



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

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

**RÉDUIRE ET PRÉVENIR LES NÉGLIGENCES EN INSTITUTION PAR
UNE RÉORGANISATION DES SERVICES**

Fanny RIVAULT

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères à Mme Elisabeth GABLIN pour sa disponibilité, ses conseils précieux, son soutien, et le partage de ses connaissances.

Merci également à l'ensemble du personnel et aux résidents de la maison de retraite, pour tous les moments agréables passés en leur compagnie.

Sommaire

Introduction	1
1 UN MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA PERSONNE AGE	4
1.1 Une méconnaissance de la personne âgée conduisant à une dépersonnalisation	4
1.1.1 Qu'est-ce qu'être « vieux » ?	4
1.1.2 Les personnes âgées : un groupe homogène ou hétérogène ?	6
1.1.3 Les personnes hébergées en institution	8
1.2 La maltraitance institutionnelle : une réalité ?	13
1.2.1 Définition et classification de la maltraitance	13
1.2.2 Une institution intrinsèquement maltraitante	16
1.3 Un exemple concret de négligences banalisées en maison de retraite	24
1.3.1 Les repas	24
1.3.2 Les abus psychologiques	26
1.3.3 Des distorsions liées au personnel	28
1.3.4 La maltraitance architecturale	29
1.3.5 Des résidents maltraitants	29
2 DES FACTEURS MULTIPLES DE MALTRAITANCE EN INSTITUTION	31
2.1 Les difficultés de terrain	31
2.1.1 La vie en collectivité impose des règles	31
2.1.2 Des moyens limités	32
2.1.3 Du personnel souvent peu qualifié dans le domaine gériatrique	33
2.2 L'épuisement des professionnels : une réalité	35
2.2.1 Qu'est-ce que le burn-out ?	35
2.2.2 Des causes multiples	38
2.3 L'absence prolongée d'encadrement	45
2.3.1 Le directeur, acteur central de la lutte contre la maltraitance	45
2.3.2 Le contexte de l'établissement	45

3	REPENSER DES PRATIQUES ET UNE ORGANISATION ADAPTEES AU RESIDENT	50
3.1	Pourquoi réorganiser ?	50
3.1.1	Améliorer la qualité de vie des résidents et les conditions de travail du personnel	51
3.1.2	Changer la culture de l'organisation	52
3.1.3	Les limites d'une simple réorganisation	52
3.2	L'élaboration du nouveau mode d'organisation	54
3.2.1	L'identification des perfectibilités de l'organisation en place	55
3.2.2	Les enjeux de la réorganisation	56
3.2.3	Les modifications organisationnelles	63
3.3	L'après-réorganisation	67
3.3.1	L'évaluation : une nécessité	67
3.3.2	La pérennisation du nouveau mode d'organisation par l'entrée dans la réforme de la tarification	72
3.4	Développer le système de communication	74
3.4.1	Impliquer les résidents et leur famille	74
3.4.2	Instaurer des groupes de parole	74
	Conclusion	77
	Bibliographie	79
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ALMA : Allo Maltraitance

AMP : Aide Médico-Psychologique

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CEC : Contrat Emploi Consolidé

CES : Contrat Emploi Solidarité

EHPAD : Etablissement d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

OPQ : Ouvrier Professionnel Qualifié

OPS : Ouvrier Professionnel Spécialisé

RTT : Réduction du Temps de Travail

INTRODUCTION

La maltraitance est un sujet dont les médias se font l'écho régulièrement depuis quelques années, et plus précisément les cas de maltraitance sur des enfants par leurs propres parents. Les personnes âgées sont également des victimes potentielles de maltraitance du fait de leur vulnérabilité. Les médias l'évoquent mais à une fréquence moindre alors qu'elle est en proportion plus importante que celle envers les enfants. Habituellement, on avance le chiffre de 495 000 personnes âgées¹ maltraitées soit 5% des plus de 65 ans ; 800 000 selon Hubert Falco, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées. La société s'émeut moins de leurs problèmes. Ce ne sont que les sévices physiques ou financiers que ce soit à domicile ou en institution, qui sont révélés car choquants.

Les personnes âgées sont une catégorie de population peu considérée par la société et véhiculant une image négative, alors que leur nombre ne cesse de croître. A titre d'exemple, en 2050, 22,4 millions de français auront plus de 60 ans, soit une augmentation de 85 % par rapport à 2000. L'augmentation de leur nombre engendra probablement une hausse des cas de maltraitance envers les personnes âgées, c'est pour cette raison qu'il faut s'en soucier.

En institution, la maltraitance ne devrait pas exister en théorie. Tout de même, selon l'association Alma, un tiers des mauvais traitements serait commis en maison de retraite. Hubert Falco reconnaît que sur les 680 000 lits que comptent les 10 000 maisons de retraite françaises, « 200 000 sont indignes de nos aînés »².

Les professionnels sont pourtant sensibilisés aux problèmes des personnes âgées et de nombreux textes législatifs promeuvent la qualité. Les autorités publiques ont élaboré des règles auxquels sont soumis les établissements accueillant des personnes âgées, telles que la démarche qualité, le projet d'établissement incluant notamment le projet de vie individualisé. L'objectif affiché est d'améliorer la qualité de vie des résidents en institution. Néanmoins, la maltraitance en institution demeure. Les maisons de retraite accueillent des personnes âgées mais au cours du temps, leur population a évolué, à tel point qu'elles sont dans l'obligation de se conventionner pour se transformer en Etablissement d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La dépendance accrue des résidents les rend d'autant plus vulnérables et donc plus susceptibles d'être victimes de maltraitance.

¹ A. Bitton, Maltraitance des vieux, Enquête sur le dernier des tabous, Marianne, Mai 2003.

² A. Bitton, op, cit.,

La maltraitance apparaît comme une altération possible de la prise en charge d'une personne âgée, qu'elle soit ou non en perte d'autonomie. Elle procède, le plus souvent, de l'interaction de facteurs personnels, relationnels, et sociaux. Elle est l'une des conséquences de la difficulté à assumer au quotidien un lien qui devient pesant, tant pour l'aidant que pour la personne âgée. Le regard porté sur les personnes âgées qui évolue mais reste largement négatif, accentue ce phénomène.

Généralement, on pense que la maltraitance est le fait d'un individu isolé et que cette violence est physique. Or, ce sont les comportements fréquents de négligence de la part des agents et/ou du mode de fonctionnement de l'établissement qui constituent la principale forme de maltraitance. C'est de ce type de maltraitance dont je souhaite parler car souvent ignoré ou considéré comme anodin. Il est nécessaire d'en parler et de prendre conscience que de telles actions ne sont pas normales.

La maltraitance est un phénomène difficile à cerner, en ce sens qu'il fait appel à des concepts philosophiques et éthiques, à des notions de subjectivité et de relativité, à notre propre responsabilité, et à notre propre culpabilité. La définition de ce qui est « normal » varie selon les individus, leur culture, les idées reçues.

Il peut paraître exagérer de qualifier ces comportements comme maltraitants car la prise en charge des personnes âgées est de meilleure qualité de nos jours. Mais en France, cette qualité progresse bien plus lentement que dans les autres pays européens, et en même temps, nos exigences évoluent ; on en demande plus.

Le développement exposé est basé sur le cas d'une maison de retraite qui accueille 84 résidents. Il s'agit d'un établissement où la prise en charge des résidents pourrait être considérablement améliorée. On ne veille pas suffisamment au respect des individus, l'institution fonctionne pour elle-même, les résidents étant parfois considérés comme des objets au sein de l'organisation. Certains agents ont une réelle volonté de bien faire, mais n'ont pas pris conscience de la condition d' « objet » dans laquelle est tenu le résident ni des risques subséquents de maltraitance.

Par ailleurs, le personnel se met à la place du résident et agit de la manière dont il aimerait qu'on agisse pour lui. Or, les personnes âgées n'ont pas les mêmes habitudes, les mêmes mœurs, les mêmes envies, les mêmes rythmes que des personnes plus jeunes, chacun ayant une rationalité différente. Le personnel n'est pas assez formé sur la prise en charge des personnes âgées.

On travaille au mieux, avec les moyens du bord ; et quand des situations à risques se présentent, les mesures nécessaires ne sont pas prises.

Comment l'établissement est-il arrivé à cette situation ?

Il est certain qu'il souffre d'un effectif insuffisant, mais on ne peut pas s'arrêter à ce constat. Tous les établissements sont confrontés à un problème d'effectif mais ils sont loin d'être tous maltraitants.

Des directeurs intérimaires depuis trois ans, des agents démotivés, épuisés et ayant perdu leurs repères, un mode de fonctionnement éloigné des besoins des résidents, peuvent expliquer ces dérives.

Dans un contexte de crise, un nouveau directeur est arrivé le 1^{er} septembre 2003.

Il est apparu nécessaire de remédier le plus tôt aux négligences quotidiennes auxquels sont confrontés les résidents. L'établissement doit développer une réelle culture gérontologique, ainsi qu'une dynamique de bienveillance.

L'obligation de conventionnement des établissements constitue une opportunité pour la nouvelle direction. L'effectif est insuffisant mais la maison de retraite a un fonctionnement tel que peu de postes seront accordés lors de la signature de la convention tripartite. On ne peut pas demander des moyens supplémentaires alors que les textes réglementaires ne sont pas respectés.

Réorganiser l'ensemble des services semble être un des moyens pour répondre immédiatement au problème des négligences institutionnelles, et justifier le manque de moyens humains. Rétablir la communication avec les agents et donner droit à la parole aux résidents sont un complément à cette démarche d'amélioration des prestations offertes.

La première partie de ce mémoire consistera à clarifier le terme de « personne âgée » ainsi qu'à évoquer la réalité de la maltraitance institutionnelle.

Ensuite, les causes de la maltraitance en institution seront dégagées : les contraintes de l'établissement, l'épuisement professionnel et l'absence de direction.

Enfin, dans un dernier temps, la réorganisation de l'ensemble des services sera proposée comme solution pour réduire et prévenir la maltraitance au sein de l'établissement. La réflexion, la mise en œuvre et l'évaluation autour de ce changement d'organisation, seront évoqués. A cela s'ajoutera une proposition d'amélioration du système de communication.

1 UN MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA PERSONNE AGÉE

Les personnes âgées sont des êtres faisant partie intégrante et intégrée de la société. Leur proportion ne fait que croître mais elles ne sont pas toujours reconnues. A partir du moment où l'on n'appartient plus à la population active, on est qualifié de personne âgée, terme regroupant plusieurs générations.

1.1 Une méconnaissance de la personne âgée conduisant à une dépersonnalisation

Les connaissances en gérontologie de l'ensemble de la population ainsi que de certains professionnels sont très insuffisantes.

Le mot « vieux » est employé à tout âge, les retraités sont catégorisés comme personnes âgées indistinctement, et le terme de dépendance est associé à la personne âgée.

1.1.1 Qu'est-ce qu'être « vieux » ?

Etre vieux est un terme générique employé pour qualifier différents individus. Une personne de 20 ans va qualifier une personne de 50 de vieille ; cette dernière considérant que c'est à 70 ans que l'on est vieux.

Ce terme de « vieux » est aussi connoté négativement car associé le plus souvent à la maladie, la mort.

A) Les difficultés d'approche des notions de vieillissement et de vieillesse

Le vieillissement est un processus continu et irréversible qui s'inscrit dans la temporalité de l'individu, du début à la fin de sa vie. Vieillir c'est grandir. Le vieillissement n'est donc pas le propre de la vieillesse, mais appartient à l'ensemble du processus vital.

Cette notion de vieillissement introduit une dynamique dans une période considérée comme figée.

De nos jours, le temps de vieillesse compte plusieurs décennies. A partir du moment où le travail n'est plus l'activité principale d'une personne, il lui reste plusieurs décennies à vivre. Il faut que cela reste un temps de vie et non un temps d'attente.

Peut être peut-on parler des vieillissements, d'une part, parce que l'être humain est un être biologique, pensant, social, affectif et que tous ces aspects qui le composent vont subir les effets du vieillissement ; d'autre part, parce qu'il ne les atteint pas tous simultanément. En effet, le vieillissement est différentiel, concernant plus précocement certains domaines, évoluant plus rapidement pour d'autres.

On parle de :

- vieillissement physique : la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler ;
- vieillissement psychologique : la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu ;
- vieillissement comportemental : résultat des changements ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné et regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation.

Parler des vieillissements, c'est aussi évoquer, à côté du vieillissement normal, le vieillissement pathologique qui est pour beaucoup la seule représentation de la vieillesse, ce qui traduit une certaine confusion. Le vieillissement est souvent pensé en terme de pertes, de déclin, il doit l'être également en terme de gains.

B) Les représentations de la vieillesse

Dans notre société, la vieillesse a une connotation négative. Il y a une dénégation de notre propre vieillesse, de notre propre mort, dans une société où de nombreux recours sont offerts pour rester jeune plus longtemps, où la mort doit être maîtrisée.

On est dans une conception dévalorisée de la vieillesse que l'on qualifie d'âgisme. La personne âgée va perdre de l'estime d'elle-même, à cause de cet âgisme. Que l'on soit jeune ou vieux, on ne veut pas de la vieillesse. On dit à une personne âgée « qu'elle ne fait pas son âge ».

L'idée générale c'est qu'il ne faut pas être vieux, c'est déshonorant.

Le grand âge est souvent assimilé à la dépendance qui nous angoisse. Combien de fois n'entendons pas « Je n'aimerais pas vieillir comme ça, je préfère mourir avant ».

C'est la nécessité d'une entrée en institution qui fait peur, le fait de devenir un objet, de ne plus contrôler sa vie. Le vieillissement pathologique effraie. Mais vieillir ne signifie pas inéluctablement perte de mémoire.

Les personnes âgées ne sont pas estimées parce qu'elles sont mortelles. La mort est tabou dans notre société, tout est fait afin d'éviter la mort, de prolonger la vie. Les personnes âgées, d'autant plus si elles sont malades, sont proches de la mort, et la société ne veut pas voir ces « déjà morts ». La jeunesse est mise en avant parce qu'elle protège de la mort.

Le processus de dévaluation des personnes les plus âgées est inscrit dans l'inconscient de chacun, comme un mécanisme de défense face à l'angoisse de la mort.

1.1.2 Les personnes âgées : un groupe homogène ou hétérogène ?

Dans les médias, on véhicule l'idée que les personnes âgées forment un groupe homogène, alors que ce groupe est très hétérogène. La preuve en est que plus on vieillit, et plus les inégalités se renforcent d'une part, et plusieurs générations composent ce groupe d'autre part.

A) La vision de la société

Une illusion d'homogénéité des personnes âgées prédomine. On parle toujours de « personnes âgées » sans subdiviser cette catégorie de personnes.

Selon B. ENNUYER, le label « Personne âgée » est apposé selon l'âge des individus. Ainsi, artificiellement, catégorise-t-on et fabrique-t-on l'objet « Personne âgée ». Il signale aussi qu'une telle vision de ce groupe de personnes à travers « l'unique variable de l'âge impose l'idée d'un groupe sociologiquement homogène et, de plus, un groupe à risques ayant globalement des problèmes identiques, des problèmes de personnes âgées ».

Les conditions de vie des personnes âgées se sont considérablement améliorées depuis 30 ans, mais leur représentation schématique et négative prévaut toujours dans notre société.

Comme le relève un groupe de travail du Haut comité de la santé publique¹ : « Il existe une vision stéréotypée associant à l'avancée en âge, un déclin physique et mental et assimilant le grand âge à la dépendance. Elle s'appuie sur celle des professionnels de la santé et de l'action sociale qui ne voient dans leur pratique que les personnes âgées à problème ».

Les établissements accueillant les personnes âgées continuent à adopter trop souvent une prise en charge homogène des résidents. A l'heure où nous parlons d'individualisation, l'uniformisation et l'infantilisation dépeignent fréquemment la vie quotidienne des résidents : prise en charge totale, privation des activités antérieures, déresponsabilisation, enfermement, sociabilité faible.

B) Les personnes âgées : un groupe hétérogène

Diverses typologies exposent la diversité des personnes âgées. Quoiqu'il en soit et quelle que soit la typologie préférée par les uns et les autres, il est important de ne pas penser

¹ Haut comité de la santé publique, La Santé en France, travaux des groupes thématiques, Paris, La Documentation Française, 1994.

que toutes les personnes âgées se ressemblent, que leur âge chronologique les fait incontestablement rentrer dans une même et unique catégorie et que dès lors, elles auraient les mêmes attentes, les mêmes besoins.

a) *L'existence de plusieurs générations*

Selon C. DE SAUSSURE, les retraités peuvent être scindés en trois générations :

- ? Les jeunes retraités (les jeunes vieux): ils sont considérés comme vieux pour la société mais ne sont que rarement en institution ;
- ? Les grands-parents : ils commencent à avoir un rythme de vie qui ralentit. Leur caractéristique est qu'ils ont des parents et parfois des enfants en précarité à charge, autrement dit des obligations familiales qui restreignent leur temps imaginé de liberté ;
- ? Les arrières-grands-parents (les plus de 80 ans) : ce sont essentiellement ces personnes qui vivent en institution mais beaucoup d'entre elles ne souffrent pas d'handicaps divers.

Une quatrième génération peut être ajoutée, celle des trop vieux (concept américain « too old »).

Par ailleurs, on confond très souvent deux générations : grands-parents et arrières-grands-parents.

Les grands-parents sont associés aux cheveux blancs, la canne, les courbures alors que c'est l'image de l'arrière grande parentalité. Les adultes continuent à véhiculer ces erreurs de perception aux enfants.

b) *Spécificité des pratiques, des valeurs et des besoins*

Il existe des spécificités concernant les personnes âgées.

Plus les personnes avancent dans l'âge, et plus elles sont caractérisées par une activité plus faible, préférant pratiquer des activités à leur domicile, et sortant moins. Elles s'intéressent aussi moins aux nouvelles technologies en fonction de leur âge.

Leurs spécificités se manifestent aussi au niveau de leurs valeurs. V. DROUIN¹ souligne l'existence de « deux blocs générationnels » :

- Les personnes nées avant la Deuxième Guerre Mondiale : elles se caractérisent par une plus forte croyance religieuse, un sentiment de fierté nationale plus

¹ V. Drouin, Enquêtes sur les générations et la politique. 1958-1995, Paris, l'Harmattan, 1995.

affirmé, des jugements moraux plus rigoristes, par exemple l'homosexualité ou l'avortement ;

- Les personnes de l'Après-guerre : elles sont marquées par un attachement à la liberté d'expression et à la participation active des citoyens.

Les personnes âgées présentent également des besoins spécifiques :

- Les respecter en tant que personne ;
- Prendre le temps de les écouter ;
- Communiquer avec elles ;
- Prendre en charge leur douleur ;
- Respecter leur rythme de vie.

La population vivant en institution présente une certaine spécificité mais celle-ci tend à s'atténuer. Son hétérogénéité provient de la diversité des personnes la composant.

Les différentes pathologies constituent aussi une spécificité. La population accueillie dans un foyer-logement ne va pas être la même que celle d'une maison de retraite ou d'une unité d'Alzheimer. Ces diverses formes d'accueil répondent à des besoins et des prises en charge spécifiques.

1.1.3 Les personnes hébergées en institution

Les institutions doivent se demander à quoi elles servent. Nourrir, laver, blanchir est-ce suffisant ?

En gérontologie, le schéma gardiennage et stimulation perdure dans un bon nombre d'établissements, pratique proche de celle des hospices. Les résidents y sont parfois considérés comme des objets, leur vulnérabilité et leur dépendance favorisant ces pratiques.

A) Un objet

Le résident peut être assimilé à un objet étant donné les pratiques dans certaines institutions. Le résident est traduit en terme budgétaire comme un lit occupé, en terme de soins comme un objet, et caractérisé par son niveau de dépendance.

a) *Un lit occupé*

Un lit occupé est synonyme de ressources financières pour l'établissement. Il est important que l'établissement « tourne à plein », car ses charges fixes, et plus précisément ses charges de personnel, sont importantes.

Dès qu'un lit se libère, des démarches sont effectuées afin que ce lit reste le moins longtemps inoccupé. On propose à une personne sur liste d'attente d'intégrer l'établissement soit dans une chambre à un lit, soit une chambre à deux lits. Si cette personne hésite, elle doit payer un tarif de réservation, afin que la chambre ne soit pas proposée à une autre personne.

La personne âgée doit donc rapidement prendre une décision après en général, plusieurs mois d'attente. L'établissement ne peut pas se permettre de laisser la personne réfléchir trop longtemps, car fonctionnant au prix de journée, un lit vide est synonyme de manque à gagner.

b) Un objet de soins

Le résident est la raison d'être d'une maison de retraite par définition. Pour les agents, c'est la même chose. Sans les résidents, ils n'exerceraient pas ce travail.

La répétitivité des tâches, le quotidien, le temps compté pour réaliser les actes, conduisent le personnel à considérer la personne comme un objet.

