pas cacher les dérives possibles qu'il peut contenir.

b) *Dérive possible*

Il ne faut pas confondre la parole utilitaire, celle qui s'inscrit dans un registre fonctionnel et permet au professionnel d'agir grâce aux informations contenues dans la parole, avec la parole « libre ». Cette dernière correspond à la partie cachée de l'iceberg[48], qui exige : une véritable écoute, d'adresser la parole «gratuitement », de reconnaître l'autre comme un véritable interlocuteur (image positive de soi), indépendamment de son état de santé, de son degré de dépendance. Le manque d'écoute et d'attention peuvent être considérées comme une forme de maltraitance, au même titre que les mauvais traitements physiques. En aucun cas, le devoir du « *faire parler* » ne doit succéder à celui du « *faire-faire* ». La parole utilitaire, efficace est celle où, à coups d'entretiens, de questionnaires, d'enquêtes, le professionnel

---

[46] Puijalon, B., Argoud, D. (1999) *La parole des vieux*. Paris : Dunod, pp.171-172

[47] Tyrrell, J., Genin, N., Gherardi, S., et al. (2003) *La question du libre-choix chez les personnes âgées démentes*. Rapport à la Fondation de France, CPDG, UPMF, Grenoble 2, p. 67.

[48] Puijalon, B., Argoud, D. (1999) *La parole des vieux*. Paris : Dunod, p. 187.

tire son interlocuteur sur son propre terrain en lui demandant de valider sa démarche. Le vieux n'est alors perçu que comme un usager, un client, un consommateur, sommé de dire ses besoins et exigences ! La parole est un vecteur d'expression des désirs, servons-nous en ! Le désir est une demande qui ne correspond à aucun besoin. Or, il faut bien admettre que l'institution est d'abord au service d'elle-même et du personnel, avant d'être à celui de ses résidents. Il suffit, pour mettre en évidence ce constat de repérer dans la vie quotidienne ce qui émerge des désirs en dehors des besoins. L'exemple des repas, dont nous avons parlé en groupe de travail sur le projet de vie, est éclairant. Si le besoin des résidents est satisfait sur un plan quantitatif, et plutôt bien, nous ne connaissons rien de leurs désirs, en terme de présentation de l'assiette, d'un plat qui les ravirait particulièrement et que la cuisine serait en mesure de leur préparer et de leur servir, lors d'une occasion particulière, telle que leur anniversaire. Qu'il soit client, consommateur, usager, le résident serait vraisemblablement sensible à une telle attention.

### C) Une hésitation permanente entre usager, consommateur et client

Le sujet, selon F. Dubet[49], se manifeste toujours sous un double aspect à l'égard de l'institution : sujet éthique, que les institutions doivent respecter et restituer à lui-même, sujet égoïste, conscient de ses intérêts et qui doit pouvoir se comporter comme un usager ou un client des institutions. Le sujet éthique est bien accueilli, car il élargit la vocation émancipatrice et humaniste des institutions qui procède d'une culture des droits de l'homme peu contestée. Par contre, l'arrivée des « clients » est quasi unanimement réprouvée. Les usagers seraient agressifs et revendicatifs, ils « *affirmeraient leurs droits et oublieraient leurs devoirs, traiteraient les professionnels comme des « vendeurs » et changeraient de boutique quand ils sont mécontent*s »[50].

Pour prendre position dans ce débat, il peut être intéressant de distinguer ce qui par rapport au statut de l'usager, relève du statut de coproducteur et de consommateur d'un service (qualité des repas, des chambres), de ce qui relève du statut et des droits du citoyen (dignité lors de la toilette, sécurité), qui doivent être les mêmes quelle que soit le type de structure « choisie ». L'exemple du contrat de séjour illustre parfaitement le « tournant » où, usagers et institutions les accueillant, se situent. Il introduira inévitablement de nouvelles relations entre les deux parties. La lenteur de parution du décret d'application est significatif des

[49] Dubet, F. (2002) *La crise de l'institution*. Paris : Le Seuil, p. 73.
[50] Dubet, F. (2002) *La crise de l'institution*. Paris : Le Seuil, p. 74.

enjeux que ledit contrat recèle. Il ne saurait être un contrat administratif, dont la caractéristique est le pouvoir de résiliation et de modification unilatérales de la part de l'administration ; ce n'est pas le but poursuivi par la loi du 2 janvier 2002 ! « *Actuellement, même si la nature juridique du contrat de séjour laisse quelque doute sur son rattachement à un contrat spécifique répertorié, il est certain en revanche que ce document est de nature contractuelle et que les contractants doivent exécuter le pacte qui leur sert de loi* »[51]. La finalité est certes de « *rééquilibrer les rôles entre le professionnel et l'usager. Mais on aurait tort de penser que l'usager, comme un consommateur, sera le client-roi. En effet, le professionnel restera celui qui délimite le cadre du débat. Il aura toujours la possibilité, au regard de sa responsabilité de refuser le service sollicité par l'usager. C'est là la différence importante entre la situation de consommateur, de client, et la situation d'usager d'un établissement. Le prestataire de services dans notre secteur devra toujours évaluer les capacités de la personne, la nécessité de l'acte* »[52]. De toute façon, tendre vers une relation de clientèle s'avèrera-t-il favorable aux personnes accueillies ? De plus, le « *client-roi* » l'est-il réellement, notamment dans notre secteur où l'offre créé certainement plus la demande que l'inverse ?

D) Un statut pas si confortable qu'il n'y paraît de prime abord

Il convient de se méfier de ce qui apparaît de prime abord comme une « avancée » favorable à l'usager, car son nouveau « statut » est très exigeant. Ainsi, assumer ses décisions peut parfois être moins confortable que de s'en remettre à un expert, à qui l'on accorde sa confiance ! Pour résumer le changement profond qui élève au rang de principe indiscutable l'autonomie de l'individu, j'aime la formule de F.Dubet : « *l'acteur est un entrepreneur de lui-même* »[53]. L'obligation d'être libre, d'être maître et souverain de soi-même présente une face plus sombre, car si chacun est libre et placé dans les conditions de manifester cette liberté, chacun devient aussi responsable de ce qui lui arrive.

Si je reprends à nouveau l'exemple du contrat de séjour, sa généralisation dans nos établissements constitue une étape importante dans les rapports qu'ils auront dorénavant avec les usagers. «*Quittant une situation statutaire que certains trouvaient trop étouffante, mais qui était très protectrice, l'usager devient un acteur libre et autonome de déterminer ses*

[51] Lhuillier, J.M. (2003) Le contrat de séjour. *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, 43, p. 56.
[52] Lhuillier, J.M. (2003) Le contrat de séjour. *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, 43, p. 56.
[53] Dubet, F. (2002) *La crise de l'institution*. Paris : Le Seuil, p.70.

*besoins. Mais la loi a souvent comme vertu de protéger au regard d'une liberté qui profite fréquemment au plus fort. Il convient de trouver un juste équilibre entre des attitudes opposées, toutes deux selon nous négatives. D'un côté, le contrat serait un outil de contrainte de l'usager, de l'autre une simple prestation commerciale* »[54]. Face aux nombreuses mutations du secteur, l'établissement a désormais l'obligation de revoir certaines de ses pratiques.

## 1.3 L'hôpital local doit changer en vue de répondre à ces nouvelles exigences : quelques notions théoriques sur le changement et l'outil-projet

Afin de poser un regard « documenté » sur celles-ci, il m'a semblé indispensable de recourir à quelques références théoriques sur les modalités « préconisées » de changement, ainsi que sur l'outil utilisé par mon lieu de stage pour y parvenir, le projet, en l'occurrence d'établissement. Pour cela, je m'inspirerai largement des ouvrages de Françoise Kourilsky-Belliard[55], de Jean-Pierre Boutinet[56] et de P. Lefèvre[57].

### 1.3.1 Qu'est-ce que le changement ?

« *Et si c'était la manière de mener les réformes qui, sinon bloquait, ralentissait le changement* ? »[58] s'interroge Françoise Kourilsky-Belliard. Je conserve cette interrogation à l'esprit, qui guidera en partie mon analyse des résultats de l'enquête menée auprès des personnels de l'établissement sur leur perception du processus de changement engagé.

A) Définition

Le changement peut être défini comme une « *action humaine, sociale et technique liée à un processus historique d'évolution plus ou moins lente. Il implique une action directe ou*

[54] Lhuillier, J.M. (2003) Le contrat de séjour. *Actualité et Dossiers en Santé Pub*lique, 43, p. 56.
[55] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod.
[56] Boutinet, J.P. (2001) *Anthropologie du projet*. Paris : PUF.
[57] Lefèvre, P. (2003) *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod.
[58] ibid, p. 189.

*indirecte des individus ou des sociétés, et s'élabore par des effets naturels ou culturels contribuant à modifier les équilibres et à préparer de nouvelles formes d'appréhension de la vie, des relations et des échanges. Le changement peut être initié par une action progressive, par des bouleversements ou des états de crise subis, ou prévus et organisés* »[59]. En aucun cas, il ne peut être imposé du dehors comme le dit M. Crozier dans l'acteur et le système : « *le changement réussi ne peut être la conséquence du remplacement d'un modèle ancien qui aurait été conçu par des sages quelconques. Il est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées voire crées les ressources et capacités des participants, nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux, dont la mise en œuvre permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain, et non comme une machine* »[60]. Il en existe de plus différents types.

B) Deux types de changement : homéostasie versus évolution

Tout système vivant, humain ou social, est régi par deux tendances fondamentales, l'une allant vers l'évolution, l'autre vers l'homéostasie, encore nommée « *stabilité dynamique* ». Elles entretiennent un rapport dialectique, source de complexité de la conduite du changement. F. Kourilsky prend l'exemple du management des entreprises, et constate que « *la plupart des changements accomplis résultent moins de bouleversements ou de l'évolution du système « entreprise » que d'infimes processus routiniers d'adaptation* »[61]. De tels changements, relevant de l'homéostasie, ne peuvent générer l'évolution d'un système, participant au contraire à sa permanence.

G. Bateson, membre de l'école de Palo Alto, a été le premier à distinguer ces deux types de changement : l'homéostasie, qu'il appelle changement 1, qui intervient à l'intérieur du système étudié, et l'évolution, changement 2, qui est un changement affectant et modifiant le système lui-même.

Le changement 1 permet au système le maintien de son homéostasie, son équilibre : « *la modification s'opère simplement au niveau des éléments du système* »[62]. La boutade « *plus çà change et plus c'est la même chose* » illustre ce changement de type 1. Dans certains cas, ce type de changement s'avère insuffisant et le système entre en crise « *lorsqu'il ne*

[59] Lefèvre, P. (2003) *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, pp. 182-183.
[60] Crozier, M., Friedberg, E. (1977) *L'acteur et le système*. Paris : Le Seuil, p. 338.
[61] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, p. 6.

*parvient plus à réguler ses échanges par ses mesures habituelles d'autocorrection et d'ajustement* ». Si tel est le cas, et pour éviter au système de tomber malade, un changement de type 2 s'impose. Une métaphore, empruntée à P. Watzlawick[63], permet de comprendre la distinction entre ces 2 changements : le changement 1 peut être comparé à l'accélérateur de la voiture, qui permet d'accélérer, tout en conservant le même régime ; le changement 2, au contraire, suppose qu'on recourt au levier de vitesse afin de changer de régime. Face à une côte (un changement de contexte tel un usager dont les exigences vont croissantes, ou un accueil de personnes démentes de plus en plus nombreuses), si le conducteur n'accélère qu'un peu plus, il risque de caler. S'il change de régime par contre, il aura toutes les chances de gravir cette côte ! « *L'accès au changement 2 nécessite que les règles régissant le système subissent des transformations* »[64]. Si l'on reprend l'exemple de l'accueil des déments, mon lieu de stage va devoir non seulement adapter ses pratiques (puisque l'accueil est déjà effectif et non véritablement « maîtrisé »), mais également anticiper un flux qui ira croissant, de personnes présentant ce type de pathologie (l'augmentation de la prévalence de cette maladie chez les sujets âgés est désormais une certitude). L'établissement doit dès à présent, réfléchir à un aménagement spécifique de ses locaux, former les personnels à la prise en charge de cette population, prévoir l'actualisation de leurs connaissances d'une pathologie dont il reste encore beaucoup à découvrir. Concomitamment au type de changement à opérer, le directeur doit afficher la façon d'y parvenir.

### C) Modes d'intervention possible : le changement ne se décrète pas

Je me réfère ici à Patrick Lefèvre[65] qui distingue trois modes d'intervention concevables, en sachant que le premier mène fréquemment à l'immobilisme :

- l'introduction du changement par le sommet hiérarchique. Le chef d'établissement procède soit personnellement à l'analyse du problème et au choix de la solution, soit recourt à un consultant externe. Il décide, ou fait sienne, la décision qui est ensuite communiquée et appliquée unilatéralement,

---

[62] Ibid, p. 7.
[63] Membre éminent de l'école de Palo Alto
[64] Ibidem, p. 9.
[65] Lefèvre, P. (2003) *Guide de la fonction de directeur des organisations sociales et médico-sociales.* Paris : Dunod, pp. 190-191.

- l'introduction du changement par la base. Ce sont ici les niveaux « inférieurs » de la hiérarchie qui prennent ou se voient attribuer la responsabilité du processus de changement. Ils opèrent les phases de diagnostic, d'inventaire de solutions et de choix, qui sont ensuite intégrées par la direction,

- introduction par responsabilité partagée correspond à la voie intermédiaire entre les deux extrêmes précédents. Direction et personnels travaillent ensemble au diagnostic des problèmes, à la recherche des solutions, aux choix et à leur mise en œuvre. Cette démarche est souvent plus longue que les précédentes, car elle exige qu'un certain consensus se soit formé. Par contre, elle présente l'avantage d'aboutir le plus souvent à une application rapide. Le temps de préparation est généralement plus long, mais une fois le consensus dégagé, l'application est plus aisée que dans les cas précédents.

Mon lieu de stage oscille entre les premier et troisième modes. D'abord engagée sur une voie « hiérarchique » et unilatérale, la direction s'est recentrée sur des modalités de concertation, de participation relevant davantage de « la responsabilité partagée », qui renvoie à une production collective du changement. Les membres de l'organisation ne peuvent plus être considérés comme de simples exécutants. Le changement requiert du temps et des conditions propices. Il n'existe pas de « jour J », mais une préparation plus ou moins lente, une forme de maturation du changement s'avère indispensable : les réalités nouvelles, avec leurs incidences sur les pratiques, supposent inévitablement un temps d'ingestion variable selon que le changement modifie profondément ou non les habitudes.

Les facteurs clés du changement pourraient être résumés ainsi : adhésion et implication des personnels, de même qu'un changement de regard sur la réalité. Quand Kourilsky, F. évoque le désir de changer comme clé de réussite, Crozier, M. et Friedberg, E. insistent quant à eux sur la notion d'apprentissage du changement, qui suppose que les acteurs découvrent et acquièrent de nouvelles capacités collectives, de nouveaux modes de raisonnement, faisant que le changement ne saurait se réduire à une décision du sommet.

### 1.3.2 Comment s'y est-on pris à l'Hôpital Local depuis janvier 2004 ? Mode d'intervention et méthode choisis

Comme je l'ai déjà signalé, les premiers groupes de travail du PE se sont réunis à la fin du mois de février 2004. Préalablement à leur mise en place, la direction avait évidemment procédé à une « campagne » de communication sur la nécessité et l'intérêt du PE. Par une lettre d'information initiale (annexe 5), les agents ont été conviés à des séances, appelées « flash-infos sur le PE » (annexe 6), dont le but était de leur faire prendre conscience des enjeux de celui-ci pour l'avenir de l'hôpital. Ce fut aussi l'occasion de leur annoncer les échéances qui se présentaient à l'établissement, en insistant particulièrement sur le passage en EHPAD programmé pour le 1er janvier 2005 et la visite d'accréditation prévue au cours du 1er trimestre 2006, horizon de temps qui a pu apparaître lointain pour certains. Afin que tous puissent assister à l'une de ces séances, cinq leur ont été proposées, dont une pour les agents travaillant de nuit. La méthode a rencontré un relatif succès en termes de fréquentation, puisqu'environ une centaine de personnes a participé à cette réunion, sur un effectif total de 137 agents, tous statuts confondus. A l'issue de celles-ci, ils étaient invités à s'inscrire au sein d'un groupe de travail : projet de vie, projet de soins, projet des services et moyens logistiques, projet social, projet architectural. Le coordonnateur du PE tient par ailleurs les personnels informés de l'état d'avancement dudit projet par le biais de lettres d'information (annexe 7).

L'appropriation du changement est un processus long, constituant cependant la condition indispensable d'un changement « réussi ». La phase de « maturation » du PE de mon lieu de stage m'est apparue trop brève. Cependant, cette appropriation n'est pas exclusivement conditionnée par la phase de préparation. C'est ainsi qu'elle dépend grandement non seulement de la méthodologie de changement adoptée, mais aussi de la nature de celui-ci (l'outil-PE est à lui seul un changement important, indépendamment des propositions qu'il contiendra), de la personnalité des dirigeants (or l'établissement connaît actuellement certains bouleversements en matière de personnels d'encadrement), de l'histoire de l'organisation.

L'enquête qui suit a pour objectif, grâce à la connaissance de l'avis des personnels sur la préparation et la conduite du PE, de mettre en exergue quelques unes des origines possibles des résistances au changement. Je pense qu'inviter les agents à exprimer leur sentiment sur ce thème du PE peut être un recueil très intéressant d'informations, et ce, dans la perspective de faciliter leur appropriation dudit projet.

# 2 POUR DETERMINER L'APPROPRIATION DU PROCESSUS DE CHANGEMENT : UN RELEVE DE L'OPINION DES PERSONNELS SUR L'ANNONCE ET LA CONDUITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

## 2.1 Méthodologie d'enquête retenue

J'ai procédé à une enquête (questionnaire joint en annexe 8), auprès de l'ensemble des personnels de l'établissement[66]. A titre d'information, la pharmacienne contractuelle de l'établissement a reçu le questionnaire envoyé à l'ensemble des agents, même si elle relève du statut des personnels médicaux. Les cadres-infirmiers ont répondu dans la catégorie « services administratifs ». La méthodologie retenue se décompose en dix-sept étapes[67], réparties en quatre « moments » :

*Les préalables*

- définition de l'objet général de l'enquête,
- les moyens disponibles,
- les recherches préalables,
- la détermination des objectifs précis de l'étude.

*La préparation de l'enquête*

- la liste des informations à retenir,
- la détermination de la population à interroger,
- la construction de l'échantillon,

[66] J'avais élaboré un questionnaire pour les médecins autorisés à intervenir au sein de l'établissement, que je leur avais transmis lors de la CME du 4 juin 2004. Cependant, leur participation n'ayant pas été à la hauteur de mes espérances, je n'exploiterai pas ici les réponses qui m'ont été retournées.

[67] Audigier, G. (1992) *Marketing et action commerciale*. Paris : Dunod, p.25.

- le choix du mode de collecte,
- la rédaction et le test du projet de questionnaire,
- la rédaction du projet définitif.

*L'enquête proprement dite*

- la formation des enquêteurs,
- la réalisation de l'enquête,
- le contrôle des enquêteurs et des réponses obtenues.

*Les résultats*

- le codage des questions,
- le dépouillement des questionnaires,
- l'analyse des résultats,
- la rédaction du rapport d'étude.

Certaines étapes, inadaptées à mon étude, ne seront pas développées. C'est ainsi que n'ayant pas de budget pour cette étude, je ne traiterai pas des moyens disponibles. Ne seront pas abordés non plus la liste des informations à recueillir, la formation et le contrôle des enquêteurs.

## 2.2 Les préalables

### 2.2.1 Définition de l'objectif global

Connaître le sentiment des personnels quant à la préparation et la conduite du changement mené par l'hôpital local, par le prisme du PE. Je pars du postulat que ces deux phases conditionnent l'appropriation du changement par les agents. Leur expression sur celles-ci permettra sans doute de mettre en exergue des facteurs de résistances, sur lesquels la direction pourra « travailler » afin d'y remédier.

### 2.2.2 Recherches préalables

La recherche bibliographique sur les thèmes du « changement », de la « démarche-projet » et mon « expérience » de terrain, en tant qu'observateur à certains moments, en tant qu'acteur à d'autres (exemple du projet de vie) m'ont permis de préparer cette enquête par questionnaire. Je me suis également renseigné auprès de collègues, afin de compléter ma « vision » des voies et modalités de changement empruntées dans des établissements similaires à mon lieu de stage.

### 2.2.3 Détermination des objectifs précis de l'étude

Confirmer, infirmer ou compléter les hypothèses émises, à savoir de déterminer si le changement entraîne des résistances de par sa nature même, ou si celles-ci sont plutôt corrélées à la façon de le conduire.

## 2.3 Préparation de l'enquête

Préalablement à l'élaboration du questionnaire d'enquête, j'ai mené quatre entretiens auprès de quatre agents, chacun représentant un grade différent : un cadre infirmier, une infirmière, une aide-soignante, un agent des services hospitaliers. Il s'agissait pour elles de me faire part, au cours d'un entretien semi-directif, de certaines de leurs préoccupations, évidemment en lien avec le thème qui nous intéressait. Il en est ressorti des remarques le plus souvent communes. Un seul agent, aide-soignante, a évoqué la loi 2002-2. Elle avait effectivement conscience du changement qu'allait entraîner cette loi et m'a invité à l'intégrer au questionnaire, ce que je n'avais pas prévu initialement.

J'ai également utilisé l'expérience acquise suite au questionnaire que j'avais réalisé en mars 2004, dans le cadre du projet de vie (annexe 9). Je me suis aperçu que les questions ouvertes, apparemment assez simples, n'avaient été que peu renseignées. Ce constat m'a donc incité à élaborer une questionnaire essentiellement fermé. La question 13, relative au rôle des personnels dans le processus de changement, m'a été inspirée par les commentaires réalisés dans ce même questionnaire puisque trois personnes m'avaient fait remarquer le manque d'insistance sur le rôle primordial qui leur échoit.

En tout état de cause, ces quatre rencontres ont contribué à me fournir un cadre, à l'intérieur duquel j'ai bâti mon questionnaire.

### 2.3.1 Détermination de la population à interroger

Les personnels internes à l'établissement, indépendamment de leur statut (titulaires, stagiaires, contractuels…), constituent la population-cible, échantillon composé de 137 personnes.

### 2.3.2 Protocole de la collecte

J'ai décidé d'effectuer l'enquête par questionnaire auto-administré. Ce choix présente un certain nombre d'avantages… :

-un respect de l'anonymat qui favorise des réponses « sincères »,
-l'influence de l'enquêteur est réduite à sa formulation des questions,
-un temps de réflexion laissé à l'enquêté,

et d'inconvénients :
-un taux de réponse généralement faible,
-un délai de « retour » relativement long, que je n'ai pas vraiment respecté dans mon étude, puisque je l'ai fixé à une semaine (début de la diffusion des questionnaires le vendredi 4 juin pour un retour demandé le 11 juin, finalement prolongé au lundi 14),
-le fait de ne pouvoir éventuellement préciser certains aspects d'une question qui serait rebelle à la compréhension, ce qui exige d'élaborer son questionnaire de la manière la plus claire et lisible possible.

