



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes âgées

**IMPULSER UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE DANS UN EHPAD EN
ENGAGEANT UN PROJET D'ANIMATION**

Christine BARBIER

Remerciements

Je remercie tous ceux qui m'ont aidée à la préparation et à la rédaction de ce mémoire. Je leur suis reconnaissante de leur soutien.

Je ne peux cependant tous les citer ; la liste serait trop longue et j'en oublierais sans doute en chemin tellement j'ai mobilisé les énergies autour de moi, étrangère à ce secteur professionnel à mes débuts.

Cependant, j'adresse un remerciement particulier à la directrice de la résidence Lancelot : elle a accepté de répondre à mes questions et de mettre à ma disposition tous les moyens nécessaires à l'écriture de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'ÉTABLISSEMENT ET SON CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	3
1.1 Les politiques publiques.....	3
1.1.1 D'une obligation morale à un droit universel ciblé sur la dépendance.....	3
1.1.2 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie.....	6
1.1.3 La réforme de la tarification des EHPAD	7
1.2 Découverte de l'établissement et de ses résidents	10
1.2.1 Historique, implantation générale	10
1.2.2 Les résidents.....	13
1.2.3 Le personnel.....	15
1.3 Caractéristiques de l'établissement : ses richesses, ses points faibles.....	18
1.3.1 Des atouts essentiels	18
1.3.2 Des difficultés	21
2 LA PERSONNE ACCUEILLIE AUJOURD'HUI EN INSTITUTION : SA PLACE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ, LES DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE	25
2.1 Une population particulière.....	25
2.1.1 Peut-on définir la vieillesse ?0	25
2.1.2 Une population aux traditions marquées	30
2.1.3 Besoins, désirs, demandes...qu'en est-il ?.....	32
2.2 L'animation : une contribution à la qualité de vie.....	36
2.2.1 Approche historique et conceptuelle	36
2.2.2 Les objectifs de l'animation	39
2.3 La transformation d'un établissement et ses conséquences.....	40
2.3.1 Travailler auprès des personnes âgées dépendantes : un métier à la fois enrichissant et épuisant	41
2.3.2 Des difficultés psychologiques	42
2.3.3 Une organisation de l'équipe qui manque de cohésion.....	43
2.3.4 Le phénomène de résistance au changement	46

3	DES RÉPONSES POSSIBLES	49
3.1	Le projet d'animation.....	49
3.1.1	La professionnalisation de l'animatrice	50
3.1.2	Un mode participatif d'élaboration du projet.....	52
3.1.3	La mise en œuvre du projet	57
3.2	Des outils d'expression et d'ouverture.....	63
3.2.1	La participation des familles et des bénévoles.....	63
3.2.2	Une instance de concertation	67
3.2.3	Un support au projet individuel du résident	68
3.3	Des outils de gestion des ressources humaines.....	70
3.3.1	Des temps de rencontre	70
3.3.2	Une possibilité de mise à distance.....	72
3.3.3	Une formalisation des pratiques et l'évaluation globale des propositions	74
	CONCLUSION	77
	BIBLIOGRAPHIE	79
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

- AGGIR : Autonomie, Gérontologique, Groupe Iso-Ressources
- AMP : Aide Médico-Psychologique
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider l'Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers d'un Établissement.
- BAPAAT : Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant Animateur Technicien
- BEATEP : Brevet d'État d'Animateur Technicien de l'Éducation Populaire
- CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
- CDI : Contrat à Durée Indéterminée
- CEC : Contrat Emploi Consolidé
- CES : Contrat Emploi Solidarité
- DEFA : Diplôme d'État aux Fonctions d'Animateur
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- ETP : Équivalent Temps Plein
- GIR : Groupe Iso-Ressources
- GAG : Groupement des Animateurs en Gérontologie
- HLM : Habitation à Loyer Modéré
- IDE : Infirmière Diplômée d'État
- MARTHE : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Établissements pour personnes âgées
- PSD : Prestation Spécifique Dépendance

INTRODUCTION

A l'intérieur d'un vaste mouvement de société, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes se trouvent aujourd'hui en pleine évolution, notamment depuis la réforme de la tarification. La loi pose en effet le principe de l'obligation d'un conventionnement pluriannuel respectant un certain nombre de recommandations. Parmi celles-ci, s'inscrit la présence d'activités à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, la nécessité du maintien du lien social, l'ouverture à la vie locale..., ensemble d'éléments que l'on peut regrouper sous le terme « animation ».

Celle-ci s'affirme donc comme un point incontournable de la qualité de la vie en institution. Dans l'ensemble du secteur gérontologique, elle est en voie de développement. Ainsi, une mission intitulée « Vie sociale des personnes âgées » a été menée en juin 2003 par B. HERVY, animateur coordonnateur en secteur hospitalier, à la demande de M. H. FALCO, secrétaire d'État auprès des personnes âgées, afin de recenser l'existant et d'établir des propositions. Le Groupement des Animateurs en Gérontologie (GAG) a, quant à lui, réuni, pour la première fois, des États Généraux en novembre 2003.

Et pourtant, B. HERVY a résumé le bilan de sa mission lors d'une interview réalisée par le GAG en ces termes : « Une vie sociale sinistrée dans une gérontologie délaissée. »

J'ai effectivement constaté une certaine précarité en termes de moyens dans le secteur de l'animation, comparativement à mon domaine d'activité professionnel : l'administration pénitentiaire où j'exerce la fonction d'assistante sociale. Cette administration a développé, il y a une quinzaine d'années, une politique d'ouverture sur l'extérieur, concrétisée par la réalisation de projets d'animation, la création d'associations culturelles et sportives et le recrutement de nombreux intervenants.

Le secteur gérontologique et celui de la pénitentiaire sont bien éloignés. Cependant les questions d'autonomie, d'espaces restreints peuvent faire écho dans l'un et l'autre de ces secteurs. Malgré ces difficultés, le but est que ce lieu se rapproche autant que possible du milieu de vie ordinaire où le maintien avec l'extérieur et avec les autres sont favorisés.

Référente des activités culturelles et sportives auprès de la population pénale dans le département de l'Ardèche, j'ai pu mesurer tout l'intérêt de l'animation. C'est donc convaincue de sa nécessité que j'ai choisi ce thème de mémoire.

La résidence Lancelot dans laquelle j'avais effectué un stage lors de la formation CAFDES, un ancien foyer logement accueillant 84 résidents et dépendant de la Mutualité de l'Ardèche, me laissait l'opportunité de développer un projet d'animation.

Cet établissement venait de signer avec ses autorités de tarification une convention lui permettant d'être médicalisé et de recevoir les personnes dépendantes. Cette convention s'accompagnait entre autre de la création d'un poste d'animateur.

Au fil de mes stages et de mes visites régulières à la résidence, et dans d'autres établissements, j'ai relevé des difficultés liées à la réforme de la tarification, à savoir l'introduction importante des soins pour répondre à l'arrivée de personnes de plus en plus âgées et dépendantes.

Cette modification paraissait avoir des effets sur les résidents déjà présents et les personnels.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai élaboré un questionnaire destiné au personnel de la résidence (annexe 1) pour connaître leurs perceptions de la médicalisation mais également de l'animation. J'ai aussi rencontré de manière individuelle des résidents de l'établissement au cours d'entretiens libres et non directifs. Enfin, je me suis appuyée sur un autre questionnaire (annexe 2) réalisé en cours de formation pour la rédaction d'une note de synthèse dont le sujet était l'animation. Muni de ce dernier, j'ai visité dix établissements accueillant des personnes âgées et rencontré les directeurs et les animateurs de ces structures.

A la suite des réponses à ces questionnaires, j'ai constaté l'existence de problèmes particuliers, tant au niveau des résidents que des personnels :

- l'évolution de la population et l'entrée dans la médicalisation, ont provoqué la confrontation à des pathologies plus sévères, à la dépendance et aussi à la mort. Malgré cela, l'EHPAD doit être un lieu de vie où l'on concilie soins techniques, accompagnement et vie sociale.
- les différentes évolutions imposent au personnel l'adaptation à de nouvelles pratiques. Le rôle du directeur est de conduire ce changement.

Sachant que notre objectif est d'améliorer la qualité d'accueil des résidents, comment l'animation peut-elle contribuer à favoriser ce lieu de vie ?

Comment peut-elle aussi être un support à la redynamisation d'une équipe ?

Pour répondre à ces interrogations, trois étapes s'articulent. Tout d'abord, il sera nécessaire de prendre connaissance de l'établissement et de son environnement. Ensuite, j'analyserai la population accueillie et les difficultés inhérentes à la transformation de la structure. L'ensemble de ces éléments permettra enfin de constituer des propositions concrètes.

1 L'ÉTABLISSEMENT ET SON CADRE RÉGLEMENTAIRE

1.1 Les politiques publiques

Le cadre législatif et réglementaire des établissements accueillant des personnes âgées a connu depuis quelques années des transformations importantes : réforme de la tarification, APA, loi des 35 h, loi 2002-2.

Ces modifications ont été adaptées à l'évolution de la société et notamment aux besoins des personnes concernées. Reprendre l'histoire des politiques publiques dans le domaine de l'action sociale et plus particulièrement de la vieillesse permettra de comprendre où nous en sommes aujourd'hui.

1.1.1 D'une obligation morale à un droit universel ciblé sur la dépendance

Avant les années 60, aucune politique de la vieillesse n'existait véritablement. Seule figurait une logique d'assistance sous la tutelle d'organisations caritatives ou religieuses. Ce devoir d'assistance fût d'ailleurs reconnu par la Constitution de 1793 et confirmé par le Comité de Salut Public qui déclara le secours aux pauvres, « dette sacrée ».

En 1883, Léon BOURGEOIS, homme politique, affirme que « L'homme naît débiteur de l'action humanitaire. Nous sommes en dette de génération en génération. »¹ Ce sentiment va se développer au niveau de toute la société et l'idée apparaît d'une obligation relevant de l'État. Elle se concrétise pendant la 3^{ème} République : l'État se trouve contraint d'intervenir et de légiférer. Ainsi, le 14 juillet 1905, une loi d'assistance aux vieillards infirmes et incurables est publiée permettant l'attribution d'aides minimales dites de secours à domicile. Suivent en 1910 une loi sur les retraites paysannes et ouvrières puis, en 1930, une autre sur les assurances sociales.

En 1945, afin de faire face au problème pressant de la pauvreté des personnes âgées, la priorité est donnée à la politique des retraites. L'obligation morale devient une obligation sociale. Malgré cela, il n'est pas encore question d'une véritable politique spécifique à la vieillesse. A cette époque en effet, la majorité des personnes âgées vit en famille et seules des mesures d'assistance aident les plus pauvres. Cependant, les maisons de

¹BOURSIER F. Conseiller technique URIOPS, intervention à l'ARAFDES le 8 octobre 2002.

retraite commencent à se développer à partir de l'ordonnance du 18 décembre 1958 qui prévoit, à côté des hospices, la création de maisons de retraites publiques.

Le début des années 60 marque une rupture par rapport à la situation antérieure et l'idée d'une véritable intervention de l'État en faveur de la vieillesse voit le jour.

En 1960, une commission d'étude des problèmes de la vieillesse est créée, présidée par Pierre LAROQUE. Celle-ci a pour objet de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager les lignes directrices d'une politique de la vieillesse. Il ressort de ces travaux² que les personnes âgées se trouvent en situation de marginalité et d'exclusion sociale. C'est pourquoi, les membres de la commission proposent une nouvelle conception de la vieillesse, affirment la nécessité d'une politique globale et le maintien des liens avec le reste de la société. L'objectif est avant tout préventif. Il s'agit en effet de retarder l'apparition des dépendances résultant du vieillissement pour limiter les recours à l'hospitalisation et le départ du domicile. Afin de proposer des conditions plus favorables d'accueil en institution, la commission propose également de remplacer l'hospice par des structures différenciées selon les problèmes de santé : maisons de retraite, services pour grabataires...

A la suite de ce rapport, les textes et les initiatives vont tous dans le même sens comme en témoignent les 6^{ème} (1970 à 1974) puis 7^{ème} (1975-1979) plans quinquennaux où est affirmée la priorité du maintien à domicile. Parallèlement, la loi hospitalière de décembre 1970³ sépare l'hôpital, clé de voûte du système sanitaire, et les établissements accueillant les personnes âgées. La loi du 30 juin 1975⁴ définit alors les conditions d'autorisation et de fonctionnement pour les institutions sociales et médico-sociales parmi lesquelles figurent les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Mais à partir des années 70, les problèmes de santé et de dépendance des personnes âgées accueillies en institution prennent de l'importance. Pour y répondre, l'article 5 de la loi du 30 juin 75 et un décret d'application du 22 novembre 1977 prévoient la création des sections de cure médicale pour l'hébergement et la surveillance médicale des personnes pour qui cette dernière s'avère nécessaire.

Au cours des années qui suivent, la démarche de diagnostic et de vérification de l'adéquation entre offre et besoin se poursuit. Ainsi, en 1978, un groupe de travail est

² Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, La Documentation Française, 1962.

³ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴ Loi n°75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

chargé d'un bilan de la politique vieillesse en vue du 8^{ème} plan. Il établit un rapport intitulé « Vieillir demain »⁵ qui constate, comme le rapport LAROQUE, la dévalorisation des personnes âgées et plus généralement de la vieillesse ainsi que l'insuffisante médicalisation des établissements sociaux. C'est pourquoi il propose un programme d'ensemble dont deux des principales recommandations sont le développement des établissements sociaux comme lieu de vie, préféré au secteur hospitalier, et l'insertion des personnes âgées dans la vie sociale.

Pour conforter cette politique de la vieillesse, le secrétaire d'État chargé des retraités et personnes âgées, nommé en 1981, est chargé de faire appliquer ces recommandations. Il diffuse pour cela une circulaire en 1982 dite circulaire FRANCESCHI qui traite entre autres de l'animation, du maintien à domicile, de la coordination gérontologique...

A partir de 1982, les lois de décentralisation confient aux départements la responsabilité de l'action sociale et de l'aide sociale aux personnes âgées. Puis, la situation de crise économique, l'augmentation du nombre de personnes âgées poussent l'État à restreindre ses dépenses. Il va centrer son action sur les personnes dont la situation est la plus préoccupante, en l'occurrence les personnes dépendantes. Une commission nationale d'étude sur cette population est créée et le rapport qui en émane⁶ propose une assurance autonomie. En 1990, compte tenu des problèmes récurrents liés à la prise en charge de la dépendance, une étude du commissariat général du plan suggère l'instauration d'une prestation nouvelle en espèces, une réforme de la tarification et l'harmonisation du régime juridique des établissements d'hébergement. Elle se concrétise par la loi du 24 janvier 1997⁷ qui crée la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) dont le montant varie selon les besoins d'aide de la personne. Cette loi prévoit également une réforme de la tarification.

Mais le bilan de la PSD est mitigé :

- conditions de ressources trop restrictives et recours sur succession
- exclusion des personnes moyennement dépendantes qui continuent de relever de la prestation d'aide ménagère de leur caisse de retraite

⁵ Commissariat au Plan, *Vieillir demain*, Rapport du groupe de prospective, 1987.

⁶ BRAUN T, STOURM M. *Les personnes âgées dépendantes* : Rapport au conseil d'Etat chargé de la Sécurité Sociale, Paris : La documentation française, 1988.182 p.

⁷ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

- prestation inéquitable entre les départements et, s'agissant de l'aide ménagère, entre les différents régimes de retraite.

Les rapports GUINCHARD-KUNSTLER⁸ (1999) et SUEUR⁹ (2000) font alors des propositions pour son remplacement. Dans le cadre de la mission confiée par le 1^{er} Ministre à Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, celle-ci constate, comme cela avait été le cas précédemment, le regard négatif porté sur la vieillesse. Elle souligne la nécessité de respecter la diversité des besoins des personnes âgées pour qu'elles soient à même de bien vieillir. Parmi les principales propositions, elle suggère une meilleure connaissance du vieillissement, une nouvelle organisation de la prise en charge notamment grâce à une coordination renforcée, la modernisation des politiques de maintien à domicile et enfin une allocation unique dépendance.

Cette proposition est reprise par la loi promulguée le 20 juillet 2001¹⁰; elle instaure l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) à compter du 1^{er} janvier 2002.

1.1.2 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Cette prestation est ouverte à toute personne à partir de 60 ans, résidant en France et dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique et mental. Contrairement à l'attribution de la PSD, l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire. Les conditions d'attribution sont identiques sur tout le territoire en fonction du degré de perte d'autonomie. Ce dernier est évalué par référence à la grille nationale AGGIR.

Cet outil d'évaluation individuelle a été forgé par le syndicat national de gérontologie clinique en s'inspirant d'échelles et de grilles existantes (KATZ, COLVEZ, GERONTE...). Il comprend dix variables discriminantes permettant de repérer les activités qu'effectue seule la personne (annexe 3). En fonction de trois modalités de réponse, un logiciel attribue à chaque personne un Groupe Iso-Ressources ou GIR (annexe 4). Six groupes de ce type existent, regroupant des personnes dont les profils de perte d'autonomie et les niveaux d'aide sont similaires. Le classement dans chacun de ces groupes donne lieu à une cotation en points. Ceux-ci sont totalisés pour l'ensemble des personnes hébergées

⁸ Rapport GUINCHARD-KUNSTLERP. *Vieillir en France*, rapport à M. le 1^{er} Ministre, 1997.

⁹ Rapport de SUEUR J.P. *L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité*, remis au Ministre de l'emploi et de la solidarité en mai 2000.

¹⁰ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Les dispositions de la loi incorporées dans le code de l'action sociale et des familles ont été complétées par plusieurs textes d'application, les décrets 2001.1084 à 2001.1087 du 20 novembre 2001.

dans l'établissement puis divisés par le nombre de résidents. La valeur obtenue correspond à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans la structure appelée GMP (GIR Moyen Pondéré). Ce dernier sera un élément de détermination des moyens accordés à l'établissement et débattus lors de la signature de la convention tripartite, comme le prévoit la réforme de la tarification.