Par ailleurs, la représentation négative de la personne âgée, le fait qu'il est difficile de s'identifier à elle, renforcent ce comportement.

La personne âgée se sent aussi comme un objet au sein de l'institution. Par exemple, le fait d'utiliser un lève-malade lui fait ressentir qu'elle n'est qu'un objet que l'on déplace à l'aide d'une machine.

c) Un « chiffre » au travers de la grille AGGIR

La grille AGGIR permet d'évaluer les personnes âgées suivant des critères définis. Les résultats obtenus permettent de déterminer leur niveau de dépendance nommé le GIR (groupe iso-ressources). Six groupes existent ; plus la personne est dépendante, et plus son GIR se rapproche de 1. A partir de l'ensemble des GIR de tous les résidents, on détermine le GIR moyen pondéré de l'établissement (GMP).

Pour l'établissement, ce GMP est important parce qu'il détermine le montant d'une partie de son budget. Plus le GMP est élevé, plus la dotation dépendance sera importante.

La tentation est grande de choisir les nouveaux entrants en fonction de leur degré de dépendance. Si un nombre important de nouveaux résidents ont un GIR faible, la dotation annuelle dépendance de l'établissement risque de diminuer, ce qui engendre une diminution du personnel. Au contraire, si le GMP augmente beaucoup à cause du GIR élevé des nouveaux entrants, le risque est de se rapprocher du GMP correspondant au long séjour.

Par ailleurs, certains départements ont adopté la dotation annuelle dépendance, déterminée à partir d'une évaluation annuelle du GMP. Par conséquent, si au cours de l'année, le GMP augmente du fait de nouveaux entrants, ou tout simplement de l'augmentation du GIR des autres résidents, des moyens supplémentaires ne seront accordés que l'année suivante.

Une alternative pour les établissements concernés par cette mesure est d'accueillir des personnes issues d'autres départements pour obtenir des ressources supplémentaires dans le budget dépendance.

Le risque est grand de ne pas accueillir les personnes en fonction du caractère d'urgence de leur situation mais en fonction de leur dépendance.

Tous ces éléments contribuent à considérer les résidents comme des personnes à prendre en charge, et non comme des personnes à prendre en compte.

B) Vulnérabilité et dépendance

La population des établissements d'accueil pour personnes âgées a évolué. De nos jours, la majeure partie des résidents est caractérisée par sa vulnérabilité et sa dépendance.

a) *Des personnes vulnérables*

Les résidents des maisons de retraite font partie des populations « à risque » en ce qui concerne la maltraitance, non pas du fait que ce sont des personnes âgées, mais du fait que ce sont des personnes vulnérables.

Les personnes qui rentrent en maison de retraite font cet acte dans la plupart des cas, parce qu'elles se trouvent dans l'impossibilité de rester vivre seules à leur domicile. Elles ont besoin d'un tiers pour accomplir de nombreux actes de la vie quotidienne. Dès lors, elles se retrouvent dans une relation de dépendance vis-à-vis d'une tierce personne.

La dépendance physique, la dépendance psychologique, la confusion, l'abandon social sont des facteurs qui rendent une personne vulnérable. De plus, elles sont confrontées à l'angoisse de la mort, la maladie, les deuils, l'analyse de leur vie.

La vulnérabilité et la fragilité de ces personnes âgées peuvent engendrer chez les agents, le refus de les considérer comme des alter ego. L'approche mécaniste du soin est alors prédominante, et de façon concomitante, le résident est réduit au silence absolu, parce que détruit dans sa spécificité d'humain.

b) *La dépendance à partir de 60 ans*

Pourquoi parle-t-on de dépendance à partir de 60 ans et non plus de handicap ?

Les personnes handicapées vivant en institution, dès 60 ans, vont basculer en maison de retraite avec ce que cela entraîne en terme d'encadrement, et ne vont plus être considérées comme des personnes handicapées mais comme des personnes dépendantes.

On parle de dépendance pour les personnes âgées et non pas pour les bébés alors qu'ils sont plus dépendants.

De plus, tout au long de la vie, la relation humaine est faite de multi-dépendance.

L'historien G. VINCENT¹ nous rappelle que : « L'expression populaire « retomber en enfance » est tout à fait adéquate ; on remplace petit à petit les aliments solides par des bouillies, l'intérêt se crispe sur la nourriture et les fonctions excrémentielles, la pudeur disparaît, le médecin devient un père, l'infirmière une mère. Alors que la dépendance de l'enfant décroît progressivement pour déboucher sur la vie, celle du vieillard conduit à la mort ».

c) *Le profil des résidents de la maison de retraite*

La population de la maison de retraite est majoritairement rurale. Sa grande particularité réside dans sa démographie : une moyenne d'âge de 77 ans (alors qu'en général, l'âge moyen des personnes résidant en maison de retraite est de 85 ans), et une proportion d'hommes importante.

1/3 de la population accueillie fin 2003 est des hommes dont la moyenne d'âge est de 71 ans ; celle des femmes est de 81 ans.

Ces personnes accueillies présentent souvent une polyopathie chronique ou dégénérative entraînant une perte d'autonomie physique (mobilité réduite, vulnérabilité aux chutes, problèmes sensoriels, incontinence), et/ou une perte d'autonomie sur le plan psychologique (déficits cognitifs, anxiété, dépression). Certains sont aussi victimes d'exclusion sociale (isolement, épuisement du réseau de support).

La dépendance est très importante au sein de l'établissement puisque son GMP est de 671, fin 2003, avec 48 % des résidents en GIR 1-2, et 11 % en GIR 5-6.

De plus, nombreux sont les résidents souffrant de troubles psychiatriques peu pris en compte dans la grille AGGIR. Ces personnes sont capables de s'habiller, de se laver

¹ G. Duby, P. Ariès, G. Vincent, et al., Histoire de la vie privée, de la première guerre mondiale à nos jours, Paris, Le Seuil, 1987.

toutes seules, mais demandent une présence encore plus importante que les personnes grabataires. Elles sont constamment en demande.

La prise en charge de ces résidents engendre une charge de travail plus importante que celle révélée par le GMP de la maison de retraite.

En résumé, la personne âgée n'est pas reconnue par la société :

- elle n'a pas de statut sauf un statut d'exclusion comme la retraite ;
- elle n'a plus de rôle, surtout au niveau de la famille souvent recomposée, éloignée ;
- elle n'est pas intégrée, le transgénérationnel n'existant presque jamais ;
- elle perd son identité parce qu'elle n'est plus rien, elle ne sait plus à quoi elle sert.

1.2 La maltraitance institutionnelle : une réalité ?

Toute personne peut être victime ou à l'origine de maltraitance et notamment les personnes âgées.

La maltraitance n'est pas uniquement le fait d'un individu. L'institution peut également être source de maltraitance.

1.2.1 Définition et classification de la maltraitance

La maltraitance fait référence à une relation dans laquelle une personne exerce une force sur une autre et/ou dans une relation de dépendance. Il s'agit d'actes (ou des absences d'actes) subis par des personnes dépendantes et/ou vulnérables.

Cette notion de maltraitance englobe des réalités hétérogènes, de la violence physique à la négligence ou l'abus. La maltraitance a toujours existé et existera toujours.

A) Définition des termes

Le terme « traiter » signifie prendre soin, s'occuper de, nourrir. En opposition, « maltraiter » c'est traiter durement, traiter avec violence, brutalité, rigueur, inhumanité.

Le conseil de l'Europe donne une définition de la maltraitance dès 1992 :
« *Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».

La maltraitance est la conséquence de violences mal ou non gérées. Ces violences peuvent être de plusieurs types : physique, psychologique, matérielle ou morale. Une violence est l'acte par lequel s'exerce une force. Cette notion de violence n'implique pas de relation de pouvoir, tandis que la notion de maltraitance implique une relation de pouvoir, de dépendance.

La maltraitance se décrit habituellement à travers deux concepts :

- ☐ La négligence se définit comme le manque volontaire ou non d'une personne d'aider à la vie quotidienne. Il s'agit par exemple, de l'abandon d'une personne incapable de s'occuper d'elle-même, du manque de stimuli, de la privation de liberté, de soins ou d'hygiène, de nourriture, de l'incontinence induite par manque de « temps » pour accompagner l'aîné.

- ☐ L'abus est un acte commis ou omis souvent par une personne en relation de confiance, qui résulte en une blessure ou un tort pour la personne âgée. Cela induit une intervention active du responsable.

Le terme maltraitance est employé indifféremment pour abus, violence, négligence. On parle plutôt de violences ou d'abus, lorsque le comportement est délibérément maltraitant. Le mot négligence est plutôt utilisé lorsque le comportement est involontairement maltraitant.

B) Les classifications

Plusieurs classifications de la maltraitance existent. Retenons la classification du Conseil de l'Europe (1992) :

- ✓ violences physiques: coups, brûlures, contentions, séquestrations, bousculades, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
- ✓ violences psychologiques : langages irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, abus d'autorité, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales, l'infantilisation, le refus manifeste de communiquer, menaces, intolérance sexuelle, harcèlement, culpabilisation...
- ✓ violences matérielles et financières : vols, exigences de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés, mise sous tutelle abusive, procuration abusive, testaments, détournements, extorsion...
- ✓ violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défauts de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur....
- ✓ négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquement pratiqué avec la conscience de nuire, privation de visites, placement autoritaire...
- ✓ négligences passives: négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage, oubli, indifférence, manque d'aide...
- ✓ violence civique : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse, le placement forcé en institution, le détournement de procuration,...

C) Les caractéristiques de la maltraitance envers les personnes âgées

La notion de maltraitance est récente puisque sa définition n'est apparue dans le petit Robert qu'en 1987 au sujet des enfants maltraités.

La notion de maltraitance envers les personnes âgées est arrivée quelques années après avec la publication du livre « Violences contre les vieux » du Pr R. HUGONOT en 1990. Certes, la maltraitance envers les personnes âgées n'est pas un phénomène nouveau, mais avant, on se gardait de la voir.

La première maltraitance est là, elle est symbolique dans le fait que la maltraitance des personnes âgées n'intéresse pas. Nous n'avons pas le même regard sur l'enfant que sur le vieillard. L'enfant vaut pour ce qu'il a. Quand un adolescent se suicide, on parle de drame ; quand une personne âgée se suicide, on parle de mort dans la dignité. L'âgisme est la maltraitance basique. Il y a cette idée qu'il ne faut pas être vieux dans une société où l'on fait tout pour vivre longtemps. Et quand on vie longtemps, on dit que l'on coûte cher.

Néanmoins, l'apparition du mot maltraitance de la personne âgée est un progrès.

Chez la personne âgée, la maltraitance par inadvertance est peut-être la plus fréquente. Ses caractéristiques sont qu'elle est exercée « sans le vouloir », favorisée par l'ignorance de ce qu'est la personne âgée, et par l'épuisement des aidants professionnels ou non.

Le plus souvent, ces actes ne sont pas isolés, ils sont associés les uns aux autres et se retrouvent en « cascade », plusieurs types de violence se retrouvant dans une même situation. Fréquemment, ces actes de violence sont répétés à de nombreuses reprises.

Certains facteurs culturels et socio-économiques peuvent influencer sur le risque de maltraitance des personnes âgées :

- la représentation des personnes âgées comme des êtres frêles, faibles et dépendants,
- l'érosion des liens entre les générations au sein de la famille,
- la restructuration des réseaux de soutien pour les personnes âgées,
- les règles d'héritage et le droit à la terre, qui influent sur la répartition du pouvoir et des biens matériels dans les familles,
- le départ des jeunes couples vers d'autres régions, privant les parents âgés du soutien de leur descendance dans les sociétés où, traditionnellement, les jeunes s'occupaient des anciens.

Face à ce problème de maltraitance envers les personnes âgées souvent enterré, les autorités ont lancé une politique de lutte et de prévention de la maltraitance.

Tout d'abord, la circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002¹ consiste à améliorer le traitement des signalements ; contrôler les embauches ; prendre en charge les victimes, éloigner les auteurs présumés ; rappeler l'obligation de signalement ; conduire des enquêtes administratives systématiques, complémentaires des enquêtes judiciaires ; assurer la protection juridique des personnes.

Ensuite, la circulaire n°2002-280 du 3 mai 2002² a apporté des précisions sur le développement des réseaux d'accueil téléphonique, les dispositifs départementaux coordonnés, ainsi que les personnes ressources.

1.2.2 Une institution intrinsèquement maltraitante

Les dérives institutionnelles sont des facteurs de maltraitance, inhérents à toute institution. La maltraitance institutionnelle est caractérisée par une prévalence des négligences et des facteurs multiples. Elle est générée par la défaillance d'un système complexe.

Les chiffres relatifs à la maltraitance en institution sont quasi inexistant, ses aspects étant difficiles à dépister (négligence, rabaissement...). On peut cependant retenir les chiffres donnés par le centre d'écoute Allo Maltraitance (ALMA), même s'il ne s'agit que des recensements d'appels reçus. Selon ALMA, 35% des maltraitements ont lieu en institution.

Avec l'augmentation du nombre de déments dans les établissements, à personnel constant, structure constante, une multiplication des risques de maltraitance existe.

A) La prévalence des négligences

La maltraitance est un concept très large mais pour beaucoup, elle se limite à la violence physique. On oublie que beaucoup d'institutions sont maltraitantes, cette maltraitance étant souvent insidieuse et multiforme. Elle a lieu dans toutes les cultures occidentales, dans toutes les religions. C'est surtout l'isolement de la famille ou de l'institution qui va permettre d'augmenter la maltraitance.

Ce concept de maltraitance institutionnelle s'est installé dans les années 80.

¹ Circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

² Circulaire n°2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

En général, les violences subies en institution ne sont pas des actes intentionnels engendrant des infractions pénales. Ce sont des négligences et abus quotidiens consécutifs de pratiques professionnelles inadaptées. Ces actes relèvent de la négligence, ou sont justifiés par la « bonne intention ». Le personnel n'a pas envie de nuire volontairement.

Les violences commises par des individus isolés sont beaucoup plus rares dans les établissements.

B) Les facteurs de maltraitance en institution

Dans un établissement, la maltraitance a principalement quatre sources : les facteurs de risque liés à la situation et à l'institution, au personnel, au résident lui-même, et aux relations entre les soignants et les familles.

a) *Les facteurs liés à l'institution*

L'entrée en institution

Il ne faut pas se leurrer, la violence en maison de retraite commence dès l'inscription de la personne, ne serait-ce que par le fait qu'elle ne souhaite pas généralement y entrer, la famille prenant la décision et faisant les démarches, rarement avec son consentement. Elle se résigne à finir de vivre dans une institution. L'institution est, à partir d'un certain âge, une démarche irréversible, le plus souvent contrainte et subie par les intéressés.

Le manque d'écoute

Le manque d'écoute des personnes âgées constitue aussi une forme de maltraitance. Bien souvent, tout le monde est sur le même modèle. Par exemple, pour la fête des mères ou des grands-mères, on offre un cadeau à toutes les femmes même celles qui sont célibataires.

Les violations du territoire du moi

Dans son étude, M-T. CASMAN¹ a relié les abus en institution aux violations du territoire du moi (concept conçu par E. GOFFMAN). Les territoires du moi concernent les droits qu'une personne exerce sur un champ d'objet, dont elle surveille et défend les limites. Ils reprennent :

- Les espaces personnels : portion d'espace qui entoure un individu et où toute pénétration est ressentie comme un empiétement qui provoque une manifestation

¹ Bawin-Legros B., Casman M-T., Lenoir V., Vieillir en Maison de Repos : quiétude ou inquiétude ? Ministère de l'Emploi et du Travail, Bruxelles, ULG, Mars 1998.

de déplaisir (entrer dans une chambre sans frapper ou frapper mais ne pas attendre la réponse avant d'entrer, le manque d'intimité, le manque de lieu privé pour recevoir) ;

- La place : espace délimité auquel on peut avoir droit, la place fournit des limites faciles à voir donc à revendiquer (la place à table) ;
- L'espace utile : espace relatif aux besoins matériels évidents (pouvoir se déplacer en chaise ou avec des béquilles ; espaces adaptés ; espaces pour fumeurs ; chambre suffisamment grande) ;
- Le tour : ordre dans lequel une personne a droit à un bien quelconque (accès suffisant aux bains) ;
- Les territoires de la possession : ensemble d'objets identifiables au moi (les portes laissées ouvertes et les risques de vol) ;
- Les réserves d'informations : ensemble de faits qui concernent l'individu (non respect de la « vie privée ») ;
- L'enveloppe : l'enveloppe, la peau et les habits qui l'entourent (attouchements, gêne engendrée par des contacts physiques lors de soins, traiter la personne « en objet de soins » plutôt qu'en sujet) ;
- Les domaines réservés de la conversation : droit qu'a l'individu d'exercer un certain contrôle sur qui peut lui adresser la parole et quand (réglementation abusive des horaires et des sorties donc des moments de rencontre et de conversation avec l'entourage).

Ces divers éléments sont le lieu de violation, violation dont la gravité est souvent banalisée ou minimisée.

L'exclusion du risque

Le Pr. L. PLOTON évoque le fait que l'institution est enfermée dans un paradoxe. Les résidents sont obligés de s'économiser pour survivre, de moins prendre de risque parce que chez eux, vivre implique mourir. Les résidents vont en quelque sorte vivre « sous cloche » ; les familles font cette demande. Mais d'un autre côté, la personne âgée a le droit d'avoir une vie risquée.

Par conséquent, quoique que l'on fasse en maison de retraite, on « tue » les résidents : en les mettant « sous cloche », on les « étouffe » ; en leur faisant prendre des risques, on les « tue » aussi.

Dans le secteur gérontologique, la sécurité est quelque chose de prégnant, sans doute parce que l'angoisse de la mort est présente quotidiennement. Mais cette logique sécuritaire se fait au détriment de la liberté.

Les exigences faites envers les soignants sont de plus en plus accrues. On ne leur demande non plus tellement de garantir une qualité de vie pour la personne âgée, mais de garantir la vie de cette personne. Ces responsabilités de plus en plus importantes, engendrent un mode de fonctionnement et des pratiques selon une logique de plus en plus sécuritaire.

Un autre exemple de cette logique sécuritaire est le placement de personnes âgées en institution suite à une chute, les familles craignant pour elles l'isolement. La contention au lit ou au fauteuil est elle aussi utilisée sous couvert de faire disparaître le risque de chute. Les agents veulent protéger le résident et/ou se protéger eux-mêmes. Il y a un transfert de responsabilité : ils attachent les résidents avant qu'ils ne tombent. Ils sont responsables de choses qu'ils imaginent arriver.

Il ne s'agit là que d'une idée subjective et non rationnelle de la part de la personne qui pratique la contention, car cela ne fait que déplacer un symptôme à un autre, et multiplier les soins à long terme (perte d'autonomie, enfermement de la personne, complications physiques).

Ces principes sécuritaires, sous les différentes formes qu'ils peuvent prendre, ont pour conséquences de restreindre les déplacements de la personne âgée, et de la priver de la maîtrise de sa vie. Cette manière d'agir est tout simplement une mise en dépendance de la personne. La personne ne devient pas dépendante uniquement du fait de sa pathologie, mais du fait du comportement de son entourage.

Une des solutions restant à la personne âgée pour se manifester est la violence.

Les abus liés à la structure de l'établissement

Un certain nombre d'abus sont liés à des dysfonctionnements dans l'organisation des soins. Repérer ces dysfonctionnements est déjà un premier pas.

Les abus liés aux aménagements et services peuvent être classés en quatre points :

- Au niveau de l'alimentation :
 - quantité insuffisante de nourriture ;
 - qualité des repas : diversité, présentation, ajusté ;
 - aide déficiente au service des repas.
- Au niveau de la vie quotidienne :
 - pas de loisirs diversifiés ou adaptés ;
 - pas ou peu de sortie à l'extérieur ;
 - pas de lieu pour recevoir en privé ;
 - réglementation abusive des horaires et des sorties ;

- bains donnés par une personne du sexe opposé.
- Au niveau des conditions de vie :
 - fenestration, chauffage, ventilation éclairage inadéquats ;
 - insuffisance d'accès aux bains ;
 - pas d'espace prévu pour les fumeurs ;
 - lits trop hauts ou mal adaptés ;
 - espaces non adaptés aux divers handicaps.
- Au niveau des chambres :
 - mixité imposée des clientèles ;
 - absence de consultation sur le choix du co-chambreur ;
 - changement de chambre imposé ou sans préavis ;
 - chambres trop petites, avec trop d'occupants.

Une attention doit être portée à l'organisation de l'institution, qui est un facteur important dans l'analyse des violences en institution. Bien souvent, l'institution ne modifie pas son organisation en fonction de l'évolution de la population accueillie.

Par ailleurs, le projet d'établissement et le projet de vie individualisé doivent s'inscrire dans la même optique, et ne pas suivre des objectifs contradictoires.