J'ai recouru à diverses voies de diffusion de mon questionnaire, même si je me suis appuyé essentiellement sur deux temps qui m'apparaissaient « privilégiés », ceux des transmissions et de la « pause-café » matinale. Je suis passé au moins à deux reprises dans chacun des services, ce qui m'a permis de rencontrer la majorité des personnels. J'en ai évidemment profité pour leur demander de bien vouloir avertir leurs collègues de l'existence de ce questionnaire, de l'intérêt qu'ils avaient selon moi à le renseigner. J'en ai donc déposé un certain nombre dans chacun des services, accompagnés d'une feuille d'émargement, afin de connaître le nombre de personnes à l'avoir prélevé. Quant aux personnes en arrêt maladie lors de la semaine de « diffusion », elles ont reçu l'enquête par voie postale.

### 2.3.3 Rédaction et test des projets de questionnaire

La rédaction a exigé beaucoup de temps, de rayures, de questionnements sur la pertinence ou non de telle ou telle question. Le « testeur » m'est apparu indispensable pour vérifier la clarté de mes formulations, la compréhension de mes questions, éventuellement me faire part de modifications qu'il jugerait opportunes. J'ai fait le choix de m'adresser à deux personnes extérieures à l'établissement, deux aide-soignantes qui ont « validé » le

questionnaire : l'une travaillant pour une structure privée, l'autre pour une maison de retraite publique.

### 2.3.4 Rédaction définitive du questionnaire

Le questionnaire ne comporte que des questions fermées (14), le plus souvent constituées sur un mode binaire (9 questions). S'il a le défaut de la simplification, ce type de question a cependant l'avantage d'amener les personnes à prendre position. Les autres questions (5) proposent au moins trois réponses.

Un questionnaire pas totalement fermé toutefois, puisque les questions 5, 6, 9 et 13 invitent l'interrogé(e) à éventuellement mettre sur papier :

- les raisons faisant qu'il n'a pas souhaité participer aux groupes de travail (question 5),
- les raisons faisant qu'il ne se sent pas concerné par les projets en cours de l'établissement (question 6),
- les points qu'il aurait ou souhaiterait aborder dans le cadre d'une formation sur le PE,
- les points sur lesquels la direction aurait pu insister en matière de rôle à tenir par les agents dans le processus de changement.

## 2.4 Réalisation de l'enquête

J'ai joint au questionnaire une note (annexe 10) dont l'objet consistait à me situer personnellement en tant qu'enquêteur, à expliquer la motivation de celui-ci, à exposer l'intérêt commun que nous pourrions en retirer. Je garantissais enfin un « retour » sur réponses pour le lundi 28 juin 2004, par l'intermédiaire d'une synthèse des résultats affichée dans chacun des services.

### 2.4.1 Résultats

120 des 137 agents ont eu le questionnaire en leur possession, soit 88%. Sur ces 120, 102 ont répondu, soit un pourcentage de retour de 85%, correspondant à 74% de l'ensemble des personnels. La participation a donc été très satisfaisante. J'ai procédé au dépouillement dès le mardi 15 juin, et me suis servi pour cela d'un tableur EXCEL (annexe 11).

### 2.4.2 Analyse des résultats de l'enquête

Les pourcentages de participation à l'enquête par grade et/ou service sont les suivants :

- l'ensemble des personnes constituant la catégorie «services administratifs » ont répondu,
- 12 des 20 personnes des services techniques et logistiques, soit 60 %,
- 50 des 56 agents des services hospitaliers, soit 89%, fort pourcentage peut-être dû au fait que ces agents ne bénéficient généralement pas de beaucoup d'autres vecteurs d'expression,
- 20 des 37 aides-soignants, soit 54%,
- 12 des 16 personnes de du groupe « infirmier, personnels médico-technique, éducatif et pharmacienne », soit 75%.

Je vais maintenant procéder à l'analyse des réponses des personnels au questionnaire que je leur ai adressé. J'analyserai celles-ci de façon globale, puis éventuellement, en fonction des grades et/ou services, si des tendances propres à l'un d'entre eux se révèlent sensiblement différentes de la tendance générale dégagée.

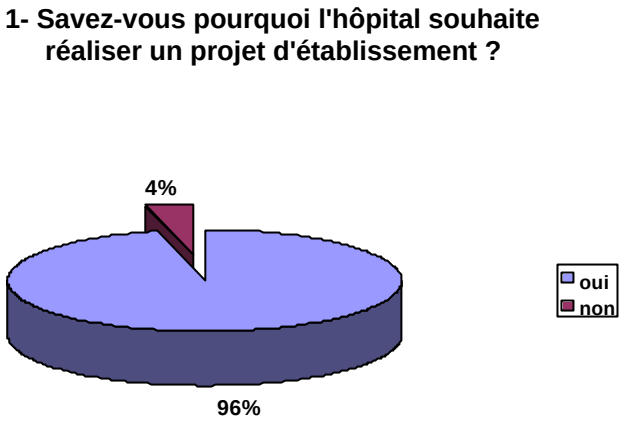
Je ne réaliserai pas de commentaires question par question, ce qui s'avèrerait peu approprié. L'analyse sera établie en fonction des thèmes suivants, dans la perspective de mettre en évidence des éléments susceptibles de freiner l'appropriation du PE :

- la phase de préparation du PE a-t-elle été satisfaisante ? Or, la prise de conscience de la nécessité de changer conditionne en grande partie la réussite d'une entreprise, quelle qu'elle fût (questions 1,2,3,4,8),
- cerner les raisons de leur non participation aux groupes de travail du PE (questions 5 et 6),
- leur opinion sur les délais fixés pour l'élaboration dudit projet (questions 7 et 8), de même que sur ses chances d'aboutissement, en termes de répercussions sur les conditions de vie des résidents et sur leurs conditions de travail (question 11),
- leur désir ou non d'être « formés » à l'utilisation de l'outil-projet (question 9),

- leurs positions quant à une ouverture plus importante de l'établissement sur les usagers (question 10) et quant à la finalité du PE (question 14),

- recueillir leur avis sur les conditions d'organisation mises en œuvre par la direction, en vue de favoriser leur participation et leur implication au sein des groupes de travail (questions 12 et 13).

A) La conscience de la nécessité du changement dépend grandement de la phase de préparation de celui-ci

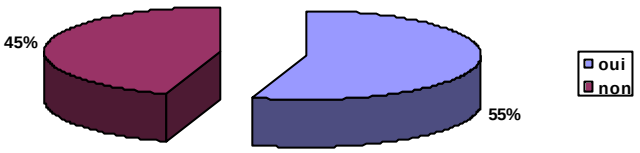



L'objectif de la question n°1 était de savoir si les agents avaient le sentiment de connaître les raisons amenant l'établissement à élaborer un projet d'établissement. 96% d'entre eux ont répondu par l'affirmative. J'avais pensé initialement leur demander de citer une ou plusieurs raisons, mais y ai finalement renoncé. Je craignais que du fait d'éventuelles difficultés d'expression écrite, ils me répondent par la négative sous ce seul prétexte. J'appuie cette hypothèse sur mon « expérience du projet de vie » précédemment évoquée. Il est évident par contre, que les réponses fournies m'auraient éclairé sur le caractère qualitatif de l'information délivrée par l'établissement.

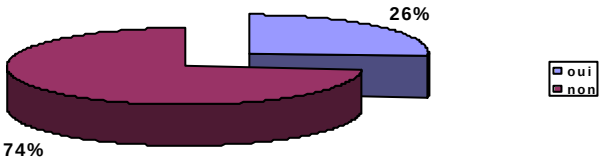
Toutefois, ce qu'il m'importait de savoir ressort de cette question 1 : les personnels pensent connaître les raisons d'être du projet d'établissement. J'en déduis donc qu'ils estiment les informations délivrées par la direction, et exposant les raisons du changement, comme globalement suffisantes, pertinentes et adaptées. Je suis d'ailleurs plutôt agréablement surpris par cette forte expression en faveur du « oui », car il me semblait qu'au sortir des « flashs info », beaucoup d'entre eux semblaient déconcertés par les propos qui y avaient été tenus. Mon impression était donc vraisemblablement infondée. Je remarque cependant qu'un membre du groupe « infirmier » estime ne pas savoir pourquoi l'hôpital local entame un projet d'établissement, ce qui serait d'autant plus dommageable si celui-ci est infirmier. De part la petite taille de l'hôpital local, il incombe en effet aux infirmiers de jouer un rôle

moteur parmi les équipes. Or, je doute qu'il soit rempli si cette personne ignore les raisons amenant l'hôpital à élaborer un PE. Si Vaillancourt, R.[68] considère que les personnels n'ont pas toujours besoin de connaître la raison d'être du changement, je pense quant à moi préférable de veiller à ce que l'ensemble des agents en soient informés. Il estime, pour justifier sa position, que les motivations du changement n'ont pas toujours toute la conviction nécessaire pour mobiliser l'ensemble d'une organisation, qu'il peut suffire de préciser la direction de ce changement pour qu'il se réalise...

**2- Avez-vous connaissance de la loi n° 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ?**




**3- Avez-vous connaissance de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ?**




[68] Vaillancourt, R. (2000) Réflexions autour de la perception du changement organisationnel. *Les Cahiers de l'Actif* , 292-293, septembre-octobre 2000. p. 65.

Les questions n°2 et 3 apportent néanmoins un bémol, à ce sentiment que les raisons du changement sont connues. En effet, les deux lois de 2002 restent majoritairement ignorées des personnels, or leur contenu va conditionner pendant de nombreuses années les politiques menées par les établissements sanitaires et médico-sociaux. De plus, celle qui concerne peut être le plus l'hôpital local, est la plus méconnue, et ce quasiment par les trois quarts des agents (74%). En effet, la loi du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale concernera prochainement 91 % de l'activité, c'est-à-dire lors du passage d'une partie de l'établissement en EHPAD.

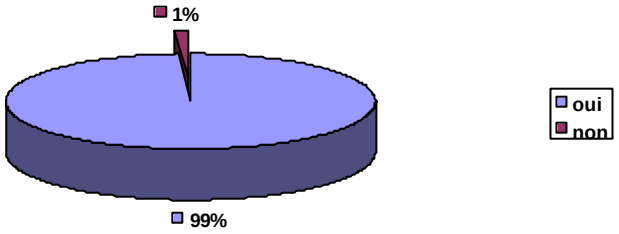
Il est intéressant de distinguer la méconnaissance importante de cette loi en fonction des services et/ou grades. Elle est connue à 75% par les services administratifs qui bénéficient d'une culture « administrative » qui les sensibilise aux aspects légaux et réglementaires du fonctionnement d'un hôpital local. Il faut bien admettre que cette loi reste très « intime » pour les autres services. Les résultats sont tout de même étonnamment bas. Notons qu'en pourcentage, le groupe infirmier arrive en avant-dernière position, juste devant les agents des services techniques et logistiques, puisqu'ils sont seulement 2 sur 12 à connaître son existence ! Les services administratifs exceptés, les agents des services hospitaliers sont les plus nombreux (28%) à connaître l'existence de cette législation ! Pourtant, le manque de formation et de qualification des agents relevant de ce grade est souvent déploré, et mis en avant pour expliquer certains des dysfonctionnements de l'institution. Pourtant, il existe apparemment au sein de l'hôpital local des agents « curieux » de découvrir l'évolution de leur environnement, même si la connaissance « approfondie » de la loi 2002-2 n'a pas été testée au sein de ce questionnaire.

Concernant la loi du 4 mars 2002, les services administratifs disent la connaître autant que la précédente. Elle est également très majoritairement connue des aide-soignants (70%) et des infirmiers[69] (75%), contre un sur deux pour les agents des services hospitaliers. Enfin seulement 16% des personnels des services techniques et logistiques en ont entendu parlé, pourcentage très faible.

Ces résultats semblent a priori aisément explicables. Que cette législation soit majoritairement connue des services administratifs ne me surprend pas, car ils sont au plus proche des «conversations du bureau », qui ont inévitablement tourné autour d'elle à un moment donné. Les infirmiers, que je croyais naïvement naturellement informés des nouvelles législations concernant leur domaine d'activité, ne sont que 9 à en avoir entendu

parlé ! Un tel pourcentage est préoccupant, quand on sait le rôle qu'ils doivent tenir au sein d'une équipe, et que j'ai évoqué précédemment. S'il est vrai que la direction n'a pas communiqué sur cette loi, l'établissement est tout de même abonné à des revues spécialisées telles que «*Le métier de soignant en gériatrie* » ou «*La revue de l'aide-soignant* », disponibles et consultables au sein de l'ensemble des services. Si je peux regretter un manque de communication et d'information de la direction, je peux également regretter le manque d'initiative personnelle des infirmiers sur cet aspect particulier qu'est l'actualisation de leurs connaissances. Il ressort de cette question un manque évident de curiosité de leur part. Je suis par ailleurs plutôt surpris de la connaissance de cette loi par les agents des services hospitaliers, pensant qu'ils seraient très minoritaires à en avoir eu vent. Quant aux services techniques et logistiques, il ressort un cloisonnement net des activités au sein de l'institution, et même s'ils ne sont pas en contact direct avec les résidents et patients, je pensais tout de même qu'ils seraient plus nombreux à en avoir eu connaissance.

**4- Etait-il indispensable pour l'établissement de revoir certaines de ses pratiques professionnelles afin de mieux répondre aux attentes des patients et résidents?**




Comme l'établissement n'avait que peu anticipé cette évolution législative, pourtant en gestation depuis quelques années, ce cadre est aujourd'hui l'occasion d'en faire un moteur de changement, d'autant plus que la quasi-unanimité des personnels (99 %) sont convaincus de la nécessité pour l'établissement de revoir certaines de ses pratiques (question 4). Ce sentiment partagé est bien la preuve que tous considèrent que des améliorations sont à apporter, indépendamment de leur connaissance ou non des nouvelles exigences légales.

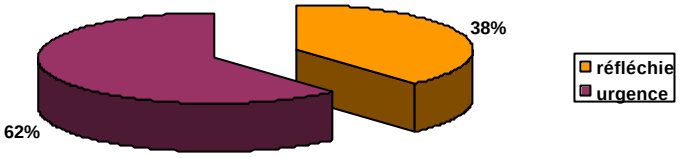
Les propos de R. Vaillancourt tempèrent mon jugement, peut-être sévère, qui consiste à dire que l'hôpital a insuffisamment anticipé l'évolution de son environnement : en effet, « *le signal*

---

[69] Lorsque le parle du groupe infirmier, j'y inclus l'ensemble des personnes qui constituaient la « catégorie infirmier, personnels médico-technique, éducatif et pharmacien ».

*de changement ne provient pas de la gestion mais du politique, et il faut du temps pour déterminer si ce signal de changement va se maintenir ou disparaître. Le gestionnaire attendra que le changement soit inscrit dans une loi, une directive afin de connaître les balises à l'intérieur desquelles il devra inscrire son organisation. Malheureusement, tout changement inscrit dans une loi sera obsolète lorsqu'il sera réalisé. Ce qui constitue la difficulté majeure pour la conduite du changement dans l'univers public* »[70].

**8- Avez-vous le sentiment que le projet d'établissement est plûtot une démarche réfléchie, ou menée dans l'urgence?**



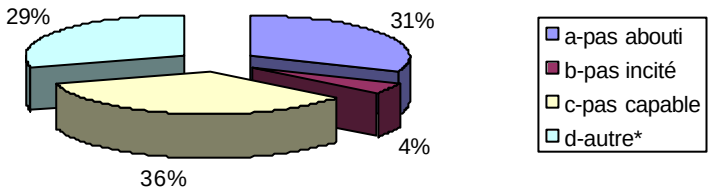

Quant à savoir si la démarche du PE est réfléchie depuis longtemps ou non (question 8), 62% considèrent qu'il s'agit d'un projet mené dans l'urgence ! Le groupe infirmier est le seul groupe à considérer la démarche réfléchie (58%). Je regrette de ne pas leur avoir demandé de me citer quelques éléments justifiant leur réponse. Il aurait sans doute été intéressant de cerner ce qu'ils entendent par ce terme d'« urgence ». D'une façon générale, je peux supposer qu'on leur demande de réaliser beaucoup en un temps qu'ils jugent insuffisant. Pourtant l'urgence peut avoir du bon, comme le pense Lefèvre, P. quand il aborde l'une des conceptions fondamentales de la réalisation du changement, qui est la « *stratégie coercitive* »[71]. En substance, il avance que l'initiateur du changement peut avoir intérêt, au moins à court terme, de «*faire usage de son pouvoir et à manipuler récompenses et sanctions pour forcer l'adhésion des destinataires* ». Si cette méthode peut engendrer des résistances, des tensions de la part des personnels, elle présente en contrepartie une économie d'énergie et de temps, faisant ainsi qu'elle ne doit pas « *être mésestimée, notamment dans les situations d'urgence* ». Personnellement, j'entends par « urgence », le fait que la direction n'a sans doute pas suffisamment anticipé les modifications de son

[70] Vaillancourt, R. (2000) Réflexions autour de la perception du changement organisationnel. *Les Cahiers de l'Actif,* 292-293, septembre-octobre 2000, pp. 66-67.
[71] Lefèvre, P. (2003) Guide de la fonction de directeur des organisations sociales et médico-sociales. Paris : Dunod, p. 190.

environnement (passage en EHPAD, accréditation, projet de restructuration, ou, plus en lien avec les pratiques professionnelles proprement dites, le fait que des thèmes de plus en plus souvent mis en avant ne soient pas travaillés au sein de l'institution tels celui de la volonté de réduction de la contention physique), et qu'elle se trouve désormais devoir conduire plusieurs « chantiers » parallèles, charge de travail conséquente qui aurait pu vraisemblablement être étalée sur davantage de temps. Or, je suis persuadé que la multiplicité des objectifs poursuivis nuit à la lisibilité de l'action, à sa compréhension par les agents, et par voie de conséquence à leur implication.

B) Raisons avancées pour justifier leur non-participation

**5- Raisons de leur non participation aux groupes de travail du PE**




59 personnes participent aux différents groupes de travail, soit 43% de l'ensemble des personnels de l'hôpital local de Bellême. J'attendais beaucoup de la question n° 5 qui invite les agents n'ayant pas souhaité s'inscrire, à m'en exposer les raisons. Sur ces 59 personnes, 57 ont répondu à mon enquête. Par déduction, sur les 78 agents ne participant pas aux groupes de travail, 45 ont rempli le questionnaire. Il existe donc un taux de participation à mon enquête différent selon que les personnels appartiennent à des groupes de travail (96%) ou non (58%) ! Il est important de souligner que 33 personnes qui ne se sont pas inscrites aux groupes de travail avaient là l'occasion de s'exprimer, sans qu'elles s'en saisissent.

L'analyse des réponses des 45 agents (dont trois ont donné 2 réponses), fait ressortir un point très positif, puisque seulement 2 d'entre eux déclarent ne pas avoir été incités à participer. Je suppose qu'ils considèrent non satisfaisante la qualité, voire la quantité des informations délivrées, notamment par le vecteur des « flash-infos ». 15 autres personnes

invoquent comme raison de leur non-participation, que des projets similaires ont déjà été menés dans le passé, mais déplorent qu'ils soient restés sans suite, dont 3 infirmiers sur 12, soit 25 % de ce groupe. Je dispose ici de deux explications possibles :

- les agents entendent parler d'un PE depuis 1996, sans qu'il voit le jour. Une autre tentative, elle aussi ponctuée d'échec, a été réalisée en 1998. 2002 quant à elle, a été l'année au cours de laquelle cette volonté d'élaborer un tel projet est réapparue, portée par un nouveau directeur. Ce n'est pourtant qu'à la fin de l'année 2003, en décembre exactement, que les personnels ont été informés des échéances qui s'imposaient à l'hôpital, et « symbolisées » par le PE. Ce bref rappel de l' « historique-PE » pourrait expliquer en grande partie les 15 réponses précédentes, même s'il n'est pas le seul,

- en effet, l'autoévaluation ANGELIQUE a été réalisée en janvier 2002 pour la partie médico-sociale. En reprenant le dossier, je me suis aperçu qu'elle avait donné lieu à une forte mobilisation des personnels, puisque quasiment les trois-quarts d'entre eux s'étaient inscrits aux groupes de travail, continuité de cette évaluation. Malheureusement, l'infirmière chargée de la coordination de ces groupes de travail est partie à l'école des cadres-infirmiers en septembre 2002, ce qui était pourtant une échéance prévue ! Personne n'ayant été désigné pour lui succéder, toutes les réflexions qui avaient émergé de ces groupes sont restées sans suite, au plus grand damne d'une majorité d'agents s'étant investis dans cette « aventure ». Ces personnels venaient en effet de réaliser un grand pas vers une « remise en cause », au moins partielle, de leurs pratiques quotidiennes. Car n'est-ce pas le plus difficile que d'amener les agents à se réunir autour d'une table pour aborder un thème qui risque fort de « bousculer » leurs habitudes ? Or l'on sait que toute personne agissant depuis de nombreuses années selon un certain nombre de principes et valeurs profondément ancrées, « *aura les plus grandes difficultés à les modifier, et a spontanément tendance à diriger et rejeter de nouvelles idées ou méthodes de fonctionnement, en vertu du principe de dissonance cognitive* »[72] (Dicquemare, D., 2000, page 83). Cette notion évoque l'idée d'un « *déséquilibre cognitif* », correspondant à la réception d'une information ou d'une idée qui contrarie ce qu'un individu sait ou pense déjà. Prenons l'exemple de la contention physique. Le fait d'informer les personnels que les chutes graves n'augmentent pas s'ils retirent les

[72] Dicquemare, D. (2000) La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu. *Les Cahiers de l'Actif*, 292-293, p. 83.

contentions physiques risque fort d'aller à l'encontre de leurs présupposés en la matière[73]! Cette dissonance s'exprime aussi dans ce que l'on nomme la « *rationalité limitée* », selon laquelle «*j'observe et retiens chez l'autre, seulement ce qui me confirme dans l'idée que j'ai déjà de lui* »[74]. Si je prends cette fois l'exemple des personnes atteintes de démence, la majorité des personnels pensera qu'il est impossible de communiquer avec elles, qu'elles sont «*dans leur monde* », monde qu'elle considère comme « parallèle », donc inaccessible !

En tout état de cause, abandonner subitement ces travaux de groupe a été extrêmement démobilisant. La direction leur a demandé de participer, d'imaginer certaines voies d'amélioration possibles de la prise en charge des personnes âgées, puis subitement, tout s'arrête, qui plus est, sans que des explications précises leur soient fournies. Je peux très bien imaginer que certains des personnels ont dès lors considéré cette volonté de changement comme une lubie, en réponse à un phénomène de mode.