1.1.3 La réforme de la tarification des EHPAD

Cette loi a fait l'objet de textes réglementaires en 1999 (décrets N° 99.316 et 99.317) réformés en mai 2001 avec publication des textes réglementaires modificatifs (N°2001.388).

Les fondements du nouveau système

Plusieurs critiques sont à l'origine de la réforme de la tarification.

Depuis le rapport présenté par le professeur HENRARD en 1984 et repris en 1991 par le rapport parlementaire de J.C. BOULARD, le principe de tarification des établissements a été continuellement remis en cause en fonction des éléments suivants :

- L'ancienne tarification binaire (hébergement et soins) ne tient pas compte de l'état de dépendance des personnes alors que celles-ci intègrent à présent un établissement plus âgées et plus dépendantes que par le passé.
- La prise en charge d'une personne âgée par l'assurance maladie n'est pas fonction de sa situation de dépendance mais de la structure dans laquelle elle se trouve : 100 % en service de médecine ou de psychiatrie, limitée en long séjour ou en section de cure médicale.
- L'absence de médicalisation contraint les personnes âgées à quitter l'établissement lorsqu'il n'est plus adapté à leur état.
- Les établissements non médicalisés font appel à des personnels médicaux et para médicaux du secteur libéral afin de faire face à la montée de la dépendance ; cela aboutit parfois à l'absence de coordination de la prise en charge.
- Il existe une grande diversité d'établissements, notamment sur le plan juridique, certains étant mieux dotés que d'autres, d'où le souhait de rationalisation et d'adéquation entre offre et besoin.
- Les autorités de tutelle souhaitent disposer d'outils d'évaluation des structures.
- On constate une exigence accrue de qualité, exacerbée par les impératifs d'un secteur concurrentiel

L'ensemble de ces constats aboutit à la réforme de la tarification fondée sur deux axes principaux :

- a) un nouveau système de tarification
- b) la convention tripartite

a) un nouveau système de tarification

Ce système prévoit la répartition des dépenses et des recettes de l'établissement en trois groupes correspondant à trois tarifs.

- le tarif hébergement

Il recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, non liées à l'état de dépendance des résidents.

Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie, subsidiairement de l'aide sociale dans les conditions de droit commun.

- le tarif dépendance

Il est constitué de l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie indépendamment des soins éventuels. Un «ticket modérateur » équivalent au tarif applicable aux GIR 5/6 est laissé à la charge des résidents quel que soit leur degré d'autonomie et leurs ressources. En outre, le montant de l'APA varie en fonction du classement du résident dans l'un des GIR, des tarifs dépendance de l'établissement pour les différents GIR et des ressources du résident.

- le tarif soins

Il recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques.

Le tarif soins est, comme le précédent, modulé en fonction du degré de dépendance de la personne ; d'où l'importance d'une évaluation adéquate. Il est fixé par l'État (DDASS) et financé par l'assurance maladie, alors que l'hébergement et la dépendance sont sous l'autorité du Président du Conseil Général.

En ce qui concerne l'animation, elle est donc intégrée dans l'hébergement. Lors de l'élaboration de la réforme de la tarification, sa place a été plusieurs fois discutée. Pour certains, elle relevait de l'hébergement, pour d'autres de la dépendance. Initialement prévue dans le second chapitre, elle a ensuite été partagée à 70 % dépendance, 30 % hébergement avant d'être intégrée complètement dans le dernier. Cette ultime répartition

a suscité un certain nombre de critiques. Le fait que l'animation soit dans le domaine de l'hébergement revient à dire qu'elle est financée uniquement par la personne. Cela pose la question suivante :

Doit-on élever le prix de journée pour financer des animations ?

Cela n'est pas réalisable et ne correspond pas aux orientations de la réforme de la tarification.

Cependant, Hubert FALCO a annoncé, lors des États Généraux de l'animation en gérontologie en novembre 2003, que le financement de l'animation « pourrait être garanti en assurant tout ou partie de sa prise en charge sur le volet dépendance de la tarification. » Cela signifierait alors qu'elle serait financée partiellement par le Conseil Général, via l'APA. Le secrétaire d'État a cependant précisé que cette proposition serait travaillée ultérieurement.

En tout état de cause, l'animation s'inscrit parmi les recommandations de la réforme de la tarification matérialisées par une convention signée entre l'établissement et ses autorités de contrôle.

b) la convention tripartite : clé de voûte du nouveau système

Les structures assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent en effet signer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et la DDASS¹¹.

Cette convention, d'une durée de 5 ans pouvant donner lieu à des avenants annuels, a deux objets essentiels :

- autoriser l'établissement à accueillir des personnes âgées dépendantes¹².
- préciser les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de prise en charge des personnes et des soins.

Elle détermine également les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

Cette convention doit respecter un cahier des charges défini en fonction de l'arrêté du 26 avril 1999¹³. Cet arrêté fixe les contenus de la démarche qualité dans laquelle les

¹¹ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

¹² Cette autorisation ne se substitue pas mais se surajoute aux autorisations de création et de fonctionnement délivrées aux établissements.

¹³ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle. JO n°98 du 27 avril 1999.

établissements devront s'engager et une série de recommandations (annexe 5) concernant :

- la qualité de vie des résidents : projet institutionnel, qualité des espaces privés et collectifs...
- la qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidents
- la qualité des personnels de l'établissement
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique
- des objectifs d'évolution

Le contenu de la convention sera déterminé après une étude préalable des points forts et faibles de l'établissement. A cet effet, la Mission d'appui à la réforme de la tarification (MARTHE) et l'École Nationale de la Santé Publique ont élaboré un guide d'accompagnement appelé ANGELIQUE. Ce guide est composé d'un questionnaire et d'un rapport d'évaluation destinés aux autorités de tarification.

La résidence Lancelot s'est donc inscrite dans la démarche de conventionnement à la fin de l'année 2001 (annexe 6). Avant de l'étudier plus précisément, il convient de présenter l'établissement.

1.2 Découverte de l'établissement et de ses résidents

1.2.1 Historique, implantation générale

La résidence Lancelot est née d'un concours de circonstances dont l'une d'entre elles était inattendue :

- l'orientation nouvelle de la Mutualité de l'Ardèche conjuguée à celle de la Municipalité.
- le don d'une retraitée privadoise.

A partir de 1966, la Mutualité décide, pour répondre de manière plus large aux besoins de son public, de diversifier ses activités. Elle s'oriente vers deux nouveaux domaines : les séjours de vacances et les établissements pour personnes âgées.

Ce changement de politique se concrétise avec le projet d'un centre de loisirs et avec l'idée nouvelle de la réalisation d'un foyer logement pour personnes âgées sur la ville de Privas.

Parallèlement, la Municipalité envisage elle aussi l'implantation d'un établissement de ce type afin de répondre à un besoin nouveau en matière d'hébergement pour personnes âgées et poursuivre l'action entreprise par les instances nationales et départementales dans ce secteur. La rencontre de ces deux projets se formalise grâce à une généreuse donatrice.

Effectivement, une dame retraitée de la ville, Mme PATOU, n'ayant pas d'héritier et souhaitant elle aussi participer au mieux être des personnes âgées, décide de faire don de sa maison afin qu'elle soit transformée en maison de retraite. Son habitation, peu adaptée à une résidence de personnes âgées, est utilisée par la Mutualité pour y installer ses bureaux. En contrepartie, son Président s'engage à consacrer la somme correspondant à sa valeur à l'équipement d'un foyer logement. La municipalité de Privas fournit gracieusement le terrain et l'Office Public d'HLM prend en charge la construction de l'immeuble.

La Résidence Lancelot, foyer logement, ouvre ses portes le 1^{er} septembre 1970 et est inaugurée officiellement le 17 septembre en présence du Préfet et du Président de la Mutualité de l'Ardèche. Cette réalisation est innovante car elle est la deuxième résidence construite en Ardèche. Elle est aussi un exemple pour la Mutualité qui gèrera par la suite huit autres établissements dans le département.

Cette dynamique se poursuit par l'agrandissement et la rénovation complète de l'établissement fin 1995. Le but est de maintenir sa place dans un secteur devenu concurrentiel, de s'adapter aux normes sanitaires, de sécurité, d'accessibilité...et d'offrir un meilleur confort aux personnes accueillies.

Dans le même objectif, la directrice, soucieuse de l'évolution de la population, décide d'assurer les soins en interne. De ce fait, l'établissement bénéficie du forfait soins courants en 1994, suivi de l'ouverture de la section de cure médicale autorisée par la DDASS en septembre 1995. Le financement de celle-ci n'est intervenu que partiellement en 1999 (9 lits) puis complété en 2000 (16 lits).

Compte tenu de la modification de la législation (réforme de la tarification) et des besoins de la population accueillie, la Mutualité a souhaité ensuite s'engager rapidement dans la signature des conventions. Ce fut le cas puisque le 1^{er} janvier 2002, ses établissements ont été parmi les premières structures signataires du département.

Entièrement médicalisé, le foyer logement Lancelot, est désormais un EHPAD.

Ce développement, indispensable à sa pérennité, montre que la structure a souhaité s'adapter aux évolutions de la population accueillie et des politiques publiques. Cela ne signifie pas pour autant que ce changement soit aujourd'hui complètement intégré.

Cette question fera l'objet d'un développement ultérieur ; il convient tout d'abord de situer l'établissement de manière géographique et architecturale.

La résidence se situe à Privas, gros bourg de 9 170 habitants, préfecture de l'Ardèche.

En 1969, le site prévu pour la construction de la résidence est un grand pré dont il ne va rien rester car autour de Lancelot se construisent également six immeubles HLM, une crèche, une école et un centre médico-social. C'est donc au cœur d'un quartier de vie, à quelques minutes du centre ville, qu'elle se situe.

Au niveau architectural, l'établissement est construit sur 6 niveaux et composé de 79 logements soit 50 T1 et 29 T1 bis pouvant accueillir des couples. Le nombre moyen de personnes accueillies est de 84. Même si cette capacité est importante, elle reste cependant à dimension humaine.

A l'entrée, face au bureau de la directrice et de son adjointe, un hall agrémenté de fauteuils et d'un meuble chargé de livres sert à la fois de lieu de rencontre, d'attente et de bibliothèque.

Contrairement à d'autres maisons de retraites, peu de résidents s'y attardent. Les raisons pourraient en être le manque de convivialité mais ce n'est pas le cas. En fait, il n'est pas d'usage de rassembler les résidents à l'entrée, comme cela se fait parfois ailleurs, et seules, quelques personnes en attente du repas, d'une visite ou d'une sortie s'y assoient.

A une vingtaine de mètres de là, se trouve la salle à manger, grande pièce très lumineuse grâce à de larges baies vitrées donnant sur la crèche voisine. Elle peut accueillir jusqu'à 116 personnes. Cela permet aux résidents qui le souhaitent de déjeuner avec leur famille ou amis. L'établissement est également ouvert à toute personne âgée ou non du quartier souhaitant y prendre ses repas¹⁴. Cette salle à manger est rarement pleine puisque l'établissement dispose, depuis l'ouverture de la section de cure médicale, d'une petite salle à manger à l'étage inférieur. Elle accueille les personnes les plus dépendantes où celles momentanément fatiguées.

Cette deuxième salle à manger est, depuis son ouverture, un sujet de discussion récurrent à l'occasion des réunions de personnel. En effet, certains employés et également des familles perçoivent cet endroit comme un lieu d'exclusion. Le contraste est

¹⁴ Les moyens de transport ne permettent cependant pas actuellement un accès facile à l'établissement et peu de personnes extérieures le fréquentent.

d'ailleurs saisissant à la première visite, entre la grande salle à manger animée et la seconde, où chacun est concentré sur son repas.

Cependant, cette organisation a été élaborée et décidée après une longue réflexion. L'objectif était de pouvoir intervenir rapidement en cas de difficultés, d'adapter le rythme du repas à certains résidents moins autonomes que d'autres et de préserver au maximum leurs gestes d'autonomie.

En ce qui concerne le reste des locaux communs, ils sont tous situés, pour l'instant, au rez-de-chaussée inférieur et supérieur. A l'étage le plus bas, se trouve un poste de soins avec en face une chambre de séjour provisoire et le bureau du médecin. Il est prévu, dans le cadre de la convention tripartite, la création de postes de soins à chaque étage dans une pièce existante, servant actuellement de tisanerie.

Globalement, les locaux sont vastes et suffisants pour organiser des activités en petit ou grand groupe. Elles ont lieu actuellement dans les deux salles à manger. Par contre, les résidents ne disposent pas d'espace commun intime, hormis leur chambre, pour se retrouver avec leur famille ou d'autres résidents.

Si l'histoire et l'environnement comptent dans l'existence d'une institution, elle est aussi le fait de ceux qui y vivent et y travaillent.

1.2.2 Les résidents.

Parmi les 84 résidents, deux couples sont installés.

Comme dans la plupart des structures de ce type, la proportion de femmes est beaucoup plus importante, en l'occurrence 64 pour 20 hommes. Selon une enquête de la DREES¹⁵ de mars 2001 concernant les institutions, parmi les résidents âgés de 60 ans et plus, les femmes sont trois fois plus nombreuses. Cela peut s'analyser en fonction de plusieurs éléments :

- L'espérance de vie est plus importante pour les femmes que les hommes : en 1998, celle-ci était de 74,6 pour les hommes et 82,2 pour les femmes¹⁶
- On recense un certain nombre d'épouses devenues veuves lors de la seconde guerre mondiale.

¹⁵ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

¹⁶ COLIN C. L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gérontologie et société*, septembre 2001, n° 98, p 38.

- La plupart du temps, les femmes bénéficient de revenus faibles. Selon l'enquête de la DREES déjà citée, la pension mensuelle moyenne était de 5000 Fr. en 1998 pour les femmes contre 8800 pour les hommes. En effet, les femmes n'ont souvent pas travaillé, perçoivent une pension de retraite incomplète et vivent dans des conditions d'existence moins favorables.

Cette même étude a analysé les catégories sociales des personnes âgées en institution. Il apparaît que les personnes issues d'une catégorie sociale plus élevée vivent souvent à leur domicile. Elles semblent avoir les possibilités financières de choisir d'y demeurer même si elles ont besoin d'être aidées. Par conséquent, les personnes appartenant aux catégories sociales moins élevées, dont font plus souvent partie les femmes, se retrouvent d'une manière générale en institution.

Effectivement, la résidence reçoit essentiellement des personnes originaires du secteur ouvrier et agricole aux revenus modestes et qui n'ont pas forcément fait le choix d'être en institution.

Cela peut-être un facteur d'explication des tarifs relativement bas. Chaque résident paye un prix de journée de 32 € (tarif 2003). La signature de la convention tripartite a provoqué une hausse de 9,7%. A titre comparatif, le prix de journée moyen est de 35 € en Ardèche et de 45 € dans la Drôme, département voisin.

Paradoxalement, trois résidents seulement bénéficient de l'aide sociale. Beaucoup hésitent en effet à la solliciter, compte tenu du critère de récupération sur les successions. Malgré de faibles revenus, ils sont souvent propriétaires de terres ou de bois.

L'âge moyen est de 85 ans ; 27 personnes ont plus de 90 ans.

Le GMP (GIR Moyen Pondéré) est de 515 (1^{er} janvier 2003). Celui de l'ensemble des établissements ardéchois était quant à lui de 537 au 2 septembre 2003.

La grande majorité des résidents est originaire de l'Ardèche, Privas ou les villages alentours. Les familles sont très présentes puisque aucun des pensionnaires n'est sans visite, qu'elles soient régulières ou non. Même si nous sommes en secteur semi-rural, cette particularité est à noter en écho aux déclarations de l'été 2003 dénonçant l'indifférence des familles.

Il est à remarquer qu'il existe une association des résidents au sein de l'établissement. Créée quelques années après l'ouverture de la résidence, elle a pour but essentiel de gérer les dons reçus pour le bien-être des résidents : achat d'un appareil photo, petits cadeaux pour les anniversaires... Les dons étant devenus aujourd'hui très rares, elle n'a pratiquement plus de moyens d'existence. Un des objectifs mentionné dans la convention tripartite est de permettre le développement de cette association.

Ces éléments permettent de décrire de manière générale la population de l'établissement. Etudions à présent plus précisément le personnel.

1.2.3 Le personnel

L'établissement emploie 38 personnes réparties sur 30,35 équivalents temps plein (année 2003).

Les effectifs se décomposent de la manière suivante :

- services administratifs : 2,5 ETP

Outre le poste occupé par la directrice, il reste 1,5 ETP soit un poste d'adjoint de direction à temps plein et un autre d'employé administratif à mi-temps.

- services généraux : 15 ETP

Cuisine : 4 cuisiniers dont 1 gestionnaire pour 2,5 ETP.

Deux des cuisiniers employés dans l'établissement depuis sa création exercent à mi-temps suite à une demande de pré retraite progressive.

Les repas sont préparés entièrement dans l'établissement pour être au plus près de la cuisine traditionnelle que connaissaient les résidents à leur domicile.

Service : 6,5 ETP

Ce secteur comprend une lingère et 7 agents de service affectés à l'entretien des locaux communs et à l'aide à la cuisine.

Aide au quotidien : 6 ETP

Les auxiliaires de vie sont chargées des tâches domestiques auprès des résidents et de l'aide pour les actes de la vie quotidienne.

- les soins : 12,35 ETP

3 postes sont occupés par des infirmières diplômées d'état.

Parmi elles, une infirmière est référente à 30% de son temps. A ce titre, elle est chargée de l'organisation et de la coordination des soins techniques, de confort et d'hygiène. Cela implique qu'elle supervise le travail des infirmières et aides-soignantes. Elle assure également la coordination interne et externe (médecins, soignants libéraux...) et est associée à la politique de soins de l'établissement.

8,75 ETP d'aides-soignantes ou AMP (aide médico psychologique) viennent compléter le personnel de soins. La majorité d'entre elles, soit 8 sur 11, sont aides soignantes.

3 sont en cours de formation d'AMP après plusieurs années comme agent de service dans l'établissement ou en service d'aide à domicile.