Si la direction de l'établissement fait le choix de réduire ses dépenses en ayant un effectif en personnel limité et non compétents dans la prise en charge des personnes âgées, le risque de maltraitance est réel.

b) Les facteurs liés au personnel

Nous sommes tous potentiellement maltraitants. Une trop grande fatigue, un comportement énervant répété de la personne âgée, des problèmes personnels, un manque de formation, une surcharge de travail, un manque de motivation, une absence de communication... peuvent inciter, à domicile comme en structure d'accueil, à des comportements maltraitants.

Les mauvais traitements sont généralement le fait de personnel mal préparé ou qui n'assume qu'à contrecœur de s'occuper de personnes âgées

La maltraitance en institution due au passage à l'acte d'un individu isolé n'est pas la seule manifestation de violence institutionnelle.

Des pratiques professionnelles telles que les contentions, des maintiens prolongés dans les lits ou les fauteuils, des manques de soins d'hygiène, suite à des insuffisances en

terme d'effectifs ou de formation du personnel, se qualifient aussi de violence institutionnelle.

La relation entre le soignant et le résident est une relation à risque car c'est une relation de dépendance.

Les abus exercés par le personnel des institutions sont de quatre ordres :

- Les abus physiques :
 - coups, brusqueries, bousculades, rudoiments ;
 - nourrir de force ou trop rapidement ;
 - refuser des soins essentiels ;
 - contention non justifiée.
- Les abus psychologiques :
 - agression verbale, crier après la personne ;
 - mépris, contrôle disciplinaire ;
 - infantilisation, tutoiement non désiré ;
 - menace, chantage, privations diverses, isolement ;
 - débrancher les systèmes d'appel.
- Les abus matériels :
 - facturation injustifiée de services ;
 - contrôle de l'argent personnel ;
 - procuration sans consentement éclairé ;
 - vol de biens personnels.
- Les négligences :
 - mal prodiguer les soins ou services requis ;
 - ne pas répondre aux appels ;
 - manque d'écoute et d'attention ;
 - non-respect du rythme et de l'intimité.

La maltraitance première en maison de retraite est de ne pas reconnaître la personne âgée comme un semblable. On ne tue pas physiquement directement la personne âgée, mais moralement en lui supprimant sa dignité humaine.

L'absence totale de communication entre le soignant et la personne âgée à cause de sa démence par exemple, constitue une forme particulière de violence. Agir ainsi contribue à exclure socialement la personne, et à sa déshumanisation. C'est la mort de cette personne puisqu'elle est dénudée d'humanité. Le personnel n'est pas assez formé dans la compréhension de la personne âgée. Cette méconnaissance conduit au stress de la

personne âgée, parce que le personnel a des exigences envers elle au-delà de ses capacités.

Les agents les plus jeunes ont tendance à faire les choses à la place des résidents, dont le déroulement de la vie est très lent. Ils font souvent les choses à sa place, conduisant à son infantilisation et à l'augmentation de sa dépendance.

Les conflits entre les agents ont aussi des répercussions sur les résidents. Leurs différends créent de l'anxiété, de l'incertitude chez les résidents, et cela se répercute aussi sur les soins dispensés.

c) Les facteurs liés à la personne âgée et à son entourage

Les facteurs liés à la personne âgée

Une personne qui rentre en maison de retraite n'arrive pas vierge de son passé. Elle amène avec elle sa vie remplie parfois de souffrance, de violence et/ou d'exclusion, et elle va reproduire ce schéma au sein de l'institution puisque c'est son seul repère. Cette violence dans son comportement va avoir pour réponse un comportement identique du personnel. Il s'agit d'un phénomène de feed-back puisque la violence par son intensité, sa fréquence, fracture les liens de communication et génère en réponse un autre acte de violence.

Le danger est alors de déshumaniser cette personne en la résumant à sa violence, à ses symptômes. Le professionnel se trouve ainsi dans une relation de gardiennage, de routine. Le cercle de la maltraitance se reforme, le professionnel n'effectuant que du technique et non plus du relationnel. On peut retourner sans délicatesse une personne, l'habiller avec brutalité, étant donné qu'il s'agit d'une personne dépourvue de sensibilité.

La chronicité d'une pathologie chez la personne âgée est un facteur de maltraitance. Un excès de soins, l'acharnement thérapeutique, est de la maltraitance implicite.

Les personnes démentes sont celles qui risquent le plus d'être maltraitées. Le fait qu'elles déambulent, qu'elles fuguent, qu'elles aient des troubles du comportement, est mal accepté. Leur comportement qui peut être agressif est dû à la rencontre d'obstacles, d'interdictions, et elles répondent à la violence qu'elles ressentent par de la violence. L'agressivité de la personne démente entraîne l'agressivité du personnel et réciproquement.

Relations entre soignants et familles

Certaines familles éprouvent de la culpabilité et de l'angoisse lors de l'entrée en maison de retraite d'un de leurs parents. Elles veulent une certaine qualité de vie pour leur parent,

elles peuvent être méfiantes vis-à-vis des soignants quant à leur compétence, et aussi, elles angoissent par rapport à leur propre fin de vie.

Les soignants peuvent parfois répondre en retour au flux d'agressivité que certaines de ces familles peuvent manifester.

D'autres familles ne viennent que rarement ou jamais voir leur parent. Cette situation peut favoriser la maltraitance envers ces résidents puisque personne de la famille ne viendra se plaindre par rapport à des faits qu'elle aurait constatés.

Après avoir détaillé les diverses formes que revêt la maltraitance des personnes âgées, voyons le cas suivant d'une maison de retraite où les négligences sont fréquentes. L'ensemble des acteurs de l'établissement ainsi que son mode de fonctionnement en sont à l'origine.

1.3 Un exemple concret de négligences banalisées en maison de retraite

Les habitudes de fonctionnement de la maison de retraite sont rigides. L'établissement fonctionne plus pour le personnel que pour le bien-être des résidents. Aucun projet de vie n'est mis en place.

Les négligences sont quotidiennes sans pour autant voulues ou perçues par le personnel. Cette maltraitance est due à la fois au mode de fonctionnement de l'établissement, et au comportement de certains agents.

1.3.1 Les repas

Les repas sont des moments importants et privilégiés pour les résidents. Ils se retrouvent tous autour de la table, et cela rythme leur journée. Mais dans l'établissement, ce rythme n'est pas calqué sur le rythme de vie des résidents.

A) Une organisation calquée sur le rythme du personnel

Pour déterminer les horaires des repas, notamment depuis le passage aux 35 heures, les amplitudes horaires des agents ont d'abord été fixées, et ce n'est qu'ensuite que l'on a imbriqué les horaires des repas.

a) *Les horaires du personnel*

Le personnel de l'établissement peut se diviser ainsi : les infirmières, les agents des services (aides-soignants et agents des services hospitaliers), les agents de cuisine, l'agent de maintenance, les veilleurs, et le personnel administratif.

Tous les agents, mis à part le personnel administratif et de maintenance, commencent à 7h et ne finissent pas plus tard que 19h. A 19h, seule une infirmière et un agent de service restent pour surveiller les 84 résidents. A 20h, l'infirmière part, laissant l'agent de service seul jusqu'à 21h.

A 21 h, un aide-soignant et un OPS prennent le relais jusqu'à 7h.

b) *Les différents temps de la journée*

Pour permettre la cohabitation entre plusieurs personnes, l'établissement doit fonctionner suivant un rythme et des horaires fixés.

A la maison de retraite, le rythme et les horaires sont plutôt fixés sur les souhaits des agents. Chaque service a adopté ses horaires, mais on peut regrouper les différents temps de la journée ainsi :

➤ Le lever :

Les résidents commencent à être levés à 7h pour les toilettes qui s'étalent jusqu'à 11h. Le petit déjeuner (30 minutes) commence à partir de 8h15 pour terminer à 9h (selon les étages). Il n'y a pas de libre choix du résident de prendre son petit déjeuner en chambre ou en salle à manger. Les personnes les plus dépendantes sont servies au lit, les autres doivent aller en salle à manger.

➤ Le déjeuner :

Le repas dure 30 minutes, et est pris à partir de 11h30 jusqu'à 12h45 selon les services.

➤ Le goûter :

Un goûter léger (thé, café) est proposé aux résidents de 15h00 à 16h selon les services. Sa durée est de 30 minutes environ.

➤ Le dîner :

Le dîner se déroule de 17h00 à 18h00 selon les services, et dure 30 minutes.

➤ Le coucher :

Il débute à 15h00 pour les personnes les plus dépendantes et se prolongent jusqu'à 19h.

Ces horaires semblent peu appropriés au rythme de vie des résidents, l'intervalle de temps entre le dîner et le petit déjeuner étant trop important. D'ailleurs, cet intervalle de temps n'est pas réglementaire car il dépasse les 12 heures autorisées (il s'étend jusqu'à plus de 14 heures dans certains services).

Ces horaires des différents repas peuvent ne pas interpellier. Les résidents s'habituent à ces rythmes. Mais, ce jeûne important entre le repas du soir et le petit déjeuner, ne fait qu'augmenter la durée de la nuit synonyme d'angoisse, les résidents étant couchés juste après le repas. Dès que les beaux jours arrivent, les volets de l'établissement sont baissés dès 18h ; quel dommage surtout lorsque l'établissement est situé en face de la mer.

B) Une aide insuffisante au repas

Un autre problème au niveau de repas est l'aide déficiente au service et à l'aide à la prise des repas dans certains services. L'établissement dispose de quatre salles à manger, une à chaque étage. Dans chaque salle à manger, le nombre d'agents n'est pas le même. Il n'existe pas de réelle adéquation entre le nombre de résidents nécessitant une aide et le nombre d'agents présents pour la prise des repas. Cette situation conduit soit à une accélération des repas donnés, soit une attente trop longue pour les autres résidents qui ont besoin d'une aide. Les repas servis aux derniers résidents sont souvent froids.

1.3.2 Les abus psychologiques

Les abus psychologiques entre résident et agent/institution se tissent subtilement au fil du quotidien.

A) Une entrée en institution souvent mal préparée

Les personnes qui rentrent dans la maison de retraite sont mal préparées, voire pas du tout préparées. Les familles ne prennent pas toujours le consentement de la personne pour la placer en maison de retraite.

Il s'agit aussi souvent de situations d'urgence où la personne est hospitalisée, doit rapidement libérer sa chambre et n'est pas dans la capacité de rester à domicile.

L'établissement ne dispose pas du personnel suffisant et adéquat pour préparer la personne âgée à rentrer dans l'établissement. Une psychologue permettrait de faciliter l'entrée de ces personnes et de leur faire accepter cette situation.

Tous les nouveaux entrants ne visitent pas l'établissement avant d'y rentrer.

Par ailleurs, la personne âgée rentre à la maison de retraite, même si elle préférerait aller dans un autre établissement. Les places étant limitées et les demandes urgentes, dès que l'opportunité se présente, la personnes âgée va y rentrer, peu importe qu'elle partage sa chambre avec un inconnu.

La présentation du résident n'est également pas organisée. Seuls les résidents de l'étage où est installé le nouveau venu, sont prévenus de son arrivée.

B) Un déplacement « morbide » des résidents

L'établissement est conçu sur quatre étages, et sa logique est la suivante : plus on est dépendant, et plus on descend vers l'étage inférieur.

Ainsi, une personne valide rentrant à l'étage 4, va descendre d'étage en étage au fur et à mesure que sa perte d'autonomie va s'accroître. Lorsqu'elle va arriver à l'étage 1, elle ainsi que sa famille vont savoir que ses derniers moments sont comptés.

Quel choc psychologique et quelle angoisse constitue ce mode de fonctionnement. Cela entraîne aussi une perte de repères pour le résident, et accentue la désorientation pour ceux souffrant de ce problème, et une perpétuelle désinsertion.

C) L'ennui

L'ennui est une des causes premières de maltraitance en institution. Nombreux sont les résidents qui tournent en rond les après-midi, des animations seulement ponctuelles leur étant proposées.

Par ailleurs, l'ennui ne pose pas seulement des problèmes à la personne qui l'éprouve, cela cause des problèmes au reste de la collectivité. La personne s'ennuyant, va aller déranger ses voisins. Cela peut dans certains cas, conduire à de la maltraitance entre les résidents.

Ce qui fait souffrir les personnes âgées ce n'est pas tellement la solitude ou l'isolement, mais l'inutilité. Chez les hommes, l'inutilité est beaucoup plus vécue comme l'inutilité sociale, depuis l'arrêt professionnel. Les femmes vont pouvoir prolonger plus longtemps le sentiment d'utilité, car leur utilité est d'abord familiale avant d'être sociale. Mais en entrant en institution, cette utilité disparaît à son tour.

L'institution doit réfléchir aux propositions à faire aux résidents pour qu'ils retrouvent leur utilité para-familiale et sociale.

L'établissement permet aux résidents de faire des petits travaux tels que la vaisselle, la mise des couverts, le jardinage moyennant un petit pécule. Les résidents se sentent ainsi utiles à la vie de l'établissement et aux autres. Toutefois, cela concerne une minorité des résidents, car nombreux sont ceux qui ne sont plus capables d'exercer ces activités.

D) Peu d'activités proposées

Aucun service d'animation n'existe ou a existé dans l'établissement. Seules des animations ponctuelles sont organisées dans chaque service, à l'initiative des agents et lorsqu'il leur reste du temps disponible. Autant dire que les animations se déroulent inégalement entre les services.

Cette absence d'animation quotidienne contribue à accentuer l'ennui éprouvé par de nombreux résidents. Nombre d'entre eux sont capables de participer à des animations, des sorties, mais rien ne leur est proposé.

Certains diront qu'il existe de la maltraitance par l'animation. Mais d'un autre côté, l'animation est une arme remarquable si elle est faite dans l'intérêt de la personne.

Rares sont les sorties organisées par l'établissement. Une des seules sorties à laquelle les résidents peuvent participer, est le repas annuel organisé par la commune.

Nombreux sont les résidents qui ne sont presque jamais sortis de l'établissement depuis des dizaines d'années, en raison de leur handicap nécessitant l'aide d'une tierce personne pour sortir ou de l'absence de famille.

E) Pas de participation ni d'écoute des résidents

Un Conseil d'Etablissement existait mais a été abandonné depuis l'arrivée du premier directeur intérimaire. Aucune autre forme de participation des résidents et de leurs familles ni enquêtes de satisfaction, n'ont été élaborées par rapport à l'organisation de la journée et des repas.

Le manque ou l'absence d'information aux résidents constitue un facteur de risque, de violence et de conflits.

1.3.3 Des distorsions liées au personnel

La manière dont agissent les agents est orientée par l'obsession du gain de temps et d'effort. Ceci engendre un manque d'écoute du résident.

A) Les repas

Un des premiers constats choquants lorsqu'on se promène dans la maison de retraite, est que le personnel place chaque résident à sa table dans la salle à manger dès que sa toilette est finie. Ainsi, certains résidents sont placés dès 10h devant leur assiette pendant plus d'une heure, en attendant le déjeuner. L'attente est très longue et les résidents y sont contraints, car ils sont mis d'office en salle à manger, et ne sont pas dans la capacité de se déplacer eux-mêmes.

B) Les bains

Dans un des services, la salle de bain est équipée d'une douche et d'une baignoire. Ainsi, bien souvent, deux résidents sont lavés en même temps. L'intimité des résidents est alors remise en question.

De plus, on peut supposer que les deux agents sont plus enclins à discuter entre eux, qu'avec le résident dont chacun s'occupe.

C) Le coucher

Les personnes âgées les plus dépendantes sont couchées par le personnel dès 15h00. Elles sont mises en pyjama et au lit juste après le goûter.

Il est également fréquent que l'on trouve des résidents dans l'après-midi en pyjama. Le résident s'est sali et pour gagner du temps, au lieu de le changer, on l'habille directement pour aller se coucher.

D) La contention

Les contentions ne font pas l'objet de prescription médicale ni d'un protocole écrit, et les familles ne sont pas toujours consultées.

Pour éviter la déambulation de certains résidents, ils ne sont pas attachés au fauteuil avec des tissus, mais ils sont mis toute la journée dans un fauteuil fermé.

Certains sont encore capables de bien marcher mais faute de temps, ils restent coincés dans leur fauteuil accentuant ainsi leur risque de dépendance totale.

1.3.4 La maltraitance architecturale

Bien que récemment rénové, l'établissement n'est pas du tout adapté aux personnes qui y sont accueillies.

De très longs couloirs et une absence totale de signalétique n'aident pas les résidents qui sont pour la plupart désorientés, à se déplacer aisément au sein de l'institution. De plus, le manque de différenciation entre les quatre étages n'améliore pas les choses. Beaucoup errent dans les couloirs à la recherche de leur chambre, et cela crée de l'angoisse et de la confusion chez eux.

L'établissement n'a pas du tout été conçu à partir d'une réflexion autour de la personne âgée.

1.3.5 Des résidents maltraitants

Beaucoup de résidents souffrent d'une pathologie ayant comme manifestations les cris, les gémissements incessants, la déambulation. Ils peuvent être agressifs, insultants, refusant les soins, et en permanence mécontents quoique l'on fasse.

Ces personnes épuisent et exaspèrent le personnel et aussi les autres résidents.

Il serait déraisonnable de penser ou de vouloir se convaincre que tous les vieillards sont angéliques. « On vieillit comme on a vécu » et les vieux sont capables des pires maltraitements envers leur entourage voire même entre eux.

Pour conclure cette première partie, on peut dire que la maltraitance dans les établissements accueillant des personnes âgées existe. L'exemple cité est loin d'être le seul. Mais, il n'est pas évident de détecter ces actes de négligences lorsque l'on est à l'intérieur de l'établissement. Côté les agents tous les jours modifie notre perception ; comment peut-on imaginer que ces personnes soient à l'initiative de maltraitance, ou que l'établissement dans lequel on travaille engendre ce type de comportements. Le regard neuf est nécessaire.

La maltraitance institutionnelle évoquée n'est pas la conséquence de comportements voulus par le personnel. Il s'agit de comportements non intentionnels induits par de nombreux facteurs. Le mode de fonctionnement de l'établissement en est un, à cause des nombreuses contraintes auxquelles il est confronté. Ensuite, le personnel souffre d'épuisement professionnel par manque de formation, de reconnaissance, mais aussi parce que prendre soin de personnes âgées au quotidien n'est pas chose aisée. Enfin, l'institution doit être dirigée par une personne impliquée dans sa vie, et ayant pour ligne de conduite l'amélioration des conditions de vie des résidents et des conditions de travail du personnel.

2 DES FACTEURS MULTIPLES DE MALTRAITANCE EN INSTITUTION

Dans les institutions, des violences risquent davantage de s'exercer là où les normes de soins laissent à désirer, où le personnel est mal formé ou surchargé de travail, où les contacts entre le personnel et les résidents sont difficiles, où l'environnement matériel est défectueux, et où les intérêts de l'institution sont pris en compte au détriment de ceux des résidents.

La maltraitance institutionnelle est principalement liée à des causes organisationnelles (absence de projet, de communication, de formation, d'encadrement ...), et des causes psychologiques (travail pénible, confrontation à la vieillesse et à la mort, absence de communication avec le résident...).

Le point de départ pour limiter la maltraitance est qu'il ne faut pas avoir un déficit en personnel trop important, tant au niveau qualitatif que quantitatif.

2.1 Les difficultés de terrain

Les établissements sont face à des contraintes qui se situent à trois niveaux : des règles de vie en collectivité, des moyens limités, et du personnel le plus souvent insuffisamment qualifié.

2.1.1 La vie en collectivité impose des règles

La vie dans l'institution implique de respecter certaines règles, et d'avoir des habitudes qui peuvent être différentes de celles de la personne âgée avant son entrée dans l'établissement. Ces règles concernent l'hygiène, les repas, les soins, et les activités diverses proposées. Elles sont inscrites dans le règlement de fonctionnement remis au résident à son entrée. Le règlement de la maison de retraite existe depuis le second semestre 2004. Ces règles restreignent la liberté, la possibilité de choix et les désirs des résidents. Mais, il ne s'agit que de contraintes et non de maltraitance. Il y a maltraitance si par exemple, les heures de repas et le coucher sont beaucoup trop tôt.

Le collectif prime souvent dans les institutions. Pour s'en détacher, l'établissement se doit de mettre en place un projet de vie individualisé. Il faut éviter que la vie des résidents dans la maison de retraite ne soit obligatoirement collective. Garder une vie personnelle, des activités propres est indispensable.

Cette intention sera concrétisée dans la démarche de conventionnement prévue à la fin de l'année 2004, par l'élaboration d'un projet d'établissement et de projets de vie individualisés.

Par ailleurs, lutter contre l'ennui permet de rendre la vie en collectivité plus agréable. Sans équipe d'animation permettant aux résidents de se retrouver autour d'activités, beaucoup d'entre eux ne savent pas comment occuper leurs journées et ne se connaissent pas.