Le jeu démocratique (personnels concertés), qui était à cette époque venu donner une légitimité à l'effort de changement que la direction avait proposé pour l'organisation, s'est trouvé ainsi « bafoué ». C'est une opportunité de ratée, car les personnels étaient alors plus ou moins disposés à revenir sur certains de leurs acquis, comme une remise en cause éventuelle d'une adaptation plus grande de leurs horaires de travail aux besoins de la personne accueillie. Il fut par exemple avéré que certaines plages horaires, de certains services, ne nécessitaient pas toujours autant de « présence-agent ». Ce constat est bien évidemment relatif aux autres périodes de la journée, et je ne voudrai pas que l'on croit mon lieu de stage « surdoté », ce qui est loin d'être le cas !

Je tiens également à signaler que, dans le cadre de cette autoévaluation, l'établissement a recouru à un consultant extérieur, qui faute sans doute de cahier des charges, n'a pas rempli sa mission. C'est également le cas d'une autre société à laquelle il a été fait appel pour l'élaboration de l'actuel PE, mais qui n'a, elle non plus, reçu aucun cahier des charges, aussi limité soit-il. Ses apports à l'élaboration du PE ont donc été quasiment nuls, et surtout très impersonnels ! J'ai en effet consulté différents collègues dont les établissements recourraient à cette même entreprise, et n'ai pas été surpris de découvrir qu'en dépit de quelques spécificités propres à chaque institution, une grande part de leurs propositions de PE étaient

[73] ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, octobre 2000, p. 12. Document disponible sur le site www.anaes.fr

similaires d'un établissement à l'autre. C'est ce que Jean-Pierre Boutinet nomme « *une des dérives pathologiques du projet* », qui consiste à opérer par mimétisme ou copie conforme. Le projet, plus ou moins imposé de l'extérieur, n'a pas le temps d'exploiter au mieux ce qui fait la singularité de la situation sur laquelle il est censé se greffer : « *les acteurs, au lieu de prendre ce temps long indispensable pour induire de la situation tout l'inédit qu'elle recèle, introduisent des éléments d'emprunt qui lui sont étrangers* »[75]. Le consultant n'est effectivement là que pour accompagner la démarche, et ne doit en aucun cas se substituer au directeur de l'établissement, seul capable de déterminer, évidemment en collaboration avec les personnels, les grandes orientations et les priorités de l'institution. De plus, j'ai observé que cette société travaillait selon un mode analytique, qui a suscité des résistances réelles de la part de la direction cette fois. C'est l'épisode de l'évaluation du secteur médecine qui s'est soldée par une note chiffrée « inquiétante », car sortie de son contexte et mal expliquée par le consultant. La conséquence a été un raidissement de la posture de la direction à l'égard de cette société, qui n'est plus ensuite que très peu intervenue. La « technique » de cette société m'est apparue très grossière, et je pèse mes mots. J'ai le sentiment que des interventions de ce type, sans connaissance véritable du lieu auquel elles s'appliquent peuvent occasionner des dégâts certains. Que des mots, des jugements portés, ici par l'intermédiaire d'une note, pourraient rapidement sabrer toute dynamique de changement. Je me souviens également de propos de Boutinet, J.P., qui non sans ironie, ressemblaient fort à une « petite flèche » à l'encontre de certains consultants, « *bien souvent incapables d'appliquer à eux-mêmes, ce qu'ils exigent de ceux qui leur font appel* » [76]. Pour Kourilsky-Belliard, F[77], cette méthode analytique n'est sans doute pas la plus adaptée pour mener un changement, de quelque nature qu'il soit. Elle consiste à rechercher les causes d'un problème (le « pourquoi »), à penser le présent à partir du passé subi, et à intervenir sur celui-ci. L'auteur préconise plutôt une démarche systémique, qui privilégie la question du « quoi » et des buts à atteindre : j'interviens sur le présent à partir du futur souhaité. Cette voie de changement correspond à cette idée que les buts d'une personne ou d'une organisation concernée, sont plus importants que les causes de leurs problèmes et dysfonctionnements, ce qui n'exclut nullement d'« *explorer le passé comme un enseignement et un réservoir d'apprentissages* »[78]. L'auteur, dans son chapitre intitulé

---

[74] Dicquemare, D. (2000) La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu. *Les Cahiers de l'Actif*, 292-293, pp. 83-84.
[75] Boutinet, J. P. (2001) *Anthropologie du projet.* Paris : PUF, p. 3.
[76] Boutinet, J. P. (2001) *Anthropologie du projet.* Paris : PUF, p. 3.
[77] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod.
[78] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, p. 91.

« *changer nos modes de pensée* »[79], reproche aux initiateurs du changement de formuler généralement leurs problèmes, non pas en les décrivant mais en les expliquant, ce qui selon elle, pipe la donne et les possibilités de résolution de ceux-ci. Cette manière de procéder nous conduit à confondre nos explications avec les données descriptives et factuelles du problème. Or, «*en management du changement, il est plus efficace d'identifier d'abord comment les choses et les êtres fonctionnent, et de définir des objectifs, plutôt que de prendre le risque de se laisser dériver dans des pseudo-explications interminables et toujours hypothétiques* ». Pendant qu'on explique, « *on se réfère généralement au passé et aux autres ; on énonce des jugements limitants, ou encore des vœux pieux qui vont précisément renforcer la passivité ou une rébellion stérile : en fait, on raisonne mais on ne réfléchit pas pour agir* »[80]. Une phrase fréquemment prononcée en institution pour personnes âgées illustre ce type de comportement : « *vu le manque d'effectifs et la charge de travail* (qui sont réels par ailleurs), *comment voulez-vous que nous puissions consacrer davantage de temps à communiquer avec le résident/patient ?* ». Cet auteur insiste également beaucoup sur le fait qu'un individu qui se sent remis en cause mobilisera ses résistances pour se défendre. Si le promoteur du changement met d'abord l'accent sur les défauts et les dysfonctionnements et cherche en premier lieu à les éliminer, il a toutes les chances d'activer les résistances du système et de le renforcer alors dans ses propres dysfonctionnements. Tout système humain a en effet fondamentalement besoin d'être reconnu et valorisé pour évoluer, ce que n'a vraisemblablement pas intégré la société censée accompagner l'établissement dans sa démarche « projet ».

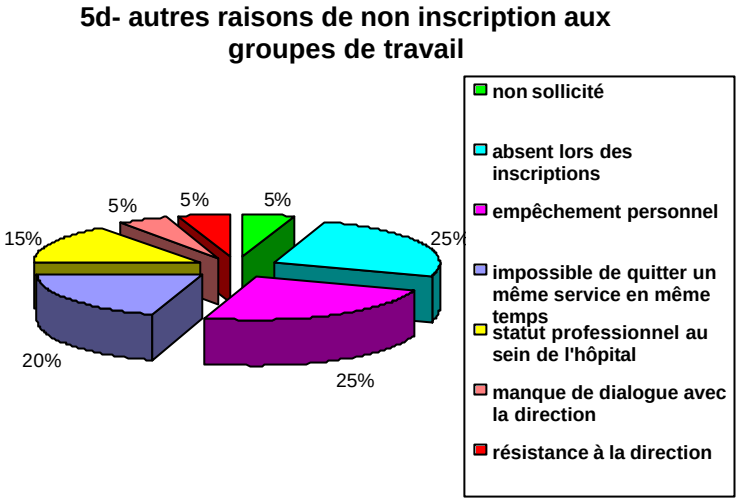
Une dynamique nouvelle est heureusement apparue avec l'arrivée d'un ancien membre de l'ANAES en novembre 2003, qui a apporté des compétences en termes de méthodologie, faisant que l'hôpital a finalement décidé d'élaborer seul le PE, délaissant pour un temps le consultant auprès duquel il s'était pourtant engagé. Ce choix relevait d'une stratégie visant à se « réapproprier » la démarche en interne. Au bout du compte, cette société ne sera chargée que de la mise en forme des contenus ressortis des différents groupes de travail du PE, et elle n'aura objectivement apporté aucune aide véritable à mon lieu de stage.

Autre raison invoquée par 17 agents pour « justifier » leur non participation, le sentiment de ne « *pas s'en sentir capables* » (prise de parole, travail d'écriture, relations entre agents…), dont 26% des ASH ayant répondu à l'enquête, pourcentage le plus important, tous services ou grades confondus.

---

[79] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, pp. 65-96.
[80] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, p. 89.

14 enfin, avancent au moins une autre raison (question 5d), 21 au total, et réparties de la façon suivante :




5 agents expliquent leur non inscription du fait de leur absence lors des inscriptions, ce qui me surprend. En effet, l'établissement a particulièrement insisté sur le fait que les participants étaient les bienvenus, et même s'il y a effectivement eu une période d'inscriptions auprès de la personne coordonnant le projet, il a bien été dit qu'elles restaient ouvertes « en permanence ».

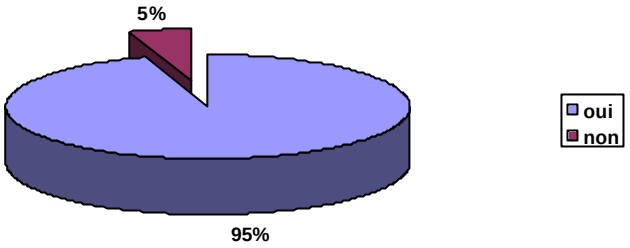
4 autres avancent comme argument l'impossibilité de quitter les services en même temps. Il s'agit maintenant de savoir si c'est un problème réel d'organisation au sein de ces derniers, ou si effectivement, il arrive un moment, où en raison d'une forte mobilisation des personnels, le responsable de service se trouve devant l'impossibilité de pouvoir satisfaire toutes les demandes de participation aux groupes de travail, engendrant ainsi des frustrations.

6 évoquent un empêchement personnel, dont des problèmes de santé ou de garde d'enfants, arguments que je ne cerne pas bien, puisque l'essentiel des temps de réunion a lieu sur le temps de travail.

3 agents des services hospitaliers arguent que leur non participation est due au peu de considération qu'il leur est portée.

Je note enfin qu'un infirmier refuse de participer au nom d'une résistance à la direction, sans qu'il n'en dise davantage. Ses dires illustrent une culture professionnelle de rapport de force entre patronat et salariés ; les deux sont pourtant « embarqués sur le même bateau ».

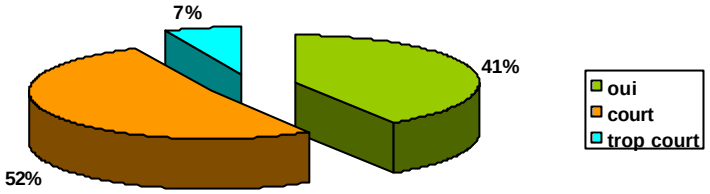
**6- Vous sentez-vous concerné(e) par les projets en cours?**




La question n° 6 vient en complément de la question précédente. En effet, le fait qu'ils se soient inscrits ou non est une chose, se sentir concerné par le projet en est une autre. Or il apparaît qu'à 95% les personnels se sentent concernés par le PE. Je relève aussi que deux infirmiers sur douze (16,7%) s'estiment non concernés par le PE, soit proportionnellement le plus fort pourcentage de tous les services confondus ! On peut en déduire qu'ils sont donc 97 « acteurs potentiels ». Encore faut-il se demander, cependant, si le nombre de participants aux groupes de travail n'est pas déjà suffisant ! Il serait possible de se satisfaire de ce statu-quo : plus de 40% des personnels s'investissent dans les groupes de travail et 95 % s'estiment concernés par ceux-ci. Il semble toutefois plus aisé pour les agents d'abandonner ou d'amender leurs habitudes de travail lorsqu'ils participent directement et activement aux groupes de travail.

C) Ce qu'ils pensent des délais fixés et des chances de réussite, en termes de répercussions positives sur leur travail et sur la qualité de vie des résidents

**7- L'hôpital s'est fixé comme objectif, en janvier 2004, de réaliser une proposition de projet d'établissement pour octobre. Considérez-vous ce délai "raisonnable"?**



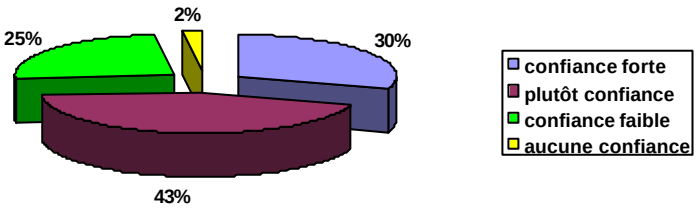

Il existe une légère contradiction entre les questions 7 et 8. En effet, 62% estiment la démarche non réfléchie (notion de réflexion en amont que n'intègre pas la question 7). La question n°7 montre que 41% des agents estiment les délais raisonnables, soit un pourcentage supérieur à ceux qui pensent la démarche réfléchie. Peut-être n'est-ce pas si contradictoire que cela La démarche peut être effectivement insuffisamment réfléchie, mais les délais fixés, relativement raisonnables.

La différence est certes peu importante, même si une certaine logique aurait voulu qu'ils soient moins nombreux à estimer le délai raisonnable, afin qu'il y ait concordance avec le sentiment que la démarche est réfléchie. Quoique la démarche puisse être réfléchie, mais que l'établissement agisse dans l'urgence par choix, ce qui, en l'occurrence, n'est pas le cas. Je pense qu'ils entendent parlé d'un PE depuis un certain temps, et même s'il n'y a pas d'actions concrètes encore mises en oeuvre, ils estiment tout de même la démarche réfléchie. Néanmoins je considère qu'une démarche, si elle est effectivement réfléchie, permet de se fixer des objectifs dans des délais perçus par l'ensemble des acteurs comme satisfaisants ! En clair, je considère qu'une démarche «mûrie » permet de travailler dans des délais plus adaptés aux objectifs fixés. Or, il me semble qu'il faille se préparer au changement. Pour s'y préparer, il convient de l'avoir anticipé. F.Kourilsky ne dit pas autre chose lorsqu'elle énonce *« qu'en l'anticipant et en l'imaginant au lieu de le redouter ou encore de le constater a posteriori, nous pourrions mieux orienter le sens à donner à notre*

*évolution et en être davantage l'acteur* »[81]. Toujours en rapport avec cette notion d' « anticipation », le changement paraît d'autant plus difficile à mettre en œuvre qu'il intervient tardivement par rapport à la prise de conscience des nouveaux enjeux. De plus, le fait de l'anticiper permet d'y procéder par petits pas, bien dirigés, paradoxalement à l'origine des grandes avancées, car ils *« évitent d'engendrer ces effets pervers des résistances ou des régressions dues à des enjambées surdimensionnées* »[82].

59% des personnels considèrent le délai comme court, voire beaucoup trop court. Les aide-soignants se différencient nettement des autres sur cette question puisqu'ils sont 85% à estimer le délai raisonnable ! Je n'ai ici aucune explication particulière pouvant expliquer un tel écart par rapport à la tendance générale. Les infirmiers se répartissent de façon égale sur les trois réponses proposées, révélant ainsi qu'une même information n'est pas toujours perçue de la même façon selon les auditeurs. Le groupe infirmier est le seul à largement considérer (33,3 %) que le délai est « *beaucoup trop court* ».

**11- Pensez-vous que les travaux réalisés dans le cadre des groupes de travail auront des conséquences concrètes et bénéfiques sur vos conditions de travail et sur la qualité de vie des résidents ?**




Initialement, je pensais ne proposer que trois possibilités de réponses : «*j'ai confiance* », « *j'ai modérément confiance* », «*je n'ai aucune confiance* », mais craignais que la majorité des réponses ne se porte sur l'intermédiaire «modérément », dont l'interprétation eut été difficile. J'ai donc préféré leur soumettre quatre choix possibles, qui me permettraient de dégager une tendance plus aisément, soit en faveur de la confiance, soit l'inverse.

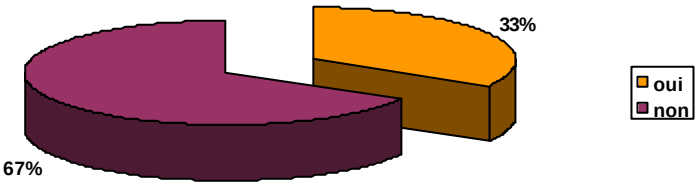
[81] Kourilsky, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, p. 5.
[82] Kourilsky, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, p. 6.

Il ressort des réponses une majorité en faveur du « *tout à fait* » et du « *plutôt confiance* », à 73%, chiffre pouvant apparaître comme a priori satisfaisant. Cependant, je retiendrai que 25 personnes sont plutôt pessimistes, et deux le sont complètement, puisqu'elles disent n'avoir « *aucune confiance* ». Il s'agit pour le directeur de faire en sorte que ces 25 personnes « basculent de l'autre côté », et de s'interroger sur les motivations amenant ceux-ci à verser dans un pessimisme, peut-être pas si injustifié que cela, au vu des projets précédents non aboutis!

Un groupe se démarque encore une fois de la tendance générale, celui des infirmiers, puisque c'est le seul à être majoritairement pessimiste, à plus de 58 %! A l'inverse, les personnels de « l'administration » et des services techniques et logistiques sont unanimement confiants ou plutôt confiants. Il y a là une césure nette entre les services soignants et les autres, sur laquelle la direction doit méditer !

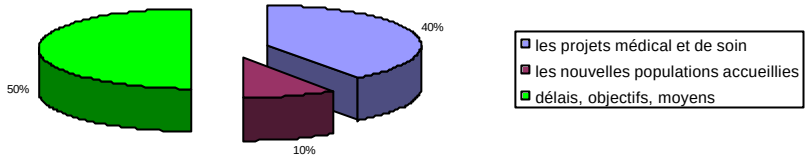
D) Expression ou non d'un besoin de formation sur la thématique « projet »

**9- Auriez-vous aimé participer à une formation sur ce qu'est le projet d'établissement?**




Un tiers des agents regrette qu'il ne lui ait pas été proposé de formation sur ce qu'est le projet d'établissement. Les deux « grades » les plus « demandeurs » sont les agents des services hospitaliers et les aides-soignants, respectivement 42 % et 35 % des membres de ces grades à s'être exprimés. A l'opposé, aucun agent des services administratifs n'éprouve l'utilité d'une formation sur cette thématique du projet.

**9a- Sur quels points auriez-vous aimé avoir des informations?**




Sur les 34 personnes ayant exprimé ce souhait de formation, seulement 10 ont évoqué des thèmes qu'ils auraient aimé voir abordés, ce qui n'est pas très représentatif des attentes de l'ensemble des agents estimant nécessaire une formation :

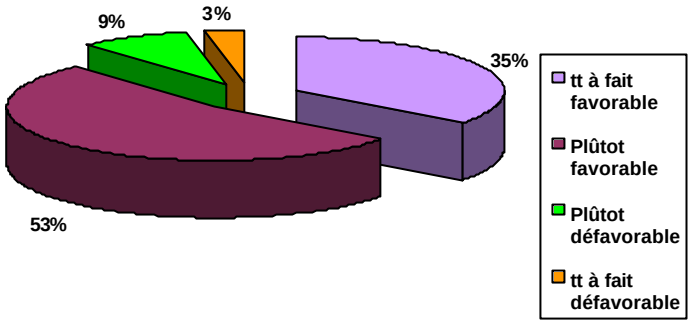
- 4 sur les projets médical et de soins,
- 1 sur les activités nouvelles prévues par la direction (hébergement temporaire, accueil de nuit…),
- 5 enfin, par rapport aux méthodes « préconisées » en matière de conduite du PE, plus précisément la manière de décider des objectifs, d'en fixer les délais (priorisation), ou le désir d'acquérir quelques notions relatives aux moyens d'évaluation de la réalisation ou non de ces objectifs.

24 personnes ont donc écrit vouloir suivre une (in)formation, sans qu'ils ne mentionnent toutefois quelque élément de son contenu. Ils expriment une envie « diffuse ». Ils ont vraisemblablement le sentiment qu'il leur manque des « données » afin d'être capables de participer pleinement à une telle démarche. Données qu'ils ne semblent pas capables de définir exactement. J'imagine très bien une phrase de ce type : « *je sais que je ne possède pas toutes les données me permettant d'être véritablement « acteur » ; de toute façon, et après tout, il incombe à la direction de savoir ce qu'il me faut pour être plus opérationnel…* ».

Cette envie diffuse doit être prise en compte. Implicitement cette volonté d'être (in)formé sur ce qu'est un projet démontre qu'un tiers des personnels se sent plus ou moins démuni face à lui.

E) Volonté, exprimée ou non, d'ouvrir davantage l'établissement aux usagers, et position des personnels quant à la finalité première du PE

**10- Faut-il associer les usagers et bénévoles à l'élaboration du projet d'établissement ?**

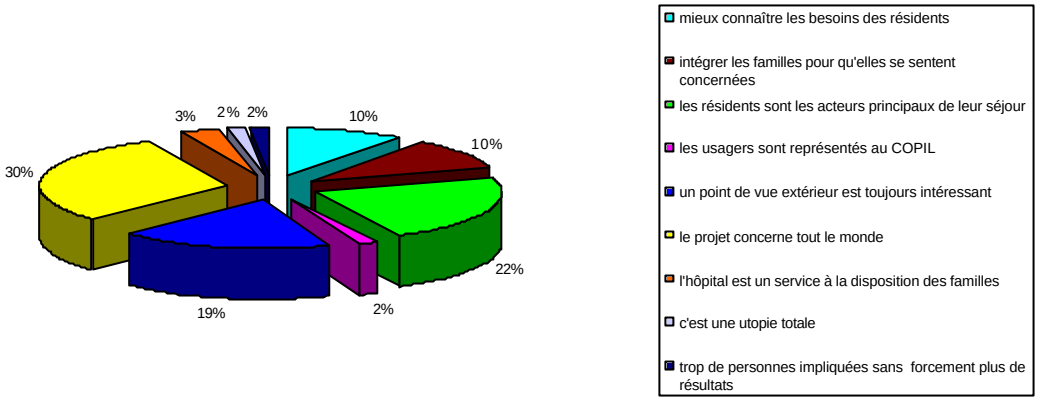



Les personnels sont «*tout à fait* » ou «*plutôt favorables* » à 88 %. 12 d'entre eux sont plutôt, voire absolument opposés à une association des usagers au PE, soit tout de même 12% des effectifs ! Je remarque aussi que les infirmiers constituent le groupe dont le pourcentage de personnes plutôt défavorables à un tel principe est le plus élevé (16,7%). Il convient cependant de relativiser ce chiffre, car ils n'y sont pas absolument «*opposés* », mais seulement « *défavorables* ». Les services administratifs sont les seuls à unanimement désirer associer les usagers au PE.

L'établissement sait désormais qu'il existe chez les personnels une volonté réelle d'ouverture sur l'usager, qu'il s'agit de satisfaire. Il serait de bon ton de rebondir sur cette forte expression pour faire du PE, l'outil d'une ouverture plus large. Je suppose que si les agents considèrent opportun une association des usagers au PE, ils la jugeront également nécessaire une fois celui-ci élaboré. C'était d'ailleurs l'objectif de ma question que de prendre l'exemple du PE comme «mesure » de la volonté d'ouverture des agents. Le PE étant déjà avancé, il me semble qu'il faille réfléchir à une association des usagers par un autre biais que ledit projet.