Dans le cadre des objectifs formalisés par la convention tripartite, un psychiatre et un médecin coordonnateur (annexe 7) interviennent chacun à 0,3 ETP.

L'intervention du psychiatre fait l'objet d'une convention avec le centre hospitalier spécialisé Ste-Marie de Privas. Il vient dans l'établissement une fois tous les quinze jours et participe à une réunion avec le personnel. Les situations des résidents nécessitant un suivi ou posant question lui sont présentées. Il rencontre ensuite ces derniers, met éventuellement un traitement en place et fait part de ses constatations au médecin coordonnateur.

Cette intervention du secteur psychiatrique fait suite à un souci commun de la directrice et du médecin responsable du service de géronto-psychiatrie de l'hôpital Ste-Marie. Le personnel était en effet désarmé par des personnes dont l'état mental se dégradait au cours du séjour ou présentant des troubles de sénilité. Il était alors demandé au secteur géronto-psychiatrique d'hospitaliser la personne dans le service quelque temps afin d'établir un diagnostic et un traitement approprié.

Les personnes retournaient ensuite à la résidence ou, si leur état le nécessitait, étaient orientées dans un établissement approprié de type CANTOU¹⁷.

Le secteur géronto-psychiatrique vivait cela comme un désengagement complet de l'établissement. La signature d'une convention entre l'établissement et le centre hospitalier Ste-Marie a permis d'instaurer un vrai dialogue. Lorsque l'hospitalisation d'une personne présentant des troubles d'ordre psychologiques ou psychiatriques est nécessaire, elle est préparée et coordonnée.

Cependant, l'accueil à temps complet de personnes atteintes de démence n'est encore pas envisageable en l'état. La création d'un accueil de jour est en projet avec la municipalité.

- animation : 0,5 ETP

Lors de la signature de la convention tripartite, le financement d'un poste d'animateur a été accordé à mi-temps à partir de 2003 et à temps plein à compter de 2004.

¹⁷Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles.

Globalement, le taux d'encadrement est de 0,36¹⁸ toutes catégories confondues. Même s'il se situe dans la moyenne des établissements ardéchois, il est faible. Il permet de fonctionner, non sans difficultés, avec un effectif complet. Cependant, dès la moindre absence, quelqu'en soit la raison, le fonctionnement est perturbé ; cela rejailit bien évidemment sur les usagers de l'établissement.

La description de l'organisation du personnel serait incomplète sans mentionner les temps de réunions au sein de l'établissement. Hormis les réunions obligatoires avec les instances représentatives du personnel, quatre types de rencontres institutionnelles ont lieu :

- la première avec l'ensemble des personnels une fois par an en présence de la responsable du siège (directrice des réalisations sanitaires et sociales).
Sont abordés les problèmes généraux relevant de la Mutualité et de l'établissement (salaires, formation...)
- une rencontre entre la direction et les référents de chaque service une fois tous les deux mois pour aborder les problèmes de fonctionnement. Ces référents sont volontaires et nommés pour un an.
- quotidiennement, trois relèves ont lieu à chaque changement d'équipe en présence du personnel de soins : elles servent pour la transmission des informations concernant l'état de santé des résidents. L'informatisation du dossier de soins est prévue pour le premier trimestre 2004.
- tous les quinze jours depuis juillet 2000, une réunion en présence du psychiatre permet d'exposer les situations des résidents posant question.

Un cahier de liaison doit par ailleurs être rempli de manière journalière par l'ensemble de l'équipe.

Les rencontres entre personnel et direction pour aborder les problèmes de l'établissement sont donc relativement espacées et, qui plus est, en présence d'un nombre réduit de salariés. Si cette organisation donne satisfaction avec une équipe restreinte, le développement de la structure suppose d'organiser différemment les temps de rencontre.

Outre ces données générales, l'établissement présente des particularités qu'il est important d'analyser.

¹⁸ 0,36 ETP pour un résident.

1.3 Caractéristiques de l'établissement : ses richesses, ses points faibles

1.3.1 Des atouts essentiels

Les atouts relèvent pour une part des orientations des politiques publiques, d'autre part de l'établissement et de son organisme gestionnaire : la Mutualité

L'Ardèche offre un contexte privilégié pour les personnes âgées souhaitant ou se trouvant dans l'obligation de rentrer dans une structure adaptée à leur situation. Il s'agit d'un département très bien équipé, puisque avec 79 établissements, le taux d'hébergement pour personnes âgées de 6111 places¹⁹ est l'un des plus élevés de France²⁰. Il comporte essentiellement des structures de taille moyenne en milieu rural.

Cela signifie que les personnes âgées peuvent intégrer un établissement proche de leur domicile et de leurs connaissances, dans un délai moindre, comparativement à d'autres départements et à un coût inférieur. La volonté des autorités est en effet de maintenir un prix de journée peu élevé.

Ces deux facteurs expliquent ainsi le pourcentage élevé de personnes âgées domiciliées hors de l'Ardèche et hébergées dans ce département à la périphérie.

Les autorités de tutelle DDASS et Conseil Général se sont par ailleurs engagées rapidement dans la signature des conventions tripartites. Cela a permis entre autres à la Résidence Lancelot, de disposer de moyens supplémentaires en personnel et en équipement et s'est traduit par la création de 9,30 ETP. Même si cela est encore insuffisant, ces nouveaux postes ont favorisé une évolution certaine de la qualité de prise en charge des résidents.

Enfin, le Conseil Général est particulièrement intéressé par le développement de l'animation. En effet, à l'initiative de la bibliothèque départementale de prêt, un projet de diffusion du livre et d'animations autour de la lecture s'est concrétisé au cours de l'année 1997 à l'attention des personnes âgées en établissement ou à leur domicile. Le Conseil Général s'est associé à ce projet intitulé Culture Bleue et peut financer, dans le cadre du

¹⁹ Schéma départemental 2000.

²⁰ Taux d'équipement au 01.01.2003 pour 1000 habitants de 75 ans et plus : Ardèche 187,5 ; Rhône Alpes 143,07 ; France 137,7 ; Statistiques et indicateurs de la santé et du social, Mai 2003, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

schéma départemental, l'acquisition de mobilier et de matériel pour les établissements souhaitant s'engager dans ce dispositif. Ces derniers ont pu également signer une convention avec le Conseil Général en vue de la création et la gestion d'emplois de coordinateurs locaux (contrat emploi jeune) sur le dispositif Culture bleue. Financés par les établissements, ces coordinateurs assurent principalement l'activité bibliothèque et organisent des ateliers en lien avec le livre au sein de deux à quatre structures d'accueil. La résidence Lancelot a signé sous l'égide de la Mutualité une convention en 1999 et la personne employée vient un après-midi par semaine dans l'établissement. Cette intervention cessera en décembre 2004 par l'absence de financement pour pérenniser ces postes. Malgré ce fait, cette opération a permis à l'ensemble des établissements signataires de posséder un fond important d'ouvrages en gros caractères. Par ailleurs, un poste a été créé à la bibliothèque départementale de prêt pour le secteur personnes âgées et des supports d'animation sont disponibles pour les animateurs des établissements (jeux de société adaptés, documentaires...).

La Mutualité et l'établissement offrent également des conditions particulières d'accueil pour leurs résidents.

Même si la Mutualité, 1^{er} mouvement social en France, a été quelque peu victime de son important développement, elle s'est construite sur des critères de proximité et de démocratie selon un principe d'entraide et de solidarité. Les administrateurs y sont toujours très attachés.

Ces fondements transparaissent dans l'établissement. Ils se traduisent par le respect de la personne, de son histoire et de son entourage. Quelques exemples en témoignent :

Les appartements d'une surface de 25 à 35 m² selon, qu'il s'agisse de T1 ou T1 bis, sont spacieux et lumineux grâce à de larges baies vitrées. Dans les limites imposées par la sécurité, les résidents les aménagent et les décorent selon leur goût.

Cette possibilité d'apporter une partie de leur mobilier, de leurs bibelots est essentielle. Un résident m'a ainsi déclaré : « J'ai ramené là tous mes souvenirs. »

Autre exemple : le jour de son entrée à la Résidence, une carte de bienvenue est déposée dans l'appartement.

Ou encore, en fonction des renseignements apportés soit par la personne soit par sa famille, le résident est installé à une table de la salle à manger où des personnes de sa connaissance sont déjà. A chaque fois, les personnes y sont sensibles.

Ainsi, les notions de respect de l'autre, d'une présence attentionnée sont portées par la direction et reprises au cours de toutes les rencontres avec le personnel. Elles marquent de leurs empreintes les pratiques de toute l'équipe. Ces valeurs figureront dans le projet

d'établissement qui n'est pas rédigé à ce jour. Cette obligation imposée par la loi 2002-2²¹ est à mon sens, le moyen de formaliser, d'inscrire ces valeurs, ces pratiques par écrit après une réflexion commune de l'équipe.

Un autre atout est aussi offert grâce à l'importance de l'organisme gestionnaire. La Mutualité a été jusqu'à présent un employeur doté d'une certaine stabilité où les personnels peuvent effectuer toute leur carrière. Elle possède également un comité d'entreprise qui propose de nombreux services en matière de loisirs ou de vacances.

Le fait que la Mutualité soit une grosse structure présente aussi des atouts pour la direction. En effet, en raison de son envergure, la Mutualité de l'Ardèche a dû se structurer pour pouvoir maîtriser des champs d'interventions divers et multiples. Elle a, comme d'autres grosses structures de ce type, un fonctionnement centralisé au niveau départemental, support pour chacun des établissements qu'elle dirige. Dès qu'une interrogation ou un problème particulier se pose pour un directeur d'établissement en matière de législation du travail ou autre, le personnel des différents services du siège, peut apporter aide et conseil. En matière de gestion financière, l'essentiel est réalisé par la Mutualité grâce aux tableaux de bord que transmet l'établissement.

Ce type de fonctionnement garde tout son intérêt dans la mesure où le directeur n'est pas limité à l'animation de son équipe mais bénéficie de délégations suffisantes, d'une marge d'initiative et d'une possibilité de négociation.

Le fait que la Mutualité gère plusieurs établissements constitue par ailleurs une source d'échanges importants entre les directeurs. Des réunions sont ainsi organisées en présence de la responsable du siège (directrice des réalisations sanitaires et sociales) afin d'aborder des sujets d'intérêt commun (rédaction du règlement intérieur, signature des conventions...).

Cependant, la situation n'est pas aussi idyllique que pourrait le laisser supposer ce tableau.

Certains avantages développés précédemment peuvent s'avérer à double tranchant, et générer des difficultés pour la gestion de l'établissement et la qualité de la prise en charge comme nous allons le voir maintenant.

²¹ Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

1.3.2 Des difficultés

Ces difficultés sont liées, d'une part au fonctionnement de l'organisme gestionnaire, d'autre part à la transformation récente de l'établissement en EHPAD.

Le fonctionnement de la Mutualité a des répercussions sur la gestion des ressources humaines. En effet, les valeurs d'entraide et de solidarité de la Mutualité privilégient un prix de journée au plus bas. Ceci est renforcé par le fait qu'il s'agit également d'une priorité du département. Or, si un prix de journée bas permet effectivement à des personnes aux revenus modestes d'entrer dans l'établissement, cela suppose des charges peu élevées ce qui n'est pas sans conséquence pour l'embauche et la pérennité du personnel. Le problème des salaires a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs questions du personnel adressées à la responsable du siège.

Par ailleurs, beaucoup de personnes employées dans l'établissement sont à temps partiel (15 sur 38 sans compter les pré retraites progressives et les contrats emplois consolidés). Le personnel étant essentiellement féminin, il pourrait s'agir d'un choix individuel. Si c'est le cas pour certaines employées, pour d'autres, c'est avant tout une nécessité justifiée par le fonctionnement propre à un établissement de ce type. L'essentiel des tâches s'effectue le matin et au moment des repas (toilette, soins, aide au repas, ménage). Compte tenu du faible effectif, les temps partiels permettent d'avoir des salariés à des périodes plus chargées de la journée. Ils pallient également les absences éventuelles par le biais des heures complémentaires et évitent le recours aux horaires "coupés". En effet, le découpage de la journée en deux périodes de travail, imposant de multiples trajets, est difficilement accepté par les employés. Des tentatives avaient été effectuées par le passé en organisant les équipes de cette manière. A la suite d'une concertation entre personnel et direction, ce système a été limité aux week-ends ou pour compléter les plannings en cas d'absence.

Mais les difficultés en matière de ressources humaines émanent aussi d'un autre facteur récent mais essentiel : la médicalisation.

Celle-ci s'est organisée de la manière suivante avec les salariés :

Après que le questionnaire d'auto-évaluation fut complété par la directrice et trois membres de l'équipe, un compte-rendu oral a été fait à l'ensemble des employés en septembre 2001. Ces derniers ont ensuite été informés du contenu des discussions concernant la réforme de la tarification avec le Conseil Général et la DDASS, à savoir le nombre de postes obtenus. Au cours d'une des dernières réunions avant la signature de la convention, il a été demandé par la directrice à l'ensemble du personnel de « revoir les façons de travailler, d'envisager de nouvelles méthodes en faisant collaborer les

différentes équipes ensemble. Il serait bon que les services réfléchissent et essaient de prévoir comment cela peut se faire » (extrait du compte-rendu de réunion du 5-11-01).

Après la signature de la convention, son contenu a été mis à disposition des salariés pour consultation, la directrice restant disponible pour toute information complémentaire.

Les conséquences de la médicalisation ont ensuite été abordées et remises en question de manière récurrente par le personnel, ouvertement ou au travers de certains propos et pratiques. Je l'ai constaté au cours de mon stage et de mes entretiens avec des membres de l'équipe. Elles peuvent s'expliquer notamment par deux facteurs liés à cette médicalisation ; à savoir l'évolution de la population et une embauche importante de personnes qualifiées.

Comme nous l'avons évoqué, l'évolution de la population et notamment la nécessité de soins a orienté les pouvoirs publics à s'engager dans la réforme des établissements. De nouveaux besoins ont provoqué la transformation des structures.

Cette transformation a pu bénéficier aux personnes déjà accueillies, autrefois autonomes mais qui ont vieilli depuis. Parallèlement, la médicalisation a permis de recevoir à la résidence des personnes inscrites jusqu'alors sur une liste d'attente et dans un état de dépendance important. Ce dernier facteur s'est traduit de manière concrète par l'évolution du GMP qui a encore augmenté après la signature de la convention tripartite. Il est ainsi passé de 475 au 1^{er} janvier 2002 à 515 au 1^{er} janvier 2003. A ce propos, l'établissement doit saisir prochainement la DDASS et le Conseil Général pour revoir éventuellement les moyens de l'établissement comme cela est prévu dans la convention.

L'évolution de la population s'est traduite par des répercussions à la fois sur les résidents et sur le personnel. Les personnes âgées entrées de longue date dans l'établissement et encore valides ont du mal à accepter ces nouveaux arrivés qui les renvoient à leur possible devenir.

Quant au personnel, il a des difficultés à s'adapter à des pratiques différentes, inhérentes aux besoins de cette population nettement moins autonome. C'est notamment le cas de l'animation. Il existe toujours un atelier de travail manuel organisé par un lycée professionnel mais peu de personnes peuvent à présent y participer. Autre exemple ; l'animatrice se consacre en partie à l'accompagnement de quelques résidents pratiquant des jeux de société. Quant au reste du personnel, un nombre important fait toujours référence aux promenades à l'extérieur avec les résidents ou aux sorties organisées qui existaient auparavant.

Un autre facteur lié à cette médicalisation est l'embauche importante de personnel soignant (aide-soignant, infirmière, médecin coordonateur).

Alors que les services généraux et administratifs ont augmenté de 2,25 ETP, le personnel soignant a lui augmenté de plus 6,55 entre 2001 et 2003.

Le soin s'est donc développé de manière considérable. Cela était incontestablement nécessaire pour la pérennité de la structure et l'avenir des résidents. Cependant, la Résidence Lancelot n'est pas uniquement un lieu de soins ; elle doit être aussi un lieu de vie. Comme le souligne la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendantes dans son article VIII, la vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. Or, il apparaît que tout ce qui pourrait favoriser l'épanouissement personnel, en l'occurrence l'animation, est peu développé.

Le cursus professionnel de l'animatrice et l'organisation de son poste en témoignent. Embauchée en remplacement d'un agent de service pour six mois en 1994, elle a bénéficié d'un CES puis d'un CEC.

Elle exerce depuis 2003 :

- ¼ de temps consacré à la gestion du service d'auxiliaire de vie sous la responsabilité de la directrice
- ¼ pour des fonctions administratives et d'accueil
- un mi-temps pour l'animation

Ce mi-temps n'a pour l'instant pas été pris en compte par la Mutualité puisque l'animatrice appartient toujours à la catégorie employée d'accueil.

Si cet exemple illustre les possibilités de promotion interne dans l'établissement, il fait aussi apparaître la précarité de l'emploi pour un grand nombre de salariés et la place minime accordée à l'animation.

Enfin, autre point relevant de la médicalisation : l'embauche de personnel soignant a eu des répercussions sur le fonctionnement de l'équipe déjà en place. Celle-ci, de petite taille et habituée à fonctionner de manière conviviale, s'est accrue rapidement. Elle a dû prendre en charge le soin et la dépendance alors qu'elle s'occupait jusqu'à présent de l'accompagnement matériel et social de la personne.

Mes constatations de l'existence d'une difficulté au niveau du personnel se voient confirmées par l'étude d'indicateurs utilisés en matière de gestion des ressources humaines. Dans le cas présent, cinq infirmières se sont succédées en deux ans. Lors de la dernière élection des représentants du personnel, un procès verbal de carence a été établi. Dans le même laps de temps, le taux d'absentéisme a augmenté. Une étude précise est en cours de réalisation par le service du personnel de la Mutualité qui a déjà noté une progression de 25% par rapport à l'année précédente. Il faut néanmoins être prudent sur ces chiffres sans connaissance approfondie des motifs d'absence et au

regard de l'augmentation générale des arrêts maladie révélée par les médias dans la plupart des secteurs d'activités.