2.1.2 Des moyens limités

La vigilance et la parole échangée avec d'autres (professionnels, écoutants, ALMA ...) sur les pratiques quotidiennes sont absolument nécessaires. Mais, écoute et échange ne sont pas toujours suffisants quand les moyens manquent. L'absence de moyens engendre en effet, des comportements que l'on peut regrouper sous quelques titres génériques comme « maltraitance des institutions », « maltraitance budgétaire ».

A) Les conséquences de la réduction du temps de travail (RTT)

La RTT avait pour objectif d'améliorer l'organisation et les conditions de travail. Cela allait dans le sens d'améliorer la qualité des services aux résidents, grâce à l'augmentation des effectifs venant pallier la diminution du temps de travail, et à un meilleur bien-être du personnel.

Mais, la réduction du temps de travail a eu pour effet d'augmenter la proportion de contractuels au sein de l'établissement, car le nombre de postes accordés n'a pas été l'équivalent des postes nécessaires pour travailler à 35h par semaine.

Parallèlement au passage aux 35h, l'établissement s'est vu doté d'un budget dépendance censé permettre de financer des postes supplémentaires, pour pallier à l'augmentation de la dépendance des résidents. Le cumul des 35h et de ce budget aurait dû conduire à un équilibre.

La direction précédente a engagé une négociation sur les 35 heures en 2001. L'issue de cette négociation n'est cependant pas conforme à la législation. Tous les agents travaillent 40 heures par semaine soit 8 heures par jour. Ce temps de travail ne rentre pas dans le cadre réglementaire de la loi sur les 35 heures, puisque le temps de travail hebdomadaire ne doit pas dépasser 39 heures. Ils ont ainsi droit à 28 jours de RTT par an (22 + 6 jours dus au titre de la 40^{ème} heure).

En agrégeant les jours RTT de l'ensemble des agents de l'établissement, on obtient l'équivalent d'un temps plein. Ainsi, le recours à des contractuels a été très fréquent, surtout en 2003 où aucune gestion anticipée des plannings n'a été faite.

Cette négociation sur les 35 heures aurait dû être également l'occasion d'améliorer l'organisation de l'établissement, en se calquant sur le rythme de vie des résidents. Mais

aucune modification dans l'organisation n'a été faite, faute de temps de s'investir pour le directeur intérimaire.

B) L'accueil de personnes âgées souffrant de troubles

La maison de retraite accueille des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Ces personnes y ont été orientées parce que d'une part, les places en hôpital psychiatrique ne sont pas indéfinies, et d'autre part, le prix de journée y est plus élevé.

Le personnel n'est pas formé à la prise en charge de ce type de population, ce qui entraîne de la maltraitance envers ces personnes. Réciproquement, les résidents souffrant de troubles psychiatriques étant mal contrôlés, sont parfois violents envers les soignants, mais aussi envers les autres résidents.

Des difficultés se posent aussi avec les personnes atteintes de démence psychique, comme les malades d'Alzheimer. Leur proportion au sein de l'établissement est en perpétuelle augmentation, et ni le personnel, ni les locaux, ne sont adaptés à leur prise en charge.

Ces résidents posent aussi des problèmes au niveau de la cohabitation avec les autres résidents.

Le personnel démuné de compétences dans ce domaine, a tendance à agir de la même façon avec les résidents relevant de la psychiatrie et ceux atteints de démences. Or, ces deux types de population nécessitent des prises en charge spécifiques.

Faute de personnel, de connaissances, le recours aux médicaments est souvent la seule solution proposée pour canaliser ces personnes.

2.1.3 Du personnel souvent peu qualifié dans le domaine gériatrique

Il est tout d'abord difficile de recruter du personnel compétent dans la prise en charge des personnes accueillies au sein de l'établissement. Ce manque de qualification se retrouve aussi chez le personnel en place à cause de l'absence de formation depuis plusieurs années.

A) Au niveau du recrutement

Dans le souci d'apporter une prise en charge de qualité auprès des personnes âgées, une attention toute particulière doit être faite par la direction au niveau du recrutement. Choisir une personne ayant des compétences dans le domaine des personnes âgées, soit

par sa formation, soit par son expérience, est préférable même si cette personne exige une rémunération en conséquence.

Cette politique de gestion doit être dans l'idéal toujours appliquée, mais des difficultés sont souvent rencontrées. D'une part, il n'y a pas assez de personnes qualifiées dans le domaine gérontologique ; et d'autre part, la prise en charge des personnes âgées est reléguée au second plan dans les formations générales d'infirmières et d'aides-soignantes. Certains référentiels soignants ne sont pas adaptés à la prise en charge des personnes âgées en institution. La manière dont ils remplissent les besoins matériels des personnes âgées en institution peut être catastrophique, voire induire des effets pathologiques.

Il faut remédier à ce manque de formation ou à cette formation inadéquate, d'autant plus que les agents formés à la prise en charge des personnes âgées sont moins sensibles à l'épuisement professionnel.

B) Pendant la carrière

Les formations initiales des soignants ne sont pas encore assez axées sur le relationnel. Le médical et l'hygiène continuent de prédominer. Leurs gestes appartiennent le plus souvent au domaine du « prendre en charge » que du « prendre soin ».

Ce manque de formation se traduit par un travail fragmenté, limitant le temps passé en continu avec la personne âgée. Néanmoins, ces formations enrichissent en principe le savoir des agents.

A la maison de retraite, pendant de nombreuses années, aucune formation n'a été organisée. De plus, certains agents ne souhaitent toujours pas y participer même si on leur propose. Le directeur a là un rôle à jouer en les « incitant » à suivre quelques formations pour améliorer leurs façons de travailler.

2.2 L'épuisement des professionnels : une réalité

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out est un des premiers facteurs de risque de maltraitance en institution.

Comme le souligne C. BADEY-RODRIGUEZ, le travail en gérontologie « expose tous les jours à une demande relationnelle, quantitative et qualitative, à laquelle on ne peut jamais répondre [...]. En gérontologie, s'occuper de la qualité de vie des personnes âgées, c'est aussi prendre en compte les conditions de travail des soignants »¹.

Les équipes vont transmettre la pression de la demande qu'ils subissent tous les jours, elles vont reproduire le comportement des résidents.

Il est important de réduire ce risque de burn-out, car le stress et l'épuisement des agents provoquant l'usure et l'émoussement de leur tolérance, risquent d'engendrer de la violence, de l'agressivité, des abus, des négligences, et des mauvais traitements envers les personnes âgées.

2.2.1 Qu'est-ce que le burn-out ?

Le burn-out peut se traduire par l'expression « j'ai tout donné ».

Cette souffrance n'est pas vraiment corrélée à la pénurie du travail. Même dans les établissements où le ratio en équivalent temps plein (ETP) est important, le même constat est fait. Cependant, lorsque la tâche devient trop importante, la souffrance est encore plus prégnante.

Ce burn-out s'explique par l'accumulation de problématiques auxquelles doivent faire face les soignants, tant au niveau physique (manutention des résidents, incontinence) que psychique (détérioration intellectuelle, impossibilité de communication verbale, approche de fin de vie et de la mort).

A) Les manifestations de cette souffrance

L'épuisement professionnel est un état qui rend l'individu, consciemment ou inconsciemment, incapable de soutenir ses obligations journalières avec une énergie et un enthousiasme habituels. Le facteur qui semble, entre autres, lié à l'épuisement professionnel est le stress.

¹ C. Badey-Rodriguez, Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement, Paris, Seli Arslan, 1997.

Les Américains ont été les premiers à décrire le burn-out. Il s'agit d'un « syndrome d'épuisement physique et émotionnel, impliquant le développement d'une vision de soi négative, d'attitudes négatives vis-à-vis du travail et d'une perte d'intérêt et de sentiments vis-à-vis des clients .». ¹

Les signes de l'épuisement professionnel incluent la fatigue chronique, la frustration, l'insatisfaction, la rage, l'anxiété chronique, la culpabilité, la peur, la dépression et, dans les cas extrêmes, le désespoir.

L'irritabilité et une humeur changeante sont parmi les premiers signes d'un épuisement professionnel à venir à court terme. Nécessairement, ces signes sont en même temps les causes de difficulté dans les relations interpersonnelles, et du manque de communication avec les collègues et les résidents. Les autres symptômes incluent l'évitement des activités sociales, l'état chronique de tension, les problèmes de santé fréquents, l'insomnie et l'épuisement total.

Pour la victime de l'épuisement professionnel, le travail n'a plus de valeur, n'offre plus la motivation, et ne présente plus la satisfaction personnelle d'autrefois. L'épuisement professionnel remplace l'enthousiasme par une attitude négative et des remarques cyniques.

Il se manifeste par un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation avec le résident, et une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail.

Si le plus grand facteur de l'épuisement professionnel est le stress, il faut d'abord en connaître les causes pour l'éviter.

L'épuisement professionnel est le résultat d'un stress émotionnel chronique, engendré par de trop grandes exigences au travail. On peut citer par exemple, un manque de soutien, une surcharge de travail ou de responsabilités, un emploi du temps trop chargé, un échéancier irréaliste, une mauvaise entente avec la direction ou les collègues.

Par ailleurs, on a constaté que certains types de personnes sont fréquemment victimes de burn-out, en raison de leur attitude envers leur travail, de leur comportement, et de leurs attentes.

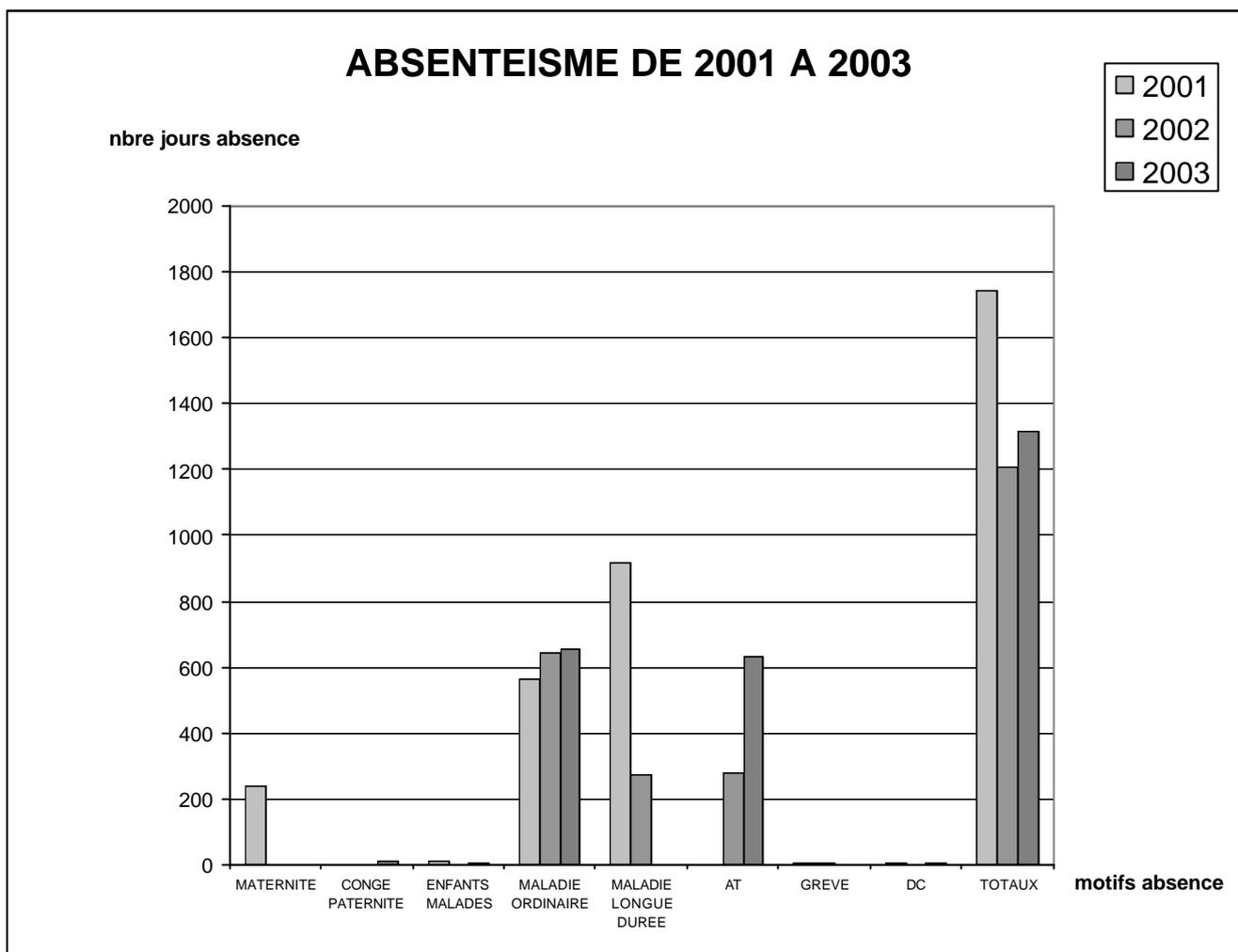
B) Les indicateurs

Les signes d'épuisement professionnel sont le taux d'absentéisme, l'absence d'initiatives, et l'importance des attitudes négatives.

¹ C. Badey-Rodriguez, op, cit.,

a) L'absentéisme

L'absentéisme dans l'établissement est très important par rapport au nombre d'agents (33)¹. Cet indicateur est révélateur d'un problème chez le personnel.



Le nombre d'arrêts maladie ordinaire est très important, et en augmentation entre 2001 et 2003. Cela traduit une lassitude des soignants, un phénomène de repli sur soi. Cela caractérise un mal-être dans l'établissement, si l'on se réfère uniquement à l'importance des jours de maladie ordinaire.

Si l'on fait le rapport entre le nombre total de jours d'absence avec le nombre d'agents titulaires et agents, on obtient : en 2001, 53 jours d'absence par agent ; en 2002, 37 ; en 2003, 40 ; soit plus d'un mois d'arrêt par an par agent.

Un bémol cependant en 2003, où les jours de maladie ordinaire doivent être amputés de 184 jours qui concernent l'absence d'un agent qui n'a pas repris encore le travail, soit en définitive 471 de jours d'arrêts maladie. En comparant uniquement les arrêts maladie, ce

¹ voir annexe 1

chiffre diminue en 2003, peut-être à cause de l'arrivée d'une nouvelle équipe administrative dans l'établissement.

A titre indicatif, en 2004, cette tendance à la diminution des arrêts maladie semble se confirmer, puisque seulement 85 jours d'arrêts pour maladie ordinaire pour le premier semestre (un agent étant en arrêt du 1^{er} janvier au 31 mai jusqu'à sa retraite), soit une diminution de 64 % de jours d'arrêts pour maladie ordinaire entre 2003 et 2004 (chiffres relatifs).

Cette baisse peut s'expliquer par l'arrivée de la nouvelle direction, qui a engagé et impliqué le personnel dans des projets, notamment la réorganisation de l'ensemble des services.

b) Le désintéressement

Les agents ne se posent plus la question de savoir si les résidents sont heureux dans l'établissement. Les choses fonctionnent de telles manières depuis des années, et donc pourquoi les changer ?

Deux organisations syndicales sont présentes dans l'établissement, et sont très impliquées dans sa vie, ne laissant pas beaucoup d'espace pour les autres agents.

Les agents ne font pas preuve d'initiatives. Un seul exemple qui peut paraître sans importance, c'est le fait de ne proposer que du sirop de grenadine aux résidents pendant 20 ans sans penser que certains n'aiment pas ça, et qu'ils sont obligés d'acheter eux-mêmes le sirop qu'ils veulent.

Par ailleurs, les attitudes du personnel sont souvent très négatives. Lorsque l'on évoque les points positifs et les points négatifs, seuls les inconvénients sont évoqués. Mais quand on veut changer les choses, des oppositions systématiques se manifestent.

2.2.2 Des causes multiples

Les causes de cet épuisement sont liées à des éléments qui tiennent à la fois aux caractéristiques des soignants qui y travaillent, au contexte gériatrique lui-même, et aux idéologies qui sont véhiculées dans les établissements (organisation, lieu de vie, médicalisation...).

A) Les causes individuelles

Le manque de motivation est une des causes de l'épuisement professionnel. Au bout d'un certain temps, les agents ressentent les effets de la routine. Ils enchaînent toilette sur toilette, repas sur repas, coucher sur coucher.

D'après la description qu'une aide-soignante fait de son quotidien, « Tout son travail, tel du moins qu'elle en parle, semble se réduire à une somme contraignante de gestes d'entretien sur des corps anonymes (...). Traquée par le temps et la somme de ce qu'elle doit faire, elle donne l'impression de courir sans cesse. »¹

Mais, la routine a aussi un aspect rassurant, on connaît bien l'enchaînement de tous les actes, on ne risque pas d'être confronté à un échec.

Cette mise à distance de la personne âgée a pour conséquence de l'assimiler à un objet de soins, et sa seule réponse est la régression, la dépendance et/ou la confusion mentale. D'où l'apparition d'un cercle vicieux : des résidents plus dépendants signifie une charge de travail alourdie, qui engendre elle-même de l'épuisement.

B) Les causes liées au contexte gériatrique

Toute personne travaillant dans le domaine gérontologique peut commettre un acte maltraitant à tout instant suite à un moment de fatigue...

Les agents sont démotivés, car dans les établissements, « oui » est égal à « non » et, qu'ils se sentent comme des pions interchangeables. Quand on n'a aucune prise sur ce que l'on fait, on est démotivé.

Face à une problématique complexe qu'est la prise en charge des personnes âgées vivant en institution, le personnel développe lui aussi des problématiques complexes.

a) *Un décalage entre l'idéal et la réalité des conditions de la pratique*

Le stress associé à la tâche de soignant, de même que les frustrations engendrées par les relations résidents-soignants (puisque la réponse en gérontologie est quantitativement et qualitativement telle que ce n'est jamais possible), sont des facteurs qui peuvent amener un état de fatigue physique et psychologique, et ainsi contribuer à développer chez un agent des attitudes agressives inhabituelles dans d'autres circonstances.

Ce phénomène n'est pas totalement récent puisqu'en 1981, L. PLOTON² évoquait déjà la souffrance du soignant en gériatrie : « le soignant souffre de la discordance entre son idéal et les obligations de sa pratique ».

¹ C. Badey-Rodriguez, op, cit.,

² L. Ploton, La souffrance des soignants en gériatrie, La Revue de Gériatrie, t.6, n°3, 1981.

b) La difficulté du travail auprès des personnes âgées

La confrontation perpétuelle à la vieillesse, à la mort omniprésente, à l'impossibilité par le soignant de vivre un deuil normal suite au décès d'un résident avec lequel des liens affectifs existaient, sont également des facteurs qui peuvent contribuer aux attitudes déshumanisantes du personnel.

↳ La culpabilité

Les agents souffrent de ne pas pouvoir répondre à la demande. Par exemple, pour aller au bout d'une tâche, on doit répondre non à d'autres personnes. A chaque fois que l'on doit répondre à une demande, une autre va s'intercaler.

↳ Des objectifs inadéquats

Un des objectifs inadéquats est l'idée générale qu'il faut stimuler les résidents. Stimuler, c'est obliger quelqu'un à faire quelque chose, et donc génère de la résistance. Obliger ou empêcher, c'est introduire de la persécution, et donc de la démotivation.

Des objectifs impossibles sont aussi fixés, comme empêcher les personnes de mourir, répondre à la hauteur de la demande. Le personnel va être obligé de frustrer, de ne pas répondre à tout. Fixer des objectifs que les agents ne peuvent certainement pas réaliser, c'est leur mettre une pression qui engendre de la pression sur les résidents.

Il est nécessaire de changer d'objectifs. Les objectifs sont toujours négociables, révisables, mais référés à des principes qui nous appartiennent ; tout cela n'étant possible que si l'établissement se donne des règles de fonctionnement.

Par ailleurs, on demande toujours aux soignants des choses au-delà de leur profession. On leur demande un engagement supérieur aux autres métiers. C'est un métier impossible, car la dimension relationnelle est au-delà de la technique.

↳ Des difficultés de communication importantes avec les résidents

Beaucoup de résidents souffrent de détérioration psychique, de démence. La communication avec elles étant très souvent limitée, le personnel ressent cela comme un échec, d'autant plus qu'il est peu formé à la prise en charge de ce type de pathologie. Les risques de découragement et d'abandon sont alors prééminents.

Par ailleurs, la relation entre le soignant et le résident peut devenir agressive, à cause de ce manque de communication et de compréhension.

↳ La confrontation au grand vieillissement

Les résidents de la maison de retraite sont la plupart du temps, des personnes marquées par la détérioration physique, psychique, la solitude, l'abandon. Le personnel est donc quotidiennement confronté à une vieillesse difficile, pathologique, bien loin du vieillard que l'on voudrait devenir ou avoir comme grand-parent. On parle souvent de « vieillard déchu » qui peut être agressif, grincheux. Il est difficile de s'identifier à lui.