Même si des conflits surviennent inévitablement entre les familles et les agents notamment, cela n'empêche pas ces derniers de se prononcer en faveur d'une collaboration véritable avec elles. Leur association ne devrait pas a priori engendrer de résistances chez les personnels, très majoritairement favorables à une telle politique. J'avais également demandé aux agents d'exprimer les raisons de leur choix, quel qu'il soit. Seulement 53 personnes l'ont fait, donnant 59 réponses.

**10 bis- Raisons invoquées pour associer, ou non, les usagers à l'élaboration du PE**

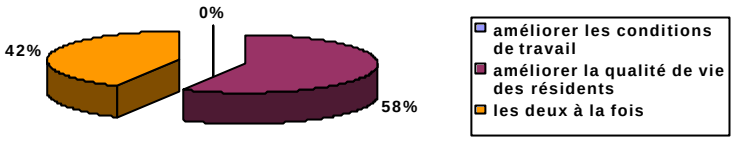



Sur ces 59 réponses, 18 expriment que le «*projet concerne tout le monde* ». 13 autres formulent l'idée que les « *résidents sont les principaux acteurs de leur séjour* », 11 qu'un « *point de vue extérieur est toujours intéressant* ». Cette phrase est très justement très « intéressante » : pourquoi utilisent-ils le terme « extérieur » ? Qui placent-ils derrière ce « *point de vue extérieur* » ? Je pense qu'ils pensent aux résidents, qui doivent au contraire être reconnus comme de véritables acteurs internes d'un tel projet, au même titre que les familles et bénévoles. C'est cependant assez révélateur d'une conception de fonctionnement propre à l'établissement. Ainsi seuls seraient des acteurs « intérieurs » les professionnels de l'hôpital local !

6 agents uniquement estiment que cette association permettra de connaître les besoins des résidents. Cela semble assez peu, et il resterait à savoir si ces 6 agents envisagent de recourir directement à la parole du vieux, sans passer obligatoirement par sa famille. Il est donc fort possible que les réponses à la question 10 auraient été sensiblement différentes si je n'avais cité que le résident comme usager, car j'ai l'intime conviction qu'un nombre encore conséquent d'agents pense l'association des personnes âgées comme un leurre, préférant souvent s'adresser directement à leur proches. Je tire cette perception de ce que j'avais perçu au sein du groupe de travail sur le projet de vie. Personne, en effet, n'avait pensé à consulter les résidents, indépendamment du thème de ce groupe ! Perception mise en évidence par un des infirmiers quand il considère cette participation comme une « *utopie totale* » ! J'atténuerai sa position, et pense qu'il s'agit plutôt d'un idéal vers lequel doit tendre tout établissement.

6 agents insistent particulièrement sur faire du PE un « *outil d'intégration des familles* ». 2 agents considèrent enfin l'hôpital, comme étant « *un service à leur disposition* ».

**14- Parmi les propositions suivantes, quelle est selon la finalité du projet d'établissement?**




58 % des agents considèrent que la finalité du PE est la qualité de vie du résident, bien avant leurs conditions de travail, qui n'ont jamais été cochées comme prioritaires, mais toujours associées, pour 42 % d'entre elles, au résident. Les réponses dénotent que l'unanimité des agents a « le souci » de la personne accueillie. Je suis étonné, car je pensais d'une part, que la majorité allait se porter sur « *améliorer les conditions de travail et la qualité de vie du résident* », ce qui n'est pas le cas, d'autre part qu'un certain nombre d'entre eux considéraient leurs conditions de travail comme prioritaires. En choisissant de répondre majoritairement pour le b., ils envoient un message fort à la direction, lui prouvant qu'ils ont pleinement conscience qu'ils sont là avant tout pour « satisfaire » la personne âgée, même si cette préoccupation est évidemment fortement corrélée aux conditions de travail des personnels. Je pourrais également déduire de ces réponses, même si cela peut s'avérer « aventureux », que les conditions de travail actuelles doivent être globalement ressenties comme satisfaisantes, sans quoi je pense qu'une majorité de personnes auraient coché, soit la réponse « *améliorer nos conditions de travail* », soit la réponse « *améliorer les deux à la fois* ».

F) L'établissement a-t-il favorisé la participation et l'implication des personnels ?

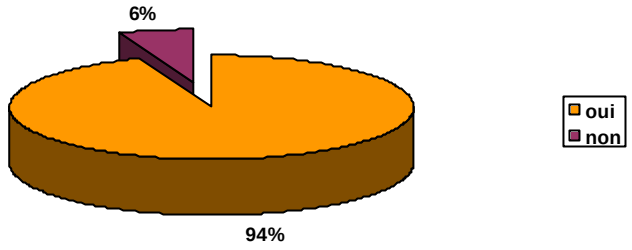
**12- L'établissement a-t-il facilité votre participation aux groupes de travail ?**

Une courte majorité des agents (55%) estime avoir été placée dans des conditions propices, afin de pouvoir participer aux différents groupes de travail relatifs aux divers projets composant le PE. Seulement 5 agents ont pourtant répondu précédemment qu'il leur était impossible de quitter le service en même temps (la question 5d leur demandait en effet les raisons de leur non participation aux groupes de travail, et autres que celles que je leur avais proposées). Je pensais donc que les réponses à cette douzième question seraient encore plus fortement en faveur du « *oui* », ce qui n'est pas le cas. J'en déduis également qu'un nombre important d'agents participant aux groupes de travail considèrent insuffisantes les « facilités » accordées par la direction à leur participation.

Les réponses sont très homogènes d'un grade et/ou service à l'autre, oscillant entre 48 et 52% , à l'exception du groupe des aide-soignants qui se différencie fortement des autres, puisqu'ils sont 70% à juger que l'établissement a facilité leur participation aux groupes de travail. Je ne possède pas d'explication précise à ce constat.

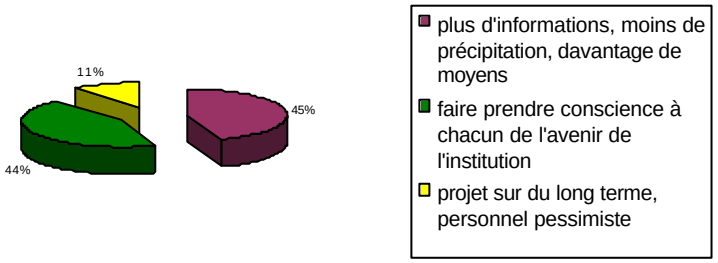
J'aurai dû leur demander d'argumenter leur réponse, d'expliquer pourquoi ils se sont prononcés en faveur du « *non* », car il manque un caractère qualificatif à cette question, et dont l'établissement aurait pu se servir pour remédier, au moins partiellement aux reproches implicites exprimés. Je ne peux désormais que « supposer ». Il me semblait que la direction avait été claire à ce sujet et qu'elle avait mis en œuvre des « mesures » censées favoriser cette participation. C'est ainsi qu'avait été affirmé le principe que celle-ci était évidemment facultative, mais la bienvenue, ce que les agents ont apparemment bien compris s'il l'on se réfère à la question n°13, puisqu'ils sont 94% à estimer que la direction avait suffisamment insisté sur leur nécessaire implication. Ils constituent en réalité les principaux acteurs du changement et ils en ont apparemment conscience.

**13- La direction a-t-elle suffisamment insisté sur le rôle important des personnels dans la constitution du projet d'établissement?**




Le temps consacré aux travaux de groupe fait bien évidemment partie intégrante de l'emploi du temps ordinaire du personnel. De même, les personnes en congé, étaient invitées si elles le souhaitaient à venir travailler en groupe ; ce temps personnel consacré au projet étant récupéré. L'objectif consistait à les inciter à prendre part aux différents projets, or je peux dire qu'il est partiellement atteint, et ce au regard du taux de participation de 43%.

**13 bis- Sur quel(s) point(s) la direction aurait-elle dû insister en ce qui concerne le rôle des personnels?**




La direction n'a pas assez insisté sur le rôle à tenir par les agents, pour 6 d'entre eux. Selon eux, les points sur lesquels ils eut été pertinent d'insister sont les suivants :

- la nécessité de davantage d'information, qu'elle soit plus claire,
- évoquer davantage l'avenir de l'institution, que chacun prenne conscience que son sort lui est en partie lié (propos sans doute tenus par des personnels recrutés localement et qui envisagent de rester à l'hôpital jusqu'à la fin de leur carrière).

### 2.4.3 Brève synthèse

Le premier point, sur lequel je voudrais insister, est le fort taux de participation des personnels à mon enquête, qui révèle indéniablement un besoin de s'exprimer, ce à quoi ils n'étaient pas habitués jusqu'alors.

D'une façon générale, les agents :

- sont quasiment unanimes pour dire que l'hôpital doit revisiter certaines de ses pratiques afin d'être davantage en adéquation avec les attentes et/ou besoins des personnes âgées ; la conscience de la nécessité de changer est donc réelle, de même que la cible que le PE est censé servir, à savoir le résident. La question reste maintenant de déterminer quelles pratiques revoir prioritairement,

- expriment une forte volonté d'associer les usagers au projet en cours.

Ce PE est le premier de l'hôpital local. C'est donc naturellement que la manière de le préparer et de le conduire est perfectible. Je pense avoir prouvé au cours de cette analyse des questionnaires, que l'établissement compte des personnels conscients de la nécessité pour l'hôpital de changer et se sentant concernés par le processus en cours. Il reste à favoriser leur participation, ce qui implique :

- de la part des responsables de service de pallier l'absence des participants aux groupes de travail pour assurer la continuité du fonctionnement des services,

- de promouvoir encore et encore un tel projet, qui n'est pas un exercice linéaire qu'il suffirait de planifier pour un déroulement harmonieux des étapes. Il est nécessaire de revenir sur ce que l'on a fait, de réexpliquer, d'encourager, de rappeler ce qui nous attend au bout de ce cheminement, dont la finalité est en définitive le « bien-être » des résidents, qui ne peut exister sans une amélioration de celui des soignants au travail.

Je pars du principe, qui vaut selon moi pour tout changement quel qu'il soit, qu'il est sans doute préférable de se fixer des objectifs suffisamment concrets, pour qu'ils puissent être rapidement réalisés. Cette preuve qu'un premier changement a pu être atteint, aussi modeste soit-il, est une façon de procéder plus dynamique, que de s'acharner à atteindre des objectifs inaccessibles. Pour reprendre une formule de Paul Watzlawick, citée par

Françoise Kourilsky-Belliard[83] : « *en nous efforçant d'atteindre l'inaccessible, nous rendons impossible ce qui serait réalisable* ».

Au terme de cette seconde partie de mon travail, qui confirme le sentiment personnel que j'avais eu lors de mon stage, je suis convaincu que les agents de l'hôpital ne constituent aucunement une force d'inertie suffisante pour freiner la volonté de changement de la structure. Il me semble que leurs réponses témoignent en fait du contraire, en dépit de la mise en exergue de certains reproches, explicites ou non, adressés au promoteur du changement, et relatifs à :

- la relative rapidité avec laquelle ce dernier est mené, et quand on parle d'urgence, le terme « précipitation », connoté négativement, rôde,
- la démotivation consécutive à des projets précédents restés sans concrétisation,
- une organisation des services qui ne favorise pas toujours leur implication,
- un manque d'information sur la nouvelle législation.

Les enseignements de cette consultation sont, comme nous l'avons vu, nombreux, et il serait dommage de ne pas les prendre en considération. Je considère que l'appropriation du PE passe par la mise en œuvre d'actions concrètes et immédiates, pour que les personnels voient la traduction de leurs efforts sur le terrain. Cette appropriation existe lorsque l'individu considère le changement comme pertinent et nécessaire, qu'il s'y reconnaît pour pouvoir s'affirmer comme acteur de celui-ci.

[83] Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod, p. 31.

# 3 PROPOSITION DE QUELQUES ACTIONS SUSCEPTIBLES DE FACILITER L'APPROPRIATION DU CHANGEMENT

Le directeur d'un établissement se doit de faire des choix. C'est pourquoi, je ne vais proposer qu'un certain nombre d'actions intégrant la « parole » des personnels, parmi toutes celles qui auraient pu l'être (comme veiller aux conditions de participation des personnels par exemple). C'est ainsi que j'envisagerai la mise en place d'actions que je considère comme prioritaires à l'appropriation du changement par les équipes.

Je m'appuie notamment pour cela sur les réponses des agents à la question 5 de mon enquête, qui les invitait à exposer les raisons de leur non inscription aux groupes de travail. Il me semble en effet que les projets « non aboutis » ont un caractère extrêmement démotivant. Je suppose de plus que les personnels ayant avancé cet argument ne sont pas les seuls à regretter ces projets précédents inachevés, à cette nuance près peut-être, que le caractère plus « optimiste » de certains les incite tout de même à participer à cette nouvelle « aventure » ! Si j'avais demandé à l'ensemble des agents de me donner une seule raison pouvant les démotiver, je pense pouvoir avancer que « *les projets précédents non aboutis* » seraient arrivés en « bonne position » ! Je suis de plus convaincu de la difficulté pour les personnels, sur le moyen terme au moins, de n'en rester qu'au stade des propositions d'actions à mettre en œuvre (conviction issue notamment de mon expérience de « pilote » du groupe projet de vie). Il faut selon moi accompagner leur réflexion d'actions visibles et immédiates qu'ils suggèrent, ou que le pilote peut leur suggérer, sans quoi un phénomène d'usure et de démotivation risque de naître. Des actions qui conforteront les agents ayant répondu avoir confiance quant aux répercussions concrètes du PE sur leurs conditions de travail et les conditions de vie des résidents. Parallèlement, j'espère qu'elles amèneront les personnels plus pessimistes à revoir leur position !

Car la question n'est plus de savoir ce qu'il aurait fallu faire, cela appartient désormais au passé, même s'il convient évidemment d'en tirer les leçons, notamment dans la perspective de changements ultérieurs. Il s'agit dans l'immédiat de proposer des actions concomitantes aux travaux des groupes du PE, seules susceptibles de favoriser une appropriation du changement en cours par les équipes.

Je préconiserai donc les actions prioritaires suivantes :

1. réorienter la politique d'information et de communication de l'établissement pour faciliter l'appropriation des enjeux du PE par les équipes,

2. instituer une politique volontariste de réduction de la contention physique passive, qui marquerait clairement la volonté de l'établissement d'améliorer la qualité de vie des résidents et/ou patients,

3. mettre en application dès à présent certaines des préconisations dégagées par le groupe « projet de vie », en vue de parvenir à un accueil le plus personnalisé possible de la personne entrant en institution,

4. mettre en place un Conseil de la vie Sociale, qui serait le symbole d'une amorce d'ouverture sur les usagers.

Une cinquième action serait de mener une politique de formation en direction des personnels les plus en contact avec les personnes démentes. Mais le cadre de ce travail étant limité quantitativement, je n'aborderai pas ce point pourtant essentiel.

*Pourquoi ai-je choisi ces actions ?*

Il ressort nettement des réponses des personnels une méconnaissance importante des lois qui régissent désormais le secteur qui les concerne, ce qui exige à mon avis de procéder à une campagne d'information claire et accessible aux populations auxquelles elle s'adresse. Certains m'opposeront que les personnels n'ont pas à connaître du cadre législatif et réglementaire, d'ailleurs souvent rebelle à une compréhension aisée, et qui relève davantage des attributions de l'encadrement. Si effectivement les aides-soignants par exemple, n'ont pas à maîtriser ce cadre de façon approfondie, il m'apparaît indispensable d'une part, de le porter à leur connaissance, d'autre part de leur en expliquer le contenu sous forme synthétique. Je proposerai donc une voie de communication possible qui, je le pense, concourrait à l'appropriation des nouveaux enjeux du secteur, à l'origine de l'obligation pour les établissements de bâtir un PE (3.1).

Les personnels ont clairement exprimé au travers du questionnaire que la finalité du projet en cours résidait en la personne de l'usager, dont il convenait d'améliorer la qualité de vie et ainsi le « service rendu ». Le groupe « projet de soins » a élaboré une « fiche-action » sur la contention physique, signe que cette pratique soulève un certain nombre d'interrogations chez les personnels. Dans le cadre d'un accueil grandissant de personnes démentes, et/ou dépendantes, cette question risque de devenir rapidement sensible au sein des services.

Dans l'optique d'une anticipation de ce phénomène, je proposerai qu'un groupe de réflexion se mette en place au retour des vacances d'été afin d'approfondir la réflexion du groupe projet de soins, et d'accompagner celle-ci de mesures de terrain visant à la recherche d'alternatives à une telle pratique (3.2).

Toujours dans ce même souci d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies, je proposerai quelques mesures susceptibles d'atténuer la rupture que constitue le moment de l'accueil (3.3).

Enfin, la première mesure concrète d'ouverture sur l'usager pourrait être l'instauration d'un CVS. Cette création permettrait d'ailleurs de faire « d'une pierre deux coups » : répondre simultanément au décret n° 2004-287 du 25 mars 2004[84] qui le rend obligatoire pour le 27 septembre de cette année, et au désir des personnels d'associer les résidents au PE, et par extension, sans doute à la vie de l'établissement, prise dans un sens large (3.4).

## 3.1 Mener une politique d'information et de communication qui affiche clairement les nouveaux enjeux à relever par l'institution

En matière de communication, le directeur doit tenir compte du cadre de référence du récepteur. Or, la majorité des agents de l'établissement n'a été guère habituée à se voir dispenser une information sur les objectifs poursuivis par l'hôpital, de même qu'elle est réfractaire à un vocabulaire « élaboré », qui lui ait relativement et globalement difficile à la compréhension, ce dont il faut tenir compte. C'est du moins ce que certains agents m'ont fait remarqué dans le questionnaire adressé dans le cadre du projet de vie. La première obligation pour le directeur consiste donc à se mettre à portée de son auditoire, sans que je n'y mette là quelque condescendance que ce soit. Il est en effet très frustrant pour lui d'assister à une réunion d'information sans qu'il puisse en retenir des éléments. Toujours dans ce même souci de compréhension, je préconiserai des interventions ciblées sur des thèmes apparemment largement méconnus des personnels. Le directeur doit lui adresser un message de cette nature pour qu'il s'approprit plus facilement les raisons du changement, partant du principe connu, mais trop souvent négligé, que « *trop d'informations tue*

[84] Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation instituées à l'article L 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

*l'information* », et engendre au final une perte de sens de ce message. Les lois de 2002 et le décret de 1999 vont régir le secteur sanitaire et médico-social pour de nombreuses années. En tant que futur directeur, il m'est inconcevable de laisser les personnels de «mon » établissement dans l'ignorance de celles-ci. Je propose donc de leur consacrer un temps d'information, et ce rapidement. Sur la forme, la pratique des « flash-infos » jusqu'ici utilisée me semble opportune. Sur le fond, un travail important de vulgarisation de ces deux lois est à prévoir, comme il est important aussi de resituer le PE par rapport à celles-ci. Comment procéder dès lors pour sensibiliser les personnels au sens de ce cadre législatif et réglementaire ?

Comme je l'ai dit en première partie, la « philosophie » qui le sous-tend est d'octroyer une place de plus en plus importante à l'usager dont l'établissement a la charge, qu'il soit malade, dépendant, ou les deux à la fois. Cette vulgarisation consistera à traduire le contenu de ces textes en termes de répercussions concrètes sur les pratiques professionnelles des personnels. J'utiliserai à cette fin ma typologie « personnelle » des droits décrite aux pages 16-17. Je pense par exemple qu'il est inutile d'afficher la charte de la personne accueillie si le directeur n'accompagne pas cet affichage d'une information solennelle sur les motivations qui ont présidé à sa parution au Journal Officiel. Il existe en effet un mouvement de fond dont l'objectif n'est autre, que d'inviter les établissements accueillant des personnes âgées à les traiter en tant qu'adultes à part entière.

### 3.1.1 Une séance d'information courte et ciblée pour entamer une confrontation des pratiques professionnelles aux principes fondamentaux attachés à la personne

La première séance pourrait porter sur les principes fondamentaux attachés à la personne humaine tels que les présentent les loi 2002-2. S'il n'est évidemment pas suffisant de les affirmer pour les voir appliqués, il conviendrait toutefois, dans un premier temps, de les porter à la connaissance des personnels. Mais l'affirmation pour l'affirmation est insuffisante. Cette première réunion serait l'occasion de demander aux agents, en quoi et à quels moments particuliers ces principes peuvent être remis en cause par leurs pratiques quotidiennes. Il ne s'agit pas ici d'incriminer un service, de culpabiliser qui que se soit, mais d'amorcer une réflexion sur ces droits fondamentaux et le sort qui leur est fait à l'hôpital, de confronter leur travail quotidien à ces principes, dont le bien-fondé ne saurait être remis en question. Certains pourraient m'opposer que la dimension du groupe nuirait inévitablement à la qualité des échanges et empêcherait l'expression de nombre d'agents, comme certains me l'ont d'ailleurs soumis dans mon enquête pour justifier leur non participation aux groupes

de travail. J'en ai conscience, mais les ressources humaines de l'hôpital ne permettent pas d'envisager une réunion de cette nature par sous-groupes d'une dizaine de personnes par exemple. Cela entraînerait une multiplication des interventions, contraire au principe de réalité de la structure. A l'issue de cette réunion par contre, je proposerai que des sous-groupes, sur la base du volontariat, réfléchissent à des thèmes précis, évidemment loin d'être exhaustifs :

- l'hôpital local et le respect de la dignité de la personne : recherche de situations, d'actes compromettant un tel principe,
- l'hôpital local respecte-t-il le libre-choix et le consentement éclairé de la personne âgée ?,
- les informations sur la personne sont-elles toujours couvertes par le principe de confidentialité ?

Leurs « conclusions », ou plutôt les résultats de leur réflexion, seront à diffuser auprès de l'ensemble des services. Une restitution orale, par un représentant des groupes de travail et le directeur, lors d'une session plénière, permettrait selon moi d'ouvrir un débat enrichissant autour de ces thèmes.

Cette manière de procéder constituait, selon moi, un préalable à la réflexion des groupes de travail du PE, en permettant d'aborder les pratiques selon un mode transversal, et en confrontation avec les nouvelles lois. Or, tenus que nous étions par des délais serrés, cette étape, à la vertu pédagogique, a été négligée. Cette conviction d'agir dans la précipitation, je la tire de mon expérience du projet de vie, que le cadre-infirmier et moi avions insuffisamment préparée. Obligés à une « production » rapide, les résultats n'ont sincèrement pas été à la hauteur de nos espérances. Il faut donc en tirer les conclusions qui imposent justement de procéder aux réflexions transversales évoquées supra. Si elles étaient vraisemblablement à mener en amont de nos groupes de travail, je considère toutefois qu'il est encore temps d'y recourir.