L'ensemble de ces signes suggère un désinvestissement, voire des difficultés d'adaptation de l'équipe entre le personnel embauché à l'ouverture de l'établissement ou les années suivantes et le nouveau groupe. On ne trouve pas la cohésion, l'homogénéité nécessaires qui aboutissent au bien-être des résidents.

Par conséquent, si la présentation générale de l'établissement laissait supposer un fonctionnement sans problème particulier, au plus près du résident, les éléments évoqués à l'instant témoignent d'un état de crise du personnel. Celui-ci apparaît démotivé, démobilisé et isolé. Bien que la transformation de la résidence en EHPAD soit aujourd'hui formalisée auprès des autorités de tarification, elle n'est pas pour autant intégrée dans l'établissement. Si cet état perdure, cela entraînera des répercussions sur la prise en charge des résidents.

Au terme de cette première partie, nous sommes en présence d'un contexte législatif et réglementaire qui incite l'établissement à s'engager plus avant dans la formalisation d'un projet de vie dans lequel s'inscrit le projet d'animation. Cet objectif correspond aussi à une caractéristique culturelle de la Mutualité qui a toujours souhaité s'adapter aux attentes des usagers. L'animation pourrait être un nouveau vecteur pour promouvoir cette volonté : elle sera à aborder dans un contexte plus général de développement de la qualité de vie.

Comme nous l'avons vu également, l'établissement traverse un certain nombre de difficultés : augmentation du niveau de dépendance, du nombre de pathologies, rencontre difficile entre anciens et nouveaux résidents, absence d'activités adaptées. Ces nombreux facteurs retentissent sur le mode de prise en charge, donc sur les pratiques du personnel : perte des repères, absence de coordination. Ces éléments constituent des enjeux suffisamment importants pour redynamiser l'équipe et reconsidérer la gestion des ressources humaines.

Néanmoins, la mise en place d'un projet d'animation et l'adaptation du mode de management ne seront possibles qu'à deux conditions :

- Définir les particularités, les besoins, les désirs et les attentes de la population accueillie
- Analyser précisément les difficultés du personnel

2 LA PERSONNE ACCUEILLIE AUJOURD'HUI EN INSTITUTION : SA PLACE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ, LES DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE

Les personnes âgées accueillies aujourd'hui en institution sont des personnes âgées souvent dépendantes que l'on appelle parfois de manière péjorative «les vieux ». Est-ce pour autant le seul regard que l'on puisse porter sur la vieillesse ?

2.1 Une population particulière

2.1.1 Peut-on définir la vieillesse ?

Même si beaucoup ont déjà écrit sur le sujet, il convient de donner une définition commune du mot vieillesse, compte tenu des multiples interprétations subjectives possibles de ce terme. Le vieillissement peut, comme nous allons le voir, faire l'objet de plusieurs approches.

La vieillesse est tout d'abord un phénomène naturel, physique et biologique, un processus inhérent à toute existence. Elle se caractérise par le ralentissement plus ou moins rapide d'un certain nombre de fonctions selon un mode différentiel.

Comme le souligne Françoise FORETTE²² :

« Le vieillissement est inéluctable et profondément inégalitaire. »

Il pourra s'accompagner de pathologies, parfois de maladies brutales qui pourront devenir chroniques et invalidantes. Chez certains au contraire, le vieillissement se déroulera sans encombre.

Pour caractériser cet âge, J.C HENRARD et J.ANKRI ont repris les résultats de travaux épidémiologiques et physiologiques²³. Ces derniers «portant sur des enquêtes ou des études longitudinales montrent qu'un certain nombre de fonctions mentales s'altèrent chez la majorité des personnes âgées entre 80 et 85 ans. C'est donc au-delà de 75 ans et plus probablement de 80 (âge moyen d'entrée en institution) que l'on peut parler de grand

²² FORETTE F. Anatomie et physiologie du vieillissement. *Gérontologie et société*, 1986, n°38.

²³ HENRARD J.C., ANKRI J. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : ENSP, 2003.p 7.

âge ou de vieillesse. » C'est aussi à partir de là que les incapacités fonctionnelles apparaissent le plus souvent et que se pose la question de l'adaptation à un nouveau mode de vie.

Mais la notion de vieillesse est également liée à des facteurs juridiques et sociaux. L'âge est une des caractéristiques fondamentales qui détermine la place de l'individu dans la société et ses relations avec les autres en fonction d'un découpage précis : obligation scolaire à six ans, droit de vote à 18 ans jusques et y compris l'âge de la retraite. Pendant longtemps, selon les critères fixés par la loi, ce dernier s'est confondu avec l'entrée dans la vieillesse. Compte tenu de l'accroissement de la longévité et de l'amélioration des conditions de vie, cela n'a plus sa raison d'être. On distingue donc ainsi le retraité du vieillard. C'est pourquoi on a dû inventer de nouveaux mots pour caractériser la vieillesse : le 3^{ème} âge (Lenoir 1979) puis le 4^{ème} lorsque le premier des termes s'est révélé inadapté. On parle aussi des seniors et du grand âge.

Existe-il alors un âge à partir duquel on puisse parler de vieillesse ?

A cette question, il ne peut exister de réponse nette et précise pour deux raisons.

D'une part, l'appréhension de cette période de la vie dépend du critère auquel on se réfère : biologique, juridique, social, chronologique....

D'autre part, le vieillissement est différent selon l'expérience de vie de chacun, son milieu, ses origines et son patrimoine génétique. L'homme a une histoire, des modes d'organisation, une vie affective et un ressenti de sa propre avancée en âge qui vont orienter son évolution.

La vieillesse doit donc être considérée non pas comme une période à part de l'existence mais comme un état de la vie.

Cependant, comme le prouve l'histoire, cette conception est mise à mal par la perception dévalorisante de la vieillesse par notre société.

Une approche négative liée à l'évolution historique et culturelle

Chaque société secrète, en fonction de ses valeurs et du modèle d'homme idéal qu'elle se fixe, une représentation plus ou moins différente de la vieillesse. L'histoire de la personne âgée s'est considérablement modifiée en occident. En effet, l'expérience était, jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, reconnue et valorisée. Dans un contexte de traditions et de transmission du savoir essentiellement de manière orale, la personne âgée jouissait de prestige et de pouvoir. Il était considéré que la valeur d'un individu, sa sagesse augmentent avec l'accroissement de ses connaissances et de ses savoir-faire. Dans la majorité des cas, la famille était principalement organisée selon un modèle patriarcal où le

père occupait le rang de chef de famille. Cela fût le cas pendant de nombreuses générations jusqu'à l'éclatement de cette structure provoquée par l'industrialisation, l'urbanisation et la recomposition des familles. L'avancée toujours plus rapide de la technologie, des moyens de communication, le développement économique ont fait que l'expérience de la personne âgée n'était plus reconnue comme c'était le cas auparavant.

Cela a conduit, au fil du temps, à cette image dévalorisée de la vieillesse que nous connaissons aujourd'hui. Alors que notre société compte de plus en plus de personnes âgées, que l'allongement de la durée de vie et la meilleure santé sont reconnues comme des conquêtes sociales importantes, il apparaît, paradoxalement, que la vieillesse est de plus en plus niée.

Hormis le grand choc de l'été 2003 provoqué par le décès de quinze mille personnes et la médiatisation qui a suivi, cette période de la vie est quasiment occultée. Les mots employés pour la caractériser apparaissent comme aseptisés et neutres. Aussi, le terme de vieux est-il perçu comme méprisant pour qualifier une personne ; quant à la mort, on refuse d'en parler : on ne sait jamais, cela pourrait l'attirer sur soi !

Le deuil, qui pendant des siècles a été codifié par la société, avec des règles strictes de comportement individuel et social, a perdu de son sens. Aujourd'hui, nous baignons dans une société où prédominent les valeurs éphémères et l'apparence. Alors que la jeunesse, la beauté et la vie active sont valorisées, voire encensées par les médias, la vieillesse est devenue synonyme de laideur, de souffrance et de solitude. Celle-ci nous fait peur parce qu'elle nous montre cette réalité que nous ne voulons pas voir, que nous rejetons : notre fin.

G. BERNARD cite à titre d'exemple une phrase du Général de GAULLE :

« La vieillesse est un naufrage. »²⁴

Cette image purement négative a été renforcée par l'utilisation de plus en plus fréquente de la notion de dépendance introduite par les spécialistes, notamment médicaux, et les acteurs des politiques publiques. Vieillesse et dépendance sont alors confondues et cela donne lieu à des images stéréotypées. Or, il convient de rappeler, grâce à des données statistiques, la réalité des faits.

En mars 1999, la France comptait 2 339 000 personnes âgées de 80 ans et plus²⁵.

- 70 % de ces personnes étaient autonomes pour les principaux actes de la vie quotidienne
- 81 % vivaient à leur domicile.

²⁴ BERNARD G. D'hier à aujourd'hui, des pratiques d'animation en pleine évolution. *Gérontologie et société*, mars 2001, n°96, p 33.

²⁵ COLIN C. op.cit., p 39.

- Au delà de 90 ans, 47 % des personnes demeureraient autonomes et vivaient à leur domicile.

Par conséquent, comme le montrent les chiffres, il est indispensable de dissocier vieillesse et dépendance et de définir cette dernière.

Un « ciblage » de plus en plus restreint de la population

La dépendance est, depuis plusieurs mois, plus particulièrement évoquée avec le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées présenté par Mme BOISSEAU, ex secrétaire d'État aux personnes handicapées. Il s'accompagne en effet, d'une réforme avec la création d'une nouvelle branche de protection sociale : le risque dépendance.

Pour les professionnels du secteur et pour la loi, est dépendante « toute personne qui, du fait d'un déclin de ses fonctions physiques et / ou mentales est dans l'incapacité d'effectuer une ou plusieurs activités de la vie quotidienne et nécessite l'aide d'un tiers. »

Cette vision normative, s'appuyant sur des éléments objectifs et rationnels, n'exclut pas d'aborder un aspect plus subjectif et émotionnel de la dépendance.

C'est ce que propose B. VEYSSET²⁶ en s'appuyant sur l'étymologie et le sens premier du terme. Etymologiquement, dépendant vient du latin *dependere* : « être suspendu à ».

« Comme suspendue au-dessus du vide, la personne dépendante tient sa survie d'une relation présente, relation à d'autres personnes, à un milieu. » Elle l'oppose à la deuxième acception du terme, aujourd'hui utilisée, qui renvoie à la relation de subordination et de soumission²⁷. B. VEYSSET cite, pour appuyer ces propos, les écrits d'E. MORIN²⁸ « Toute vie humaine est un tissu de dépendances incroyables. Bien entendu, si ce dont nous dépendons nous manque, nous sommes morts. »

Ainsi, la dépendance est une donnée inhérente à notre condition d'être humain. Nous entretenons, quel que soit notre âge, des liens d'ordre affectif, économique et social avec les autres et avec notre environnement pour vivre. Ces dépendances se déclinent selon des relations de réciprocité et il s'établit, de cette façon, un système d'échanges entre les êtres humains.

²⁶VEYSSET B. *Dépendance et vieillissement*. Paris : Logiques sociales-L'Harmattan, 1989. p 23.

²⁷Petit Larousse Edition 2004.

²⁸MORIN E. Pour une science de l'autonomie. *Cahiers internationaux de sociologie* XXI, 1982. 261p, cité par VEYSSET B. op.cit., p 26.

L'auteur développe plus avant sa présentation de la dépendance. Elle écrit que, au fur et à mesure de l'avancée en âge et des événements douloureux qui se produisent (décès d'un proche, perte de ses capacités physiques...), les liens élaborés tout au long de la vie craquent. Contrairement à la façon dont nous définissons le terme aujourd'hui, l'équilibre de la personne devient précaire parce que son tissu de dépendances se réduit.

Cette perception est intéressante. Elle permet de réfléchir plus largement à la notion de dépendance et à celle de vieillesse. Il sera alors possible de sortir de la conception actuelle négative des termes qui suggère une relation unilatérale «du jeune vers le vieux», de celui qui serait indépendant vers celui qui ne le serait plus, pour entrer au contraire dans l'échange, la réciprocité, l'accompagnement ; ce dernier étant fondé sur l'autonomie de la personne.

La dépendance physique est par ailleurs confondue avec la faculté décisionnelle. La perte d'une partie de ses capacités supposerait que la personne n'ait plus les aptitudes suffisantes pour décider de sa vie. Pourtant, un individu ne pouvant pas accomplir seul les actes du quotidien peut être tout à fait autonome dans d'autres domaines (gestion de son argent, choix de ses vêtements...). Malgré la lourdeur institutionnelle et parfois le manque de personnel, il est impératif dans un établissement de prendre en compte les capacités existantes, même si elles sont limitées, afin de ne pas faire « à la place de ». La personne âgée doit être considérée comme un acteur pour préserver au maximum ses capacités de choix, d'appréciation et de jugement.

Au terme de ces propos, il s'avère que l'image véhiculée aujourd'hui par la société est renvoyée à la personne âgée. Or, chacun vit et se construit à travers le regard des autres et cette image pèse de tout son poids sur la représentation que la personne a d'elle-même.

S'il est difficile au sein d'un établissement d'agir sur la vision des personnes vieillissantes par la société, il appartient au directeur de veiller à instaurer une réflexion dynamique dans son équipe et de développer tous les moyens pour permettre une image respectueuse et positive de la personne âgée ; l'animation sera un des moyens mis en œuvre.

Avant de l'aborder, nous devons prendre en considération les particularités de la population accueillie. Si les personnes de notre établissement représentent un groupe hétérogène constitué de multiples individualités, un point commun les rassemble ; elles possèdent la même culture avec ses us et coutumes propres à un département rural : l'Ardèche.

2.1.2 Une population aux traditions marquées

Il convient de remonter le temps afin de mieux connaître l'histoire des personnes âgées accueillies aujourd'hui, histoire qui est aussi la nôtre.

Nous partons en effet du postulat que nous accueillions une personne avec ses origines, son histoire, sa spécificité car, comme l'écrit B. LABOREL²⁹ :

« Une personne n'est pas une entité abstraite. C'est un être historique qui arrive dans l'établissement porteur d'une histoire fondée sur un passé toujours actuel, histoire constitutive de son être présent et futur. »

Aux alentours des années 1920-1930, époque où les résidents avaient environ une vingtaine d'années, Privas et ses environs possédaient trois principaux pôles d'activité économique :

- l'agriculture : châtaigneraie, élevage de vers à soie et, liées à celles-ci :
- la production de spécialités à base de châtaigne dont les célèbres marrons glacés par l'usine Clément FAUGIER
- les usines de moulinage pour le travail de la soie

Dans cette économie rurale relevant de l'autosubsistance, hommes et femmes se partageaient les tâches.

Les premiers travaillaient à l'exploitation : des surfaces exigües de deux ou trois hectares, parfois pentues et cultivées en terrasse. Les femmes devaient quant à elles, s'occuper des enfants, de la maison et des animaux lorsqu'il y en avait. Elles étaient aussi employées par les usines où leur minutie était appréciée pour le travail de la châtaigne et de la soie. Elles partaient ainsi travailler dans les moulins dès la sortie de l'école jusqu'à la naissance de leur premier enfant, à temps plein ou ponctuellement lorsque les travaux de l'exploitation étaient plus calmes. Cette existence hors du foyer, première rupture avec la tradition, leur valut les surnoms de « femmes légères » et de « grandes gueules ». Par ailleurs, toute la famille participait à gagner quelque argent supplémentaire par l'épluchage des châtaignes à domicile ou la culture des vers à soie.

Les valeurs fondamentales pour ces personnes étaient sans conteste une vie de labeur et d'enracinement profond au terroir. Le rythme de la vie demeurait lié à celui des récoltes, au temps qui pouvait faire mûrir le seigle ou le saccager en quelques minutes. Il n'existait de plaisir que celui lié au travail ; les fêtes célébraient la fin des travaux après les

²⁹ LABOREL B. Concepts liés à l'animation. *Doc'Animation en gérontologie*, avril-juin 2004, n°3, p 17.

fenaisons, les moissons ou les vendanges. D'autres animations étaient organisées par la paroisse, la religion occupant alors une grande place dans la vie de tous les jours. Elles permettaient aux habitants de se retrouver et tous étaient ainsi ancrés dans une communauté solide. Chaque village était une cellule vivante soudée par la pratique de l'entraide, les foires, les fêtes, les veillées constituant de multiples contacts humains.

Ainsi, il s'est bâti une société fondée sur un équilibre entre indépendance, autonomie et l'appartenance à un groupe.

Evoquer ces traditions, ces vécus, rappelle que la culture de base imprègne les fondements de l'identité. Le milieu d'origine a une influence primordiale qui nous permet de comprendre la réaction des personnes à leur arrivée dans l'institution. Aussi, pour préserver l'indépendance que j'ai décrite précédemment, tous ont besoin d'un espace privé, intime où l'on ne rentre qu'avec l'accord de son occupant. Pour autant, le fait d'avoir été habitué à une vie de solidarité permet aux résidents d'accepter plus facilement l'aspect communautaire de l'établissement.

Les traditions, les comportements sont parfois en opposition avec le fonctionnement de la structure d'accueil. Par exemple, il est difficile pour des individus ayant toujours vécu à l'extérieur de se retrouver entre les quatre murs d'un studio ou d'accepter de prendre une douche tous les jours alors que le bain hebdomadaire était d'usage à leur domicile. Dans le domaine de l'alimentation, les réactions sont tout aussi surprenantes. Ainsi, un résident regardait-il avec dédain ces carrés de beurre et de confiture distribués à son petit déjeuner, tellement différents de la motte de beurre ou du pot de confiture maison utilisés chez lui. Pour les résidents, les différences de vie sont grandes et nécessitent une capacité d'adaptation.

D'autres traditions ont aussi leur importance. Le fait d'avoir fondé sa vie autour du travail a des conséquences sur l'attitude dans la résidence. Certaines personnes vivent la maison de retraite comme un lieu de repos. Après avoir beaucoup travaillé, elles acceptent que l'on prenne soin d'elles à présent. D'autres souffrent de cette inactivité. Elles se sentent inutiles et vivent mal leur entrée en institution.