Cette perception est accentuée par la représentation négative de la personne âgée par la société. Les agents s'attachent plus facilement aux résidents qui évoquent une image plus satisfaisante de la vieillesse, car ils ne souffrent pas de détérioration psychique et qu'ils sont reconnaissants du travail fourni par les équipes.

↳ Une omniprésence de la mort

La particularité du travail auprès des personnes âgées est sa finalité : la mort. Tout soignant sait qu'une personne entrant en institution va y finir ses jours, à quelques exceptions près. Le sens de la vie et de la mort est présente constamment, tant pour les résidents que pour les agents.

La mort est rarement évoquée, les résidents ont à la fois envie et peur d'en parler.

La relation gériatrique est une relation à trois : soignant - personne âgée - mort. Il y a un réflexe sécuritaire qui est de se protéger contre cette idée.

L'absence de temps pour le deuil est un sacré problème. Lorsqu'un résident décède, les agents ne peuvent pas faire un deuil normal puisqu'il faut se dépêcher pour vider et nettoyer la chambre, pour qu'une autre personne arrive. On ne sait pas enterrer le deuil psychologiquement. La conséquence est que la personne qui remplace la personne décédée n'est alors pas totalement investie (il faut au moins faire entrer le nouveau résident après l'enterrement matériel de l'autre résident), ou les agents font un deuil anticipé (même encore en vie, la personne est considérée comme déjà morte).

↳ Une inversion des rôles quant à la relation "parent-enfant"

Les agents vont être obligés de jouer un rôle parent-enfant avec un fantasme de toute puissance qui va être un sentiment angoissant.

c) Un manque de reconnaissance

Le travail auprès de personnes âgées souffre d'un manque de valorisation sociale, la vieillesse et la mort étant des concepts mis en retrait. Cette dévalorisation par la société évolue, mais cela nécessite beaucoup de temps.

Comme on l'a vu précédemment, les personnes souffrant de démence (qui constituent une proportion importante des résidents) sont souvent méprisées dans notre société. Ce mépris se fait en conséquence vis-vis des personnes qui les soignent.

De plus, le travail des soignants en gérontologie n'est pas quantifiable, puisqu'il repose principalement sur du relationnel. Or, notre système est basé sur la productivité, le résultat, et en gérontologie, le résultat final est la mort. L'acte technique est valorisé, comprendre un résident est beaucoup moins valorisé. Il y a le sentiment que l'acte technique se suffit à lui-même.

Par ailleurs, hormis les infirmières qui font des actes de soins purs, les aides-soignants se sentent réduits aux soins délégués par les infirmières. Ils souffrent d'un déficit d'image et de fonction.

L'aide-soignant n'a pas de rôle propre, il est tiraillé entre une mission soin et une mission hôtellerie, la première étant plus valorisante. Chaque personne a tendance à s'identifier à la profession supérieure (infirmière au médecin, aide-soignant à l'infirmière, ASH à aide-soignant). Cela favorise la genèse d'un mal-être et crée une confusion dans les équipes. Effectuant des soins peu techniques, l'aide-soignant valorise alors sa fonction dans la relation privilégiée qu'il entretient avec le résident. Mais ce savoir acquis par les contacts et les soins quotidiens, n'est pas encore valorisé.

C'est le statut flou des aides-soignants qui est à l'origine de ce désir de reconnaissance. Souvent travaillant isolément, et chargé de responsabilités importantes, l'aide-soignant trouve qu'il n'a pas assez de reconnaissance par rapport à ses responsabilités.

d) Une formation inadéquate

Les soignants souffrent du manque de formation ou de formation inadéquate. Certains référentiels soignants ne sont pas adaptés à la prise en charge des personnes âgées en institution.

La manière dont ils remplissent les besoins matériels des personnes âgées peut entraîner des effets pathologiques chez elles. A côté des besoins patents, il y a des besoins latents qui sont la plupart du temps ignorés. La négation de besoins psychologiques latents est la négation de besoins déterminants chez la personne âgée.

Les soignants vont alors découvrir que l'idéal ne correspond pas à la réalité, ce qui conduit à la désillusion.

C) Les causes organisationnelles

Le mode de fonctionnement de l'établissement est un facteur de bienveillance des résidents, et est souvent oublié. Or, la maltraitance en institution n'est pas le seul fait des agents. Une organisation n'assurant pas à la fois de bonnes conditions de travail et de bonnes conditions de vie, est source de négligences quotidiennes.

a) *Les conditions matérielles de travail*

La fatigue que peuvent ressentir certains agents de la maison de retraite n'est pas réellement accentuée par de mauvaises conditions matérielles de travail (éclairage, chauffage, bruits, déplacements...), les locaux étant récemment rénovés.

Seuls les déplacements provoqueraient de la fatigue, à cause des interminables couloirs de chaque étage de l'établissement.

b) *Un manque de personnel*

L'organisation est faite de telle manière qu'une confusion des rôles entre les agents s'est installée. Les ASH effectuent le même travail que les aides-soignants, sans pour autant avoir la même rémunération ni les mêmes compétences. Cela pose un double problème : des tensions peuvent se créer entre les agents, et un risque de détérioration de la prise en charge des résidents.

Se pose aussi le problème de concilier le nombre de résidents avec les moyens humains dont l'établissement dispose. A la maison de retraite, chaque service n'est pas doté du même nombre de lits ni du même nombre d'agents. Des protestations se sont faites entendre par certains services, qui considèrent qu'ils n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande même s'ils s'occupent de moins de résidents. La raison invoquée est des résidents plus dépendants. Mais l'effectif des résidents n'étant pas constant, certains services auront à prendre en charge des résidents plus dépendants à certains moments et moins à d'autres, avec le même effectif en personnel.

L'établissement est mieux doté en personnel (notamment au niveau des aides-soignants) que d'autres établissements. En effet, son ratio ETP soins par place est égal à 0.2 alors qu'une étude de la Fédération Hospitalière de France¹ souligne que le ratio ETP soins par place moyen en maison de retraite est de 0.16. Mais, avancer cet argument est un

¹ FHF, Ratios clés, Maisons de retraite et USLD : repères de travail et de négociation sur la base des données 2002, La Lettre de la FHF, Août 2003.

moins réconfort car même s'ils sont relativement plus nombreux, leur charge de travail reste trop lourde pour faire face à l'augmentation de la dépendance des résidents.

c) Les conflits internes

L'existence de conflits au sein du personnel est saine, elle permet bien souvent de faire avancer les choses. Le problème est lorsque ces conflits se systématisent.

Le fait de ne pas faire de rotation du personnel renforce ces conflits, chacun restant dans son service et agissant comme bon lui semble. Les agents ne voient alors plus que ce qu'ils font, ils ne s'intéressent pas au travail des autres, chacun considérant qu'il a le travail le plus dur et le plus ingrat. Chacun jalouse l'autre qui travaille dans de meilleures conditions, mais personne ne veut changer de service.

Par ailleurs, l'établissement est représenté par deux syndicats assez puissants, les agents de ces deux syndicats étant répartis dans deux étages différents. Leur rivalité entraîne une division des agents.

Tous ces conflits sont néfastes aux résidents car ils réduisent l'efficacité dans le travail.

d) Des perspectives inexistantes

Durant des années, le personnel n'a pas du tout été encouragé par la direction, le personnel devait uniquement faire des actes techniques, parler aux résidents était considéré comme perdre son temps.

L'absence de projets crée une perte d'investissement et d'optimisme, les moments d'insatisfaction chez les agents sont de plus en plus fréquents.

Des réunions ont été organisées en 2002 pour élaborer un projet d'établissement et un projet de soins. Mais ces deux documents n'ont pas été totalement achevés, et aucune suite n'a été donnée ni aucune action faite. Cela contribue à démotiver les agents. A quoi bon s'investir dans une démarche si cela n'aboutit à rien.

Ces deux premiers chapitres exposent les raisons de l'existence de maltraitance dans la maison de retraite. Les difficultés sur le terrain et l'épuisement des professionnels sont communs aux établissements du secteur gériatrique.

Un facteur plus spécifique à la maison de retraite est l'absence prolongée d'encadrement, engendrant des dysfonctionnements dans l'organisation, et une démotivation du personnel.

2.3 L'absence prolongée d'encadrement

L'encadrement est important au sein d'un établissement, parce que sans encadrement, aucun objectif commun n'est fixé, rien n'est coordonné. Cela engendre inévitablement des dérives.

C. JARRY, vice-président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa), a déclaré «dans les établissements, 50 % des maltraitements sont liés au manque d'encadrement »¹.

2.3.1 Le directeur, acteur central de la lutte contre la maltraitance

Le directeur a un rôle important dans la lutte contre la maltraitance. Il donne sens aux missions confiées aux agents et impulse une dynamique de bienveillance au sein de l'établissement.

Sans une vigilance constante de la part d'une direction, le risque de violence au sein de l'institution est important, notamment les tendances à l'uniformisation.

Le directeur d'une maison de retraite est également responsable de la maltraitance institutionnelle, par manque de formation gérontologique, des contraintes de gestion, une absence de management du personnel, et une absence de vigilance.

La sensibilisation à la maltraitance et la connaissance de la personne âgée doivent être les caractéristiques premières d'un directeur.

Son rôle est triple : faire respecter les règles et les valeurs au sein de l'établissement ; être vigilant aux comportements susceptibles d'être maltraitants ; écouter, valoriser et conseiller le personnel.

La politique impulsée par le directeur a un impact fort sur le comportement des agents. Il est donc important que le directeur ait un projet de qualité pour les résidents.

2.3.2 Le contexte de l'établissement

Un directeur a été nommé dans l'établissement le 1^{er} septembre 2003. Deux directeurs intérimaires l'ont précédé pendant près de 3 ans après le départ «forcé » de l'ancien directeur.

Cette absence de direction permanente et impliquée n'a fait que favoriser l'existence d'actes négligents au sein de l'établissement.

¹ A. Bitton, op, cit.,

A) Un rejet de l'ancienne direction

Pendant 20 ans, l'établissement a été dirigé par un directeur qui probablement manquait de diplomatie avec les agents, et de connaissance dans la prise en charge en gérontologie.

Ce directeur peut être catégorisé comme «dirigiste » selon la galerie de portraits de directeurs développée par MIRAMON, COUET et PATURET¹. Ce type de direction pose un regard pessimiste sur l'homme qui doit nécessairement être encadré et dirigé. Négociation et délégation ne font pas partie de son langage.

Durant des années, il y a eu un manque de supervision du personnel, des attentes irréalistes à l'égard des soignants.

L'organisation du travail telle qu'elle a été mise en place, favorise l'installation d'une routine, d'un travail répétitif. L'accent est mis plutôt sur l'enchaînement d'actes techniques, que sur le côté relationnel. Le quantitatif prime sur le qualitatif.

Demander aux soignants de compter leur temps sans se préoccuper de la dimension symbolique et éthique que leurs actes comportent, risque de les mener à des attitudes d'indifférence, ou pire, de servir d'excuse à des comportements maltraitants.

Cette période a été très difficile pour le personnel par le comportement abusif, négatif, restreignant, méprisant du directeur. En conséquence, le personnel s'est refermé sur lui-même, ne pensant qu'à ses conditions de travail, en oubliant les conditions de vie des résidents. Le travail se faisait dans une atmosphère conflictuelle entre les agents, avec les familles et la direction.

Si l'on adopte l'approche organisationnelle développée par R. SAINSAULIEU, le modèle d'organisation de l'établissement est celui du séparatisme. Les agents en sont arrivés à d'abord penser à leurs projets personnels, à défendre leurs droits, qu'à songer à l'établissement. Chaque service prêche pour sa paroisse. Ce n'est pas du séparatisme individuel puisque dans la fonction publique, les promotions rapides sont rares, mais du séparatisme « par étage ». Sans projets collectifs, sans une dynamique collective, l'apport d'idées nouvelles n'existe pas et l'immobilisme se crée.

Cette situation a perduré jusqu'en 2001, date à laquelle le directeur a quitté l'établissement.

¹ J-M. Miramon, D. Couet et J.B. Paturet, Le métier de directeur, techniques et fictions, Rennes, Editions ENSP, 2001.

B) Une période de direction intérimaire assez longue

Après le départ « forcé » de la directrice, un premier directeur intérimaire est arrivé. Pendant près de 3 ans, ce sont deux directeurs intérimaires qui se sont succédés. Leur faible présence dans l'établissement n'a permis de régler que les grandes lignes comme le budget, la RTT.

A l'arrivée du premier directeur intérimaire, la situation au niveau du personnel était très tendue. Pour le passage aux 35 heures, les agents ont pu obtenir des avantages conséquents, et la nouvelle organisation suite à la réduction du temps de travail, s'est centrée autour du personnel au détriment des résidents.

Sans directeur à temps plein dans l'établissement, le personnel n'a plus de points de repères. Aucune ligne de conduite n'est fixée. Certains agents sont alors tentés de s'approprier des zones de pouvoir. Ces zones de pouvoir sont renforcées par les deux syndicats qui cohabitent au sein de l'établissement.

C) Une gestion des ressources humaines inefficace

L'ancienne direction n'avait pas une politique de gestion des ressources humaines favorisant la qualité des agents et leurs conditions de travail, et indirectement ne garantissant pas une qualité dans la prise en charge des résidents.

Les directions intérimaires qui ont suivi, ont essayé de réorienter cette politique, mais à raison de quelques jours de présence par semaine, il a été difficile de modifier l'existant.

L'exposé qui suit reprend donc les actes de l'ancienne direction, jusqu'à l'arrivée de la nouvelle direction au deuxième semestre 2003.

a) *La gestion des compétences*

Le recrutement, la formation et l'évaluation n'étaient pas la priorité de la direction. Or, ce sont des éléments essentiels dans la lutte contre la maltraitance.

Au niveau du recrutement, aucune fiche de poste, de définition des fonctions et tâches, n'est présentée au postulant. Donc, beaucoup de personnes sont recrutées sans savoir ce qu'elles ont à faire. Il n'existe pas de véritable politique de recrutement reposant sur des grilles d'analyse, et sur la recherche de motivation du personnel.

Or la circulaire du 30 avril 2002 indique que « la prévention des violences et maltraitements en institution passe aussi par un renforcement de la vigilance au niveau du recrutement du personnel ».

Une fois engagés, ces nouveaux agents suivent les autres et agissent de la même façon, puisque aucune consigne n'a été donnée par la direction.

Les bénévoles intervenant dans l'établissement ne sont pas recrutés par la direction. Ils interviennent via une association, et il est donc difficile au directeur d'évaluer leurs motivations, et leurs comportements envers les résidents.

La formation est plus que rare, car inexistante pendant de nombreuses années. La conséquence de tout cela est la routine, l'absence de remise en question. Cette absence de formation est encore plus négative pour le personnel non qualifié, qui ne peut acquérir des connaissances plus abouties sur les personnes âgées, et offrir ainsi des prestations de meilleure qualité.

Ce n'est qu'en 2003 avec l'arrivée de nouveaux agents dans l'équipe administrative, qu'un plan de formation qui faisait défaut jusqu'alors, est mis en place.

Quant à l'évaluation, les entretiens individuels entre direction et agent ne sont pas organisés. Elle consiste plus à des annotations subjectives du directeur dans le dossier de chaque agent. Ainsi, il est difficile pour le personnel d'évaluer l'écart existant entre ses pratiques et les attentes de la direction, ou d'exprimer ses besoins.

b) Une communication déficiente

A la fois la communication verticale et la communication horizontale sont absentes.

Des réunions entre les équipes ne sont pas organisées sous prétexte de perte de temps. Cela renforce la séparation des services et le risque de maltraitance, chacun agissant à sa guise et n'étant pas vigilant à ce qui se passe ailleurs.

La dynamique collective au sein de l'établissement n'existe pas.

La direction ne communique pas non plus avec le reste du personnel.

La communication passe aussi par l'information qui permet d'associer le personnel aux évolutions de l'établissement.

Mais ce point essentiel, semble ne pas être l'atout de l'ancienne direction. Même les questions posées par le personnel n'obtiennent pas de réponses.

Cette deuxième partie a permis d'analyser les causes de la maltraitance en institution. Ces causes sont génériques, comme l'épuisement des personnes travaillant auprès des personnes âgées qui est inhérent au secteur. D'autres sont plus liées au contexte de l'établissement. Le type de population accueillie, les moyens, le modèle de direction sont des vecteurs de maltraitance.

Les deux premières parties de ce mémoire évoquent l'existant auquel a été confronté le nouveau directeur à son arrivée. Il s'est avéré urgent de remédier à la situation de la maison de retraite au plus vite, avec les moyens immédiats à disposition. La réorganisation de l'ensemble des services offre la possibilité d'améliorer les prestations proposées aux résidents, ainsi que les conditions de travail des agents, sans pour cela engendrer des coûts supplémentaires.

3 REPENSER DES PRATIQUES ET UNE ORGANISATION ADAPTEES AU RESIDENT

L'idée de réorganiser l'ensemble des services a principalement deux origines : apaiser un contexte de crise, et se conformer à la réglementation.

Trop longtemps, l'ensemble du personnel s'est contenté de l'existant, en prétextant qu'on ne pouvait pas faire plus à cause du manque d'effectif. Se contenter de cela n'est pas une solution. Faire le mieux avec les moyens que l'on a est préférable, même si les moyens matériels et humains ne sont jamais suffisants. Avec les mêmes quotas de personnel et les mêmes charges, certains établissements en raison d'une meilleure organisation du travail, font face aux besoins de leurs résidents et d'autres non.

Le directeur n'a pas le pouvoir d'augmenter l'effectif de l'établissement, mais il possède une marge de manœuvre qui est la réorganisation. Mettre en adéquation les ressources existantes et les cadres législatifs doit être le maître-mot. Le directeur dispose d'outils pour faire accepter ce changement : la loi du 2 janvier 2002¹ (respect des droits des usagers, contractualisation, projet d'établissement, projet de vie individualisé, conventionnement...), et la circulation de la parole et de l'information.

Le but de cette nouvelle organisation est de favoriser l'atteinte des objectifs, à savoir améliorer la qualité de vie des résidents, et optimiser le savoir-faire et le savoir-être de chacun au service du projet que s'est donné l'établissement.

3.1 Pourquoi réorganiser ?

L'établissement a engagé une démarche afin de réfléchir à une nouvelle organisation de l'ensemble de ses services et la mettre en oeuvre, ceci afin de :

- ❑ Se recentrer sur le résident et réaffirmer ses droits conformément à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 ;
- ❑ Se conformer à la réglementation en vigueur sur la durée du travail dans la Fonction Publique Hospitalière (Protocole du 27 septembre 2001², Décret n°2002-9 du 04 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail³) ;

¹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² Protocole du 27 septembre 2001 sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

³ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- ❑ Optimiser l'organisation afin d'améliorer la prestation offerte aux résidents ;
- ❑ Améliorer, dans la mesure du possible, les conditions de travail des agents.

3.1.1 Améliorer la qualité de vie des résidents et les conditions de travail du personnel

Dès l'entrée du nouveau directeur au sein de l'établissement, s'est posée la question de la qualité des prestations offertes aux résidents.

Les comportements des agents, l'organisation, l'ambiance générale doivent être rapidement améliorés. Une telle situation ne peut perdurer. Sans attendre, une démarche a été entreprise à l'initiative du directeur pour changer la situation.

Peut-on alors se demander pourquoi commencer par la réorganisation de l'établissement avant d'élaborer le projet d'établissement par exemple.

Tout d'abord, avant d'élaborer un projet d'établissement, il s'avère indispensable de réfléchir à l'organisation des services, aux conditions de travail des agents et aux modalités de mise en œuvre d'un réel travail d'équipe. Améliorer la qualité de vie des résidents va de paire avec améliorer les conditions de travail du personnel.

Par ailleurs, il est nécessaire de faire un signe rapidement envers les agents et les résidents, pour enrichir leur quotidien. Or, l'élaboration d'un projet d'établissement incluant le changement d'organisation prend beaucoup plus de temps qu'une simple réorganisation.

Même si le manque de personnel est continuellement présent, il ne faut pas attendre que les postes demandés soient donnés. Avec les moyens actuels dont on dispose, il faut trouver une combinaison la plus optimale possible, pour améliorer qualitativement la prise en charge des résidents.

En améliorant la qualité de l'organisation et la répartition des ressources humaines, en motivant les équipes, en accroissant les compétences et les qualifications du personnel, la qualité du service rendu aux résidents sera nettement meilleure.

Ensuite, les établissements sont dans l'obligation de se conventionner assez rapidement et pour cela, ils doivent justifier que l'effectif n'est pas suffisant, pour répondre aux besoins et attentes des résidents. Avec une organisation telle que celle de la maison de retraite, les chances d'obtenir des postes supplémentaires sont maigres, car l'organisation n'est pas efficiente et génère des comportements maltraitants. Avec la réorganisation des services, les besoins réels de l'établissement seront plus facilement détectés.