Evidemment l'échéance de la proposition du pré-projet au Conseil d'Administration approche, et la mise en place de telles «instances de réflexion » ne saurait avoir lieu pendant les mois d'été. J'imagine cependant le calendrier suivant comme du domaine de la faisabilité :

- séance plénière de présentation des principes fondamentaux des lois 2002 et mise en place des groupes de réflexion, à la mi-septembre 2004,

- prévoir quatre réunions d'une heure chacune sur les thèmes adoptés finalement par le directeur,

- compte-rendu de chacun des groupes adressés aux services de l'hôpital par voie d'affichage et précisant la date de restitution orale prévue pour la fin du mois d'octobre.

L'ensemble de ces réflexions, complémentaires à celles des groupes de travail du PE, pourraient ensuite figurer en préambule de celui-ci. Car la démarche d'amélioration continue de la qualité ne passe-t-elle pas d'abord par une interrogation de leurs pratiques par les équipes ? Il existe ici de plus un aspect particulièrement intéressant qui est une articulation des grands principes théoriques avec les actes du quotidien.

### 3.1.2 Sensibiliser aux nouveaux instruments juridiques institués par la loi n° 2002-2

Il s'agit du second temps de cette volonté de rendre les agents véritablement acteurs du PE. A cet effet, une rencontre pourrait être dédiée aux instruments juridiques institués par la loi 2002-2. Après les avoir exposés, en sachant que tous les décrets d'application ne sont pas publiés (contrat de séjour), la méthode retenue pour les principes fondamentaux pourrait être reconduite, et des groupes de réflexion travailler sur :

- L'intérêt à signer un contrat de séjour pour la personne accueillie et l'établissement,

- L'entrée à l'hôpital : la personne âgée entre-t-elle dans un univers inconnu ou le lui avons-nous déjà présenté ?,

- comment associer les usagers aux décisions les concernant, à la vie de l'établissement ? Quelles voies adopter pour favoriser leur représentation ?

Compte-tenu du principe de réalité déjà évoqué, cette étape pourrait débuter en novembre 2004, sinon dans la foulée de la séance de restitution des groupes précédents, au moins dans un délai qui ne dépasse pas un mois et demi. Un tel souci de continuité est seul de nature à crédibiliser la démarche entreprise.

D'ailleurs l'un de ces instruments juridiques, le livret d'accueil, devrait faire l'objet d'un groupe de travail dès septembre 2004. Certes, il relève théoriquement de cette deuxième phase, mais la volonté affichée par le groupe « accueil » du projet de vie de le réaliser se doit d'être satisfaite. La continuité de la réflexion impose d'attribuer à ce groupe la finalisation

de sa réflexion, tout en ouvrant le groupe à des personnes extérieures au projet de vie qui exprimeraient le souhait de participer à la « construction » du livret, évidemment encadrée par le directeur. Ce livret[85] doit constituer un signe fort en direction des agents : le groupe « accueil » du projet de vie a réfléchi à diverses voies d'amélioration de celui-ci, a consulté les services de l'établissement sur des questions d'accessibilité des données, de leur nature ; il procède maintenant à une phase de conception et d'application qui est la rédaction dudit livret. Un second signe fort consisterait à mettre en œuvre une politique de réduction de la contention physique passive.

## 3.2 Réduire la contention physique passive : une réponse concrète au souhait des personnels d'améliorer les conditions de vie de la personne âgée

Le succès de la formation « accompagnement de la fin de vie » témoigne de la souffrance des soignants et leur besoin de formation continue, reconnue comme un des leviers principaux de lutte contre cette souffrance. Or s'il est une pratique qui devrait faire l'objet d'une information, comme d'une formation, c'est bien celle de la contention physique. Je la considère comme un des axes privilégiés d'amélioration des conditions de vie de la personne âgée.

Pour cela, le directeur doit la déclarer ouvertement comme une des priorités de l'établissement en matière de révision des pratiques professionnelles ; la contention physique passive constituant indéniablement un « *drame encore tabou* »[86]. Elle se « *caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un*

[85] Circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.
[86] Dr Pradines, B. article *Un drame encore tabou : les contentions*. Disponible sur internet : www.members.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html . Site visité le 15 juin 2004.

*comportement estimé dangereux ou mal adapté* »[87]. La prévalence de cette pratique est particulièrement forte au sein de mon lieu de stage. C'est ainsi qu'elle est par exemple de 100 % au sein de l'unité de soins de longue durée, étant donné la mise en place systématique de barrières de lit pour la nuit. Mais elle est également très importante de jour, puisque 39 des 44 personnes en font l'objet, soit au moyen d'une ceinture simple, soit d'un harnais.

Cette problématique de la contention est complexe, la première des choses consistant à savoir si elle est effectivement indispensable, ou plutôt utilisée par simple « convenance ». Or une contention « justifiée », voire demandée, est déjà difficile à vivre ; autant dire qu'une qui l'est « par défaut » risque de l'être encore bien davantage. Elle est par ailleurs le plus souvent aussi mal vécue par les personnels que les personnes « contendues » elles-mêmes. En effet, lors de discussions que j'ai pu avoir avec eux, je suis persuadé qu'ils souffrent de « devoir » attacher une personne à son fauteuil. Même s'ils trouvent toujours de « bonnes raisons » de recourir à une telle pratique, ils sont parfaitement conscients de son caractère humiliant, dégradant pour la personne qui en fait l'objet. Un fort sentiment de culpabilité naît car « *la contention physique prolongée est déshumanisante vis-à-vis de ceux qui la subissent, mais aussi pour ceux qui la mettent en œuvre* »[88]. Or les recommandations de l'ANAES, issues en grande partie d'une revue de la littérature anglo-saxonne sur ce thème, préconisent que la contention ne doit constituer qu'un dernier recours, une décision prise dans le but de «*rechercher et mettre en œuvre la méthode la moins restrictive afin de conserver ou d'améliorer l'état fonctionnel du sujet âgé* »[89]. Des alternatives doivent donc être recherchées par les équipes, et ce sous l'impulsion de la direction. Une telle recherche témoigne d'une forte envie d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies, d'autant plus que la prévalence de cette pratique est importante au sein de l'hôpital. Pratique qui deviendrait une sorte d'habitude, qui perdurait du fait que « *la plupart des soignants pense que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs à la personne âgée* »[90].

Je pense qu'on ne peut espérer réduire cette pratique sans un préalable, à savoir une formation des soignants, empreints d'une culture hospitalière encore principalement axée sur le curatif. Or «*La relation soignant-personne âgée est une confrontation à l'étrangeté, à*

---

[87] ANAES (2000) *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, p. 10.
[88] Site www.anmtph.fr visité le 12 avril 2004. Thème « maltraitance », p. 2.
[89] ANAES, p. 15.
[90] Rumeau, P., Marzais, M. (2001) Attachage, contention physique passive ou contention physique réfléchie ? *Gérontologie*, 119, p. 42.

*l'inconnu de la vieillesse* »[91]. Chaque soignant se « *dessine une représentation de la personne âgée qu'elle soigne, chargée d'inconnu et mortifère* », ce qui suscite une réelle « *angoisse inhibitrice, dérangeante, démobilisante* ». Contre cette angoisse, des défenses sont élevées par les personnels, et elles revêtent diverses formes : technicisation des rapports avec le vieux ou des soins de nursing par exemple qui perdent leur caractère d'aide pour devenir des soins qu'ils dispensent en pouvant perdre de vue qu'ils sont face à un être humain. Phénomène d'aseptisation des rapports à l'autre, qui plus est accentué par le déficit chronique en personnels !

Seule la formation peut permettre un changement de regard des soignants sur les personnes dont elles s'occupent. Cette dernière a trois objectifs selon Myslinski, M.[92] :

1. l'information des soignants à des connaissances sur la gériatrie, et supplémentaires aux acquis de base. Le but est de mettre en adéquation la représentation qu'ils se font de la personne âgée avec la réalité physique, psychique, sociale de cette dernière. Le soignant y gagnera un sentiment de sécurité face au vieux,

2. l'adaptation des techniques de soins à la spécificité du sujet (comme suivre le discours d'une personne démente),

3. la formation à l'approche individuelle de la personne âgée. Apprendre aux personnels à écouter, à entendre l'angoisse, à accepter les mots critiques justifiés ou pas.

D'ailleurs, si je reprends les recommandations de l'ANAES, je m'aperçois que sur les neuf critères qu'elle préconise en vue de diminuer la contention, quatre traitent de formation et d'information[93] ! Je proposerai donc de sensibiliser en priorité les cadres-infirmiers à cette question, si possible par la participation à une formation relative à ce thème. Le directeur doit insister sur les nouvelles missions des cadres, complexes mais enrichissantes comparées à leurs attributions « traditionnelles ». Chantal Faugier Seuret[94], infirmière générale aux hospices civils de Lyon, pense que le cadre « *doit désormais se positionner en « arrière-plan », et non au-dessus de l'équipe soignante : il doit favoriser le questionnement sur le travail, les pratiques de soins et les dysfonctionnements ; permettre aux idées, aux questions*

---

[91] Myslinski, M. *La souffrance des soignants*. DESS SPSV-UPMF-Grenoble 2- 2003-2004.
[92] Myslinski, M. (1995) La formation : un outil de traitement et de prévention de la souffrance des soignants. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 4, pp. 76-77.
[93] ANAES (2000) *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, p. 19.

*et aux réponses d'émerger, en instaurant par exemple des groupes d'analyse de la pratique* ». Toutefois, face à un plan de formation non extensible à l'infini, je considère les recommandations de l'ANAES comme un outil de réflexion incontournable. Il incombera ensuite aux cadres de mettre en place des groupes de réflexion par service, là encore sur la base du volontariat. J'insiste sur le rôle à tenir par les cadres, qui doivent être les relais des orientations décidées par le directeur. Or, pour m'en être entretenu avec eux, ils ignorent les nouvelles préconisations en matière de contention physique, et considéraient que leurs services respectifs n' « *abusaient* » pas de cette pratique. En effet, comme ils ne percevaient pas les barrières de lit comme un moyen de contention, sa prévalence était inévitablement sous-évaluée. Je pointe ici un réel manque d'information de leur part, conscient toutefois que leur emploi du temps chargé ne leur permet pas de maîtriser l'ensemble des domaines qui devraient pourtant et théoriquement l'être. D'autant plus que jusqu'en juillet 2003, il n'existait qu'un seul cadre pour l'ensemble de l'hôpital. Peu étonnant donc, que l'essentiel de son emploi du temps fut consacré à une gestion du quotidien.

Cependant, une formation sur la contention ou/et la diffusion des recommandations de l'ANAES, risque d'être insuffisante. C'est pourquoi, une mesure complémentaire efficace consisterait pour les cadres à prendre contact avec des collègues d'établissements que je considère comme « pilotes » en matière de politique de réduction de la contention. C'est le cas du centre hospitalier de Chartres. J'ai en effet participé à une conférence de deux soignants (un médecin gériatre et une infirmière clinicienne) de cette institution, relative aux dangers de la contention physique[95]. Leur institution a inauguré une réflexion sur cette pratique depuis maintenant quatre ans, ce qui en fait un centre de « ressources » intéressant dans le cadre des échanges inter-établissements. J'ai pris contact avec elles pour évoquer l'éventualité d'une transmission de leur « savoir-faire » en la matière, ce qu'elles ont aimablement accepté. Je propose donc que cette première approche trouve un aboutissement qui soutiendrait la volonté de l'hôpital de réduire le recours parfois injustifié à la contention. Pour conclure sur cet axe d'amélioration du service rendu, en l'occurrence une préservation la plus longue possible de la capacité fonctionnelle des résidents, il existe selon moi un choix symbolique à effectuer. On touche ici au plus intime de la personne en lui retirant une liberté fondamentale, celle de pouvoir circuler librement, ce que certains « contendus » pourraient encore faire. De plus, cette problématique risque de devenir de

---

[94] Citée par Fiorini, C. (2001) *Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ?* Mémoire d'élève-directeur d'hôpital. Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes, p. 64.

[95] Dr Silly, M. C., Neves, C.(2004) Conférence sur la «*contention physique et fin de vie* » tenue à Nogent-le-Rotrou le jeudi 6 mai 2004.

plus en plus présente au sein des établissements pour personnes âgées, qui accueillent une part croissante de personnes démentes, qui constituent la majorité des personnes contendues[96]. Certes, il existe actuellement une réflexion architecturale qui devrait permettre de remédier à une partie du problème. Il est vrai que certaines personnes sont contendues du fait de l'inadaptation des locaux, inappropriés à la déambulation par exemple. Mais en attendant que ce projet devienne réalité, quelques années vont s'écouler, or une réflexion sur la recherche d'alternatives à la contention physique doit émerger rapidement, en prenant garde de ne pas lui nier toute vertu. Il est par ailleurs urgent d'instaurer un accueil moins traumatisant pour la personne âgée.

## 3.3 Un deuxième axe d'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée : un accueil plus personnalisé

Le moment de l'entrée en établissement constitue inévitablement une rupture pour la personne âgée, une étape fondamentale, pour elle comme pour sa famille. Elle doit alors faire le deuil de son domicile, d'une grande partie de ses habitudes de vie antérieures, d'un cadre qui la plupart du temps la sécurisait. Or, elle entre dans «l'inconnu », dans une structure collective à laquelle elle n'était le plus souvent pas habituée, côtoiera des personnes qu'elle n'a pas choisies, devra vraisemblablement renoncer à des habitudes de vie incompatibles avec les règles de la vie en collectivité. L'hébergement temporaire, une des nouvelles activités prévues par le PE, constitue apparemment une atténuation de cette rupture. Par dessus tout, elle a conscience qu'elle intègre sa dernière demeure. Une demeure sur laquelle planent en permanence l'image et la réalité de la mort. Même si les personnels de l'institution font « comme si » elle n'existait pas, ce que F. Dubet nomme les « *fictions nécessaires* »[97]. La personne concernée n'est pas dupe, et elle doit d'ailleurs s'y préparer pour espérer accomplir un travail de deuil nécessaire à une fin de vie acceptable et acceptée. L'entrée en établissement peut aussi être corrélée à un moment singulier vécu par

[96] Une étude menée par le CHU de Lille montre que la pathologie est à l'origine de la contention physique à 92,7%, dont quasiment 70% de personnes démentes : Vanhoucke, V., Bulckaen, H., Loison-Blanchard, C., Durocher, A. M., Dipompéo, C. Puissieux, F. (2003) La contention physique de la personne âgée : un audit en milieu gériatrique. *La revue de gériatrie*, tome 28, 8, pp. 707-713.
[97] Dubet, F. (2002) *La crise de l'institution*. Paris : Le Seuil, p. 45.

la personne, le « *retour d'attachement* ». Henri Bianchi[98] définit ce moment comme celui où le besoin d'attachement demeure, mais où les objets susceptibles d'être investis, comme des proches décédés, diminuent. Il correspond à une prise de conscience de sa propre finitude comme de celle des objets investis, ce qui peut amener la personne à se « recroqueviller » sur elle-même, opérant un retour à l'attachement primaire, sur le modèle de celui qui a eu lieu avant l'entrée dans le complexe d'Œdipe, et dont les caractéristiques sont d'être impératif et inconditionnel, polymorphe et sans frein. La personne éprouve certaines, voire nombre de difficultés, à conserver son identité, qui a perdu le plus souvent ses deux supports principaux : l'activité et la sexualité.

Si ce sentiment de rupture ne peut être totalement nié, il s'agit de s'en « accommoder » en en limitant les effets dévastateurs qu'il porte en lui, tels le retour d'attachement évoqué plus haut. On sait que l'entrée est le plus souvent ressentie comme imposée, comme le démontre une enquête réalisée auprès de plusieurs établissements pour personnes âgées : parmi les raisons d'entrée en institution, la décision personnelle est mentionnée par seulement 14% des réponses[99]. La perte d'autonomie est le motif principal de la décision personnelle d'entrée. Or, il est désormais établi que la participation du résident à son entrée favorise son bien-être. A l'inverse, les mauvaises conditions de placement ont un coût en termes de conséquences sur la polypathologie du sujet, sur l'aggravation de sa dépendance, et donc sur l'importance des soins à dispenser, et sur les charges de travail du personnel[100]. L'accueil est d'ailleurs unanimement reconnu comme devant faire l'objet d'une priorité de l'établissement en matière de «révision » de ses pratiques professionnelles. Il constitue d'ailleurs avec les thèmes « rythmes » et « animation », les thèmes principaux du projet de vie de l'établissement, actuellement en cours d'élaboration.

Le groupe projet de vie qui traite de cette thématique a entamé une réflexion intéressante, conscient des « insuffisances » de l'institution sur ce point. J'entends ici par « accueil » la préparation et les premiers jours suivant l'entrée de la personne âgée, phase qui conditionne largement la perception qu'elle aura de l'hôpital et de son séjour. En qualité de directeur, je veillerai particulièrement au respect de certains éléments :

---

[98] Bianchi, H. (1989) *Vieillir, ou les destins de l'attachement*. *La question du vieillissement*. Paris : Dunod, coll. Inconscient et culture, pp. 33-63.
[99] Collectif (2003) Participation et choix des résidents dans leur processus d'entrée en institution. *Dossiers Solidarité et santé*, 1, pp. 35-43.
[100] Badey-Rodriguez, C. (1997) *Les personnes âgées en institution : vie ou survie ?.* Paris : Seli-Arslan, p. 24.

- partant du constat que l'entrée en institution est un processus le plus souvent étranger à la personne âgée, il est indispensable de tout mettre en œuvre pour associer la personne à la décision de placement la concernant. Cette phase, en amont de la procédure d'entrée, concerne certes essentiellement la famille ou les proches de celle-ci. C'est à eux en effet qu'incombe la responsabilité d'informer leur parent de leur entrée, si celle-ci n'est pas décidée de leur propre chef. Néanmoins, l'établissement doit prendre connaissance du respect ou non de ce qui apparaît comme un des préalables à une entrée moins traumatisante. Je serai partisan d' inciter les familles à ne pas omettre cette étape fondamentale d'association, surtout de ne pas « tromper » leur parent, même si je sais cette responsabilité très difficile à assumer. Je propose de traduire cette volonté dans le livret d'accueil, et d'en faire un principe irréductible. Il est envisageable également de recourir aux compétences d'une psychologue qui pourrait tenir une réunion régulière relative à cette thématique de l'entrée en institution, en insistant sur la nécessaire « vérité » due à l'entrant. Si l'établissement ne possède pas actuellement de poste de psychologue, ce manque sera vraisemblablement comblé lors de l'imminent passage en EHPAD, rendant cette proposition d'action faisable,

- que l'établissement affiche une politique claire et ferme en matière de libre-choix à l'entrée en institution. Cette proposition apparaîtra à certains comme utopique et « privilège de riche », en ce sens qu'il est évidemment plus facile d'adhérer à ce principe quand on possède une liste d'attente conséquente, ce qui n'est pas le cas de mon lieu de stage (notamment pour la partie maison de retraite qui a connu un taux d'occupation de 83% pour 2003, contrairement à l'unité de soins de longue durée qui présente une longue liste d'attente). Cependant, il me semble choquant et moralement indécent de ne percevoir la personne âgée que comme un « *lit potentiellement occupé* ». N'incombe-t-il pas justement aux établissements publics de montrer la voie tendant vers des pratiques acceptables et respectueuses de la personne ? De plus, et même si cela entache la noblesse qui présidait à l'affirmation d'une telle conduite, il y a fort à parier que sa généralisation ne ferait que retarder l'entrée de la personne, qui aura néanmoins eu un peu plus de temps pour s'y préparer psychologiquement. Je suis en effet conscient de la difficulté de mise ne œuvre d'un tel principe de respect du libre-choix. Même si un nombre de plus en plus conséquent de personnes a perdu sa capacité de discernement lors de son entrée, ce respect du libre-choix devrait être au moins « compensé » par une information adaptée et dispensée par la psychologue. La teneur de cette information pourrait être inscrite au sein d'un « petit fascicule des premiers jours de l'entrée » : expliquer, ou

tenter de le faire, les raisons de l'entrée, se servir également du livret d'accueil proprement dit qui n'aura pas été systématiquement consulté en amont de l'entrée,

- que soit instituée une pré-visite obligatoire pour la personne âgée, évidemment dans les limites de ses possibilités physiques. Il s'agira de s'organiser afin que l'agent qui lui présente l'établissement soit le même qui l'accueillera si la personne décide d'une entrée, limitant ainsi (peut-être) le traumatisme du « saut dans l'inconnu ». Concrètement, les premières mesures à mettre en oeuvre pourraient être de :

    - planifier les « visites » de l'établissement, au moins lorsque personne âgée et parent sont présents, en début d'après-midi et non plus le matin,

    - de veiller à ce que la personne qui accueille avec le cadre-infirmier soit celle qui sera là le jour de l'admission si la personne «se décide pour notre établissement ». Cette volonté de mettre en place un système de « référent » implique une organisation des services qui le permette. Ce référent sera choisi en fonction de sa présence le jour de la pré-visite qui l'obligera à être également présent lors de l'entrée proprement dite. Pour qu'un tel système fonctionne, le volontariat doit évidemment en être à la base. C'est pourquoi je proposerai donc un appel à candidatures pour cette « fonction » exigeante. Cet appel exposera les intérêts d'un tel système, qui justifient que l'établissement le fasse sien, et dont l'origine réside dans la réflexion du groupe projet de vie, lui conférant ainsi une légitimité de « la base » devenue force de proposition. Le référent pourra le « jour J » réaliser un accueil individualisé auquel la personne âgée et ses proches risquent fort d'être sensibles. Cet accueil sera d'autant plus personnalisé si le référent a rencontré le vieux lors d'une pré-visite. Si, exceptionnellement, celle-ci n'a pas eu lieu, il devra au moins avoir assimilé une part des informations fournies antérieurement par la famille, et qui lui permettent d'accueillir chaleureusement. L'instauration d'une confiance initiale entre les parties est un objectif complémentaire à celui de vouloir atténuer ce moment de rupture. L'accueil est aussi l'occasion de transmettre un certain nombre d'informations, sans qu'elles soient toutefois trop nombreuses, notamment en direction de la personne accueillie, qui n'est peut-être pas très réceptive à ce moment. Il conviendra donc de lui laisser un temps d'adaptation d'au moins quelques heures, avant de la rejoindre dans sa chambre pour lui transmettre les premières informations utiles mais aussi de l'inviter à s'exprimer sur ses habitudes de vie ( à définir par les personnels : horaires des repas, lui

demander de décrire ses rythmes quotidiens…). Ses habitudes viendront compléter les données récoltées en amont de l'arrivée de la personne âgée, et la fiche les contenant doit être découplée du projet de soins, pour deux raisons au moins : une d'accessibilité comme l'ont demandé plusieurs membres de l'établissement suite à une enquête interne du groupe « accueil » du projet de vie, une autre plus symbolique qui séparerait le lien implicite d'une telle fiche dans le dossier de soins, connoté « médical », « hospitalier ». S'il ne s'agit pas de rejeter ce mode de prise en charge, il convient d'affirmer au moins qu'il est incapable à lui seul de répondre aux attentes des personnes,

- un livret d'accueil doit être crée et distribué à chaque pré-visite. Un livret existe, mais n'a pas été actualisé depuis plusieurs années. Le groupe de travail « accueil » du projet de vie a d'ailleurs décidé d'en faire une de ses priorités d'action pour le troisième trimestre 2004, en s'inspirant de la circulaire parue récemment. La mise en place de ce groupe, encadré par le directeur, offre l'occasion d'intégrer les résidents volontaires. Qui, mieux qu'eux, connaît le contenu à lui donner, les informations qu'ils auraient souhaité avoir, mais qu'ils n'ont pas eues ? Le livret doit devenir un outil de « transparence » de l'établissement, comme il doit être la première occasion d'associer les résidents à la vie de l'établissement.