Le milieu d'origine nous aide donc à tisser la trame de la vie quotidienne dans l'établissement.

Pourquoi ne pas recréer alors certaines traditions, par exemple avec les veillées, permettant d'établir un lien entre leurs habitudes présentes et passées ?

Afin de se rapprocher encore davantage des personnes accueillies, d'autres caractéristiques peuvent être abordées. En effet, si je m'en réfère à LABOREL précédemment cité, une personne est un être historique et non une entité abstraite.

Ce constat peut s'appliquer d'une manière plus générale à d'autres spécificités de l'individu : ses besoins, ses désirs, ses attentes. Les placer au centre des préoccupations et des pratiques est indispensable d'un point de vue éthique et déontologique.

2.1.3 Besoins, désirs, demandes...qu'en est-il ?

Qu'en est-il du mot « besoin » qui décrit un état d'insatisfaction du à un sentiment de manque ? Il est associé à une nécessité vitale, mais pas seulement ; c'est aussi une potentialité de l'être humain qui exprime un désir d'exister. Pour LACAN³⁰, le besoin cherche un objet particulier et se trouve satisfait de l'obtenir. Parallèlement à cette approche psychanalytique, Abraham MASLOW a été le premier en 1947 à avoir défini la théorie des besoins fondamentaux sous la forme d'une pyramide (annexe 8) disposée selon cinq étages distincts qui vont des besoins physiologiques aux besoins de réalisation de soi. L'homme cherche à les satisfaire selon un ordre hiérarchique, sachant que dès qu'un besoin est satisfait, un autre apparaît.

Cependant, Jack MESSY affirme que « cette hiérarchisation ne tient pas compte d'une autre dimension apportée par la notion de désir. Ce dernier se distingue du besoin(...) transcende la demande, échappe au conscient. L'objet du désir est toujours manquant et soutient notre quête. Si le besoin répond à une nécessité existentielle, qu'en est-il du désir ? A quoi répond-il ? Le désir justement ne répond pas, il demande. Le désir est une demande qui ne concerne aucun besoin.³¹ » Le philosophe SPINOZA³² rajoute pour renforcer l'importance vitale de ce désir : « L'essence de l'homme est le désir, il signifie la lutte pour persévérer dans l'être, pour accroître sa propre puissance d'exister et son pouvoir de s'affirmer. » C'est donc lui qui va pousser l'individu à sa réalisation.

Quant à la demande, elle est formulée et s'adresse à autrui. Selon R. VERCAUTEREN³³, la demande est « une poussée qui révélera le fond du désir de l'individu, dont la résultante est la formulation d'une attente ». Cependant, force est de constater que la population accueillie à la Résidence Lancelot est une génération peu habituée à demander même si cela commence à évoluer. J. MESSY rajoute que les personnes

³⁰ Cité par MIRAMON J.M. COUET D. PATURET JB. *Le métier de directeur*. Rennes : ENSP, 2001, p 64.

³¹ MESSY J. Besoin-Désir-Attente. *Gestions Hospitalières*, Novembre 1993, n°330, p 652.

³² SPINOZA. *Ethique*, Livre III traduction C.Appuhn, Garnier-Flammarion 1965 cité dans l'ouvrage *Le métier de directeur*, p 63.

³³ VERCAUTEREN R., HERVY B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*, Ramonville : Erès, 2002. p 82.

âgées n'expriment plus de demandes car elles sont rejetées par la société. «Elles n'attendent plus rien d'une société qui les rejette, incapable d'entendre leur véritable demande. »³⁴ Il sera alors nécessaire d'instaurer une relation de confiance pour la faire émerger, aller chercher celle-ci, porteuse du désir, dans l'espace personnel du résident.

Dans son rapport établi à la demande du secrétaire d'État aux personnes âgées, Bernard HERVY³⁵ évoque une enquête de l'Observatoire SODEXHO qui distingue les quatre types d'attentes des personnes âgées nommés désirs fondamentaux :

- le désir d'autonomie : « permet de satisfaire à la volonté de préserver son indépendance »
- le désir de prise en charge : « le niveau d'exigence sur la prise en charge est de plus en plus important, une prise en charge qui ne soit ni excessive, ni infantilisante, ni humiliante, ni totale dans la mesure où elle doit accompagner la préservation de l'autonomie de la personne. »
- le désir de normalité : « c'est le désir d'être non pas comme les autres mais parmi les autres, la volonté de pouvoir continuer à vivre avec les autres sans être remarqué de façon excessive, surtout sans être isolé ou rejeté, le désir d'un mode de vie parmi ses proches en continuant à participer à la vie publique en restant digne, attractif et même séduisant. »
- le désir de spécificité : « c'est l'aspiration à être reconnu dans ce qu'on a de singulier et de différent, le souhait de voir son expérience et son savoir reconnus, sa personne et son apport respectés, d'avoir droit à des attentions, mais surtout sans ostracisme, sans mépris, sans exclusion. »

Pour être complet et au plus proche de la personne âgée dans notre accompagnement, la notion de plaisir doit être abordée. Selon le Larousse, le plaisir est « l'état de contentement que crée chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir. » Pour C. BADEY RODRIGUEZ³⁶, « le plaisir rassemble à la fois ce qui vient de loin dans le passé et ce qui se crée dans le présent » Nous devons rechercher ce qui peut permettre à la personne de vivre des moments de plaisir, sachant que ceux-ci trouvent leur origine « dans tous les domaines de la vie, variables suivant les individus :

³⁴ MESSY J. op.cit., p 653.

³⁵ HERVY B. *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003. p 18.

³⁶ BADEY-RODRIGUEZ C. *La Vie en maison de retraite : Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Albin Michel, 2003. p 126.

alimentation, sexualité, sport, art, contact avec la nature, échanges avec les autres...» La notion de plaisir prendra tout son sens dans une animation tant collective qu'individuelle.

Cependant, besoin, demande, désir et plaisir relèvent de la personnalité de chacun et de ses capacités physiques et morales à un moment donné de son existence. La priorité d'un directeur d'établissement sera de les articuler au sein de la vie en institution. Notre action va permettre, notamment par le biais de l'animation, de les découvrir, de laisser s'exprimer les particularités et les souhaits spécifiques de la personne. Il est clair qu'il n'est pas possible de proposer une personnalisation complète de l'animation, mais on peut apporter des réponses multiples et variées.

Néanmoins, les désirs de la personne âgée sont mis à mal par l'entrée en maison de retraite. Si cette entrée peut répondre à une aspiration vers plus de confort et de sécurité, je constate dans la majorité des situations, que les résidents n'ont pas choisi d'entrer dans l'établissement. Ils ont été plutôt contraints par leur état et leur environnement : épuisement de l'entourage, habitat précaire, incapacité d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne.

La décision de l'entrée s'est alors prise en fonction de la proximité des enfants ou par connaissance de la structure lorsque l'occasion leur avait été donnée de visiter des amis déjà hébergés dans l'établissement. Elle a aussi été motivée par les disponibilités de l'offre locale et des contingences financières.

Ce passage est vécu avec difficulté et perçu comme une perte se surajoutant à d'autres. En effet, l'avancée en âge est une période délicate où les sujets sont confrontés au décès du conjoint, des amis, parfois de leur enfant, la perte d'une partie de leurs capacités, de certains rôles comme celui de parent. B. HERVY écrit alors que « La disparition des rôles sociaux entraîne la mort sociale mais aussi la détérioration de l'image de soi, la perte de l'envie de vivre et parfois l'apparition de telle ou telle maladie. »³⁷ Toutes ces expériences pénibles vont placer la personne face à ses propres limites et remettre en question son équilibre de vie. L'entrée en institution est une étape synonyme de double rupture :

- rupture sociale : la personne perd le contact avec ses voisins, les commerçants de son village...
- crise identitaire : perte des repères, sentiment de trahison, d'abandon de la part de ses proches.

La personne doit quitter un univers familier, ses habitudes, la plupart de ses souvenirs et s'adapter à certaines contraintes de la vie en collectivité : règles, horaires, manque d'indépendance...

³⁷ HERVY B. L'animation sociale auprès des personnes âgées. *Gérontologie et société* mars 2001, n° 96, p 24.

Un travail de renoncement, de deuil sera donc nécessaire ce qui implique du temps et de l'énergie pour reconstruire son cadre de vie.

Quant à la famille, elle n'en est pas moins affectée par le placement. Après avoir vécu la tristesse de voir vieillir ceux qui lui sont chers, elle est confrontée à la culpabilité d'être à l'origine, le plus souvent, de l'entrée en institution. Elle va confier à l'établissement la mission de s'occuper à sa place de la personne âgée. Les réactions sont d'ailleurs différentes selon les familles. Certaines seront partenaires de l'équipe et construiront une relation équilibrée avec leur parent et le personnel. D'autres vont, au contraire, vivre de manière intense ce sentiment de culpabilité. Cela se traduira par un désinvestissement complet ou à l'inverse une grande exigence. Dans ce dernier cas, elles vont demander beaucoup à l'établissement, en l'occurrence une prise en charge individuelle et permanente irréalisable au regard des contraintes de l'établissement ainsi qu'une sécurité accrue. Le problème posé par cette dernière n'est pas simple pour le directeur qui doit trouver un équilibre entre le « tout sécurité » et le maintien d'activités. Quant à une prise en charge individuelle et permanente, elle pourrait s'avérer en contradiction avec le maintien de l'autonomie. Aussi, est-il parfois nécessaire d'adapter l'aide à une personne dont on sait qu'elle est capable d'effectuer certains gestes, que ce soit pour la marche, la toilette....

Devant ces difficultés affectives et émotionnelles, le rôle de l'ensemble des acteurs de l'établissement consiste à accompagner la personne âgée et son entourage tout au long de ce chemin et à leur accorder une certaine disponibilité. Ceci permettra à chacun d'assumer plus facilement la décision du placement et facilitera le maintien des relations entre la personne âgée et sa famille. Cela sous-entend une capacité à relativiser les situations, à prendre du recul, mais aussi à ne pas s'immiscer de manière trop importante dans leur histoire, au risque de s'inscrire dans un rôle qui n'est pas le nôtre.

Compte tenu de l'ensemble des caractéristiques, des besoins et des attentes de la population accueillie, il s'avère que l'établissement assure trois fonctions étroitement imbriquées :

- Il a à la fois un rôle d'hébergement et de restauration, conciliant une prestation hôtelière de qualité et une approche conviviale, qui offre à la personne âgée un confort et une sécurité qu'elle ne possède plus à son domicile.
- Il apporte une aide pour les actes de la vie quotidienne et les soins adéquats en présence de pathologies.

Compte tenu de l'entrée tardive en institution, l'état des personnes accueillies aujourd'hui nécessite certains soins spécifiquement médicaux. Ceux-ci reposent à la fois sur des techniques médicales et sur une capacité relationnelle.

Un EHPAD se doit donc d'assurer ces soins mais en fonction de ses capacités et de ses possibilités matérielles et humaines. En effet, un EHPAD ne dispose pas de plateau technique médical et une hospitalisation peut parfois être nécessaire.

- Il est un lieu ouvert et animé

Le rôle d'une institution est de favoriser le bien-être de la personne. Elle est, à ce titre, un lieu de considération, de satisfaction, de socialisation et de connaissance de l'autre favorisant les possibilités d'enrichissement et d'expériences nouvelles. Pour y répondre, l'animation est un outil particulièrement intéressant qu'il est opportun de définir suite aux multiples écrits dont elle a été l'objet et aux perceptions différentes des auteurs à son sujet.

2.2 L'animation : une contribution à la qualité de vie

2.2.1 Approche historique et conceptuelle

Un aperçu historique de l'animation permet la mise en perspective de son évolution et des modes de prise en charge. En effet, comme le souligne R. VERCAUTEREN et B. HERVY³⁸, « Ces deux histoires se rejoignent, s'éclairent et surtout éclairent les évolutions récentes de l'animation en gérontologie. »

L'animation est apparue au début des années 1880 en France, et généralement dans les pays d'Europe de l'Ouest, à la demande des ouvriers, lorsque l'industrialisation et l'urbanisation ont modifié de manière considérable le mode de vie en laissant un temps nouveau appelé temps libre, d'abord aux enfants, puis, bien plus tard aux adultes. Les premiers organisateurs sont des mouvements religieux suivis par des œuvres patronales et par des laïques. L'animation se situe alors essentiellement dans une dimension éducative. « Elle vise à apprendre des activités que l'on n'apprend ni à l'école ni dans la famille, et aussi à certaines formes de socialisation car il s'agit de faire ensemble et d'apprendre à faire ensemble. »³⁹

³⁸ VERCAUTEREN R., HERVY B. *ibid.* p 13.

³⁹ VERCAUTEREN R., HERVY B. *ibid.* p 15.

A partir des années 1950, l'animation se développe parallèlement à l'accroissement des loisirs et plus généralement à l'évolution économique. Ce développement est renforcé par les événements de 1968 où l'on commence à parler en termes d'autonomie, d'attentes, de souhaits. Dès lors, l'animation n'aura plus pour but d'éduquer, mais de faciliter les relations, d'intégrer et faire participer. L'animation s'inscrit désormais dans le champ de l'action sociale.

Dans le secteur des personnes âgées, on ne parle pas encore d'animation au sein des premières structures d'accueil à savoir les hospices. Par contre, la participation aux activités quotidiennes (linge, cuisine...) et le travail sont fortement encouragés. A partir des années 60, on propose un certain nombre d'activités dont le but est essentiellement «occupationnel » comme l'illustre la phrase suivante : « L'occupation meuble la journée, les récréations distraient et réconfortent »⁴⁰ Ensuite, ces activités vont, comme dans tout le secteur de l'animation, développer un objectif d'intégration. Ainsi, le rapport LAROQUE stipule : « Les maisons de retraite devront favoriser les relations des personnes âgées avec le milieu local et des occupations ». Ces orientations vont se renforcer puisqu' en 1982, la circulaire FRANCESCHI traite de la notion d'animation. Elle émet un certain nombre de recommandations parmi lesquelles le développement des activités et l'attribution de 1% du budget hébergement à ces actions. R. VERCAUTEREN écrit qu'à sa diffusion, « cette circulaire est jugée inapplicable : où trouver ces 1% ? »⁴¹

Parallèlement, la notion de besoin se développe dans les écoles de formation médicale et médico-sociale. L'animation apparaît alors comme le support des soins et on trouve là, l'origine des perceptions différentes de l'animation selon que les auteurs sont soignants, animateurs, sociologues ou autres. A mon sens, il est essentiel de sortir de ce débat, à savoir si l'animation est un soin ou non, tant les deux sont liés dans un EHPAD. Un atelier de gymnastique douce est une animation. Ce n'est pas un soin au sens curatif du terme mais au titre de la prévention. Il permet de faire fonctionner le corps dont certains membres qui n'en ont plus l'occasion, de le stimuler. Ce sera un moyen, même s'il est minime, de retarder les effets du vieillissement sur le corps mais aussi sur le moral en donnant l'occasion à des résidents de discuter un moment ensemble. De même, un atelier basé sur des thèmes liés à l'histoire, les traditions, permet de stimuler les capacités mémorielles de la personne pour éviter qu'elles ne se dégradent davantage. L'ensemble des animations dont l'objectif est de favoriser l'état de satisfaction générale de la personne a alors, par ce biais, un effet sur sa santé.

⁴⁰ article de 1965 cité par VERCAUTEREN R., HERVY B. *ibid.*, p 27.

⁴¹ VERCAUTEREN R., HERVY B. *ibid.* p 38.

Au fil du temps, l'animation est abordée dans les textes, indirectement ou non. C'est le cas de la réforme de la tarification qui, comme nous l'avons vu, demande aux établissements de maintenir ou de restaurer les relations sociales des résidents. Dans le département de l'Ardèche, le Conseil Général prévoit l'embauche systématique d'un animateur diplômé du BEATEP lors de la signature de la convention tripartite pour les établissements n'en employant pas encore. La résidence Lancelot, figurant parmi les premiers établissements signataires, n'a pas été concernée par cette décision. Cela peut cependant faire l'objet d'un réajustement de la convention au cours des cinq années suivant la signature.

Pour compléter l'aspect législatif et réglementaire, on ne peut omettre de citer la loi 2002-2. Comme l'écrit Hélène REBOUL⁴², « cette loi veille à contribuer au développement social et culturel en partant du principe que le résident a droit à l'information, à l'expression et à la négociation. »

La charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes indique, quant à elle, que toute personne âgée doit conserver la liberté de participer à la vie sociale.

Plus récemment, Hubert FALCO a chargé B. HERVY de procéder à un état des lieux. Il devait assortir son rapport d'évaluations et de propositions en matière de vie sociale et culturelle, d'animation à domicile ou en établissement. Cette étude a montré l'extrême pauvreté humaine et financière du secteur. Elle a cependant le mérite immense d'ouvrir la voie à de futures décisions concrètes.

Toutes les dernières orientations vont dans le sens d'un développement des activités à l'égard des personnes accueillies. Mais encore faut-il être clair sur le sens de l'animation.

Pour R. VERCAUTEREN, le terme est trop communément utilisé et cela entraîne des dérives ; Selon lui, on utilise à tort son sens étymologique (en latin le verbe *animare* signifie « donner la vie ») en la définissant comme un état d'esprit, et en parlant d'animation au quotidien. Le fait de dire bonjour le matin au résident n'est pas de l'animation, c'est simplement un signe de politesse. Il en est de même lorsque des échanges, une relation s'instaurent au cours d'un soin.

Effectivement, il serait trop facile pour un établissement d'affirmer qu'il a construit un projet d'animation dans ces conditions. Cependant, on peut parler d'état d'esprit dans la mesure où l'équipe toute entière doit être impliquée dans le projet et qu'une réflexion globale sur la qualité de la prise en charge de la personne est engagée.