Une fois la nouvelle organisation mise en place, le projet d'établissement sera élaboré et la nouvelle organisation y sera intégrée.

3.1.2 Changer la culture de l'organisation

L'établissement se doit de passer d'une culture du séparatisme et de la mobilité, à celle de la fusion et de l'unanimité ainsi que celle de la négociation.

Selon R. SAINSAULIEU, le modèle de la fusion et de l'unanimité est basé sur le consensus. L'organisation est composée d'individus, chacun compensant les carences des autres. Les relations entre les agents sont à la fois formelles et informelles. Peuvent être exclus les agents ne respectant pas cet état d'esprit, car considérés comme mettant en danger l'organisation.

Il est important pour une maison de retraite où la qualité est recherchée de fonder ses actions sur le consensus. Sinon, des risques de surprotection ou à l'opposé de prise en compte partielle du résident, pourront survenir.

Le modèle de la négociation repose sur le débat entre les agents, des groupes de discussion, les valeurs des métiers de l'organisation. Le directeur est là pour animer ces groupes, apporter un éclairage et clarifier les propos collectifs.

La négociation est essentielle pour améliorer les conditions d'accueil des résidents. Par la négociation, un agent peut accepter de faire des choses hors de sa fonction pour un meilleur service rendu.

Ces deux modèles doivent être la culture de la nouvelle organisation. Cependant, le modèle de retrait ne pourra pas être exclus car il est difficile d'obliger des agents à réaliser plus que le service minimum.

3.1.3 Les limites d'une simple réorganisation

Se limiter à la réorganisation des services ne permet pas de réduire le risque de maltraitance dans la maison de retraite. Les actions suivantes doivent être complémentaires :

- sensibiliser le personnel aux différents types de maltraitance et à la prise de conscience de certains de leurs actes. Bien souvent, les agents n'ont pas conscience que certains de leurs comportements ne respectent pas les résidents, ou sont mal vécus par eux. Ils sont parfois pris par la routine de leur travail, sans même le réaliser ;
- soutenir et encadrer le personnel : c'est là le rôle du directeur ;
- instaurer des groupes de parole permettant aux membres du personnel d'exprimer leur difficulté et/ou leur malaise face à certaines situations, de réaliser qu'ils ne sont pas seuls ... ;

- respecter la législation ainsi que l'application des différentes notions tels le projet de vie et le Conseil de la Vie Sociale ;
- respecter des règles de vie en communauté inscrites dans le règlement de fonctionnement ;
- renforcer, via le personnel et sa relation avec la famille et l'entourage, le maintien des contacts de la personne âgée. Les visites familiales sont essentielles au maintien de l'équilibre personnel, et sont source d'une vie quotidienne plus agréable. De plus, une personne entourée risque moins d'être victime de maltraitance de la part du personnel : des visites régulières permettent de veiller à l'état psychique et physique de la personne.

Ces différents points seront abordés au fur et à mesure, afin de ne pas faire de changements trop importants et rapides chez le personnel, qui n'a pas été habitué à de tels bouleversements et remises en question depuis des années.

Avant de déterminer les changements organisationnels à effectuer, la direction a réfléchi sur les objectifs et les limites de la réorganisation de l'établissement.

Une fois cette première phase terminée, un groupe de travail s'est formé pour établir les différentes modalités de la nouvelle organisation.

3.2 L'élaboration du nouveau mode d'organisation

Pour garantir au mieux la protection des résidents, l'institution doit porter attention à son organisation, son mode de fonctionnement, et contrôler la qualité de sa prise en charge.

Il est nécessaire et les lois vont dans ce sens, d'individualiser les prestations offertes aux résidents, mais il n'est pas matériellement possible de faire du sur mesure. Jusqu'à présent, la maison de retraite proposait des prestations collectives. L'idée est de dégager du temps pour les agents, afin d'offrir aux résidents des moments et des espaces « sur mesure ».

Cette organisation devra combiner la vocation et les objectifs que lui donne le responsable de l'établissement, les attentes du personnel et des résidents.

Le directeur est chargé de conduire le changement, il doit gérer l'avant, le pendant et l'après changement, et en assurer le management par la constitution de groupes de travail (comités de réflexion, groupes de pilotage, comités de suivi et d'évaluation).

La direction a fait le choix de faire appel à un cabinet de consultants pour animer un groupe de travail, autour de l'auto-évaluation et de la réorganisation. L'intérêt de consultants extérieurs est l'expertise, l'objectivité et le recul.

Un comité de pilotage est constitué d'agents représentatifs de toutes les catégories de personnel de l'établissement et de la direction, ceci dans le but d'impliquer le maximum d'agents. Il s'est ainsi réuni à plusieurs reprises (6 journées entre novembre 2003 et avril 2004) afin de travailler sur l'auto-évaluation, et sur de nouveaux aménagements dans l'organisation de l'établissement. Cette nouvelle organisation sera effective au 1^{er} juin 2004. Une réelle réflexion sur une nouvelle organisation du temps de travail avec les implications sur la qualité du service rendu au résident, a été engagée.

Les aspects de l'organisation a priori à reconcevoir sont l'affectation des fonctions (tâches et responsabilités) entre les agents, l'organisation du travail dans le temps (plannings), et les pratiques.

Il est nécessaire de réorganiser afin de connaître les besoins de personnel de l'établissement, et les faire valoir lors de l'élaboration de la convention tripartite. Lors du conventionnement, on ne peut pas demander des postes supplémentaires en ayant une telle organisation : les résidents couchés à 15h et mangeant à 17h00.

3.2.1 L'identification des perfectibilités de l'organisation en place

Aborder l'organisation et rechercher ses dysfonctionnements, vont permettre de l'améliorer par rapport aux objectifs de soins des services et aux conditions de travail du personnel. Face aux exigences accrues de qualité et d'efficacité des soins, aux contraintes financières, aux attentes du personnel confronté, à effectif quasi-constant, à une intensification de son travail, le défi à relever est important.

A) L'auto-évaluation : un outil d'aide à l'analyse et au choix des actions à développer

La première phase de la réorganisation est un recensement le plus exhaustif possible des points possibles d'amélioration de l'organisation en place. Elle permet de déterminer l'inacceptable, le nécessaire, et l'idéal.

Tout d'abord, nous nous sommes appuyés sur un référentiel, le référentiel DAS 35 adapté du référentiel Angélique par le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. Autrement dit, il s'agit de procéder à l'auto-évaluation, point de départ de la démarche qualité. On mesure ici l'écart entre ce référentiel de qualité et les pratiques de l'établissement.

Les résultats découlant de cette auto-évaluation vont permettre d'identifier les dysfonctionnements de l'établissement, sources de non qualité, ainsi que ses points forts. Il faut profiter des dysfonctionnements révélés par l'auto-évaluation pour mettre un plan d'action et une évaluation.

B) L'observation des faits

Très rapidement, des faits quotidiens choquants nous ont interpellés. Ces faits ont déjà été développés dans la première partie lors de la description des négligences dans l'institution.

Le fait d'être nouveau dans la maison de retraite permet d'avoir un recul, un regard critique sur le travail des agents, que l'on n'a plus forcément au bout de quelques temps quand on connaît mieux les agents, les habitudes s'installant.

De plus, au niveau de la connaissance des droits des résidents, rien n'est formalisé. Règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte des droits et libertés de la personne accueillie et charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, sont inexistantes et inconnus.

C) Les demandes des familles

Plusieurs familles ont exprimé leur mécontentement de façon informelle sur l'absence de direction, d'animation et plus généralement sur la prise en charge de leurs parents. Ils regrettent aussi le manque d'information.

3.2.2 Les enjeux de la réorganisation

L'organisation peut se définir comme l'aménagement optimal des ressources de l'établissement disponibles ou susceptibles de l'être, au service d'enjeux divers.

Lors de l'élaboration de l'organisation, il faudra privilégier le résident, mais aussi l'autonomie et la responsabilité du soignant quant à l'accomplissement du travail dans le cadre de rôles définis ; sans oublier de ne pas dépasser les moyens financiers dont dispose l'établissement.

L'organisation de l'institution va créer la façon dont le service est rendu.

A) Les résidents

La réorganisation a pour enjeu premier d'améliorer les conditions de séjour des résidents. Cela passe par divers axes à savoir : respecter leur rythme de vie, renforcer leur vie sociale, élaborer un meilleur suivi, et réaffirmer leurs droits.

a) *Respecter leur rythme de vie*

Le point de départ a été de se calquer sur le rythme de vie des résidents.

Une attention vigilante de l'ensemble du personnel devra être portée sur les comportements des résidents. La personnalisation du rythme de vie ne repose que sur une connaissance et une observation continue de chaque personne.

Les rythmes propres de la personne âgée sont souvent plus lents, et un soin technique ou l'établissement d'une relation demande un délai ; il convient, autant faire que se peut de ne pas imposer à la personne âgée des horaires et des rythmes qui compromettent toute vie relationnelle.

La maison de retraite a modifié les horaires de repas des résidents afin d'améliorer leur qualité de vie et de tenir compte de leurs besoins biologiques :

- le petit déjeuner est servi à 8 H en semaine et à 8 H 15 le week-end ;
- le déjeuner débute à 12 heures (fin à 12 h 45) ;
- le goûter est servi à partir de 15 h 45 ;
- le dîner débute à 18 h en chambre (jusqu'à 18 h 30) ; en salle à manger, le repas est servi à 18 h 30.

Ces nouveaux horaires de repas permettent de diminuer le temps de jeûne entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner (passage de 14 h 00 à 13 h 00 soit une baisse d'une heure) et d'harmoniser les horaires entre tous les services.

b) Renforcer leur vie sociale

Il a été fait le constat que les résidents ne se connaissent presque pas entre eux, chacun restant dans sa chambre puisque aucun lieu ni moment de rencontre ne leur est proposé. Des activités régulières à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur devront être proposées aux résidents qui le souhaitent.

Pour amener le maximum de résidents à partir en promenade et ne pas écarter les résidents les plus dépendants, l'établissement s'est doté d'un véhicule adapté aux personnes handicapées.

Par ailleurs, l'établissement étant organisé en quatre étages regroupant chacun des personnes de même niveau de dépendance, certains services sont animés et d'autres non. En mélangeant les populations, chaque service sera plus animé.

c) Elaborer un meilleur suivi

La nouvelle réorganisation va engendrer un roulement plus important des agents entre les différents étages. Tous les agents devront alors connaître de façon approfondie les résidents. Le dossier de soins informatisé (mis en place début 2004) accessible à tous les étages, permet d'accéder à des informations complètes sur l'ensemble des résidents, et d'effectuer un suivi plus régulier.

Par ailleurs, la mise en place de transmissions formelles regroupant un agent de chaque service en même temps, facilite la connaissance des problèmes rencontrés pour chaque résident.

d) Réaffirmer leurs droits

Jusqu'à présent, aucun document de l'établissement ne mentionnait les droits des résidents. Or, la loi du 2 janvier 2002 rénovant les institutions sociales et médico-sociales consacre une large part « aux droits des usagers du secteur social et médico-social ».

L'établissement a procédé au cours du premier semestre 2004, à l'élaboration du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour et du livret d'accueil qui permettent de mentionner et de faire connaître les droits des résidents. Les diffusions également de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, et celle concernant la personne accueillie, vont dans ce sens.

De plus, aucune forme de participation des résidents et des familles à la vie de l'institution n'existait.

Un Conseil de la Vie Sociale regroupant 2 représentants des résidents, 4 représentants des familles, 3 représentants du personnel et 1 représentant de l'administration

gestionnaire a vu le jour au cours du premier semestre 2004. Au moins trois réunions sont prévues chaque année.

Une commission des menus a aussi été créée en 2004, afin que les résidents expriment leurs différents points de vue sur la composition des menus.

Cette commission a lieu toutes les six semaines, et fédère de nombreux résidents.

Réorganiser l'établissement ne signifie pas uniquement modifier les horaires, les tâches, les affectations des agents, c'est également remettre de l'ordre dans l'établissement, mettre sur papier les choses afin qu'elles soient connues de tous.

La nouvelle organisation devra se baser sur les droits des résidents pour se construire.

Prendre en compte les droits des personnes âgées, c'est les reconnaître.

B) La gestion des ressources humaines

Modifier l'organisation d'une institution n'est pas chose aisée. Le directeur doit être véritablement impliqué dans ce projet, être le moteur qui fédérera l'ensemble du personnel. La mobilisation et la motivation sont les points de départ pour l'aboutissement du projet. Pour cela, le directeur dispose de plusieurs moyens : la communication, la reconnaissance du travail des agents et la formation.

a) *La communication*

La motivation et la mobilisation du personnel passent avant tout par une transmission des informations relatives à la vie de l'établissement.

Les actions menées dans ce sens par la nouvelle direction sont :

- L'information sur toutes les animations, les activités (via une boîte aux lettres pour chaque service), et les améliorations à apporter, notamment par le biais des groupes de travail sur l'élaboration d'une nouvelle organisation. Cela permet de mettre en avant le dynamisme de l'établissement et de redonner confiance aux agents ;
- Des réunions rassemblant l'ensemble du personnel ou les résidents, en fonction des changements et nouveautés qui ont lieu dans l'établissement ;
- L'élaboration du livret d'accueil qui permet de valoriser le travail des différents services ;
- L'élaboration du Conseil de la Vie Sociale.

Grâce à une véritable communication, les agents ont le sentiment d'appartenir à la structure, d'en comprendre les rouages, et d'être informés sur ce qui s'y passe.

Les résidents ont aussi besoin d'être informés pour être rassurés. Sans cette communication, les rumeurs vont bon train dans l'établissement, et les « on dit » perturbent les résidents qui entendent tout et son contraire.

Une sensibilisation des agents au repérage des maltraitances peut se faire aussi via la diffusion d'un guide de « bonnes pratiques » sorti en 2004. C'est une aide pour repérer les risques, traiter et prévenir les situations de maltraitance.

Par ailleurs, pour faciliter la communication et la circulation de la parole entre les agents, la création de groupes de paroles est un bon moyen. Cet axe sera développé dans la dernière partie de ce mémoire.

b) Reconnaître le travail du personnel

Reconnaître la valeur des personnes

Des grilles d'évaluation individuelle permettent de noter et de donner une appréciation la plus objective possible sur les compétences de chaque agent. Cela permet de valoriser le travail de chaque agent à sa juste valeur, et non pas sur des critères subjectifs variant d'un individu à l'autre. L'appréciation doit refléter la qualité de l'agent, se contenter de l'inscription « bon agent » dans un dossier ne permet pas de reconnaître la valeur de cette personne.

Le directeur doit prendre le temps d'organiser chaque année, un entretien individuel avec chaque agent, afin d'échanger avec lui ses attentes et les objectifs qu'il se donne.

Elaborer des projets

L'établissement doit se projeter vers l'avenir pour donner du sens aux actions de l'ensemble du personnel. Des projets doivent être élaborés et pas uniquement ceux obligatoires tel que le projet d'établissement.

Le directeur doit redonner du sens au fonctionnement de l'établissement. Pour cela, il doit sensibiliser le personnel à l'évolution de la prise en charge, parce que la population accueillie évolue, et changer son cadre de travail, via des formations . Ces changements seront pris en compte dans les différents projets.

Spécifier les fonctions de chaque agent

Un des outils importants est la fiche de poste. Pour éviter la confusion entre les différents postes de travail, il est nécessaire d'élaborer des fiches écrites, précises, et simples. Ainsi, les relations tant hiérarchiques que fonctionnelles, sont clarifiées, et la répartition du travail structurée.

c) Acquérir un savoir-faire et un savoir-être

Des solutions existent pour éviter l'agressivité, et la violence en institution. Le point de départ de ces actions est la formation du personnel. Quelle que soit sa bonne volonté, le personnel doit être composé de professionnels, motivés par leur professionnalisme et conscients de leur rôle.

Tous les agents doivent acquérir continuellement de nouvelles compétences sur la prise en charge des personnes âgées, par le biais de la formation. Les aspects abordés par la formation doivent être à la fois techniques (le « savoir-faire » relatif au corps), et relationnels (le « savoir-être » relatif à l'esprit ou à la personne).

Pour lutter contre la maltraitance, seules des formations sur ce thème ne suffisent pas. Prioritairement, les formations dispensées doivent être axées sur la prise en charge psychique et la connaissance de la personne accueillie, la préservation de son identité, la place de la famille, les soins palliatifs, l'accompagnement en fin de vie, l'évaluation de la qualité des soins. En ayant une connaissance plus approfondie de la personne âgée, de ses pathologies et de leurs manifestations, les agents répondront moins par la violence à un comportement troublant ou excessif de cette personne.

Ces formations doivent aussi amener les équipes à élaborer des protocoles et des fiches techniques de soins (escarres, incontinence, alimentation ...).

De plus, un travail sur les représentations des personnes âgées peut être fait par le biais de la formation. Ce travail consiste en une remise en cause des modèles et des certitudes, en un apprentissage de la coopération avec les résidents et leurs familles qui ne va pas forcément de soi.

En 2003 et en 2004, plusieurs formations sont organisées dans l'établissement sur des thèmes bien précis : l'accompagnement de fin de vie et l'agressivité. Cette démarche devra continuer dans ce sens en proposant des formations régulières et ciblées sur la connaissance de la personne âgée accueillie en maison de retraite.

Le choix de la direction a été de proposer aussi ces formations aux contractuels, car bien souvent, ce sont des ASH peu formés à la prise en charge de la personne âgée. Même si ces personnes ne restent pas longtemps dans l'établissement, elles auront acquis ce savoir et pourront le mettre en pratique dans d'autres établissements.

C) Les conformités réglementaires

Un autre enjeu de la réorganisation est de s'inscrire dans le cadre réglementaire.

Tout d'abord, la durée hebdomadaire des agents ne peut plus rester à 40 heures puisque la durée légale est 35 heures depuis 2002.

Ensuite, la loi du 2 janvier 2002 induit le respect des résidents, leur participation à la vie de l'établissement ainsi que leur famille notamment via le Conseil de la Vie Sociale, la rédaction de documents tels le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

Enfin, la réforme de la tarification incluse dans la loi n°2002-2, prévoit le conventionnement des maisons de retraite avant une date butoir ; cette date étant repoussée au 31 décembre 2005. Pour se conventionner, l'établissement ne peut pas décrire les prestations telles qu'elles le sont sans remaniement, et demander des postes supplémentaires. La preuve doit être apportée que l'établissement se mobilise pour proposer des prestations de qualité, mais que dans une optique d'amélioration continue de cette qualité, les moyens humains manquent.

D) L'image de l'établissement

L'image de la maison de retraite a une image relativement négative à cause des conflits qui ont pu exister.

Cette image négative est peu plaisante pour les nouveaux entrants qui peuvent avoir des a priori. Le personnel est également déstabilisé, parce que son travail est gommé par cette image, et ce n'est pas valorisant de travailler dans un tel établissement.

La réorganisation par le biais d'actes perceptibles, va pouvoir redorer le blason de l'établissement, ne serait-ce que par le bouche à oreille.

E) Les enjeux économiques

La réorganisation suit une logique d'optimisation des ressources. Les améliorations des conditions de vie des résidents et des conditions de travail des agents ne doivent pas engendrer des coûts supplémentaires.

a) Les modalités d'application de la réduction du temps de travail

Au niveau économique, il est essentiel d'éclaircir l'incidence du nombre important de journées RTT. Si rien n'est fait sur ce point, la réorganisation ne peut être faite faute de personnel.

Les négociations pour réduire le temps de travail hebdomadaire ont conduit à des résultats différents selon les services. Cela va de 35 h par semaine à 38 h par semaine.

Le tableau ci-dessous décrit l'incidence financière de la réduction du temps de travail hebdomadaire des agents de jour. A noter sur les 7 ASH de l'établissement, un est affecté à la fonction ménage et un autre à l'animation.

	Durée hebdomadaire de travail ancienne organisation	Durée hebdomadaire de travail nouvelle organisation	Gain jours RTT
IDE / AS / ASH (20)	40 h soit 28 jours RTT	38 h soit 18 jours RTT	200 jours
ASH affectés au ménage et à l'animation (2)		35 h soit 0 jours RTT	56 jours
CUISINE (3)		37 h soit 12 jours RTT	48 jours
MAINTENANCE (1)		38h soit 18 jours RTT	10 jours
ADMINISTRATION (2)		37h30 soit 15 jours RTT	26 jours

Au total, on obtient un gain de 340 jours sur l'année.

Cette récupération de jours RTT va permettre à l'établissement d'embaucher 2 ASH contractuels à mi-temps pour renforcer les soirs.

b) Les gains liés à la simple réorganisation

En cuisine, on gagne 0.5 ETP en contractuel. Grâce à un aménagement des horaires et des tâches, on a quotidiennement 2.5 ou 3 ETP sur semaine en cuisine alors qu'avant, il n'y avait que 2 ETP par jour. Les agents ont ainsi plus de temps, pour confectionner des plats plus élaborés et des goûters améliorés.