Le meilleur moyen de cerner la qualité de l'accueil proposé réside dans l'expression des usagers. Parallèlement à cet accueil « personnalisé », le groupe projet de vie doit réfléchir à un questionnaire de satisfaction sur la perception que familles et résidents en ont, et prévoir un espace pour leurs suggestions éventuelles. La satisfaction des personnels doit également être évaluée, et il y a fort à parier qu'apparaisse une corrélation entre réponses des usagers et des agents, lesquels déplorent majoritairement la structuration de ce moment de l'accueil.

Je me sens obligé pour conclure sur l'accueil des résidents d'évoquer celui des nouveaux agents. Il est inconcevable dans un hôpital de cette taille, qu'il n'existe pas de présentation de ceux-ci aux services. Il conviendrait de consacrer un temps (de l'ordre d'une heure ) pour procéder à un passage dans chacun d'entre eux, ce qui permet au nouvel arrivant d'être mis en relation avec ses nouveaux collègues, pour une connaissance mutuelle (au moins physique) qui favorisera son intégration. Cette présentation conditionnera partiellement aussi son comportement futur au travail, tant on sait que le bien-être des soignants rejaillit inévitablement sur leurs modes de prise en charge et sur l'aspect relationnel de leur travail. Un accompagnement de qualité ne peut être mis en place qu'en s'appuyant sur un personnel bien intégré dans l'institution, solidaire de son image et soucieux de son bon fonctionnement.

Un fonctionnement qui pourrait en outre être amélioré par une instance consultative ouvrant la représentation des usagers : le CVS.

## 3.4 L'institution d'un Conseil de la Vie Sociale : un outil pour répondre à la volonté des personnels d'associer davantage l'usager à la vie de l'établissement

La mise en place d'une telle instance aurait selon moi une dimension hautement symbolique, témoin de la volonté de s'ouvrir à l'usager. La création d'une telle instance ne doit cependant pas devenir l'arbre (bonne volonté affichée) qui cache la forêt (des habitudes non modifiées qui continuent de nier totalement ou partiellement à la personne âgée ses droits les plus élémentaires).

Certains auteurs, dont Janvier, R. et Matho, Y., déplorent les utilisations des textes relatifs à la représentation et à la participation des usagers comme trop formelles, relevant en effet le plus souvent du respect d'une procédure pour être «en règle », plutôt que d'une réelle volonté de modifier la place et le rôle des usagers dans l'institution. Toutefois, la législation peut ne pas être appliquée, ce qui est encore plus regrettable. C'est le cas de mon lieu de stage. Ainsi, depuis un décret du 31 décembre 1991, l'établissement devrait posséder un Conseil d'établissement (CE), instance consultative de participation des usagers à la vie de l'établissement dont ils sont bénéficiaires, qui n'a cependant jamais été institué. La loi n° 2002 du 2 janvier 2002 est venu rappeler cette obligation, en imposant la mise en place d'un CVS, dont le décret d'application (annexe 13) a été publié au Journal Officiel du 27 mars 2004[101]. Cette instance est notamment consultée sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement : organisation intérieure et vie quotidienne, activités et animations, projets de travaux et d'équipement, entretien des locaux. Je considère que le CVS doit constituer pour mon lieu de stage un outil très intéressant en vue d'un développement de la consultation des usagers. Que l'on en finisse

[101] Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation instituées à l'article L 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

de prendre pour contre-argument à leur participation, l'état de dépendance physique et/ou psychologique de la personne accueillie. Si effectivement un pourcentage conséquent de personnes a perdu sa capacité de discernement, de quel droit priverait-on celles qui l'ont conservée de droits reconnus légalement ? Le CVS est porteur de ce respect dû aux usagers. Il ne peut certes en demeurer le seul élément institutionnel de prise en compte et doit s'articuler, en toute cohérence, avec tous les aspects du fonctionnement d'un établissement.

Or jusqu'à présent la personne accueillie n'a personne pour la représenter directement, sauf à considérer les personnalités qualifiées et représentants d'associations au sein des diverses instances comme tels. Ce qui n'est pas le cas. Ils les représentent, le fait est entendu, mais à aucun moment l'usager proprement dit n'a eu à s'exprimer par la voix d'un résident. Le CVS est l'occasion de remédier à cette carence. De plus son institution nécessite un vote à bulletin secret. Et cet aspect de la participation n'est pas négligeable, tant on sait la haute valeur symbolique que représente cet acte de citoyenneté pour cette génération ! L'organisation de telles élections suppose qu'une campagne d'information, relative aux attributions et à l'intérêt d'une telle instance, soit réalisée en amont. Pour accompagner celle-ci, je proposerai quelques séances de groupe réunissant les personnes âgées volontaires pour débattre de la nécessité et du rôle du CVS. Il est en effet indispensable de procéder de la sorte afin d'éclairer les enjeux qu'il recèle. C'est un travail pédagogique préalable qui sera par ailleurs riche d'enseignements en vue des premières sessions du CVS. Suite à ces réflexions de groupe, dont seront issus les conditions matérielles d'organisation du vote proprement dit, il sera temps de passer à l'action. Le problème de la mobilisation des personnes âgées est réel, et des obstacles devront être évidemment surmontés avant de rendre le CVS réellement « opérationnel », tels :

- l'attitude passive des résidents dont un grand nombre ne souhaite pas s'impliquer dans la vie de la structure,
- une dépendance accrue,
- un important turn-over des résidents et des familles,
- la prédominance des intérêts particuliers, la réticence à la prise de parole, une non-rencontre entre les paroles des différents acteurs.

Ces difficultés ne doivent pas entraver la volonté du directeur de favoriser la participation des résidents. Les invoquer pour justifier l'immobilisme serait une preuve de faiblesse, or je juge cette participation comme naturelle et indispensable au bon fonctionnement de

l'établissement, en ce qu'elle permet la confrontation en un lieu institutionnalisé de points de vues éventuellement divergents entre personnels et populations accueillies. Les premiers appellent d'ailleurs de leurs vœux l'association des seconds à la vie de l'établissement.

J'ai beaucoup insisté sur la nécessaire implication des résidents, qui doit être complétée par celle des familles. Je proposerai donc de les informer par courrier de cette volonté de l'établissement de les intégrer à son fonctionnement par l'intermédiaire du CVS, dont il conviendra de mentionner les attributions et l'importance que la direction lui accorde. Ce courrier précisera que le directeur recourra à une information orale sur cette instance, qu'à l'issue de celle-ci, les candidats à l'élection seront invités à se manifester. La direction informera dans un deuxième temps les familles par courrier des candidats et la date prévue des élections. Afin de favoriser la participation, les bulletins de candidature y seront joints, pour permettre la possibilité de voter par correspondance. Le CVS constitue une opportunité dont l'établissement doit se saisir afin de remédier partiellement à cette carence de la représentation, même s'il n'est pas la panacée de nos institutions. Il «*est par contre un espace de débat original, d'échange et de pensée, de considération de l'autre dans toutes ses différences. Il est un lieu d'apprentissage de la démocratie, d'expression des conflits dans la reconnaissance des compétences de chacun. C'est à nous, professionnels de l'adapter aux populations que nous accueillons*[102] ». Et une des priorités est le contenu que le directeur entend lui donner, de même que le soutien, la collaboration étroite ou non qu'il envisage avec le président du CVS. Un point essentiel est la préparation de l'ordre du jour des séances. A ce propos, je souhaite me référer ici au directeur d'une maison de retraite ayant fait de son CE un réel lieu de débat et de résolution de difficultés[103], un cadre où la parole permet aux conflits de s'élaborer. Au-delà de l'appartenance à un univers restreint et clos, c'est en effet à la société elle-même que chacun a conscience d'appartenir. Un cadre où la parole permet aux conflits de s'élaborer : « *au-delà du contenu de la réglementation et au vu du vaste champ du CVS, de beaux débats sont à prévoir pour les membres qui sauront l'animer sans tomber dans l'évocation des fragilités individuelles* »[104].

Je maintiens qu'il m'apparaît illusoire, voire « hypocrite », de travailler à l'amélioration des services rendus aux populations accueillies, sans qu'elles y soient étroitement associées. Comment peut-on raisonnablement penser connaître leurs besoins, attentes, désirs, sans

---

[102] Janvier, R., Matho, Y. (1999) *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, p. 89.
[103] Mahout, C. (2003) Des conseils d'établissement aux conseils de la vie sociale. *Gérontologie*, 106, pp. 235-247.
[104] Ibid, pp. 243.

faire appel à leur « parole » ? N'est-ce pas, entre autres, une des volontés des personnels telle qu'elle ressort de mon enquête (question 10) ? Evidemment, leur éventuelle satisfaction dépendra des contraintes propres à l'institution, mais n'est-ce pas cependant un préalable utile à toute politique dite de « qualité », conçue non seulement selon des modalités normatives de sécurité, de respect des protocoles?

Quant à la fréquence des réunions du CVS, si le décret en impose au moins trois par an, je suggère d'en tenir une par trimestre, ce qui me semble le nombre minimum afin de le rendre opérationnel.

# CONCLUSION

Le présent travail cherchait à connaître les éléments facilitant l'appropriation du changement, ici le PE, par les personnels de l'hôpital local. Des deux hypothèses présentées en introduction et testées lors de mon enquête, j'aurai plutôt tendance à n'en valider qu'une : les résistances m'apparaissent être davantage dans la manière de préparer et de mener le changement, que dans le changement lui-même. Je dis « plutôt » par prudence, car l'enquête, loin d'être exhaustive, ne me permet pas de prendre position de façon tranchée et définitive. Tout changement constituant un processus complexe à appréhender, je n'en ai visité qu'une infime partie, qui m'autorise cependant à affirmer que les agents ont pleinement conscience de la nécessité pour l'établissement de changer, ce qu'ils expriment quand ils pensent à 99% qu'ils est indispensable de « *revoir certaines de ses pratiques* ». L'appropriation du PE semble donc en bonne voie. Pour reprendre une expression familière mais explicite dans le cas présent, je pencherai pour dire que « *la balle est désormais dans le camp de la direction* ».

C'est pourquoi, j'estime nécessaire de mettre en œuvre rapidement des actions concrètes, qui ne sont pas autre chose que la traduction des efforts consentis par les agents au cours des groupes de travail composant le PE. Comme les personnels ont clairement affirmé que la finalité ultime de leur travail était le résident, il m'apparaît évident qu'améliorer leur qualité de vie est sans doute le meilleur moyen de « motiver » les personnels, de les inciter à faire leur le PE. En d'autres termes, il faut accompagner cette prise de conscience des personnels de mesures tangibles de changement au sein des services. Je ne verse évidemment pas dans un optimisme béat et sais pertinemment que l'instauration de nouvelles « façons de faire » engendrera de nouvelles résistances. A choisir cependant, je préfère qu'elles naissent suite aux changements, plutôt qu'à une permanence de certaines pratiques, jugées insatisfaisantes par les personnels eux-mêmes.

Je reste persuadé que la qualité de vie des résidents et le sentiment des agents quant à leurs conditions de travail sont intimement liés. Or, la première, de prime abord assez simple à satisfaire comme l'indique une enquête qualitative menée en Belgique[105], n'est finalement pas si évidente à assurer. Par ordre décroissant en effet, la personne âgée espère une « *bonne ambiance* », « *la gentillesse du personnel* », la « *liberté* », une « *bonne cuisine* »,

[105] Paulus, D. (2000) Quelles priorités pour les personnes âgées vivant en institution. *Soins gérontologie*, 24, p. 30.

une « *belle chambre* », « *être comme chez soi* », des « *soins et un accueil de qualité* ». Je conserverai ces désirs de personnes âgées à l'esprit, et essaierai de m'en souvenir une fois en poste. Il est parfois de ces mots simples qui peuvent servir de balises et d'objectifs à nos actions !

En tout état de cause, mon lieu de stage s'est engagé dans un processus d'adaptation aux nouvelles exigences des usagers, portées par un nouveau cadre réglementaire et législatif contraignant. Si je pense avoir démontré que la conduite de ce changement est naturellement perfectible, ses chances d'aboutissement sont réelles au vu de la volonté conjointe des personnels et de la direction d'insuffler une nouvelle dynamique. La difficulté n'est déjà plus de savoir comment l'insuffler, mais de l'entretenir.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages


Albou, P (1999) *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*. Paris : Gliphe et Biotem.

Amyot, JJ., Villez, A. (2001) *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris : Dunod.

Badey-Rodriguez, C. (1997) *Les personnes âgées en institution : vie ou survie ?* Paris : Seli-Arslan.

Badey-Rodriguez, C. (2003) *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Paris : Albin Michel.

Bauduret, J.F., Jaeger, M. (2002) *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod.

Boutinet, J. P. (2001) *Anthropologie du projet.* Paris : PUF.

Collière, M.F. (1996) *Soigner, le premier art de la vie*. Paris : Intereditions.

Dejours, C. (1980) *Travail : usure mentale*. Paris : Editions du Centurion.

Djaoui, E. (2002) *Les organisations du secteur social*. Paris : Editions ASH.

Dubet, F. (2002) *La crise de l'institution*. Paris : Le Seuil.

Ducalet, P., Laforcade, M. (2000) *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan.

Dupuis, F. (1998) *Le client et le bureaucrate*. Paris : Dunod.

Goffman, E (1968) *Asiles*. Paris : Editions de Minuit.

Hugonot, R. (2003) *La vieillesse maltraitée.* Paris : Dunod.

Humbert, C. (2002). *Les usagers de l'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires* ? Paris : L'Harmattan.

Janvier, R., Matho, Y. (1999) *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod.

Kaes, R. Et al. (1987). *L'institution et les institutions*. Paris : Dunod.

Kourilsky-Belliard, F. (1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod.

Lefevre, P. (2003) *Guide de la fonction de directeur des organisations sociales et médico-sociales.* Paris : Dunod.

Maisondieu, J. (1996) *Le crépuscule de la raison.* Paris : Bayard.

Messy, J. (2002) *La personne âgée n'existe pas*. Paris : Payot et Rivages.

Minois, G.(1987) *Histoire de la vieillesse*. Paris : Fayard.

Miramon, J.M. (2002) *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : Editions de l'ENSP.

Miramon, J.M., Couet, D., Paturet, J.B. (2001) *Le métier de directeur*. Rennes : Editions de l'ENSP.

Puijalon, B., Argoud, D. (1999) *La parole des vieux*. Paris : Dunod.

Puijalon, B., Trincaz, J. (2000) *Le droit de vieillir*. Paris : Fayard.

Sebag-Lanoë, R. (1986) *Mourir accompagné*. Paris : Desclée de Brouwer- Collection Epi.

Sebag-Lanoë, R. (1992) *Soigner le grand âge.* Paris : Desclée de Brouwer- Collection Epi.

Toully, V., Chicoye, A., Chauvenet, M., Greneche, S., Piard, A.L. (2003) *Les enjeux du vieillissement. Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?* Paris : Editions de la Santé.

Vercauteren, R, Vercauteren, M.C., Chapeleau, J (1993) *Construire le projet de vie en maison de retraite.* Toulouse : Eres.

Vercauteren, R. (1995) *Evaluer la qualité de vie*. Toulouse : Eres.

**Articles**

Andrieux, J.J. (2001) Des droits de l'usager à l'intérêt de la personne. *Les Cahiers de l'Actif*, 304-305, pp. 53-58.

Baulieu, E.E., Pellerin, D. (1999) Rapport sur le vieillissement. *Gérontologie*, 109, pp. 2-16.

Bizeau, J.P. (1997) Usagers ou clients du service public ? Le discours de l'administration. *Revue administrative*, 296, pp. 209-212.

Brami, G. (2003) La notion d'accompagnement. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, 64, pp. 21-22.

Brami, G., Naaz, H., Strater, M. (2002) Mise en place d'un dispositif d'évaluation. *Revue hospitalière de France*, 488, pp.18-22.

Caillot.L, Mesrine, A. (2003) Présentation des enquêtes EHPA et SAPAD. *Dossiers Solidarité et Santé*,1, pp.9-16.

Collectif (2003) Les personnes âgées entre domicile et établissement. Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en maison de retraite. *Dossiers Solidarité et santé*,1, pp 35-43.

Collectif (2003) La parole des vieux. *Gérontologie et société*, 106.

Dessaule, M.S. (2002) Droit des usagers : pour une dynamique participative. *Revue hospitalière de France*, 488, pp.16-17.

Grulois, G., Lejeune, L. (2002) Droit des usagers, droit à la santé. *Revue hospitalière de France*, 488, pp.12-15.

Laroque, G. (1997) Vieillir disent-ils... *Les Cahiers de l'Actif*, 252-253, pp. 5-21.

Lecorps, P. (2003) La loi du 02 janvier 2002 au crible de l'éthique. *Confluences*, 60, pp. 26-29.

Legrand, M. (1997) Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations. *Gérontologie et société*, 81, pp. 161-173.

Lévy, M. (2002) La loi du 2 janvier 2002 : changement et/ou continuité ? *Revue de droit sanitaire et social*, 3, pp. 423-465.

Loubat, J.R. (2003) Pour une personnalisation des prestations dans les établissements. *Lien social*, 649, pp. 4-10.

Loubat, J. R. (2001) Consulter les bénéficiaires : est-ce si difficile ? *Lien social*, 569, pp. 4-7.

Messy, J. (1993) Besoin, désir, attente. *Gestions hospitalières*, 330, pp. 650-660.

Mietikiewicz, M.C. et al. (2000) Le bien-être en maison de retraite : auto-conception des résidents. *Pratiques psychologiques*, 3, pp. 19-28.

Miramon, J.M. (2002) Diriger, conduire le changement. Exercice du pouvoir et culture institutionnelle. *Informations sociales,* 101, pp. 58-65.

Puijalon, B., Trincaz, J. (1997) La formation en gérontologie. *Les Cahiers de l'Actif*, 252-253, pp. 55-63.

Rovera-Deroche, D. (2001) Des usagers…hors d'usage… ? Quelques réflexions sur la place de l'usager dans les lieux de vie pour personnes âgées. *Les Cahiers de l'Actif*, 304-305, pp. 67-76.

Saint-Jean, O., Somme, D. (2003) Eléments d'approche de la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées. *Dossiers Solidarité et Santé*, 1, pp. 49-56.

**Rapports**

Tyrrell, J., Genin, N., Gherardi, S., Myslinski, M., Frossard, M.✞ (2003) *La question du libre-choix chez les personnes âgées démentes*. Rapport à la Fondation de France, CPDG, UPMF, Grenoble 2.

**Mémoires**

Alvarez, R. (1999) *Engager un projet d'établissement au service de la personne en maison de retraite : d'un lieu de soins à un lieu de vie*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur des Etablissements Sociaux (CAFDES). Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes.

Daveau-Vignal, M.P. (1999) *Du soin au projet de vie : aider la personne âgée à garder sa dimension de sujet en maison de retraite*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur des Etablissements Sociaux (CAFDES). Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes.

Dumenil, F. (2002) *Promouvoir le droit des usagers en établissement social : un enjeu de citoyenneté pour le directeur*. Mémoire d'élève-directeur des établissements sociaux et médico-sociaux. Ecole Nationale de la santé Publique. Rennes.

Fiorini, C. (2001) *Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ?* Mémoire d'élève-directeur d'hôpital. Ecole Nationale de la santé Publique. Rennes.

Pasquier, S. (2002) *L'évaluation de la satisfaction des résidents en EHPAD : pour une meilleure prise en compte de leurs attentes*. Mémoire d'élève-directeur des établissements sanitaires et sociaux. Ecole Nationale de la santé Publique. Rennes.

Vallet, D. (2002) *Affirmer le droit au choix et au risque de la personne âgée en EHPAD : un engagement institutionnel*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur des Etablissements Sociaux (CAFDES) .Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes.

**Sites internet**

http://www.multimania.com/papidoc

http://www.members.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html

http://www.anaes.fr

## Liste des annexes


1- Extrait de l'ouvrage Asiles d'E. Goffman II

2- Environnement sanitaire et médico-social de l'hôpital local III

3- Quelques caractéristiques de la population accueillie IV

4- Professions et Catégories Socio-professionnelles des résidents de la maison de retraite et des patients de l'unité de soins de longue durée V-VI

5- Lettre d'information initiale sur le projet d'établissement VII-XI

6- Contenu des séances d'information, dites « flash-infos » XII-XIII

7- Lettre d'information sur l'état d'avancement du PE XIV-XVIII

8- Questionnaire adressé aux personnels dans le cadre de mon étude XIX-XXII

9- Questionnaire adressé aux membres du groupe « projet de vie » XXIII-XXIV

10- Courrier joint à l'enquête sur le PE XXV-XXVI

11- Tableau EXCEL de dépouillement des questionnaires XXVI-XXVIII

12- Charte de la personne accueillie parue au JO du 9 octobre 2003 XXIX-XXXV

13- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale XXXVI-XLIV

## Annexe 1 : Extrait d'un passage de l'ouvrage Asiles, d'E. Goffman

Un aperçu de sa représentation des structures d'hébergement, en termes de répercussions de la vie institutionnelle sur le comportement des résidents nous est fourni par ces quelques lignes[1] : *« toute institution accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique qui tend à les envelopper. Mais parmi les différentes institutions de nos sociétés occidentales, certaines poussent cette tendance à un degré incomparablement plus contraignant que les autres. Signe de leur caractère enveloppant ou totalitaire, les barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont souvent concrétisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, hauts murs, barbelés, falaises, forêts ou landes. Ce sont ces établissements que j'appelle « institutions totalitaires ». Ce sont en premier lieu, les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives : foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents ; en second lieu, les établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire : sanatorium, hôpitaux psychiatriques et léproseries. […] C'est une caractéristique des sociétés modernes que l'individu dorme, se distraie et travaille en des endroits différents, sous des autorités différentes, sans que cette diversité d'appartenances relève d'un plan d'ensemble. Les institutions totalitaires, au contraire, brisent les frontières qui séparent ordinairement ces trois champs d'activité ; c'est même là une de leurs caractéristiques essentielles. En premier lieu, placés sous une seule et même autorité, tous les aspects de l'existence s'inscrivent dans le même cadre ; ensuite, chaque phase de l'activité quotidienne se déroule, pour chaque participant, en relation de promiscuité totale avec un grand nombre d'autres personnes, soumises au même traitement et aux mêmes obligations ; troisièmement, toutes ces périodes d'activité sont réglées selon un programme strict, en sorte que toute tâche s'enracine avec la suivante à un moment déterminé à l'avance, conformément à un plan imposé d'en haut par un système explicite de règlements dont l'application est assurée par une équipe administrative. Les différentes activités ainsi imposées sont enfin regroupées selon un plan unique et rationnel, consciemment conçu pour répondre au but officiel de l'institution* ».