Je conçois personnellement l'animation comme une intervention modeste et respectueuse. Animer, c'est très simplement considérer la vie, faciliter son expression. Il

⁴² REBOUL H. Le journal d'établissement dépositaire de la parole des vieux. *Gérontologie et société*, septembre 2003, n°106, p 203.

ne s'agit pas de vouloir « animer » des personnes comme on agiterait des marionnettes. C'est au contraire :

- permettre à chaque résident d'être écouté dans ses désirs, ses goûts et ses affinités
- d'y répondre autant que possible en adaptant les propositions d'animation aux différentes personnalités et aux capacités de chacun
- privilégier la création ou la recréation de liens, éviter le repli sur soi et entretenir le désir de vivre

Cette création de liens figure parmi l'un des objectifs forts, développé par les professionnels de l'animation.

2.2.2 Les objectifs de l'animation

Pour tout individu, le maintien du lien avec les autres est fondamental comme nous l'avons vu en abordant la notion de dépendance.

Selon J.C. MONFORT⁴³, l'idée d'une solitude imposée est la deuxième cause de peur des personnes âgées après la dépendance. F. DOLTO renchérit en disant que :

« A l'être humain, la réalité a donné un destin marqué par l'impuissance à survivre isolé. »⁴⁴

A cela, l'animation va répondre de deux manières.

D'une part, le rôle de l'animateur est de créer une relation de confiance avec la personne qui a pour but de permettre à chacun d'exprimer ses souhaits, ses attentes. Ce sera aussi la possibilité de faire remonter, auprès d'un interlocuteur attentif, ce sentiment intime de la peur de la solitude.

D'autre part, l'animation va créer, ou tout au moins favoriser, des lieux de rencontre, d'échange, de plaisir, de convivialité. Ce sera alors un moyen de faciliter l'appropriation des lieux, l'intégration au groupe, face à une entrée en institution vécue difficilement. Au-delà, l'animation va contribuer à rapprocher le résident du tissu social local grâce à des intervenants extérieurs ou des sorties.

L'animation a aussi pour objectif de permettre à chacun de trouver une place et de jouer un rôle ; notion essentielle au regard de l'image négative de la vieillesse développée

⁴³ MONFORT J.C. Spécificités psychologiques des personnes très âgées, *Gérontologie et société*, septembre 2001, n°98, p 159.

⁴⁴ Cité par GERMAIN-VIDICK F. Animation relations et vie sociale en établissements. *Gérontologie et société*, mars 2001, n°96, p 144.

précédemment. En effet, la question qui revient le plus souvent chez les personnes âgées, selon les professionnels du secteur gérontologique, est : « A quoi je sers ? »

Pour se sentir une personne à part entière, chacun a besoin d'appartenir à un groupe et d'apporter sa contribution si petite soit-elle.

L'animation va favoriser l'expression des rôles. Ce sera par exemple le cas d'une activité organisée depuis quelques années dans une maison de retraite publique : la « canimation ». Une fois par mois, avec les mêmes résidents, l'animatrice organise des ateliers avec quatre chiens qui lui sont prêtés à cet effet. Chacun des participants est invité à s'occuper d'un animal qu'il connaît bien, considère comme le sien et dont il s'occupe avec attention. Cette activité a permis, entre autres, à deux résidents qui ne souhaitaient jamais participer, de lier connaissance, de redécouvrir une occupation pratiquée par le passé avec plaisir.

Pour B. HERVY⁴⁵, « L'enjeu de l'animation sociale auprès des personnes âgées est de faciliter l'insertion des anciens dans la société, leur participation à la vie sociale, et surtout leur permettre d'exercer un rôle, voire d'engager des processus de réactivation de rôles sociaux, seule réponse à une mort sociale qui intervient parfois avant la mort biologique. » L'animation, qu'elle soit individuelle ou collective, va contribuer à soutenir l'identité et l'estime de soi.

Par conséquent, l'animation, qu'elle soit festive, ludique, manuelle, culturelle... participe à la vie de la résidence. Elle s'inscrit à ce titre dans le projet d'établissement.

Si c'est une discipline à part entière, elle est, et c'est un point fondamental, complémentaire et interdépendante des autres aspects de la prise en charge. Celle-ci doit être fondée sur une approche globale où toutes les actions sont utiles, même si elles sont différentes.

Nous allons donc mettre en œuvre ce projet d'animation qui suppose l'implication du personnel, que ce soit dans le choix des activités, leur mise en œuvre.... Or, celui-ci connaît certaines difficultés : qu'elles sont-elles précisément ?

2.3 La transformation d'un établissement et ses conséquences

Comme je l'ai déjà mentionné en première partie, la résidence Lancelot était à son ouverture un foyer logement. Les personnes accueillies étaient indépendantes et en bonne santé. Elles venaient chercher uniquement une certaine qualité de vie, plus de

⁴⁵ HERVY B. L'animation sociale auprès des personnes âgées. *Gérontologie et société*, mars 2001, n°96, p 11.

confort et la possibilité de rencontrer d'autres personnes de leur âge tout en gardant leur intimité.

Le personnel, composé essentiellement d'agents de service, assurait la restauration, l'entretien des locaux communs et quelques activités avec les résidents comme les promenades à l'extérieur. Le fait de s'occuper de personnes plus âgées possédant un certain nombre d'incapacités et de pathologies, d'accompagner leur fin de vie a eu des conséquences sur les conditions de travail.

2.3.1 Travailler auprès des personnes âgées dépendantes : un métier à la fois enrichissant et épuisant

S'occuper de personnes dépendantes implique un travail physique et une certaine pénibilité. Même si l'établissement est aujourd'hui équipé de lits médicalisés, d'un lève malade, la répétition des tâches est fatigante d'autant plus que le personnel, peu habitué à ce nouveau matériel, est réticent à l'utiliser.

Une autre difficulté est engendrée par le manque de personnel ce qui a parfois pour conséquence de privilégier la rapidité au détriment de la qualité. C'est alors une course au temps qui s'engage et qui peut à l'extrême, si l'on n'y prend pas garde, aboutir à une approche déshumanisée, à une banalisation du sujet et à sa transformation en objet de soin ; une organisation inspirée du système « taylorien » où le travail en série est la règle. Se pose ici encore la nécessité du rappel des valeurs de l'établissement.

La mise en place des 35 h n'a pas modifié le problème du manque de personnel. La réduction du temps de travail n'a été compensée que partiellement et les mêmes tâches doivent au contraire être exécutées dans un temps moindre, quels que soient les services. Le temps s'est donc raréfié, renforçant le sentiment de manque qu'éprouvent les membres de l'équipe pour accomplir leur mission, notamment concernant l'aspect relationnel. Ils se sentent alors dépassés par la tâche à accomplir et les carences à combler.

Même si cela à mon sens n'est pas spécifique au secteur des personnes âgées, l'affirmation de C. BADEY RODRIGUEZ⁴⁶ est intéressante à ce sujet.

« Travailler en gérontologie, c'est s'exposer tous les jours à une demande relationnelle, quantitative et qualitative à laquelle on ne peut jamais répondre complètement. L'écart

⁴⁶ BADEY RODRIGUEZ C. Psychologue en maison de retraite, *Gérontologie et société*, mars 2003, n°104, p 71.

entre tout ce que l'on donne et tout ce qu'il serait nécessaire de donner pour le bien-être des personnes âgées ne peut que provoquer un déséquilibre générateur de stress. »

La formation et l'expérience professionnelle permettent de prendre du recul et d'estomper ces difficultés.

Le manque de temps, de personnel sont maintes fois évoqués par l'équipe. Ils sont aussi un moyen de cacher d'autres malaises. C'est pourquoi, au-delà de ces constats objectifs, le directeur se doit d'entendre d'autres troubles moins facilement exprimables.

2.3.2 Des difficultés psychologiques

Le travail auprès des personnes âgées est synonyme d'une confrontation quotidienne à la dépendance, à la mort et à son propre devenir ou celui de ses proches.

C. BADEY-RODRIGUEZ⁴⁷ affirme que «La vie d'une personne âgée en maison de retraite ne peut laisser personne indifférent. Pour le personnel, les retentissements intimes sont multiples et personnelle, quelle que soit l'efficacité des moyens de défense mis en place ne peut échapper aux échos renvoyant à sa propre histoire. »

Concrètement, l'équipe doit, dans son travail quotidien, faire face à l'absence de communication, les plaintes, l'agitation ou les propos incohérents de certains. Le personnel subit aussi parfois les menaces, les chantages et l'agressivité des résidents. Et pourtant, comment ne pas comprendre qu'une personne souffrant d'arthrose et qui n'a pas fermé l'œil de la nuit ne puisse pas manifester des signes d'agressivité ?

Il s'avérera important que ce personnel ne vive pas ces agressions comme des atteintes à son égard. Disposer d'un temps où l'équipe puisse s'exprimer, parler de ces difficultés est à mon avis indispensable. Ce sera aussi un moyen d'éviter un risque éventuel de maltraitance.

A ces difficultés, s'ajoutent celles provoquées par le décès des résidents. Alors qu'auparavant, ceux-ci étaient souvent hospitalisés en fin de vie, ils restent à présent dans l'établissement. Des liens se sont noués entre les membres de l'équipe et les résidents, d'autant plus qu'ils sont généralement issus du même secteur géographique. Cet accompagnement puis le deuil sont éprouvants. Plusieurs fois, des membres de l'équipe m'ont dit appréhender de rentrer dans un studio le matin, de peur de retrouver la personne morte dans son lit.

⁴⁷ BADEY-RODRIGUEZ C. *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Albin Michel, 2003 p 70.

Les obstacles énumérés ci-dessus, propres au travail auprès des personnes âgées, peuvent être considérés comme internes. D'autres relèvent de la société ou plutôt de l'image négative que celle-ci a de la vieillesse. Cette représentation retentit inévitablement sur le personnel intervenant auprès de cette population, leur renvoyant une image dévalorisée et dévalorisante de leur activité professionnelle.

Ce sentiment de doute, de déconsidération, peut entraîner un phénomène de démotivation, de lassitude et parfois ce syndrome d'épuisement que l'on appelle le burn out.

A cela, s'ajoutent les difficultés liées à la modification structurelle de l'équipe.

2.3.3 Une organisation de l'équipe qui manque de cohésion

Deux points essentiels sont à l'origine de la perturbation de l'organisation du groupe :

- a) son augmentation importante
- b) la modification de sa composition

a) Une augmentation importante

Au cours de l'année 2002, 11 personnes ont été embauchées alors que 20,88 ETP composaient l'équipe auparavant (contre 30,35 aujourd'hui). Ce changement est difficile non seulement pour les résidents qui doivent s'habituer à de nouveaux visages mais également perturbant pour l'ensemble des employés. En effet, les membres du personnel étaient jusqu'à présent habitués à travailler ensemble, à gérer entre eux les remplacements des uns et des autres. Ce n'est plus le cas aujourd'hui entre ces salariés qui se connaissent très peu. Les propos recueillis lors de mes entretiens l'attestent :

« Avant, on s'arrangeait entre nous. » ou encore :

« Maintenant, on est fondu dans le nombre. »

Le fonctionnement de cette nouvelle équipe plus importante va alors poser la question d'une réactualisation des méthodes de gestion.

b) La modification de sa composition

L'équipe a subi des transformations structurelles importantes. Des personnels soignants sont arrivés en nombre. Alors que, selon le choix de la personne, les soins étaient jusqu'à présent essentiellement dispensés par des personnels libéraux exerçant de manière ponctuelle, l'équipe soignante est aujourd'hui à demeure. Cela signifie à la fois une modification globale de la prise en charge du fait du développement des soins et l'arrivée d'un personnel qualifié. La confrontation entre ces nouveaux venus (médecin, psychiatre,

infirmiers et aides-soignants) et l'ancienne équipe (essentiellement agents de service) est synonyme de souffrance pour ces derniers. Elle suscite des interrogations sur leurs pratiques et leur légitimité.

L'équipe est à présent pluridisciplinaire ; c'est d'une grande richesse pour le personnel grâce aux possibilités d'échanges et de partage entre ces membres. Cette pluridisciplinarité est aussi intéressante pour les résidents car elle permet d'avoir une approche globale de la personne. Cependant, elle peut aussi provoquer des clivages et des incompréhensions dues aux différences de culture professionnelle si le fonctionnement de l'ensemble n'est pas rendu cohérent.

Ce clivage existe par exemple entre les AMP (trois en formation) et les aides-soignantes et devient un élément supplémentaire de déstabilisation. Ces trois salariées ont été recrutées pour intervenir, à l'issue de leur formation, au centre d'accueil de jour dont l'ouverture est prévue en 2005. La directrice avait aussi souhaité ouvrir l'établissement à d'autres modes d'approche de la personne âgée.

Les AMP bénéficient d'une formation plus spécifique concernant l'aspect relationnel ainsi que la reconstruction de l'identité de la personne et de son autonomie. Pour l'instant, elles sont conduites à devoir effectuer le même travail et dans le même laps de temps que les aides-soignantes puisqu'elles fonctionnent ensemble dans les équipes. Elles ont difficilement l'opportunité de mettre en pratique leur formation et vivent mal cette situation. Les aides-soignantes les perçoivent négativement car elles mettent plus de temps à effectuer les mêmes tâches du fait de leur approche différente de la personne. Elles ont l'impression de travailler plus pour compenser le «manque» de leurs collègues AMP. On aboutit alors à un sentiment de malaise de part et d'autre aggravant encore le manque de cohésion. En attendant la création de ce centre de jour, il conviendra de faciliter l'intégration de chacun.

Dans le cadre de la médicalisation, le service des infirmières est également touché. Celles-ci voient leur rôle renforcé et une fonction nouvelle apparaît : celle de l'infirmière référente. Cette dernière doit faire face à des situations de plus en plus lourdes et difficiles. Elle doit aussi être capable d'évaluer la qualité des prestations et les compétences de ceux qui les dispensent. Or, elle exerce seulement à 30% cette fonction. Si ce temps est accordé budgétairement, il ne correspond pas forcément à la réalité du terrain. Ce temps partiel, l'absence de formation spécifique expliquent à la fois les difficultés à remplir cette fonction et la succession de plusieurs infirmières à ce poste.

Par conséquent, l'ensemble des services est directement concerné par des difficultés, hormis celui de la cuisine dont le fonctionnement en équipe de trois est relativement

homogène. Cependant, il fait partie intégrante de l'équipe et les tensions au sein de celle-ci ne peuvent l'épargner.

En résumé, il s'avère que l'ensemble des transformations vécues par l'équipe a généré un bouleversement de l'organisation du travail. Jusqu'à présent, tout se réalisait au sein d'un groupe réduit, relativement homogène quant aux qualifications, où les relations interpersonnelles enrichies d'une histoire commune permettaient un ajustement assez réactif. L'entrée récente d'un nombre important de salariés ne permet plus cet ajustement relationnel. Il n'existe plus cette forme de valorisation collective, un des facteurs de satisfaction de l'ancienne équipe auparavant ; quant aux nouveaux venus, ils ne se sentent pas intégrés. Les uns et les autres ne trouvent pas dans leur activité professionnelle des valeurs, des projets communs, une reconnaissance par les autres ainsi que des relations de travail satisfaisantes pour s'investir.

En effet, même si la rémunération financière est évidemment le motif essentiel recherché dans le travail, de nombreux auteurs ont développé la théorie selon laquelle, outre le salaire, les employés recherchent d'autres éléments dans leur travail.

E. CARRE et A. LABRUFF⁴⁸ évoquent en parlant de la motivation du personnel, quatre besoins fondamentaux de l'homme au travail :

- le besoin fondamental de connaissance : accéder à des compétences nouvelles ou augmenter le niveau de l'une d'entre elles
- la progression, le perfectionnement et l'amélioration continue vers laquelle chacun tend naturellement
- l'expression : chacun a le droit et le devoir d'exprimer des idées, des opinions, des avis, des solutions utiles aux autres et il appartient ensuite au management de les étudier
- la reconnaissance : chacun a besoin d'être reconnu comme une personne unique, intelligente

« La stimulation conjointe et permanente de ces quatre besoins fondamentaux est la clé de la motivation et de sa réactivation. »

Les auteurs de l'ouvrage « Le métier de directeur »⁴⁹ et M. THEVENET parlent eux en termes de facteurs de mobilisation des personnels. Pour les premiers, ils sont au nombre de quatre :

⁴⁸ CARRE E., LABRUFF A. *100 questions pour comprendre et agir, Le Management*. St Denis La Plaine : AFNOR, 2004. p 229.

⁴⁹ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. op.cit., p 166.

- instrumental : salaire
- professionnel : technicité
- managérial : goût des responsabilités
- communautaire : relations formelles et informelles, ambiance

M. THEVENET ajoute deux autres facteurs de mobilisation : la valeur travail et l'entreprise. Le premier favorise la reconnaissance sociale. Quant au second, « il s'agit là d'adhésion à des buts et des valeurs et de volonté d'agir dans le sens de ces buts et de ces valeurs. »⁵⁰ Il s'agit bien ici de fédérer l'action d'une équipe.

Si l'on reprend l'ensemble des auteurs, lorsque les besoins sont satisfaits et que les facteurs de mobilisation sont réunis, l'implication, c'est à dire l'engagement, l'investissement des salariés peut se produire. La personne s'implique dans une activité où elle se reconnaît, qui procure selon M. THEVENET⁵¹ à la fois tension, succès, sentiment d'être utile, plaisir et fierté. «La vie au travail est multiforme : si elle ne tient qu'à un contrat et à des comportements attendus dans l'entreprise, elle représente beaucoup pour la personne ; un lieu d'identification, de réalisation d'un projet qui s'éclaire à la lumière de l'histoire personnelle. »

Contrairement à ce qu'elles peuvent laisser penser, ces références ne sont pas que théoriques. Elles reposent pour la plupart sur des exemples concrets et permettent de porter un autre regard sur la gestion des ressources humaines. Elles constituent des points d'appui importants pour des pistes d'évolution.

Cependant, avant de les aborder, l'équipe doit franchir un autre obstacle : la résistance au changement qui pèse de tout son poids sur l'évolution des pratiques.