L'établissement mise aussi sur une baisse de l'absentéisme du fait de l'amélioration des conditions de travail, et d'une revalorisation du travail des agents. Au cours du premier semestre 2004, on remarque une baisse de presque 2/3 des jours d'absences pour maladie ordinaire. Ce phénomène n'est pas négligeable, car les agents titulaires et stagiaires continuent à être payés par l'établissement lorsqu'ils sont en maladie ordinaire et non pas par la Sécurité Sociale. Par conséquent, moins les arrêts pour maladie ordinaire sont nombreux, et plus l'établissement dispose de ressources financières au niveau du budget personnel non affectées à l'absentéisme.

c) Acquérir du matériel pour diminuer la charge de travail

Des gains supplémentaires de temps en personnel peuvent se faire par l'acquisition d'outils déchargeant les agents d'une partie de leur travail.

Par exemple, l'acquisition d'élévateurs permet à un seul agent de faire la toilette à un résident alors que d'ordinaire, la présence de deux agents est nécessaire.

Des chariots de cuisine individuels aident les agents à distribuer plus rapidement les repas en chambre aux résidents, et aussi à donner des repas plus chauds.

Même si des équipements en matériel paraissent coûteux, à terme, ils génèrent des économies, et ont un coût incomparable avec celui de la main d'œuvre.

3.2.3 Les modifications organisationnelles

Tous les services sont concernés par la réorganisation de la maison de retraite au niveau des effectifs, des horaires et des affectations¹. Ici sont exposés les changements effectués lors de la réorganisation.

A) Les aides-soignants et ASH

L'établissement dispose de 13 AS et 7 ASH de jour. Mais seulement 5 ASH sont affectés dans le roulement des services, car un ASH est affecté au poste ménage et un autre au service animation.

La nouvelle organisation du temps de travail de ces agents permet :

- d'améliorer les conditions de travail en diminuant le nombre d'horaires en discontinu (suppression des horaires coupés en semaine), et en respectant l'amplitude maximum de 10 h 30 pour l'horaire en discontinu le week-end ;
- d'augmenter l'effectif le soir entre 19 H et 20 H 45 (auparavant un seul agent était présent entre 19 H et 21 H pour tout l'établissement) ;
- d'harmoniser les horaires entre les 4 étages : il est en effet prévu de ne plus répartir les résidents sur les 4 étages en fonction de leur degré de dépendance, et de réaffecter le personnel sur l'ensemble des étages (et non plus sur un étage en particulier) ;
- de pouvoir effectuer des transmissions formalisées avec le personnel de nuit, le matin et le soir.

En outre, deux nouveaux horaires sont créés en semaine (toutes les AS tourneront sur ces horaires). Un de ces horaires permet d'apporter un renfort aux toilettes dans les différents services le matin, et d'aider au petit déjeuner ; l'après-midi, des tâches sont définies pour chaque jour (distribution et rangement du linge, commandes de produits

¹ voir annexe 2

d'hygiène et d'entretien, hygiène des chariots à toilette, participation à la commission des menus...). L'autre permet de créer une fonction bain et ainsi d'optimiser le nombre de bains et douches, afin d'améliorer l'hygiène des résidents et de décharger les autres agents. Cet horaire sera également chargé d'aider au petit déjeuner et au déjeuner.

A noter que ces deux horaires ne pourront fonctionner le week-end, faute de personnel suffisant. Toutefois, l'établissement souhaite négocier dans le cadre de la convention tripartite un AS supplémentaire qui sera affectée au premier horaire le week-end.

La réorganisation suppose par ailleurs pour le week-end que :

- le petit déjeuner soit décalé d'un quart d'heure,
- la cuisine prévoit des repas faciles et rapides à préparer,
- la vaisselle du week-end soit effectuée par le personnel de nuit,
- le ménage soit supprimé,
- et ce dans l'attente d'un éventuel renfort qui sera demandé dans le cadre du conventionnement.

Si l'on compare juin 2003 à juin 2004 (premiers mois de mise en place de la nouvelle organisation), le même nombre d'agents travaillent sur semaine (14) et un de plus travaille le week-end (12 au lieu de 11). C'est le nombre d'agents par service qui a changé.

B) Les infirmières

Les changements ne sont pas très importants pour les infirmières. Seules les horaires sont légèrement modifiés.

On peut cependant remarquer que l'effectif actuel (2 IDE à temps plein pour 84 résidents) est insuffisant. En effet, malgré ce faible effectif, les IDE travaillent le week-end et les jours fériés. En comptabilisant les congés annuels, les RTT et autres absences, il n'est pas rare de ne trouver qu'une seule IDE dans l'établissement, ce qui ne lui permet pas de répondre de façon satisfaisante à l'ensemble des activités qui lui incombent.

La négociation d'un poste supplémentaire d'IDE dans le cadre de la convention tripartite permettra d'améliorer :

- la qualité du travail infirmier,
- la coordination entre soignants,
- l'accueil des résidents et des familles,
- l'élaboration d'un projet de soins.

C) La création d'une fonction ménage

Depuis le 1^{er} février 2004, une personne en Contrat Emploi Solidarité (CES) est affectée sur du ménage 4 heures par jour, soit 20 heures par semaine. Auparavant, seule une personne en Contrat Emploi Consolidé (CEC) effectuait quelques heures de ménage en complément de tâches liées à l'animation. Cette personne est partie, et il a été décidé d'optimiser la fonction ménage en renforçant l'effectif sur cette fonction. C'est pourquoi, la nouvelle organisation prévoit l'affectation d'une ASH à 100% sur du ménage.

En outre, une réflexion a été engagée afin de mieux organiser la répartition des tâches de ménage entre le personnel de jour et de nuit. Ainsi, la charge de travail des ASH est amoindrie, et le ménage de l'établissement est optimisée.

D) La création d'un service d'animation

Jusqu'à présent, le personnel soignant assurait ponctuellement des animations mais aucun agent n'était affecté spécifiquement sur la fonction animation. Seule, une personne en CEC effectuait partiellement de l'animation jusqu'à son départ au début de l'année 2004.

Soucieux de proposer des animations de qualité, l'établissement souhaite affecter une Aide Médico-Psychologique (AMP) sur la fonction animation. Un ASH de l'établissement s'est porté volontaire pour assurer cette fonction.

L'affectation d'un agent sur la fonction animation va permettre d'améliorer cette prestation et de décharger le personnel soignant qui proposait auparavant des animations ponctuelles.

Il sera amené à travailler le week-end et les jours fériés en cas d'évènements exceptionnels. Lorsqu'en semaine il y a un AS de plus (soit 9 AS en tout), cet AS fera également de l'animation ce qui permettra de faire des sorties extérieures ou autres.

E) La cuisine

La nouvelle organisation prévoit :

- que tous les agents effectuent de la cuisine (un des trois effectue exclusivement de la plonge jusqu'à présent) ;
- d'améliorer les conditions de travail du personnel qui va dorénavant travailler un week-end sur trois seulement ;
- que le chef cuisinier dispose de plus de temps pour établir les commandes et des menus plus équilibrés et au goût des résidents.

A noter que la réorganisation suppose le week-end que la vaisselle du soir des étages soit effectuée par le veilleur de nuit.

F) Le service maintenance

L'agent de maintenance n'a connu qu'une diminution de son temps de travail hebdomadaire, qui n'a pas de conséquence sur son travail. Seuls ses horaires changent d'une semaine à l'autre selon ses souhaits.

G) Le service administratif

L'établissement dispose d'un adjoint des cadres et d'un attaché d'administration.

Dans le cadre de la réorganisation, le personnel administratif travaille 7h30 par jour au lieu de 8 heures ce qui a peu d'incidence, le travail pouvant être compressible ou reporté au lendemain, contrairement aux services de soins.

H) Le personnel de nuit

L'effectif actuel du personnel de nuit est le suivant : 2 AS, 1 ASH et 2 Ouvrier Professionnel Spécialisé (OPS). L'établissement est surveillé chaque nuit par 1 AS ou 1 ASH et 1 OPS (2 agents par nuit) qui travaillent 10 heures par nuit.

La nouvelle organisation va permettre de soulager l'AS ou l'ASH de nuit grâce à un travail en binôme avec l'OPS pour les changes. Auparavant, les OPS ne faisaient que du ménage. Il est prévu à ce sujet que les OPS suivent une formation d'ASH afin de pouvoir assurer correctement cette tâche. En outre, le renfort en personnel le soir permet au personnel de nuit de commencer les changes plus tard.

Les horaires «en décalé » des veilleurs vont permettre d'effectuer des transmissions formalisées entre le personnel de nuit et l'équipe de jour.

La réorganisation prévoit par ailleurs un temps de ménage de 2 heures par nuit pour l'OPS, ce qui va contribuer à renforcer la propreté des locaux. Une planification quotidienne des tâches a été élaborée.

La date de mise en place de l'ensemble de ces modifications organisationnelles est le 1^{er} juin 2004. Trois mois d'essai sont fixés pour roder ce nouveau mode de fonctionnement. En septembre, une première évaluation sera faite.

3.3 L'après-réorganisation

Réorganiser n'est pas une fin en soi. Ce n'est que la première étape d'un cheminement. L'organisation ne doit pas être immobile, mais corrélée à l'évolution des personnes accueillies au sein de l'établissement.

3.3.1 L'évaluation : une nécessité

L'évaluation permet de mesurer l'écart entre une situation et les objectifs fixés à partir de critères. Elle sert à décider et à prouver, et doit être tournée vers l'action pour avoir du sens.

A) La première évaluation

Cette première évaluation est basée uniquement sur une observation des faits, et les retours des résidents, des familles et des agents.

La nouvelle organisation n'étant mise en œuvre qu'à partir du 1^{er} juin, et la fin du stage étant fin juin, il est encore trop tôt pour faire des enquêtes de satisfaction ou des réunions avec les agents.

a) *Les bénéfices de la réorganisation*

Plus de souplesse le matin

Le matin, quel que soit le service, les agents ont beaucoup plus de temps pour faire les toilettes, puisqu'ils n'ont plus les bains ni le ménage à faire. Même s'il n'y a que 6 agents le matin au lieu de 8 auparavant, les toilettes se font moins rapidement. Elles sont plus étendues sur la matinée, car avec une répartition différente des résidents, il n'y a pas de service plus lourd que d'autres.

De plus, une fois lavés, les résidents restent dans leur chambre ou se promènent, et ne sont plus attablés dès 10h du matin. L'heure à laquelle les résidents sont amenés en salle en manger est beaucoup plus raisonnable.

La création de postes de travail spécifiques

Il est à souligner d'emblée que tout en ayant réussi à diminuer le temps de travail pour tous les agents dans le respect de législation, des changements organisationnels majeurs ont été effectués pour améliorer la qualité de vie des résidents:

- la « création » d'un poste « Bains »
- la « création » d'un poste « Entretien des locaux »
- la « création » d'un poste « Animation ».

Des postes clés spécifiques permettent aux agents de ne pas se disperser dans leur travail et ainsi un gain de temps est généré. L'aspect relationnel, la communication avec les résidents sont privilégiés.

L'engouement des résidents pour l'animation

Les premières animations et sorties connaissent une participation très importante des résidents. Plus précisément, les sorties extérieures organisées redonnent un certain goût de vivre à des résidents qui ne sont jamais sortis depuis plus de 30 ans.

Au niveau de l'animation, beaucoup de points positifs pourraient être évoqués, mais les bienfaits d'une cette activité ont déjà été exposés dans ce mémoire.

b) Les écueils constatés

Dès les premières semaines de mise en place de la nouvelle organisation, des dysfonctionnements sont apparus.

Des changements trop fréquents du personnel

Peu d'agents sont affectés tous les jours dans le même service. En fait, lors de l'élaboration des roulements, les agents ont fixé leurs horaires sans se préoccuper de savoir s'ils changeaient souvent de services.

Le fait de ne pas avoir les mêmes agents dans les mêmes services a deux inconvénients. Premièrement, les résidents sont très perturbés, d'une part par le changement des agents « permanents », et d'autre part parce que les agents travaillent un jour dans un service et le lendemain dans un autre. Et des résidents perturbés par ces changements, signifie qu'ils vont à leur tour déranger les autres résidents. De plus, du temps est nécessaire pour que les agents possèdent les automatismes avec tous les résidents.

Deuxièmement, le changement du personnel dans les services engendre un manque de rigueur. Auparavant, chaque agent était affecté quotidiennement dans le même service, donc si des dysfonctionnements étaient rencontrés, il était aisé de savoir quel agent en était la cause. Désormais, certains agents ne se sentent plus responsables puisqu'ils ne restent dans un service en continue que quelques jours.

Un effectif insuffisant le soir

Le soir, un manque de personnel se fait réellement sentir. C'est surtout le premier coucher qui pose problème.

Par ailleurs, les agents ayant besoin d'être deux pour coucher certains résidents, deux services sur quatre sont complètement déserts pendant près d'une heure et demi. Ceci pose par ailleurs, un problème de sécurité, un manque de surveillance.

La raison de ce déficit en personnel le soir est que lors de la réorganisation, on a essayé d'éviter les horaires de coupe dans le but d'améliorer les conditions de travail des agents. Seuls deux agents font un horaire de coupe le week-end.

De plus, le fait que le temps de repas (20 minutes) soit pris en compte dans le temps de travail, diminue le temps de présence active des agents chaque jour dans les services.

Une précarisation du travail de certains agents

La réorganisation a conduit à une augmentation de la précarisation de certains agents contractuels, qui ne bénéficient plus d'un temps plein presque tous les mois, mais d'un mi-temps la plupart du temps. La raison en est que les besoins se font ressentir à des moments précis de la journée, notamment en soirée autour des repas et du coucher. Les contraintes budgétaires de l'établissement ne lui permettent pas d'employer ces personnes à plein temps.

Le mélange des populations

La cohabitation entre des personnes très dépendantes et d'autres beaucoup moins n'est pas une situation adéquate. Certes, les services auparavant peu animés du fait d'un nombre important de résidents très dépendants sont plus animés.

Cependant avec le recul, ce mélange entraîne des difficultés de cohabitation, surtout un niveau des familles qui ont du mal à accepter, par exemple, que leur parent plutôt autonome, se retrouve au milieu de personnes grabataires. Mais n'est-ce pas là la situation de beaucoup d'établissements confrontés à la prise en charge de résidents ayant des troubles diverses.

A première vue, la réorganisation est très positive pour l'établissement. Les règles appliquées, des prestations de meilleure qualité constituent les bases d'une prise en charge de qualité et soucieuse des résidents. Les inconvénients rencontrés sont relativement peu importants par rapport aux bénéfices tirés pour les résidents. Ils sont essentiellement liés au personnel et rapidement rectifiables. Un peu plus loin, on verra les propositions faites pour améliorer cette situation. L'important est de créer une organisation ayant des bases solides centrées sur les résidents.

On peut cependant faire la remarque suivante. Avant la réorganisation, on avait l'impression que l'effectif de l'établissement était important par rapport à la charge réelle de travail. Avec la nouvelle organisation inscrite dans le respect de la réglementation privilégiant le résident, on se rend compte que l'effectif est réellement insuffisant. Il manque essentiellement d'ASH. Si l'on compare le ratio ETP dépendance/hébergement

moyen des maisons de retraite (0.3)¹ avec celui de l'établissement (0.19), on remarque que ce dernier est nettement inférieur.

B) Les outils : enquêtes, tableaux de bord

La direction dispose d'outils tels que les enquêtes et les tableaux de bord. Ce sont des outils relativement faciles à élaborer mais nécessitant du temps pour leur réalisation. Cependant, ils sont nécessaires pour orienter objectivement la nouvelle organisation.

a) Les tableaux de bord

Les tableaux de bord doivent s'appuyer sur des indicateurs significatifs pour chaque activité. Lors des réunions du groupe de travail sur la réorganisation des services, une réflexion a été faite sur la constitution des indicateurs suivants :

AS / ASH	IDE	MENAGE	ANIMATION	CUISINE	MAINTENANCE	ADMINISTRATIF	NUIT
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation de la fonction bain (respect du planning, satisfaction des résidents...) ➤ Amplitude horaire de l'ensemble des toilettes ➤ Enquête de satisfaction des résidents ➤ Enquête de satisfaction du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etude de la charge de travail ➤ Nombre de journées par an où une seule IDE est présente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respect de la planification des tâches ➤ Propreté des locaux ➤ Satisfaction du personnel, des résidents et des familles 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquête de satisfaction des résidents vis à vis de l'animation ➤ Nombre d'animations proposées par semaine et contenu des activités ➤ Formation AMP assurée (O/N) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résultats audits HACCP ➤ Enquête de satisfaction du personnel ➤ Enquête de satisfaction des résidents vis à vis de la restauration et des horaires de repas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfaction de l'agent ➤ Satisfaction des résidents ➤ Satisfaction du personnel du service rendu ➤ Travaux d'entretien réalisés dans les délais (O/N) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfaction des résidents et des familles vis à vis de l'accueil physique et téléphonique ➤ Evaluation de la charge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de changes effectués par nuit ➤ Bilan des transmissions jour/nuit ➤ Planning de ménage respecté (O/N)

Ces indicateurs tels qu'ils sont définis ne se suffisent pas à eux-mêmes. Des objectifs possibles doivent être définis, ainsi que le mode de mesure, la fréquence des relevés, et les personnes chargées de la mise à jour du tableau de bord.

¹ FHF, Ratios clés, Maisons de retraite et USLD : repères de travail et de négociation sur la base des données 2002, La Lettre de la FHF, Août 2003.

Par ailleurs, le directeur doit se doter d'un tableau de bord concernant le personnel, afin d'éviter des dérapages financiers trop importants. En effet, des demandes pour un effectif plus important ont émanées de l'ensemble du personnel depuis la nouvelle organisation. Il est difficile d'évaluer pour le directeur la charge réelle de travail.

b) L'élaboration d'enquêtes de satisfaction

Comme on l'a vu au niveau des indicateurs de suivi, pour chaque fonction, il est nécessaire d'obtenir l'avis général des résidents ainsi que celui du personnel. Leurs propositions devront être prises en compte pour réorienter l'organisation.

Les enquêtes de satisfaction auprès des résidents vont permettre de connaître plus précisément les besoins des résidents, même si l'on sait qu'il est difficile de déterminer leurs besoins réels rarement exprimés.

Lors de la réorganisation, seuls les besoins évidents des personnes âgées ont été pris en compte pour réduire les négligences collectives au sein de l'institution. Une connaissance plus précise des besoins des résidents va permettre d'ajuster la nouvelle organisation.

C) Les premières propositions

Plusieurs actions immédiates sont possibles afin de corriger les dysfonctionnements de la nouvelle organisation. Ces gestes vont permettre de diminuer les petites tensions générées par la réorganisation. Il n'est pas évident pour des agents peu habitués aux changements, de remettre en cause leur mode de fonctionnement et leurs pratiques. Si aucun signe ne leur est fait, les plus fragiles risquent de s'absenter. Prévenir ces arrêts en renforçant l'effectif du personnel est préférable, que dépenser de l'argent pour des remplacements., surtout pendant la période estivale.

Augmenter le quota d'heures des horaires S3 et S4 en les faisant passer de 3h30 à 5h25 permettrait de dégager du temps aux autres agents. Cette mesure doit être effective pour le début du mois de juillet car sinon avec les remplacements d'été, les agents ne vont plus avoir le temps d'effectuer leurs tâches quotidiennes. Une réunion va être organisée rapidement avec les agents pour revoir les tâches quotidiennes de tous les horaires du soir : S1, S2, S3, S4, SA et SB. Augmenter le nombre d'heures des agents occupant ces deux horaires va permettre de réduire la précarité de leur situation. En effet, ils bénéficieront d'un mi-temps et non plus d'un trois-quart temps.

Dans un second temps, au retour des vacances d'été, une autre réunion va se dérouler pour réfléchir aux roulements des agents. Réaffecter les agents dans un seul service serait la solution pour les responsabiliser, et éviter de perturber les résidents.

3.3.2 La pérennisation du nouveau mode d'organisation par l'entrée dans la réforme de la tarification

L'établissement se donne jusqu'à la fin de l'année 2004 pour finir d'élaborer les documents pour se conventionner.

A) L'élaboration du projet d'établissement

La nouvelle organisation de la maison de retraite remodifiée notamment à la suite des diverses enquêtes de satisfaction, va être incorporée dans le projet d'établissement. Ce dernier montre l'organisation existante et projette sur 5 ans, les réalisations futures. Il sert de référence pour les agents et les résidents.

L'intégration de la nouvelle organisation va aussi se faire au niveau des projets de soins et de vie individualisés. L'organisation n'engendre pas uniquement des changements au niveau des horaires ou des affectations. Elle génère une nouvelle prise en charge des résidents, des prestations plus soucieuses de qualité et de personnalisation.