[1] Ibid, pp.45-47.

## Annexe 2 : Un environnement sanitaire et médico-social dense

| Sanitaire et médico-social | Exclusivement médico-social (maison de retraite et/ou foyer-logement) |
|---|---|
| Centre hospitalier de Le Mans (58km) | Sées (51km) |
| Centre hospitalier de Sées (51km) | L'Aigle (48km) |
| Centre hospitalier de L'Aigle (48km) | Longwy-au-Perche( 42km) |
| Centre hospitalier d'Alençon (42km) | Tourouvre (30km) |
| Nogent-le-Rotrou (23km) | Coulonges ( 30km) |
| Centre hospitalier de la Ferté-Bernard (22km) | Bretoncelles (27km) |
| Centre hospitalier de Mortagne (19km) | Ceton (25km) |
| Centre hospitalier de Mamers (16km) | Nogent-le-Rotrou (23km) |
| | La Ferté-Bernard (22km) |
| | Le Theil ( 18km) |
| | Le Pin la Garenne (9km) |

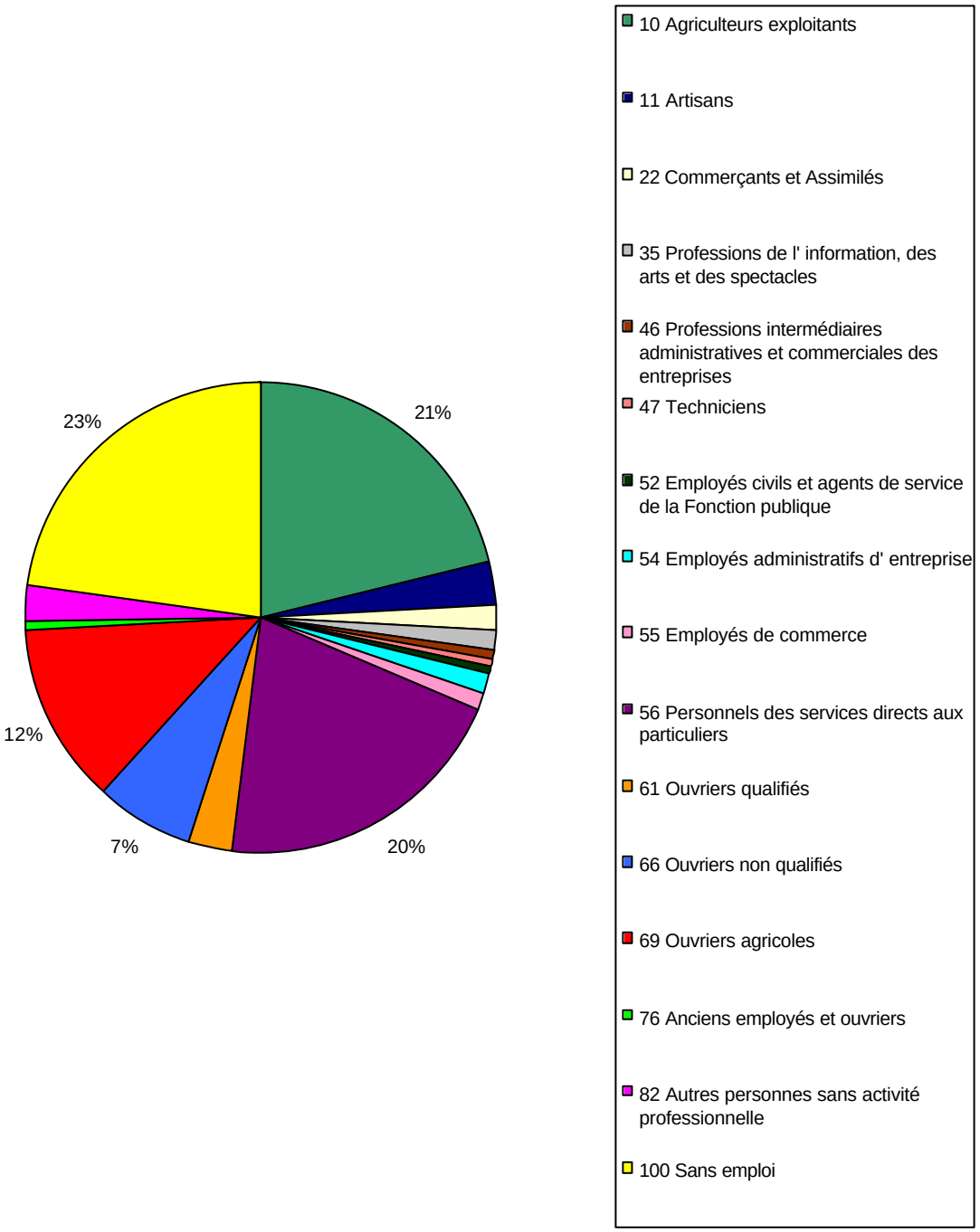
## Annexe 3 : Quelques caractéristiques de la population accueillie

| | Unité de soins de longue durée | Maison de retraite |
|---|---|---|
| Nombre de personnes présentes au 31/12/2003 | 44 | 110 |
| Taux d'occupation de l'année 2003 (en %) | 107 | 82 |
| % des personnes provenant d'un rayon de 20 km autour de X | 71 | 87 |
| Rapport femmes/hommes en % | 77/23 | 64/36 |
| Age moyen au 31/12/2003 | 86,50 | 84 |
| % de bénéficiaires de l'aide sociale | 31 | 28 |
| Classement selon la grille AGGIR en %<br>GIR n° : | | |
| 1 | 64 | 13,70 |
| 2 | 34 | 27,30 |
| 3 | 2 | 7 |
| 4 | 0 | 38,30 |
| 5 | 0 | 13,70 |
| 6 | 0 | 0 |
| Gir Moyen Pondéré | 966 | 610 |
| Durée moyenne de séjour (en années) des personnes présentes au 31/12/2003 | 2,49 | 5,38 |
| % de personnes présentant des troubles cognitifs sévères[1] – | 97,67 | 48,18 |
| Evolution du Gir Moyen Pondéré :<br>2001<br>2002<br>2003<br>2004 | 940<br>960<br>973<br>981 | 637<br>611<br>623<br>622 |

[1] Croisement des variables discriminantes de la grille AGGIR : cohérence et orientation (bilan GALAAD du 30/01/2004 = Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision)

## annexe 4 : Recensement des anciennes professions des personnes accueillies

| Anciennes professions des résidents de la maison de retraite et des patients de l' unité de soins de longue durée | |
|---|---|
| Professions et Catégories Socio-Professionnelles (PCS) | Nombre de personnes |
| 10 Agriculteurs exploitants | 34 |
| 11 Artisans | 5 |
| 22 Commerçants et Assimilés | 3 |
| 35 Professions de l' information, des arts et des spectacles | 2 |
| 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises | 1 |
| 47 Techniciens | 1 |
| 52 Employés civils et agents de service de la Fonction publique | 1 |
| 54 Employés administratifs d' entreprise | 2 |
| 55 Employés de commerce | 2 |
| 56 Personnels des services directs aux particuliers | 33 |
| 61 Ouvriers qualifiés | 5 |
| 66 Ouvriers non qualifiés | 11 |
| 69 Ouvriers agricoles | 20 |
| 76 Anciens employés et ouvriers | 1 |
| 82 Autres personnes sans activité professionnelle | 4 |
| 100 Sans emploi | 37 |
| **TOTAL du nombre de résidents et de patients** | **162** |


21%
20%
7%
12%
23%
10 Agriculteurs exploitants
11 Artisans
22 Commerçants et Assimilés
35 Professions de l' information, des arts et des spectacles
46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
47 Techniciens
52 Employés civils et agents de service de la Fonction publique
54 Employés administratifs d' entreprise
55 Employés de commerce
56 Personnels des services directs aux particuliers
61 Ouvriers qualifiés
66 Ouvriers non qualifiés
69 Ouvriers agricoles
76 Anciens employés et ouvriers
82 Autres personnes sans activité professionnelle
100 Sans emploi

**Annexe 5**

**INFORMATION GENERALE**

| | |
|---|---|
| **Emetteur** | …, Adjoint au Directeur |
| **Objet** | Projet d'établissement et démarche qualité |
| **Diffusion** | Large + affichage |

# PROJET D' ETABLISSEMENT ET DEMARCHE QUALITE

Depuis le 1er novembre 2003, j'ai mission, en qualité d'Adjoint au Directeur, d'initier une démarche Qualité et de prévention des risques afin de préparer l'établissement à deux enjeux majeurs : **le projet d'établissement et l'accréditation**.

Si cette démarche peut être nouvelle pour certains, elle entre dans une nouvelle idée de la prise en charge du patient / résident qui renforce la place centrale de celui-ci au sein de notre institution. Nous devons nous inscrire désormais, dans une logique d'écoute des usagers et de la prise en compte de leurs besoins . Ainsi le recueil et la prise en compte des besoins des usagers conduit à une gestion des organisations qui se traduit par une **implication forte et active de tous les personnels**, de toute catégorie et de tous les secteurs d'activité (soins – hébergement, logistique, administratif, ...) sans oublier les représentants des usagers qui prennent et qui prendront une place prédominante dans la démarche qualité.

Bien évidemment, le législateur abonde dans ce sens ne serait-ce que par des obligations d'évaluation (Angélique, accréditation, certification) ou par l'évolution de la *Commission de conciliation* (logique de gestion de conflit) vers la nouvelle *Commission de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge* (logique de recueil des besoins et

évaluation de la qualité). La loi fondamentale du 4 mars 2002 impacte fortement sur cette évolution.

**2 enjeux majeurs : le Projet d'établissement et l'accréditation.**

**Le Projet d'établissement** :

Ainsi, le premier enjeu important pour notre établissement est l'engagement pris avec les autorités de Tutelle (Conseil Général et DDASS) pour verser l'activité d'hébergement des personnes âgées de l'Hôpital local vers un **EHPAD** (**E**tablissement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes). Le maintien de l'activité de médecine permet par ailleurs de pérenniser l'appellation d'hôpital local.

Cette évolution doit trouver sa traduction dans le Projet d'établissement qui, sous ses déclinaisons de *projet médical*, *projet de soin*, *projet de vie*, *projet social*, *projet managérial* et *projet logistique et système d'information*, permettra de définir les orientations, les moyens à mettre en œuvre, les organisations et de fait, les prestations proposées à nos patients-résidents. Le projet d'établissement devra s'appuyer sur un *projet architectural* qui rendra compatible notre projet avec l'environnement structurel.

La réussite de ce projet requiert **votre contribution** à des groupes de travail qui seront organisés par « Projet » et sous l'égide d'un Comité de pilotage. Le projet devrait être finalisé pour **fin septembre 2004** afin d'être présenté à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Ayant en charge le pilotage technique du projet d'établissement en liaison avec Mme… et M. …, directeur par intérim, je vous proposerai très prochainement, des informations complémentaires sous la forme de réunions flashs (30 mn maxi sur des thèmes précis) afin de vous présenter la méthodologie et de vous inviter à rejoindre un groupe de travail.

**L'accréditation et la mise en œuvre d'une démarche Qualité**

Notre établissement est d'ores et déjà engagé dans le processus d'accréditation qui verra son apogée avec la visite des experts-visiteurs de l'ANAES programmée début 2006.

L'accréditation consiste en la mise en œuvre (réglementaire) d'une démarche Qualité par l'ensemble des professionnels de l'hôpital, démarche dont le caractère pérenne sera mesuré par des autoévaluations menées en interne, avant de recevoir les experts visiteurs.

L'innovation de cette démarche réside encore une fois dans l'implication de tous les personnels de notre établissement et doit être initiée et menée **en accompagnement de notre projet d'établissement.**

*Le projet d'établissement est notre objectif principal, la démarche qualité sera la manière de le mettre en œuvre…*

Enfin, l'accréditation comporte une dimension sécuritaire en terme de réactivité de l'établissement au regard des sécurités et des vigilances sanitaires. Vu notre effectif et la dimension de l'établissement, nous ne pouvons composer et rendre efficace, toutes les instances et comités réglementaires.

Aussi, je prépare la réactivation des organes consultatifs réglementaires comme levier de notre démarche qualité en vous invitant à rejoindre prochainement le CHSCT, le CLIN et la CRUQPC (commission des usagers). Le Conseil d'établissement sera constitué en aval et pourrait être composé à partir d'une émanation de ces instances.

Pour ce qui concerne l'ensemble des vigilances sanitaires, nous allons constituer une seule commission : la **commission des vigilances sanitaires** regroupant le *comité du médicament et des dispositifs stériles*, la *commission des fluides médicaux*, la *matériovigilance*, le *comité transfusionnel*, …). Nous attendons également votre participation au titre de cette commission et je vous apporterai des précisions lors de prochaines réunions « flashs info » qui auront lieu dès le mois de janvier.

C’est donc de manière concomitante que nous développerons ces deux actions qui sont contributrice l’une de l’autre. Chacun(e) d’entre vous a sa place et doit apporter son expérience et ses idées pour une mutualisation où chacun se retrouvera, pour le bénéfice des patients et des résidents qui nous font confiance.

Adjoint au Directeur

## Annexe 6

Hôpital Local de …

**PROJET D' ETABLISSEMENT** et **DEMARCHE QUALITE**

Hôpital Local de …

Accréditation et Démarche Qualité

*Réglementation : « …démarche d'amélioration continue de la qualité… »= procédures = engagement individuel et collectif = évaluation*

***IMPLICATION DE TOUS LES ACTEURS***

Hôpital Local de …

## PROJET D'ETABLISSEMENT

**= engagement réglementaire de l'hôpital**

**Projet EHPAD**

**= élaboration d'un Projet d'Etablissement : l'Hôpital s'engage :**

**à DEFINIR ses MISSIONS**

**à AMELIORER la QUALITE de ses prestations**

**= IMPLICATION de tous les professionnels concernés**

PROJET D' ETABLISSEMENT

**COMITE DE PILOTAGE**

**Objectif : Elaborer le P.E.**

**En impliquant les professionnels et les Instances**

**En respectant les orientations médicales**

**En intégrant une démarche Qualité pérenne**

**Dans la perspective d'une convention pluriannuelle tripartite - EHPAD**

**COMITE DE PILOTAGE**

**MISSIONS**

**coordonne la conduite du PE et arrête la méthodologie**

**assure les travaux de synthèse et la cohérence des projets (production, planification)**

**informe les groupes Projet, les Instances et le personnel de l'avancement du PE**

COMITE de PILOTAGE

## COMPOSITION

## Annexe 7

**HOPITAL LOCAL de**

**BULLETIN D'INFORMATION**
**du PROJET D'ETABLISSEMENT**

**24 février 2004**

| | |
|---|---|
| **Emetteur** | …, adjoint au Directeur |
| **Objet** | Projet d'établissement : **Comité de pilotage** |
| **Diffusion** | Large, affichage |

# Mise en place du Comité de pilotage et des groupes « Projet »

Suite aux validations par la CME et le CA, le Comité de pilotage du Projet d'établissement est arrêté comme suit :

Directeurs
Cadre de santé
Infirmière
Agent administratif
Cadre de santé
Adjoint directeur

Médecin coordonnateur
Représentant des usagers (CA)
Présidente du CA
Adjoint au directeur

…avec la participation de…, Directeur stagiaire.

Le Comité de pilotage travaillera sur la base d'une réunion mensuelle avec un retour d'informations systématique vers les groupes de travail. L'ensemble du Personnel sera informé régulièrement de l'état d'avancement du projet d'établissement par des bulletins d'information générale dont voici le numéro 1.

Les Groupes « projet » sont également arrêtés** et sont constitués à ce jour comme suit :

**PROJET MEDICAL**

**PROJET DE SOINS**

**PROJET DE VIE**

**PROJET « LOGISTIQUE ET SYSTEME D'INFORMATION »**

**PROJET SOCIAL**

**PROJET ARCHITECTURAL**

**PROJET MANAGERIAL**

- * *Mme … est remplacée par M. .. durant son absence*
- ** *Ces listes ne sont pas exhaustives*

PLANIFICATION

La programmation des premières réunions de groupe doit être engagée par chaque chef de projet sachant par ailleurs que le Comité de pilotage se réunira début mars.

Les INSTANCES

En parallèle de la conduite du Projet d'établissement, les INSTANCES vont être progressivement mises en place : en premier lieu le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et le CHS-CT. Un flash Info « Instances » sera programmé prochainement…

…

**BULLETIN D'INFORMATION**
**du PROJET D'ETABLISSEMENT**

**25/02/04**

**Numéro 2**

| | |
|---|---|
| **Emetteur** | …, Adjoint au Directeur |
| **Objet** | Planification des réunions du Comité de pilotage PE |
| **Diffusion** | Membres du COPIL et affichage |

# Plan de travail du Comité de pilotage

# du Projet d'Etablissement

Le **Comité de Pilotage du Projet d'établissement** a été validé en conseil d'Administration le 27 janvier dernier.

**Sa mission** consiste à valider le Projet d'établissement tant au niveau de la méthodologie adoptée qu'à celui de son contenu qui sera présenté aux instances.
Ainsi, tous les groupes qui travaillent sur les différents projets doivent présenter un état d'avancement de leurs travaux, au plus tard le lundi qui précède chaque réunion du Comité de pilotage afin que ses membres puissent préparer efficacement chaque réunion.
Un relevé de décisions ou de commentaires sera adressé aux groupes après chaque réunion du Comité de pilotage et un e information générale sous la forme d'un «Bulletin d'information du PE » sera affiché pour l'information de l'ensemble du personnel de l'établissement.

**Sa composition** est la suivante :

- Directeurs
- représentants du C.A.
- Médecin coordonnateur
- Adjoints au directeur
- Cadres de santé
- Infirmière
- Agent administratif

**Planification des réunions de travail**

Le Comité de pilotage a retenu le principe d'une réunion mensuelle fixée – a priori – le dernier jeudi matin de chaque mois. Ainsi, les prochaines réunions sont préprogrammées selon le calendrier suivant :

| | |
|---|---|
| - **mercredi 10 mars** | **de 10h à 11h** : installation |
| **- jeudi 25 mars** | **de 10h à 12h30** |
| **- jeudi 29 avril** | **de 10h à 12h30** |
| **- jeudi 27 mai*** | **de 10h à 12h30** |
| **- jeudi 24 juin** | **de 10h à 12h30** |

* Cette réunion sera positionnée définitivement en fonction de la programmation du C.A. qui devrait se réunir sur cette période.

Les membres seront informés préalablement par une lettre de confirmation précisant également l'ordre du jour qui sera proposé au regard de l'état d'avancement des différents projets.

D'autres réunions du Comité de pilotage seront à programmer courant de l'été en fonction de l'état d'avancement du projet et des disponibilités des personnes.

…

**Annexe 8**

# RECUEIL DE L'OPINION DES PERSONNELS SUR LA FACON DE MENER LE PROJET D'ETABLISSEMENT A L'HOPITAL LOCAL DE …

***Merci par avance :***

- ***de bien vouloir répondre à <u>toutes les questions</u>,***
- ***de <u>cocher votre grade ou service</u> ci-dessous :***

ð **agent des services hospitaliers**

ð **aide-soignant**

ð **infirmier, personnels médico-technique, éducatif et pharmacienne**

ð **services techniques et logistiques**

ð **services administratifs**

**❶ Pensez-vous savoir pourquoi l'hôpital local souhaite réaliser un Projet d'Etablissement ?**

a- oui

b- non

**❷ Avez vous connaissance de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé ?**

a- oui

b- non

**❸ Avez vous connaissance de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ?**

a- oui

b- non

**❹ Etait-il indispensable pour l'établissement de revoir certaines de ses pratiques afin de mieux répondre aux attentes des patients et des résidents ?**

a-ð oui

b-ð non

**❺ Si vous ne vous êtes pas inscrit(e) à un groupe de travail du Projet d'Etablissement, pourriez-vous m'en donner les raisons (vous pouvez cocher plusieurs cases si vous vous sentez concerné(e) par plusieurs raisons)?**

a-ð des projets ont déjà été entrepris dans le passé mais n'ont pas abouti

b-ð les informations fournies (exemple : les « flash-infos ») ne m'y ont pas incité(e)

c-ð je ne m'en sens pas capable (exemples : réticence à travailler en groupe, prise de parole, travail d'écriture …)

d-ð autre raisons ? merci de les préciser :

**❻ Que vous vous soyez ou non inscrit(e) :**

⇨ vous sentez-vous concerné(e) par les projets en cours ?

a-ð oui

b-ð non - Si non, pourquoi ?

**❼ L'établissement s'est fixé comme objectif, en janvier 2004, de réaliser une proposition de Projet d'Etablissement pour octobre 2004. Considérez-vous ce délai « raisonnable » ?**

a-ð oui

b-ð un peu court

c-ð beaucoup trop court

**❽ Avez-vous le sentiment que le Projet d'Etablissement est plutôt :**

a-ð une démarche réfléchie depuis longtemps
b-ð une démarche menée dans l' « urgence »

**❾ Auriez-vous aimé participer à une formation sur ce qu'est le Projet d 'Etablissement ?**

a-ð oui
b-ð non

Si oui, sur quels points auriez-vous souhaité (ou souhaiteriez-vous) avoir des précisions, des informations… ?

**❿ Faut-il associer les usagers (résidents, patients, familles) et les bénévoles à la construction de Projet d'Etablissement ?**

a-ð tout à fait favorable
b-ð plutôt favorable
c-ð plutôt défavorable
d-ð complètement opposé(e)

Quelle que soit votre réponse, pourriez-vous m'en exposer les raisons ?

**❶❶ Pensez-vous que les travaux réalisés dans le cadre des groupes de travail mis en place pour le Projet d'Etablissement auront des conséquences concrètes sur votre travail et sur la qualité de vie des résidents ?**

a-ð j'ai une confiance forte
b-ð j'ai une confiance plutôt forte
c-ð j'ai une confiance plutôt faible
d-ð je n'ai aucune confiance

**❶❷ L'établissement a-t-il facilité votre participation aux groupes de travail ?**

a-ð oui
b-ð non

**❶❸ La direction a-t-elle suffisamment insisté sur le rôle important des personnels dans la construction du Projet d'Etablissement ?**

a-ð oui
b-ð non

Si non, sur quels points particuliers aurait-elle dû insister davantage ?