2.3.4 Le phénomène de résistance au changement

« Le changement interroge à la fois l'identité de l'institution, son organisation, son projet et ses valeurs mais aussi la motivation, le professionnalisme et la légitimité de ses membres. Facteur d'évolution et de transformation, il est aussi facteur de résistances et d'oppositions. C'est avant tout un processus d'adaptation et de confrontation »⁵².

⁵⁰ THEVENET M. *Le plaisir de travailler*. Paris : Editions d'Organisation, 2003. p 86.

⁵¹ THEVENET M. *ibid.*, p 85.

⁵² TECHNÉ CONSEIL, Session de formation, Janvier 2003.

Cette citation peut expliquer que le changement provoque un sentiment d'inquiétude du personnel. Celui-ci peut se sentir dépossédé et menacé face à l'ensemble des modifications provoquées par la médicalisation de l'établissement. C'est en tout cas ce que les salariés de l'établissement ont souvent exprimé au cours de nos entretiens en regrettant un manque d'information, de communication et de lisibilité sur le changement, son organisation et ses enjeux.

Ce changement remet aussi en question deux points particuliers :

- la modification des modèles identitaires collectifs au travail (annexe 9)
- la modification des pratiques individuelles

Le modèle identitaire collectif au travail en vigueur dans l'établissement était jusqu'à présent communautaire (modèle 2 annexe 9). Tout le monde s'inscrit dans une grande famille où l'on est bien ensemble. « Dans ce modèle, le changement est vécu comme une menace risquant de perturber l'équilibre acquis. Les personnes fortement attachées à l'établissement se situent en position défensive pour se protéger lorsqu'un nouveau modèle fondé sur une identité collective professionnelle et entrepre-neuriale est instauré (modèles 3 et 6 annexe 9). »⁵³ C'est le cas à Lancelot pour les personnes embauchées de longue date.

Les pratiques individuelles ont aussi à évoluer. Or, face à l'application de nouvelles mesures réglementaires, de règles de fonctionnement ou encore la production de normes fixées par la hiérarchie, la question de l'identité autant que celle de la légitimité peut se trouver remise en cause. Le manque de formation renforce ce sentiment.

La question de légitimité concerne l'ensemble des personnels, y compris le directeur de l'établissement. Toute modification importante d'une structure quelle qu'elle soit pose la question de sa place et de son pouvoir. Dans un EHPAD, contrairement au foyer logement, il existe, comme je l'ai dit, un médecin coordonnateur et une infirmière référente. Ces deux fonctions jouent un rôle important et interviennent à des moments clés (admission, évaluation des GIR, écriture du projet de soins...). La place de chacun, au sein de l'équipe toute entière, est à renégocier.

Par conséquent, il existe un état de crise général du personnel qui peut expliquer différentes attitudes :

- des départs de l'établissement (6 entre 2002 et 2003).

⁵³ HAERINGER J. sociologue chargé de recherche au Laboratoire Interdisciplinaire de Sociologie Economique et enseignant à l'IEP de Paris, intervention à l'ARAFDES du 6 janvier 2004.

- des membres du personnel ont adopté une attitude critique et remettent en question le fonctionnement général de l'institution.
- certains salariés sont démotivés, désinvestis, ce qui favorise l'usure professionnelle et peut perturber fondamentalement la qualité de la prise en charge

Cependant, cet état de crise lié à la transformation récente est à relativiser. En effet, comme l'écrit R. VERCAUTEREN⁵⁴:

Si le changement est synonyme de crise, celle-ci n'est « souvent qu'une représentation des choses à un moment donné à un moment paroxystique où les repères anciens disparaissent et où les nouveaux ne sont pas encore nés ou mal cernés. »

Nous devons donc donner à l'équipe les moyens pour rebondir et s'inscrire dans cette nouvelle situation. Pour cela, nous allons prendre en compte le passé en nous en servant comme d'un tremplin, pour organiser le présent et l'avenir.

A l'issue de ces éléments d'analyse, une obligation s'impose : développer des propositions d'adaptation à cette médicalisation. Nous devons trouver des moyens pour que la structure puisse dépasser cet état de crise, assurer la pérennité de l'institution, la qualité de la prise en charge des résidents et une gestion des ressources humaines adaptée.

Pour cela, soyons à la fois audacieux, réaliste et pragmatique. Développons un projet qui permette :

- d'offrir aux résidents un lieu de vie ouvert sur l'extérieur et sur les autres
- de restaurer l'image positive de la personne âgée dans l'établissement comme au dehors
- de revaloriser les pratiques et les compétences professionnelles du personnel, de fédérer l'équipe et de l'accompagner dans le changement
- de renforcer la représentation positive de l'établissement et, à plus long terme, d'assurer son devenir

Au fil des pages suivantes, la présentation de ce projet tendra à montrer qu'au-delà du rôle primordial qui lui est dévolu à l'égard des résidents, l'animation peut être un support à l'évolution du management.

⁵⁴VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F. *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques du projet de vie.* Toulouse : ERES, 1999. p 32.

3 DES RÉPONSES POSSIBLES

Les propositions qui vont suivre ont été construites en rassemblant mon expérience professionnelle, l'ensemble des acquis de la formation et toutes les richesses de mes lectures et de mes rencontres. Ces apports m'ont permis de répondre à certaines de mes interrogations et de prendre le recul nécessaire à ma fonction. Il n'est pas question de brusquer les choses ou de vouloir introduire des changements pour marquer «mon arrivée », à plus forte raison dans le cadre d'une nouvelle expérience professionnelle. Au contraire, des décisions brutales, émanant d'une personne que l'on ne connaît pas encore, risqueraient de bloquer davantage la situation.

Mes propositions, récapitulées sous forme de fiches en annexe 14, s'inscriront donc dans une politique d'information et de communication importante en s'appuyant sur les constats d'ordre réglementaire, économique, structurel, éthique et déontologique précédemment évoqués. En parallèle, j'ai présenté l'ensemble de mes propositions aux responsables des services de tarification ainsi qu'à ceux du siège de la Mutualité afin de vérifier leur pertinence.

La première des actions engagée sera le projet d'animation, de sa conception à sa mise en œuvre. Nous verrons, dans la suite de cette présentation, qu'il sera le vecteur d'autres propositions en matière de gestion des ressources humaines et en matière de participation des usagers.

3.1 Le projet d'animation

Mais que signifie le mot projet qui est employé très largement notamment dans les ouvrages de management ?

Selon M. GARANT⁵⁵, « Le projet c'est d'abord une intention, c'est à dire ce qu'on envisage de faire, ce que l'on souhaite réaliser. » C. BONNET⁵⁶ se situe, quant à lui, dans un espace métaphysique pour le désigner. « Réaliser un projet consiste à concrétiser un rêve » Mais il ne s'agit pas de la matérialisation de n'importe quel rêve. En effet, selon l'auteur, « Il est retenu parmi bien d'autres car porteur d'enjeux prioritaires mais également car il est jugé effectivement réalisable avec les ressources humaines et matérielles accessibles. » Il suppose donc une réflexion préalable et un investissement

⁵⁵ GARANT M. *Manuel du responsable d'institution*. Lyon : Chronique Sociale, 1996. p 69.

⁵⁶ BONNET C. *Réussir des projets*. Lyon : Chronique Sociale, 1998. p 30.

matériel, organisationnel et humain à engager. Effectivement, chaque projet est unique et non reproductible en l'état ; l'intérêt est justement d'en construire un adapté à la structure et à la population accueillie.

3.1.1 La professionnalisation de l'animatrice

Si auparavant, dans certains établissements, l'animation a pu relever du passe-temps⁵⁷, elle constitue aujourd'hui une véritable démarche.

La résidence Lancelot dispose depuis 2003 d'un mi-temps d'animation. Cependant, la personne affectée par la directrice à ce poste ne dispose pas d'une formation spécifique à l'animation. Or, il s'agit d'une discipline au même titre que les soins ou la restauration qui ne s'improvise pas et nécessite des compétences précises. Il est à souligner que la personne occupant le poste d'animatrice avait manifesté le souhait de suivre une formation de ce type. Il serait pertinent de donner suite à cette demande puisqu'elle aura par délégation un certain nombre de tâches (cf. fiche de poste annexe 10), en particulier le montage des projets, leur réalisation et leur évaluation. Cela suppose donc qu'elle acquiert une méthode de travail, des capacités d'analyse des souhaits et des attentes des résidents, des techniques d'animation, l'apprentissage de la relation d'aide et du travail avec les groupes. Cela ne peut se faire que par l'intermédiaire d'une formation qui s'inscrit dans les orientations de la réforme de la tarification et de la loi 2002-2, stipulant l'intervention de personnel qualifié.

Généralement, les animateurs professionnels sont encore très peu nombreux dans les institutions pour personnes âgées. Dans son rapport de mission, B. HERVY⁵⁸ a recensé au cours de l'année 2003 le nombre total de postes affectés à l'animation. Il s'élève à 696,3 postes en ETP pour 64 980 personnes âgées accueillies, soit un taux de 1,07 postes pour 100 personnes.

Moins de 20 % du personnel affecté à cette fonction est formé et qualifié⁵⁹. Cette absence de formation entraîne une représentation floue de leur rôle et une difficulté à se situer dans l'institution. Ceci est encore accentué par un isolement professionnel dans ce type

⁵⁷ cela sans aucune connotation péjorative car il s'agissait d'une première réponse à un manque réel à l'époque et l'activité « occupationnelle » favorise aussi la relation.

⁵⁸ HERVY B. *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003. p 39.

⁵⁹ 45,11% d'emplois jeunes ; environ 15% en autres emplois aidés (CES, CEC...) ; plus de 20% d'aides-soignants, agents hospitaliers ou hôteliers et d'AMP.

de structure, même si cela tend à s'estomper, car les animateurs créent des regroupements au niveau départemental, régional et même national⁶⁰.

Dans l'établissement, une formation va permettre à l'animatrice de se positionner dans l'équipe, de mettre en avant des compétences à la fois spécifiques et complémentaires, de disposer d'un rôle, d'une place, d'une identité professionnelle reconnue par le personnel, les résidents et leur famille.

Parmi les possibilités de formation existantes (BEATEP, DEFA, BAPAAT...), le BEATEP⁶¹ s'avère le plus adéquat pour plusieurs raisons :

- le contenu de cette formation correspond aux attentes d'une structure de taille moyenne (pas de rôle hiérarchique, montage et réalisation de projets, rôle de coordination).
- la formation au BEATEP est recommandée par le Conseil Général de l'Ardèche
- sa durée (de 18 mois à deux ans) et son organisation en alternance ne devraient pas perturber gravement le fonctionnement actuel des activités de l'établissement.

Un projet de réforme du BEATEP est en cours, visant à le transformer en Brevet Professionnel. Pour l'instant, dans la région Rhône-Alpes, la formation avec « option personnes âgées » est dispensée par deux organismes lyonnais. Compte tenu des demandes importantes, il est prévu la création d'un centre sur le secteur Ardèche-Drôme. Cela réduirait les frais de déplacement si c'était le cas. La formation débute en février pour se terminer, soit en mai, soit en décembre de l'année suivante. Préalablement, une sélection est organisée par la Direction de la Jeunesse et des Sports sachant que l'animatrice de la résidence dispose du niveau requis.

Le coût de la formation est de 5000 €, auxquels s'ajoutent les frais de déplacement et d'hébergement. Il pourra faire l'objet d'un financement dans le cadre du plan de formation ; la Direction de la Jeunesse et des Sports ainsi que le Conseil Régional peuvent également allouer des aides. Un autre mode de financement a été aussi organisé en Ardèche il y a deux ans dans le cadre d'une formation d'agent d'accompagnement de niveau V. Plusieurs salariés exerçant en EHPAD devant se former, les organismes collecteurs de formation avaient constitué un dossier commun et obtenu des financements européens. Cette opération pourrait se renouveler en mutualisant les demandes de plusieurs établissements.

⁶⁰ création du GAG, Groupement des Animateurs en Gérontologie et de l'AGAD, Animation en Gérontologie Ardèche Drôme.

⁶¹ Brevet d'Etat d'Animation Technicien d'Education Populaire.

A l'issue de la formation, l'animatrice pourra intégrer la catégorie correspondant à sa nouvelle qualification au sein de la Mutualité. Il existe également la possibilité de proposer au siège le versement d'une gratification l'année d'obtention du diplôme. Cette forme de reconnaissance financière paraît nécessaire dans le cadre d'une politique de formation interne.

La qualification et l'expérience de l'animatrice seront alors un support important à l'élaboration du projet d'animation.

3.1.2 Un mode participatif d'élaboration du projet

La gestion des ressources humaines a pris en compte depuis de nombreuses années le facteur humain et notamment comment utiliser les capacités et le potentiel de tous les salariés. Cette gestion se fonde sur la participation et la concertation de l'ensemble des membres d'une équipe sachant que le fil conducteur est toujours l'amélioration de la qualité de vie des résidents. Je reprendrai à ce propos la citation de C. BADEY RODRIGUEZ ⁶² :

« Des soignants mal traités ont davantage de risques de devenir des soignants mal traitants. »

Par conséquent, il est fondamental que l'équipe retrouve une certaine homogénéité et convivialité. En effet, une des meilleures garanties de l'obtention de résultats à l'égard de l'accompagnement des résidents est un réel travail d'équipe ; mais cela suppose de créer préalablement une dynamique du groupe de professionnels. Les auteurs de l'ouvrage « Le métier de directeur » affirment ainsi : « Un groupe de travail devient une équipe quand il se trouve en position de créer, d'imaginer, de vivre une expérience commune sans en connaître à l'avance tous les aboutissants. »⁶³

Dans cette perspective, l'équipe de direction va proposer une démarche participative à l'ensemble du personnel afin de fédérer, donner du sens aux pratiques de chacun et resituer le fonctionnement de l'établissement dans l'évolution de la prise en charge. Nous allons, pour cela, nous servir du projet d'animation et engager une réflexion sur celui-ci, à savoir l'organisation concrète d'activités, avec tout ce que cela suppose au niveau des objectifs et de la prise en compte de la personne. Afin de servir de support à ce questionnement, nous inviterons dans l'établissement des animateurs déjà en poste pour

⁶² BADEY-RODRIGUEZ C. *La Vie en maison de retraite : Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Albin Michel, 2003. p 87.

⁶³ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. op.cit. p 175.

présenter leurs pratiques. Il existe dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche une association récente regroupant les animateurs exerçant en secteur gérontologique dont les membres pourront nous faire part de leurs expériences. Les échanges pourront enrichir notre démarche.

Sur cette base de réflexion, nous proposerons à l'équipe deux étapes de travail.

- Dans un premier temps, des groupes réunissant toutes les personnes de même catégorie professionnelle seront organisés. En effet, comme je l'ai mentionné en deuxième partie, les éléments relevés auprès des salariés traduisent une difficulté de reconnaissance entre les personnels diplômés et ceux qui ne le sont pas, entre les membres de l'ancienne équipe et ceux de la nouvelle. Ces groupes permettront de construire ensemble leur identité professionnelle au sein de l'établissement. Il importe que chaque catégorie soit reconnue par les autres avec ses compétences et ses spécificités et qu'elle puisse exprimer ses propres valeurs.
- Une fois cette première étape réalisée, nous pourrons mettre en œuvre des groupes pluridisciplinaires.
Ces derniers vont permettre à des personnes issues de culture professionnelle différente de réfléchir et travailler ensemble pas à pas, même si trouver des points de rencontre n'est pas chose facile. L'objectif est que chacun accepte l'autre, le reconnaisse et sache apprécier ses difficultés professionnelles. Le travail de groupe, l'existence et la construction d'un projet commun seront des éléments moteurs. Ils favoriseront le décloisonnement entre l'ensemble des professionnels et, au sein de l'équipe soignante entre les infirmières, les AMP et les aides-soignantes. Ils vont également faciliter le rapprochement entre les membres de l'ancienne équipe et les nouveaux venus.

Ces deux groupes, qu'ils soient pluridisciplinaires ou non, pourront rendre l'équipe plus soudée au fil des rencontres puis du travail sur le terrain. L'ensemble des salariés devra être alors davantage en capacité de résister aux difficultés physiques et psychologiques journalières et aussi plus à même de répondre à la globalité du résident. La cohésion d'une équipe, dans ses objectifs et ses actions, représente effectivement un des facteurs essentiels de maintien de l'intégrité de la personne.

La raison d'être de ces groupes ne se limite pas à la reconstruction d'une cohésion «inter équipe ». Ils sont aussi impliqués dans les réflexions sur le projet d'animation et sa réalisation et plus largement la qualité de la prise en charge.

- Quel est le sens de l'animation, ses objectifs ?
- Comment va-t-elle s'organiser et s'articuler avec les soins et au-delà, quelle est la fonction de notre institution, la place de la personne âgée dans notre structure et la société ?

Pour répondre à ces interrogations, les groupes de travail élaboreront un questionnaire et procéderont à un inventaire des ressources.

Le questionnaire à destination des résidents et de leur famille, servira à collecter des informations sur les personnes accueillies, leur mode de vie, le type d'activités pratiquées auparavant, leurs souhaits et attentes dans l'établissement. Le fait que l'animation soit un moyen d'expression des personnes, un espace de plaisir et de rencontre suppose en effet, de partir des préoccupations et des centres d'intérêts des bénéficiaires.

Quant à l'inventaire des ressources matérielles et humaines, il visera à déterminer les capacités d'autonomie des résidents, les compétences particulières des personnels, les savoir-faire et expériences, les moyens financiers et matériels, les partenaires et toutes les ressources de l'environnement. Une étude statistique de la population au cours des trois dernières années ainsi que la connaissance des traditions de cette population pourront servir de support aux travaux de ces groupes.