Le projet d'établissement ne doit pas cependant se résumer à la nouvelle organisation. Des compléments sont indispensables. A titre d'exemples, les actions suivantes devront être abordées.

Dans le projet de vie, la question de l'équilibre entre sécurité et liberté ne doit pas être écartée. Lors de l'élaboration de ce projet, l'établissement doit se poser la question de savoir s'il préfère laisser plus de liberté aux résidents mais cela engendrera une responsabilité accrue, ou fixer des règles plus sécuritaires afin de protéger les résidents.

Dans le projet d'établissement, il faut inclure un projet d'utilité pour tous les résidents qui sont en capacité de faire quelque chose. Se sentir utile, c'est ne plus se plaindre de solitude ou d'isolement. Trouver du sens à sa vie, c'est se sentir utile à une autre personne.

B) L'engagement dans la convention tripartite

La convention est un engagement et une référence. Pour la maison de retraite, cela représente un défi avec un certain niveau de prestations à atteindre, à maintenir et si possible, à améliorer.

Nous avons déjà évoqué l'opportunité du conventionnement comme point de départ de la réorganisation de l'établissement.

Après avoir réfléchi et mis en place la nouvelle organisation, il s'est révélé que l'établissement manque essentiellement d'ASH. Or, les ASH sont financés en grande partie par le prix de journée. La maison de retraite a déjà le prix de journée le plus élevé du département parmi les établissements publics. Donc, augmenter le prix de journée ne serait pas véritablement pensable.

Pour que les agents soient moins pressés, qu'ils disposent de plus de moments d'écoute auprès des résidents, il serait judicieux de demander les postes suivants lors de la signature de la convention tripartite :

- 1 ETP d'aide-soignant en plus pour les bains afin que les résidents puissent bénéficier d'un bain par semaine ;
- 2 ETP d'aide-soignante en plus dans les roulements ;
- 0.5 ETP d'ASH pour aider à l'animation ;
- la création d'un poste d'AMP pour l'animation et donc dégagement d'un poste d'ASH (celui de l'animatrice) ;
- des vacations de psychologue pour aider le personnel à mieux prendre en charge les résidents, et apporter un soutien psychologique aux résidents et à leur famille ;
- de diététicienne pour élaborer des menus plus équilibrés et variés.

Réorganiser l'ensemble des services de l'établissement, et mettre en place des actions pour faire évoluer l'organisation, permettent d'offrir des prestations de meilleure qualité. Du personnel supplémentaire susceptible d'être obtenu lors de la transformation en EHPAD, va renforcer cet objectif.

Néanmoins, d'autres propositions peuvent être faites pour limiter le risque de maltraitance au sein de la maison de retraite. Développer le système de communication en est une.

3.4 Développer le système de communication

Les facteurs de risque de négligence reposent entre autres, sur une absence de communication entre les personnes âgées, les familles et les professionnels. Rétablir la communication est indispensable pour assurer une organisation efficiente.

Ici, on n'évoquera pas la communication entre la direction et les services, puisque cela a déjà été explicité auparavant.

3.4.1 Impliquer les résidents et leur famille

L'établissement fonctionne autour de trois pôles : le résident, la famille et le personnel. Les intérêts de ces trois entités doivent converger, afin que le séjour de la personne âgée se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Il est nécessaire non seulement que le personnel s'investisse dans la prise en charge du résident, mais aussi que la famille s'implique. Elle ne doit pas se contenter de récriminer les agents ou l'établissement, mais affirmer ouvertement par écrit ses mécontentements ou ses souhaits.

Lorsque cela est souhaité par le résident et sa famille, l'établissement doit encourager le maintien des relations familiales, en collaborant avec la famille, en l'associant aux diverses manifestations et projets organisés par l'établissement. Si la famille est peu présente, les raisons dont celles liées à l'histoire familiale, n'ont pas à être jugées.

Le Conseil de la Vie Sociale vient juste d'être instauré dans l'établissement. La participation des résidents et celle de leurs familles a été importante. Trois fois par an, des réunions seront organisées.

Le risque de maltraitance devrait être abordé lors des réunions de ce Conseil au travers par exemple, la création d'une « commission de vigilance », qui permettra d'associer l'ensemble du personnel, les résidents et leurs familles. Ainsi, des propositions de solutions aux cas ou aux risques avérés de maltraitance, pourraient être faites.

La participation des résidents au Conseil de la Vie Sociale contribue également au respect de leurs droits et libertés.

3.4.2 Instaurer des groupes de parole

Des groupes de parole sont bénéfiques à la fois pour les agents mais aussi pour les résidents et leurs familles.

A) Pour les agents

L'élaboration de projets tels que l'élaboration d'un nouveau mode d'organisation, n'est pas la seule occasion pour réunir le personnel.

Des groupes de parole doivent être institués régulièrement pour que l'ensemble du personnel communique entre eux. Cela permet d'une part, de parler de ses angoisses et de trouver un soutien dans l'équipe, d'évacuer son stress, de prendre de la distance et de dédramatiser des situations conflictuelles; d'autre part, de se recentrer sur l'objectif principal qui est le résident.

Mais, avant de mettre en place des groupes de parole, l'institution doit mettre au clair ses modes de communication.

La présence d'un psychologue est souhaitable dans ces groupes de parole, car il peut par exemple, permettre de verbaliser l'angoisse des soignants, et de faire accepter la mort.

Par ailleurs, la présence d'un psychologue va permettre de faire une analyse des pratiques, une préparation aux admissions, une médiation avec les familles, des thérapies individuelles. Toutes ces fonctions croissent en fonction du temps de psychologue dont l'établissement pourra disposer.

Au niveau de la question de la maltraitance qui nous intéresse dans la maison de retraite, l'existence de groupes de parole va permettre aussi au personnel de réfléchir ensemble sur tous les actes risquant de générer de la maltraitance. L'objectif est de trouver un équilibre entre des solutions qui seraient potentiellement moins limitatives et celles moins liberticides.

Mettre des mots sur des maux aide à désamorcer les comportements agressifs et violents, même si cela ne résout pas les problèmes.

Ces groupes permettent de faire de la prévention notamment contre l'épuisement professionnel. Le fait que les agents soient écoutés, diminue leur risque d'être victime d'usure.

Toutefois, l'existence de groupes de parole suppose du temps de rencontre, autrement dit de crédits supplémentaires au niveau du personnel.

B) Pour les familles et les résidents

Il serait plus intéressant d'organiser au sein de l'établissement, des entretiens individuels avec les familles qui le souhaitent, que des réunions communes. Ils permettraient de comprendre les sources de tensions éventuelles, parce qu'en organisant uniquement des réunions, ces choses plus intimes ne peuvent pas être abordées.

Par ailleurs, organiser des groupes de parole réunissant à la fois le personnel et les familles seraient doublement bénéfiques : les soignants pourraient évaluer les besoins, les reproches éventuels des familles, et les familles pourraient mieux connaître les soignants, leurs limites et leurs difficultés.

Depuis la nouvelle organisation, de nombreuses familles sont venues se plaindre du manque de ménage par exemple, de la diminution du nombre de bains donnés. Mais est-il plus bénéfique que les résidents soient plus que propres et que leurs chambres soient bien aseptisées, ou que leurs journées soient bien remplies ?

Des groupes de parole permettraient aux familles réticentes de comprendre l'intérêt du nouveau mode de fonctionnement de l'établissement, pour leurs parents.

Les résidents tireraient également un bénéfice des groupes de parole. Ces réunions sont des moments privilégiés, car le temps n'est pas compté et les résidents peuvent exprimer librement leurs satisfactions et leurs attentes.

Mais ces différentes propositions sont soumises à l'obtention de vacations de psychologues au sein de l'établissement. De tels entretiens peuvent engendrer des charges émotionnelles trop fortes pour qu'ils soient faits par un non professionnel de la psychologie.

CONCLUSION

La maltraitance envers les personnes âgées repose sur le regard négatif porté sur elles, dont vont découler le comportement des individus, la politique nationale d'aide à cette catégorie de population.

Cet exposé n'a pas pour propos de blâmer les agents de la maison de retraite, encore trop peu estimés, à l'instar des personnes âgées à qui ils prodiguent soins et aides. Il leur est beaucoup demandé, sans qu'ils soient, en retour, suffisamment considérés, que ce soit en termes de salaire, de statut, ou de formation. Il est nécessaire de rappeler que cette réflexion sur la maltraitance en institution ne doit surtout pas faire oublier les actes quotidiens des agents, constitués de formidables échanges, empreints de réelle sollicitude, de compassion, d'entraide, de respect, et de professionnalisme.

Il s'agit de porter un autre regard sur la maltraitance, pour mieux la prévenir, et de la considérer comme le révélateur d'une résistance profonde de la société à intégrer et assumer le vieillissement et ses conséquences, comme une des réalités de notre condition humaine.

De réelles modifications s'imposaient dans l'organisation et la gestion du temps de travail de la maison de retraite, dont le fonctionnement en continu nécessite une présence 24h/24, et dont le type de population accueillie réclame la présence d'un personnel soignant de qualité et en nombre suffisant.

L'organisation n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour améliorer un service à rendre à une population âgée en quête de soins et d'attention. Organisation du travail de chacun et coordination des interventions des différentes catégories d'agents, visent à dégager du temps qui sera mis au service de la relation, de l'animation, du soin au sens large, que les résidents attendent de l'établissement.

La réorganisation des services s'inscrit dans une dynamique de bienveillance. Cela consiste à :

- associer l'ensemble des acteurs et des partenaires ;
- modifier le regard porté sur les personnes âgées et sur les professionnels du secteur gérontologique ;
- mettre le résident au cœur de la prise en charge ;
- apporter soutien et formation continue au personnel ;
- aider au développement des attitudes personnelles, professionnelles et civiques d'empathie, de compassion et de tendresse.

Pour les résidents, améliorer leur satisfaction, leur confiance et leur qualité de vie sont les objectifs. Pour les professionnels, la réorganisation va engendrer une meilleure ambiance de travail, une reconnaissance et une valorisation de leurs compétences, la satisfaction et

le sens du travail accompli. Pour la maison de retraite, il s'agit d'assurer sa survie, d'améliorer son image en améliorant la qualité des prestations offertes.

En résumé, la persistance de situation de maltraitance en institution nous fait réfléchir sur l'engagement personnel des personnes travaillant dans le secteur gériatrique, la qualité de leur exercice, le mode de fonctionnement des établissements d'accueil pour personnes âgées, et plus globalement sur la politique nationale envers les personnes âgées dépendantes.

Beaucoup de choses ont évolué depuis des années dans les établissements, mais on n'en est qu'au début. On prend par exemple, plus en compte l'aspect psychologique de la personne (vécu, contexte de vie...). La maltraitance n'est pas le seul point sur lequel les établissements doivent agir, pour améliorer les conditions de vie des résidents. Il reste de nombreuses choses à faire, notamment dans l'accompagnement personnalisé. Prévenir la maltraitance et développer l'accompagnement personnalisé sont complémentaires, puisque mieux connaître le résident et assurer son suivi permanent, réduisent les risques de maltraitance.

Bibliographie

OUVRAGES

AMYOT J.J., ROBERT F. *Travailler auprès des personnes âgées*. 2e édition. Paris : Dunod, 2001. 246 p. Action Sociale.

AMYOT J-J., VILLEZ A. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001. 214 p. Action Sociale.

ARBUZ G., FELDMAN E., BILLON R., et al. *Le grand âge : chance ou fatalité ?*. Paris : Seli Arslan, 2003. 320 p.

BADEY-RODRIGUEZ C. *Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement*. Paris : Seli Arslan, 1997. 192 p.

BRAMI G. *La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Paris : Berger-Levrault, 1997. 133 p. Repère-Age.

CARADEC V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Nathan, 2002, 127 p. Sociologie.

CRESSON G., SCHWEYER F-X. / ed. *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes : Editions ENSP, 2000. 222 p. Recherche santé social.

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

DOUBLET X., DREYFUS B., BLAZQUEZ P., et al. *Guide pratique du management des organisations publiques*. Suresnes : SEFI, 2000. 250 p. Les pédagogues.

DROUIN V. *Enquêtes sur les générations et la politique. 1958-1995*. Paris : L'Harmattan, 1995. 365 p.

DUBY G., ARIES P., VINCENT G., et al. *Histoire de la vie privée, de la première guerre mondiale à nos jours*, Paris : Le Seuil, 1987, 640 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France., Annexe, travaux des groupes thématiques*. Vol. 2. Paris : La Documentation Française, 1994. 576 p.

HUGONOT R.. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 2003. 212 p. Action sociale.

INSTITUT NATIONAL D'AIDE AUX VICTIMES ET DE MEDIATION (I.N.A.V.E.M.). *La victimisation des aîné(e)s, Négligences et maltraitances à l'égard des personnes âgées*. Paris : l'Harmattan, 2003. 281 p. Sciences criminelles.

LEFEVRE P. *Guide de la fonction chef de service dans les organisations sociales et médico-sociales. Environnement et métier - Service et responsabilités - Stratégies et outils*. Paris : Dunod, 2001. 277 p. Guide.

LEMAITRE P., MADERS HP. *Améliorer l'organisation administrative : 100 fiches outils*. Paris: Editions d'organisation, 1989. 224 p.

MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B. *Le métier de directeur techniques et fictions*. 2ème édition revue et augmentée. Rennes : Editions ENSP, 2001. 272 p.

MIRAMON J-M., MORDOHAY F-O. *Manager le temps dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2003. 160 p. Action Sociale.

PLOTON L., LAROQUE G. *La personne âgée, Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. 5^{ème} édition. Lyon : Chronique sociale, 2001. 250 p.

RAYMOND J-L., DE HARO A., JEZEQUEL N., et al. *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2001, 280 p.

VERCAUTEREN R., CHAPELEAU J. *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*. Toulouse : Erès, 1995. 168 p. Pratiques du champ social.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*, Paris : Erès, 2001, 190p. Pratiques gérontologiques.

ARTICLES

BITTON A. Maltraitance des vieux, Enquête sur le dernier des tabous. *Marianne*, Mai 2003, n°59, pp. 58-63.

BUSBY F. La maltraitance et les personnes âgées. *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 2000, n° 31, pp. 35-37.

CREOFF M. Les maltraitements institutionnelles. *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 2000, n° 31, pp. 52-56

DEKUSSCHE C. Maltraitance et personnes âgées : Négligence ou mauvaise intention ?. *L'infirmière magazine*, Novembre 1998, n° 132, pp. 5-10.

HAKKI ONEN S. Maltraitance en institution : Quels facteurs de risque? Quelles solutions ?. *Gériatries*, Janvier/Février 2001, n°23, pp. 21-22.

HAULON S. La maltraitance : le point de vue du gériatre. *Gériatries*, Janvier/Février 2001, n°23, pp. 16-18.

LE NOUVEL B. Institution gérontologique : Plaidoyer pour la prévention de la violence. *Gériatries*, Janvier/Février 2001, n°23, pp. 19-20.

MALO P-Y., DONNIO I., MICHEL M., et al. Ethique du soin aux personnes âgées : Quelle place pour le risque ?. *Gérontologie*, 1999, n° 109, pp. 29-32.

MOULIAS R. Violences passives en institution. *Gérontologie*, Février 1999, n° 110, pp. 17-23.

PLOTON L. La souffrance des soignants en gériatrie. *La Revue de Gériatrie*, t.6, n°3, 1981.

VALLEE M., LINQUIER N., et al. Organisation du travail : Transformer, responsabiliser. *Le mensuel de l'ANACT*, Septembre 1996, n° 219 , pp. 11-22.

RAPPORTS

BAWIN-LEGROS B., CASMAN M-TH., LENOIR V. *Vieillir en maison de repos : Quiétude ou Inquiétude ?*, Cabinet du Ministre de l'Emploi et du Travail, Chargé de la Politique d'Égalité des Chances, Bruxelles : ULG, Mars 1998.

FEDERATION HOSPITALIERE DE France. *Ratios clés, Maisons de retraite et USLD : repères de travail et de négociation sur la base des données 2002*, La Lettre de la Fédération Hospitalière de France, Numéro spécial, Août 2003.

MEMOIRES

ANONYME. *La prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin aux personnes âgées*. Module interprofessionnel de santé publique : ENSP, 2001. Disponible sur Internet : <<http://www.ensp.fr/archives/MIP/2001/liste.htm>>.

BARDINET V. *Organiser le travail des personnels dans une maison de retraite confrontée à l'évolution de la demande en accompagnements et en soins des résidents*. Mémoire DES : ENSP, 1990, 63 p.

GARCIA S. *La « bienveillance » des personnes âgées face aux négligences banalisées en institution*. Mémoire DESS : ENSP, 2002. Disponible sur Internet : <http://www.ensp.fr/archives/memoire/listes_2002/dess_2002.htm>.

GRISELLE-SCHMITT. *La maltraitance institutionnelle des personnes âgées*. Mémoire IASS : ENSP, 2001, 50 p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Protocole du 27 septembre 2001 sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

Circulaire n°2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.

Liste des annexes

Annexe 1 :

Effectif de l'établissement

Annexe 2 :

Horaires de chaque service dans la nouvelle organisation

ANNEXE 1 : EFFECTIF DE L'ETABLISSEMENT

- ❖ Administration : 3 agents

- ❖ Hôtellerie : 3 cuisiniers
7 ASH

- ❖ Maintenance : 1 agent

- ❖ Soins : 2 IDE
15 AS

- ❖ Médical : vacation d'un médecin 0.4 ETP

ANNEXE 2 : HORAIRES DANS LA NOUVELLE ORGANISATION

SERVICES DE SOINS AS ET ASH									
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>									
7 H 36									
<u>Horaires de semaine (7 H 36)</u>									
MR + MO+ MM + MQ	6 H 40	à	14 H 16						4 AS
SA + SB	13 H 09	à	20 H 45						2 AS
M1 + M2	7 H 45	à	15 H 21						2 ASH
S1 + S2	13 H 09	à	20 H 45						2 ASH
S3 + S4	16 H 30	à	20 H 00						2 ASH
M + B	7 H 45	à	15 H 21						2 AS
<u>Horaires de WE + fériés (7 H 36)</u>									
MR + MO+ MM + MQ	6 H 40	à	14 H 16						4 AS
SA + SB	13 H 09	à	20 H 45						2 AS
W1 + W2	6 H 40	à	14 H 16						2 ASH
C1 + C2	8 H 15	à	12 H 51	et	15 H 45	à	18 H 45		2 ASH
W3 + W4	15 H 30	à	20 H 45						2 ASH

SERVICE DE NUIT									
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>									
10 H									
N	20H 35	à	6 H 35						1 AS ou 1 ASH toutes les nuits
V	20H 50	à	6 H 50						1 OPS toutes les nuits

LES INFIRMIERES							
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>							
7 H 36							
<u>Horaires de semaine (7 H 36)</u>							
MI	7 H	à	14H 36				1 IDE
SI	12 H	à	19 H 36				1 IDE
<u>Horaires de WE + quand 1 seule IDE (7 H 36)</u>							
CI	7 H 45	à	12 H 30	et	15H 09	à	18 H
1 IDE							

SERVICE MENAGE							
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>							
7 H							
<u>Horaires</u>							
NE	10 H	à	12H 30	et	3 H	à	17 H 30
1 ASH du lundi au vendredi							
<u>Horaires de la personne en CES (20 H par semaine)</u>							
ME	10H 30	à	12 H 30	et	13 H	à	15 H
1 personne en CES							

SERVICE ANIMATION							
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>							
7 H							
<u>Horaires</u>							
AN	10 H	à	13 H	et	13H 30	à	17 H 30
1 ASH du lundi au vendredi							
AN	10 H	à	17 H				
En cas de sorties							

SERVICE DE CUISINE								
<u>Horaires de semaine (7 H 24)</u>								
UM	7 H 30	à	13 H	et	13H 30	à	15 H 15	1 agent du lundi au vendredi
UA	10H 15	à	13 H	et	13H 30	à	18 H	1 agent si pas UF
UF	7 H 30	à	13 H	et	13H 30	à	15 H 15	1 agent si pas UA
US	12H 15	à	19 H30					1 agent si UF
UR	6H 00	à	19 H30					1 agent quand seulement 2 cuisiniers
<u>Horaires de WE et JF (8 H 30)</u>								
UC	7 H 30	à	13 H	et	15H 30	à	18 H 30	1 agent

SERVICE MAINTENANCE								
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>								
7 H								
T3	8 H 15	à	12H 45	et	13H 15	à	16 H 15	1 agent Sem 1 (lundi, mardi, jeudi et vendredi)
T4	8 H 15	à	12H 45	et	13H 15	à	16 H 45	1 agent Sem 2 (lundi au vendredi)

SERVICE ADMINISTRATIF								
<u>Durée quotidienne moyenne de travail</u>								
7 H 30								
DL	9 H	à	12 H 45	et	13 H 15	à	17 H	1 agent du lundi au vendredi