❶❹ Parmi les propositions suivantes, quel est, selon vous, le but du Projet d'Etablissement ?

Indiquez votre ordre de priorité (1, 2, 3) dans chaque case (1 = le plus important/ 3 = le moins important)

a-ð d' améliorer vos conditions de travail
b-ð d' améliorer la qualité de vie des résidents/patients
c-ð les 2 à la fois

**Annexe 9**

# Groupe « projet de vie »

## Réunion du 26 février 2004

### Recueil des motivations vous ayant amené à participer à ce projet

Nous vous remercions par avance de l'attention et du temps que vous accorderez à répondre aux questions qui vont suivre. Nous vous demandons d'y répondre le plus sincèrement possible, remarques et critiques contribuant à une amélioration des prochaines interventions. Les réponses, anonymes, feront l'objet d'une synthèse qui vous sera communiquée par écrit.

**1-**a)Pourriez-vous nous dire ce que vous avez retenu de l'information générale «projet d'établissement et démarche qualité » ?

b)Quelles suggestions feriez-vous (présentation moins rapide ?moins dense en contenu pour une seule intervention ?vocabulaire utilisé trop technique ?…) ?

**2-** a)Les supports d'information utilisés à cette occasion vous ont-ils parus adéquats(information écrite, affichage, projection de transparents…) ?

b)Quelles améliorations proposeriez-vous ?

**3-**Quelles sont les raisons vous ayant amené à participer au groupe de travail sur le projet de vie plutôt qu'un autre?

**4-**Selon vous, quel est l'intérêt d'un tel projet pour les populations que nous accueillons?

**5-**D'un point de vue strictement personnel, qu'en attendez-vous ?

**6-**Pour vous, que serait un projet de vie « réussi » ?

**Merci de bien vouloir retourner ce « questionnaire » à … avant le 15 mars, sous enveloppe adressée à Pierre GESREL.**

## Annexe 10

HOPITAL LOCAL Jeudi 3 juin 2004

**Objet :** Recueil, par questionnaire, de l'avis des personnels de l'établissement sur la façon dont le Projet d'Etablissement (composé des projets de soins, projet de vie, projet des services et moyens logistiques…) est actuellement mené au sein de l'hôpital local.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'établissement s'est récemment engagé dans l'élaboration d'un Projet d'Etablissement. Lors de la dernière intervention relative à l'avancée de celui-ci, tenue le 25 mai 2004, M…., Directeur par intérim, et M…, adjoint au directeur, vous ont informé que j'allais diffuser un questionnaire sur la façon dont vous percevez le changement qui est mené au sein de l'établissement.

Je termine mon stage de directeur le 19 juin, et serai bientôt en poste comme titulaire, soit dans un hôpital local comme …, soit dans une maison de retraite, soit enfin dans un centre hospitalier comme adjoint en charge du secteur des personnes âgées. Avant de quitter …, je souhaiterais recueillir votre opinion sur la manière dont le Projet d'Etablissement est conduit. Les informations que vous voudrez bien me transmettre seront riches d'enseignement(s), pour vous comme pour moi. Elles permettront notamment à l'établissement de rectifier les éventuelles « erreurs » commises, de connaître le sentiment du plus grand nombre possible de personnels, de réajuster sa manière de procéder au vu des éléments qui ressortent de l'analyse des questionnaires…

Je compte sur votre participation qui sera évidemment anonyme, puisque votre grade ou service sera la seule information demandée. Pour le dépôt des questionnaires remplis, une urne sera à votre disposition :

- près des vestiaires du bâtiment « long séjour »
- près des vestiaires de Blanche de Castille

La date limite de dépôt est fixée au **vendredi 11 juin 2004**.

A l'issue du dépouillement de vos questionnaires et l'analyse des résultats, je m'engage à vous fournir un compte-rendu que j'afficherai dans chacun des services de l'établissement.

Je compte sur votre participation, et vous en remercie vivement par avance.

Pierre-Bernard GESREL

Directeur stagiaire

Annexe 11

## GRILLE D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

| | | Serv Adm | | tech & log | | Agents SH | | Aide soig | | Infirmiers | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n° | | nombre | % | nombre | % | nombre | % | nombre | % | nombre | % | | | nombre | % |
| 1 | Savez-vous pourquoi l'hôpital local de ... souhaite réaliser un projet d'établissement ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 8 | 100 | 11 | 91,7 | 48 | 96 | 20 | 100 | 11 | 91,7 | | | 98 | 96 |
| | b-non | 0 | 0 | 1 | 8,4 | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | 8,4 | | | 4 | 4 |
| 2 | Avez-vous connaissance de la loi du 4/03/04 relative aux droits des malade ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 6 | 75 | 2 | 16,7 | 25 | 50 | 14 | 70 | 9 | 75 | | | 56 | 55 |
| | b-non | 2 | 25 | 10 | 83,4 | 25 | 50 | 6 | 30 | 3 | 25 | | | 46 | 45 |
| 3 | Avez-vous connaissance de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 6 | 75 | 1 | 8,4 | 14 | 28 | 4 | 20 | 2 | 16,7 | | | 27 | 27 |
| | b-non | 2 | 25 | 11 | 91,7 | 36 | 72 | 16 | 80 | 10 | 83,4 | | | 75 | 74 |
| 4 | Etait-il indispensable pour HLB de revoir certaines de ses pratiques pour mieux répondre aux attentes des personnes accueillies? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 8 | 100 | 12 | 100 | 49 | 98 | 20 | 100 | 12 | 100 | | | 101 | 99 |
| | b-non | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 1 | 1 |
| 5 | Si vous n'êtes pas inscrit à un groupe de travail du P.E, pourriez-vous m'en donner les raisons ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-p. abouti | 0 | 0 | 1 | 8,4 | 8 | 16 | 4 | 20 | 3 | 25 | | | 15 | 31 |
| | b-p.incité | 0 | 0 | 1 | 8,4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 2 | 4 |
| | c-p capable | 0 | 0 | 2 | 16,7 | 13 | 26 | 1 | 5 | 0 | 0 | | | 17 | 36 |
| | d-autre* | 1 | 12,5 | 1 | 8,4 | 7 | 14 | 4 | 20 | 2 | 16,7 | | | 14 | 29 |
| | non répondu | 7 | 87,5 | 7 | 58,4 | 21 | 42 | 11 | 55 | 7 | 58,4 | | | 57 | |
| 6 | Que vous soyez ou non inscrit, vous sentez-vous concerné par les projets en cours ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 8 | 100 | 12 | 100 | 47 | 94 | 20 | 100 | 10 | 83,4 | | | 97 | 95 |
| | b-non | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 2 | 16,7 | | | 5 | 5 |
| 7 | L'hôpital local s'est fixé comme objectif une proposition de P.E... Considérez-vous ce délai raisonnable ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 4 | 50 | 3 | 25 | 14 | 28 | 17 | 85 | 4 | 33,4 | | | 42 | 41 |
| | b-court | 3 | 37,5 | 9 | 75 | 34 | 68 | 3 | 15 | 4 | 33,4 | | | 53 | 52 |
| | c-tp court | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 4 | 33,4 | | | 7 | 7 |
| 8 | Avez-vous le sentiment que le PE est plutôt une démarche: | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-réfléchie | 2 | 25 | 3 | 25 | 19 | 38 | 8 | 40 | 7 | 58,4 | | | 39 | 38 |
| | b-urgence | 6 | 75 | 9 | 75 | 31 | 62 | 12 | 60 | 5 | 41,7 | | | 63 | 62 |
| 9 | Auriez-vous aimé participer à une formation sur ce qu'est la projet d'établissement ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 0 | 0 | 3 | 25 | 21 | 42 | 7 | 35 | 3 | 25 | | | 34 | 33 |
| | b-non* | 8 | 100 | 9 | 75 | 29 | 58 | 13 | 65 | 9 | 75 | | | 68 | 67 |
| 10 | Faut-il associer les usagers et les bénévoles à l'élaboration du projet d'établissement ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-tt fav | 4 | 50 | 2 | 16,7 | 14 | 28 | 11 | 55 | 5 | 41,7 | | | 36 | 35 |
| | b-plt fav | 4 | 50 | 9 | 75 | 28 | 56 | 8 | 40 | 5 | 41,7 | | | 54 | 53 |
| | c-plt défav | 0 | 0 | 1 | 8,4 | 5 | 10 | 1 | 5 | 2 | 16,7 | | | 9 | 9 |
| | d-t opposé* | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 3 | 3 |
| 11 | Pensez-vous que les travaux réalisés dans le cadre du P.E auront des conséquences concrètes et bénéfiques... | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-confiance | 5 | 62,5 | 3 | 25 | 13 | 26 | 6 | 30 | 4 | 33,4 | | | 31 | 30 |
| | b-plt conf | 3 | 37,5 | 9 | 75 | 22 | 44 | 9 | 45 | 1 | 8,4 | | | 44 | 43 |
| | c-plt pas | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 28 | 4 | 20 | 7 | 58,4 | | | 25 | 25 |
| | d-aucune | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 5 | 0 | 0 | | | 2 | 2 |
| 12 | L'établissement a-t-il facilité votre participation aux groupes de travail ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 4 | 50 | 6 | 50 | 26 | 52 | 14 | 70 | 6 | 50 | | | 56 | 55 |
| | b-non | 4 | 50 | 6 | 50 | 24 | 48 | 6 | 30 | 6 | 50 | | | 46 | 45 |
| 13 | La direction a-t-elle suffisamment insisté sur le rôle important des personnels dans la construction du P.E ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-oui | 6 | 75 | 12 | 100 | 47 | 94 | 20 | 100 | 11 | 91,7 | | | 96 | 94 |
| | b-non* | 2 | 25 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 1 | 8,4 | | | 6 | 6 |
| 14 | Parmi les propositions suivantes, quel est le but premier du Projet d'établissement ? | | | | | | | | | | | | | | |
| | a-cond trav | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| | b-qual rés | 4 | 50 | 9 | 75 | 30 | 60 | 12 | 60 | 4 | 33,4 | | | 59 | 58 |

## Renvoi questions ouvertes

| 5d | | S.A | STL | ASH | AS | INF | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | non sollicité(e) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | absent lors des inscriptions au groupe de travail | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 5 | 24 |
| | empêchement personnel (enfants, santé…) | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 | 29 |
| | impossible de quitter à plusieurs le service | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 | 19 |
| | statut professionnel au sein de l'hôpital | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 14 |
| | manque de dialogue avec la direction | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | résistance à la direction | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |

| 9a | | S.A | STL | ASH | AS | INF | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | le projet médical, le projet de soins | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 | 40 |
| | les nouveaux emplois liés au P.E (accueil personnes handicapées | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 10 |
| | stucturation, objectifs, moyens, aboutissement | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 5 | 50 |

| 10 | | S.A | STL | ASH | AS | INF | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mieux connaître les besoins des résidents | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 6 | 10 |
| | intégrer les familles pour qu'elles se sentent concernées | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 | 10 |
| | les résidents sont les acteurs principaux de leur séjour | 3 | 2 | 6 | 1 | 1 | 13 | 22 |
| | les usagers sont représentés au COPIL | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | un point de vue extérieur est toujours intéressant | 0 | 4 | 4 | 3 | 0 | 11 | 19 |
| | le projet concerne tout le monde | 0 | 1 | 13 | 0 | 4 | 18 | 31 |
| | l'hôpital est un service à la disposition des familles | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| | c'est une utopie totale | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | trop de personnes impliquées sans  forcement plus de résultats | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |

| 13b | | S.A | STL | ASH* | AS | INF** | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | plus d'infos, - de précipitations, plus de ressources humaines | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 45 |
| | faire prendre à chacun conscience de l'avenir de l'hôpital | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 45 |
| | projet sur du long terme, les personnels sont pessimistes | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 11 |

*** 2 réponses d'une des deux agents des services hospitaliers**
****3 réponses de sa part**

**Annexe12**

# Le Journal officiel depuis 1990.

J.O n° 234 du 9 octobre 2003 page 17250 texte n° 21

**Décrets, arrêtés, circulaires**

**Textes généraux**

**Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées**

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

NOR: SANA0322604A

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, le ministre délégué à la famille, la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 311-3 et L. 311-4 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code civil, et notamment son article 375 ;

Vu l'ordonnance n° 45-74 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 12 février 2003,

Arrêtent :

Article 1

Les établissements, services et modes de prise en charge et d'accompagnement visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles délivrent, dans les conditions prévues à son article L. 311-4, la charte visant à garantir les droits et libertés cités à son article L. 311-3. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au présent arrêté.

Article 2

Les dispositions des articles L. 116-1, L. 116-2, L. 311-3 et L. 313-24 sont jointes en annexe à la charte délivrée à chaque personne bénéficiaire de prestations ou de services et affichées dans l'établissement ou le service.

Article 3

Lorsque la catégorie de prise en charge, d'accompagnement ou lorsque la situation de la personne le justifie, sont annexées les dispositions des articles L. 1110-1 à L. 1110-5 et L. 1111-2 à L. 1111-7 du code de la santé publique en tant qu'elles concernent les droits des personnes bénéficiaires de soins.

Article 4

Le non-respect de l'article 1er, constaté notamment dans le cadre des contrôles prévus aux articles L. 313-13, L. 313-20 et L. 331-1, emporte application des articles L. 313-14 et L. 313-21 du code susvisé.

Article 5

Le directeur général des collectivités locales, le directeur général de l'action sociale et le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 8 septembre 2003.

Le ministre de la santé, de la famille

et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Le ministre de l'intérieur,

de la sécurité intérieure

et des libertés locales,

Nicolas Sarkozy

Le ministre des affaires sociales,

du travail et de la solidarité,

François Fillon

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

Dominique Perben

Le ministre délégué aux libertés locales,

Patrick Devedjian

Le ministre délégué à la famille,

Christian Jacob

La secrétaire d'Etat à la lutte

contre la précarité et l'exclusion,

Dominique Versini

La secrétaire d'Etat

aux personnes handicapées,

Marie-Thérèse Boisseau

Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées,

Hubert Falco

A N N E X E

CHARTE DES DROITS ET LIBERTES

DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge

ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé

et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans

le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques

attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

# Annexe 13 Décret instituant le Conseil de la Vie Sociale

## Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004

## Décret relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

NOR:SANA0323646D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 311-6 ;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

### Article 1

Les différentes formes de participation prévues à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles sont instituées dans les conditions suivantes :

Le conseil de la vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L. 344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant du dernier alinéa de l'article 6 et du III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

Lorsque la personne publique ou privée gère plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, il peut être institué pour une même catégorie d'établissements ou services, au sens de l'article L. 312-1 du même code, une instance commune de participation.

## Section I : Conseil de la vie sociale.

### Paragraphe 1 : Institution.

### Article 2

La décision institutive du conseil de la vie sociale fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil.

## Paragraphe 2 : Composition.

### Article 3

I. - Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge, soit un représentant des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs, soit un représentant des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures ;

- un représentant du personnel ;

- un représentant de l'organisme gestionnaire.

II. - Toutefois :

- dans les établissements mentionnés au 8° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, seule est assurée la représentation des usagers ;

- dans les autres établissements recevant des personnes majeures, l'organisme gestionnaire peut prévoir des modalités complémentaires d'association des membres des familles des personnes accueillies au fonctionnement de l'établissement.

### Article 4

L'absence de désignation de titulaires et suppléants ne fait pas obstacle à la mise en place du conseil de la vie sociale sous réserve que le nombre de représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou de leurs représentants légaux soit supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil désignés.

### Article 5

Lorsqu'en raison du jeune âge des bénéficiaires la représentation du collège des personnes accueillies ne peut être assurée, seul le collège des familles ou représentants légaux est constitué.

### Article 6

Le président du conseil de la vie sociale est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Le président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentant soit les personnes accueillies, soit les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les représentants légaux.

Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative.

Toutefois, dans les établissements ou services prenant en charge habituellement les mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions législatives relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative, le directeur ou son représentant siège en tant que président avec voix délibérative.

### Article 7

Le conseil de la vie sociale peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour.

## Paragraphe 3 : Modalités de désignation.

### Article 8

Les membres du conseil de la vie sociale sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus.

### Article 9

Sous réserve des dispositions de l'article 28, les représentants des personnes accueillies et les représentants des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge et par l'ensemble des personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs ou des représentants légaux des personnes majeures. Des suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Sont élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés.

### Article 10

Sont éligibles :

- pour représenter les personnes accueillies, toute personne âgée de plus de onze ans ;

- pour représenter les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les représentants légaux, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal d'un majeur, tout parent d'un bénéficiaire jusqu'au quatrième degré.

### Article 11

Les personnels des établissements et services de droit privé soit salariés, soit salariés mis à la disposition de ceux-ci sont représentés au conseil de la vie sociale :

1° Dans ceux occupant moins de onze salariés, par des représentants élus par l'ensemble des personnels ci-dessus définis ;

2° Dans ceux occupant onze salariés ou plus, par des représentants élus, parmi l'ensemble des personnels, par les membres du comité d'entreprise ou, à défaut, par les délégués du personnel ou, s'il n'existe pas d'institution représentative du personnel, par les personnels eux-mêmes.

Ces représentants sont élus au scrutin secret selon les modalités fixées par le règlement intérieur.

### Article 12

Dans les établissements et services publics, les représentants des personnels sont désignés parmi les agents y exerçant par les organisations syndicales les plus représentatives. Dans les établissements ou services dont les personnels sont soumis aux dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, les sièges leur sont attribués dans les conditions fixées pour leur représentation au comité technique paritaire. Dans les établissements ou services dont le personnel est soumis aux dispositions de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, les sièges sont attribués aux organisations syndicales proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenu aux élections organisées pour la désignation des représentants du personnel au comité technique paritaire compétent pour les agents du service social ou médico-social. Dans les établissements ou services dont le personnel est soumis aux dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les sièges sont attribués dans les conditions fixées pour leur représentation aux commissions administratives paritaires compétentes sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections. S'il n'existe pas d'organisation syndicale au sein de l'établissement ou du service, les représentants du personnel sont élus par et parmi l'ensemble des agents nommés dans des emplois permanents à temps complet. Les candidats doivent avoir une ancienneté au moins égale à six mois au sein de l'établissement ou service ou dans la profession s'il s'agit d'une création. Le scrutin est secret et majoritaire à un tour. En cas d'égal partage des voix, le candidat ayant la plus grande ancienneté dans l'établissement ou service ou dans la profession est proclamé élu.

### Article 13

Les suppléants des personnels sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires.

## Paragraphe 4 : Compétence.

### Article 14

Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

### Article 15

Le conseil de la vie sociale se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article 6, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au moins huit jours avant la tenue du conseil et être accompagné des informations nécessaires. En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article 6, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire.

### Article 16

Le conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accueillies et des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents.

### Article 17

Le conseil de la vie sociale établit son règlement intérieur dès sa première réunion.

### Article 18

Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. Avant la tenue de la séance suivante, il est présenté pour adoption en vue de la transmission à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

## Section II : Autres formes de participation.

## Paragraphe 1 : Modes de participation.

### Article 19

La participation prévue à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles peut également s'exercer :

- par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou

du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;

- par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;

- par la mise en oeuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par le présent décret.

## Paragraphe 2 : Composition et fonctionnement.

### Article 20

L'acte institutif des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale précise la composition et les modalités de fonctionnement de ces instances qui comportent obligatoirement des représentants des usagers et de leurs familles ou représentants légaux en nombre supérieur à la moitié.

### Article 21

Le règlement de fonctionnement adapte les modalités de consultation mises en oeuvre compte tenu des formes de participations instituées.

Toutefois :

- l'ordre du jour des séances accompagné des explications nécessaires à sa compréhension est obligatoirement notifié aux membres des instances sept jours au plus tard avant leur tenue ;

- l'enquête de satisfaction adressée aux personnes accueillies ou prises en charge concerne obligatoirement les sujets énoncés à l'article 14 ci-dessus.

### Article 22

Les modalités d'établissement et de délibération des comptes rendus de séance des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale sont prévues par le règlement de fonctionnement compte tenu des caractéristiques particulières des modes de participation instituées.

## Paragraphe 3 : Désignation.

### Article 23

Sous réserve des dispositions de l'article 28, les modalités d'élection ou de désignation aux instances de participation autres que le conseil de la vie sociale des représentants des personnes accueillies ou prises en charge, de ceux des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux, de ceux des membres du personnel et de ceux de l'organisme gestionnaire sont précisées par le règlement de fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil.

## Section III : Dispositions communes aux conseils de la vie sociale et aux autres formes de participation.

### Article 24

Les instances de participation prévues à l'article 1er sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service prévus aux articles L. 311-7 et L. 311-8 du même code. L'enquête de satisfaction citée à l'article 19 questionne les personnes accueillies sur ces mêmes règlement et projet d'établissement ou de service.

### Article 25

L'acte institutif du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation mises en place dans l'établissement, le service ou le lieu de vie ou d'accueil est adopté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire ou établi par la personne physique gestionnaire du lieu de vie et d'accueil.

### Article 26

Les informations concernant les personnes, échangées lors des débats, restent confidentielles.

### Article 27

Les instances de participation doivent être tenues informées lors des séances ou enquêtes ultérieures des suites réservées aux avis et propositions qu'elles ont émis.

### Article 28

Dans les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative, le directeur peut convier la totalité des personnes accueillies ou prises en charge au fonctionnement des instances. Dans ce cas, il n'est pas procédé aux élections ou aux autres désignations prévues par le présent décret ou le règlement de fonctionnement.

### Article 29

Le temps de présence des personnes handicapées accueillies en centre d'aide par le travail dans les instances de participation est considéré comme temps de travail.

### Article 30

Le temps de présence des personnes représentant les personnels est considéré comme temps de travail.

### Article 31

Les représentants des personnes accueillies peuvent en tant que de besoin se faire assister d'une tierce personne afin de permettre la compréhension de leurs interventions.

## Section IV : Dispositions transitoires.

### Article 32

Les instances de participation prévues par le présent décret sont installées dans un délai de six mois à compter de sa publication. Le mandat des membres des instances existantes pour l'application du décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 cesse de plein droit dès cette installation.

Le décret du 31 décembre 1991 susmentionné reste applicable au fonctionnement de chacune des instances existantes à la date d'entrée en vigueur du présent décret jusqu'à l'installation de l'instance qui lui est substituée en application du premier alinéa du présent article.

Art. 33.

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, le ministre délégué à la famille, la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille

et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Le ministre de l'intérieur,

de la sécurité intérieure

et des libertés locales,

Nicolas Sarkozy

Le ministre des affaires sociales,

du travail et de la solidarité,

François Fillon

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

Dominique Perben

Le ministre délégué aux libertés locales,

Patrick Devedjian

Le ministre délégué à la famille,

Christian Jacob

La secrétaire d'Etat

à la lutte contre la précarité

et l'exclusion,

Dominique Versini

La secrétaire d'Etat

aux personnes handicapées,

Marie-Thérèse Boisseau

Le secrétaire d'Etat

aux personnes âgées,

Hubert Falco

---