Les écrits, les résultats des questionnaires et de ces réflexions seront repris en réunion avec l'ensemble du personnel, discutés, commentés et diffusés. Ils serviront ensuite aux groupes de travail à poursuivre la réflexion sur l'animation et son organisation et à construire un référentiel. Celui-ci déterminera quelles seront les valeurs mises en œuvre, les principes d'action, l'organisation et les critères d'évaluation. L'ensemble des propositions seront étudiées et toute latitude sera alors laissée afin de profiter au maximum de la créativité des personnes. Les pistes suivantes de réflexion pourront également être proposées :

- intervention des bénévoles et des familles ; réalisation d'une convention
- participation du personnel à l'animation : type d'activité, organisation pratique
- mode de représentation des usagers
- élaboration d'un document sur l'histoire du résident, les événements importants au cours de son séjour dans l'institution
- amélioration du cadre de vie

Nous devons nous appuyer sur l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle et les engagements signés dans le cadre de notre

propre convention. La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante notamment ses articles III et VI (annexe 11) de même que la charte des animateurs en gérontologie (annexe 12) et celle de la personne accueillie définie par la loi 2002-2 (annexe 13) pourront être quant à elles des outils de réflexion intéressants à commenter et à confronter avec notre projet. Les résultats de l'ensemble des travaux de l'équipe permettront ensuite la formalisation définitive du projet d'animation. Celui-ci sera d'autant plus pertinent qu'il sera l'expression du plus grand nombre d'acteurs concernés.

Pour que ces groupes fonctionnent, nous planifierons leur organisation et coordination. Chacun désignera un référent pour être le rédacteur et le rapporteur des travaux. L'animatrice participera à chaque groupe comme personne ressource et assurera un rôle technique. Cette fonction lui permettra à la fois de s'investir différemment dans l'équipe et de s'approprier le projet.

Un comité de pilotage sera composé d'un représentant des résidents qui pourra être un des membres de l'association des usagers, des référents de chaque groupe, de l'animatrice, de l'adjointe de direction, de l'infirmière référente et de moi-même. La présence de l'infirmière permettra de valoriser son rôle au sein de l'équipe compte tenu des difficultés que j'ai évoqué en deuxième partie. Elle témoignera également de la place nouvelle accordée aux soins et de l'approche globale de la personne. Quant au représentant des résidents, il permettra de faire entendre l'avis des personnes accueillies à la résidence et favorisera le développement de l'association comme cela est prévu dans le contenu de la convention tripartite. Le comité de pilotage échangera régulièrement avec les référents. Il aura pour but de rappeler le contenu et la direction des projets, de stimuler, de créer les conditions de réflexion en cas de désinvestissement et d'assurer le lien entre les différents groupes. Pour que ce comité ne fonctionne pas en circuit fermé, un des membres sera invité à effectuer un rappel de l'avancée des équipes et des projets à venir lors des réunions du personnel.

Ce comité élaborera des critères d'évaluation afin de s'assurer des résultats attendus et opérer des réajustements si nécessaire. Parmi ces critères, je noterai pour exemples :

- participation au groupe, intérêt..
- propositions, production d'écrit
- retour des référents, de l'animatrice et de l'ensemble du personnel.

Dans un second temps, le comité pourra observer de manière plus subjective, l'ambiance générale sur le lieu de travail : les propos avec les résidents, les échanges au sein de l'équipe ou en réunion et les écrits sur le cahier de liaison. L'équipe de direction pourra, quant à elle, plus spécifiquement répondre aux questions individuelles, aux craintes ou aux doutes des agents.

En ce qui concerne le surcoût financier occasionné par ces groupes de travail, cela demande une négociation avec l'autorité de tarification. Mon option est de maintenir le poste d'animation à mi-temps et d'obtenir en contre partie un mi-temps supplémentaire d'aide-soignante. Ce dernier pourra ainsi servir à remplacer les personnels pendant le temps passé dans les réunions des groupes de travail. Nous verrons par la suite que ce mode d'organisation permettra aussi au personnel de s'impliquer concrètement dans la réalisation des activités.

Ces groupes de travail seront inscrits dans un temps précis dès leur annonce. A raison d'une réunion de chaque groupe une fois tous les quinze jours, nous fixerons un délai de quatre mois sachant, bien sur, qu'il faudra tenir compte des charges de travail et que des imprévus sont toujours possibles. Un calendrier sera établi et affiché car le fait de fixer des échéances pourra mobiliser et stimuler. C'est aussi matérialiser notre projet, notre engagement et en assurer sa crédibilité.

Nous pourrions conclure si la réalité ne l'infléchissait pas, par cette phrase qui résume de manière idéale le projet « En mettant en avant la créativité, l'aptitude à prévoir, la mise en œuvre de pratiques nouvelles, l'auto évaluation et l'autonomie d'action, la capacité à réagir à l'imprévu, la pluridisciplinarité et le travail en réseau, la transparence, la capacité à susciter l'adhésion et à fédérer, la complémentarité, le respect mutuel désencombré du pouvoir, le projet aide à charpenter la vocation humaine individuelle et collective. »⁶⁴

Ce mode de fonctionnement par groupe de travail présente cependant certaines limites. Une équipe complètement homogène ne peut exister. Ce serait faire fi des personnalités différentes qui ont du mal à fonctionner ensemble, des résistances de certains, du contexte qui varie. Ainsi, des travaux pluridisciplinaires nécessitent une écoute réciproque, le partage des connaissances et parfois de se détacher de son savoir spécifique. Cela n'est pas toujours évident et ancré dans les esprits.

Par ailleurs, les participants à ces réunions n'oseront pas tous s'exprimer. L'animatrice et le rapporteur de chaque groupe pourront alors jouer un rôle de distribution de la parole, pour encourager les échanges et faire émerger les questions. Un intervenant extérieur pourrait éventuellement jouer un rôle facilitateur. Une personne neutre, indépendante, permet de favoriser les relations parfois complexes entre les personnels. Il peut étayer ses approches par les exemples d'autres structures et nourrir ainsi la réflexion des groupes. Toutefois, je n'ai pas choisi de recourir à une telle pratique. De cette manière, le groupe de pilotage conserve son rôle majeur et la solution retenue me permettra de

⁶⁴BONNET C. *Réussir des projets*. Lyon : Chronique sociale, 1998. p 127.

m'investir davantage dans mes nouvelles fonctions. De plus, le coût financier d'une telle intervention est important et j'ai choisi de laisser la priorité au financement d'autres actions.

Afin de faciliter l'expression de chacun, il est de la responsabilité de l'équipe de direction de favoriser l'investissement. Les objectifs, les étapes doivent être expliqués pour que l'engagement ait une signification pour les salariés. Pour qu'ils y trouvent aussi un intérêt, je m'appuierai sur les propos recueillis lors de mes entretiens avec les membres du personnel. Ils avaient en effet exprimé le regret de ne pas être mieux informés ou associés et de ne pas connaître leurs collègues. Ces groupes de travail et ce projet construit en commun seront un moyen pour y répondre.

La mobilisation des énergies, la construction de l'équipe sont des tâches relativement longues. Elles seront à poursuivre en permanence ; ce sera par la reconnaissance de chacun, les encouragements. En reprenant la pyramide des besoins de MASLOW, c'est lorsque le personnel aura le sentiment d'être considéré, valorisé (étage n°4) qu'il pourra atteindre le degré supérieur : satisfaire son besoin d'accomplissement en participant pleinement à un projet commun.

3.1.3 La mise en œuvre du projet

A l'issue des travaux de groupe, le projet sera rédigé grâce à la mise en forme des productions validées par l'équipe de direction. Cet écrit permettra au projet d'exister, d'être discuté et partagé. Il servira de référence et pourra être utile, non seulement à tous ceux qui ont participé, mais aussi aux nouveaux salariés embauchés, ainsi qu'aux intervenants et partenaires extérieurs. Il traduira la philosophie de la structure en matière d'animation et son mode d'organisation. Concernant ces points, nous allons nous appuyer sur la participation du personnel.

En effet, le projet d'animation n'est pas une suite d'activités réalisées uniquement par l'animatrice, mais implique l'ensemble de l'équipe. Certains y participent déjà (chorale et gymnastique douce). De plus, lors de mes entretiens, 80% des salariés interrogés m'ont affirmé vouloir s'impliquer en tant qu'animateur ou accompagnateur. Sur ces bases, j'établirai la proposition d'organisation suivante :

- un demi-poste attribué à l'animatrice
- un demi-poste d'aide-soignant pour compenser la participation du personnel aux activités

Afin de vérifier la possibilité de concrétisation de cette proposition, je suis allée la soumettre aux autorités de tarification. Il s'est avéré que le poste à temps plein d'animatrice pouvait être conservé et, à condition de présenter un projet d'animation

construit et remplissant les objectifs visés par la réforme, un poste à mi-temps d'aide-soignant pourrait être octroyé.

Ainsi, cela permettra d'organiser une animation conséquente et avec l'ensemble du personnel. Dans cette perspective et dans le but que cela soit compatible avec le fonctionnement institutionnel, une heure sera dégagée chaque jour de la semaine avec un maximum de trois intervenants pour réaliser des activités d'animation. N'importe quelle activité collective, voire individuelle pour les personnes les plus dépendantes, pourra être organisée dans la mesure où elle répondra au souhait de la personne et s'avérera réalisable. Les membres de l'équipe pourront s'investir sur la base du volontariat ; les personnes ne souhaitant pas y participer effectueront, quant à elles, les tâches habituelles. Ce temps d'animation considéré comme temps de travail permettra de limiter les effets d'usure. Cela fait aussi partie de l'amélioration des conditions de travail.

La participation du personnel présente de multiples avantages. Elle va permettre de découvrir les résidents par un contact autre que la toilette ou les soins, où le résident pourra s'exprimer en tant que sujet avec toute sa particularité. Une relation différente pourra s'élaborer avec l'équipe de l'établissement.

Ce mode d'animation sera également un moyen de fédérer l'ensemble du personnel, de permettre la construction d'une histoire et de références collectives. Il peut également redonner un rôle important à ceux qui sont démobilisés. En effet, certaines catégories socioprofessionnelles perçues parfois comme subalternes, pourront être valorisées en mettant en avant des compétences différentes et inconnues de leurs collègues.

C'est aussi la possibilité de sortir des tâches quotidiennes et institutionnelles, d'une routine qui, à long terme comme je l'ai déjà souligné, peut s'avérer néfaste à l'égard de l'usager.

Enfin, autre intérêt de la participation du personnel à l'animation : permettre de combler, même si c'est partiellement, le manque de disponibilité vis à vis des résidents, sachant qu'un des souhaits de l'équipe est justement de disposer de plus de temps avec ces derniers.

L'ensemble des personnels va pouvoir assurer des animations mais aussi repérer, transmettre les souhaits des personnes et participer aux choix des activités.

En ce qui concerne les AMP dont j'ai décrit précédemment les difficultés, elles pourront jouer un rôle spécifique, comme cela se fait déjà dans certains établissements, en s'orientant vers les activités mettant en jeu des relations duelles. Ce sera, par exemple, en passant dans chaque appartement avec un chariot chargé de friandises, de savons ou de plantes parfumées. Cette visite permettra d'instaurer un moment de plaisir dans la simple rencontre d'un interlocuteur avec lequel il y a échange, communication et reconnaissance.

Toutes les catégories professionnelles sont concernées. Ainsi, l'infirmière référente pourra, en accord avec le médecin, sécuriser certaines pratiques ou veiller aux résidents sujets à des soins particuliers. Quant au médecin, même s'il dispose de peu de temps dans l'établissement, il pourra témoigner des résultats par ses contacts avec les résidents et jouer un rôle incitatif. Même les intervenants extérieurs ont un rôle non négligeable. Ils sont invités à transmettre leurs informations et à échanger pour rendre cohérent notre projet et plus généralement la prise en charge.

L'animatrice sera chargée de la coordination de tous ces acteurs en rappelant toujours le sens de l'animation. Elle donnera des idées, des apports techniques et participera effectivement aux activités. Elle devra vérifier la faisabilité des actions et sera le garant de leur accomplissement. Un budget pourra être accordé en fonction des projets et du cadre financier. Nous pourrions solliciter la Fondation de Gérontologie, la DRAC pour des aides financières. Des conventions pourront aussi être signées avec d'autres établissements ou des partenaires comme l'Association des animateurs en gérontologie Ardèche Drôme dont les objectifs sont, entre autres, de proposer des échanges de compétences et d'expériences, d'organiser des activités inter-établissements pour les personnes âgées, de créer des « malles pédagogiques » avec prêt de matériel d'activités...

L'objectif sera d'assurer une démarche structurée. C'est pourquoi l'animatrice devra réaliser, pour l'ensemble des projets, des fiches récapitulant les objectifs, les moyens, le coût et les critères d'évaluation. Le programme des activités et ces fiches seront discutés au sein des réunions de service et pourront ainsi faire l'objet de modifications. Elles seront ensuite validées par la direction. Ce programme, s'il est structuré, n'en sera pas pour autant figé et pourra bien évidemment évoluer en fonction des attentes ou du contexte. Un bilan des activités sera également discuté entre l'animatrice et l'équipe de direction. Cette modalité s'appuie sur les remarques de plusieurs animateurs professionnels rencontrés qui regrettaient de n'avoir pas de retour de leur direction, fut-il positif ou négatif. Cela fait aussi partie, à mon sens, du principe de délégation.

Dans le cadre de cette délégation et de son contrôle à posteriori, je m'attacherai à vérifier le respect de certains principes essentiels de l'animation, notamment la volonté de choix de la personne âgée. Chaque résident participera s'il le veut ou non ; s'il préfère regarder l'émission diffusée à la télévision ou tout autre chose, c'est son droit le plus strict. L'animation représente en effet un champ privilégié d'expression de l'autonomie de la personne et ce, quelles que soient ses capacités. Reste alors l'équilibre difficile à maintenir entre la liberté de choix du résident et notre responsabilité de ne pas le laisser s'isoler ou se replier complètement sur lui-même.

D'autres principes découlent du premier. D'une part, il conviendra de respecter le rythme des personnes âgées et ne pas leur imposer le nôtre. D'autre part, concernant le contenu des activités, celles-ci ont pour objectif de créer des moments de plaisir, parfois d'émotion. Il n'est pas forcément nécessaire de développer des choses compliquées ; des actions simples peuvent être tout autant appréciées. C. BADEY RODRIGUEZ⁶⁵ écrit que « les personnes âgées sont souvent beaucoup moins exigeantes qu'on ne le croit en matière de joie et de plaisir, peut-être parce qu'elles ne sont plus dans la recherche de la performance et qu'elles savent que le temps leur est compté. »

J'ai ainsi assisté à une animation dans une unité de long séjour où un pique-nique avait été organisé dans le jardin de l'établissement. Après le repas, l'animatrice avait diffusé des chansons connues et, avec l'aide-soignante qui s'occupait de la chorale, la grande majorité des personnes présentes s'était mise à chanter et à rire. Le plaisir, la joie provoqués par ce simple pique-nique étaient très forts et communicatifs.

Néanmoins, la mise en place de l'animation peut se trouver confrontée à un certain nombre de difficultés. L'une d'entre elles sera le niveau de dépendance élevé des personnes âgées. Il est clair que les projets devront tenir compte de ce critère et proposer des activités à la fois pour les personnes autonomes et celles qui le sont moins (cela s'inscrit dans l'analyse par l'animatrice de la faisabilité de chaque projet). L'ensemble de l'équipe veillera cependant à organiser des activités réunissant des résidents quel que soit leur niveau de dépendance. Un atelier de lecture, par exemple, s'y prête tout à fait. Le but est de pallier la difficulté précédemment évoquée concernant la cohabitation entre les résidents autonomes et ceux qui ne le sont pas. Ces actions, basées sur l'échange et le respect de chacun, pourront favoriser la création de liens entre résidents et, d'une certaine façon, diminuer leur propre angoisse face à la perte d'autonomie.

La question se posera également à plus long terme, même si elle n'est pas à l'ordre du jour actuellement à la résidence, de l'adaptation de l'animation aux dépendances psychiques de la personne âgée. Dans ce cas, elle pourra prendre une orientation plus thérapeutique conduisant à la définition d'un certain nombre d'actions spécifiques selon les troubles de la personne. Le risque peut alors se poser de la création de ghettos à l'intérieur de la structure. Un équilibre sera à rechercher entre la réponse aux situations spécifiques et l'objectif d'intégration sociale au sein de l'institution.

Une autre difficulté concernant la mise en œuvre de l'animation sera le manque de temps et de personnel évoqué par certains membres de l'équipe. Le fait de dégager une heure

⁶⁵ BADEY-RODRIGUEZ C. op.cit., p 130.

chaque jour et de la «compenser » par un demi-poste supplémentaire sera un moyen de remédier à ces difficultés.

Enfin, tous les salariés ne sont pas prêts à s'engager dans une démarche d'animation. Certains ne pratiquent eux-mêmes aucune activité à l'extérieur, qu'elle soit culturelle, associative ou autre et auront du mal à s'impliquer, voire à reconnaître l'intérêt d'organiser de telles activités pour les personnes âgées. Ce sera alors le rôle de la direction de reprendre chaque fois le sens de la démarche, d'en démontrer le bénéfice pour le résident mais également pour le salarié lui-même ; l'animation permettant aussi, à plus ou moins long terme, d'alléger les charges de travail. Je pense par exemple à certaines personnes âgées très demandeuses qui sonnent en permanence le personnel. Ces demandes, si elles ont toujours un motif matériel sont aussi la recherche d'une présence, une quête pour pouvoir parler et parfois diminuer leur angoisse. Le fait de proposer dans la journée un moment où les résidents pourront échanger, être entendus, sachant que ce moment pourra se renouveler le lendemain ou quelques jours plus tard, pourra limiter ces appels répétés.

Nous devons néanmoins nous donner les moyens de le vérifier et, plus globalement, nous assurer de l'adéquation entre les objectifs énoncés au départ et ce qui a été finalement obtenu.

En effet, il convient d'évaluer ce projet d'animation. Pour cela, il m'appartient de différencier d'une part, les objectifs fixés par rapport au personnel, son implication, son approche du résident et d'autre part, l'objectif d'amélioration de la qualité de vie dans l'établissement.

Concernant le premier point, nous pourrions mesurer nos avancées par le nombre d'heures d'animation réalisées par l'ensemble du personnel et pour chaque catégorie, le type d'animation. De manière moins mesurable, les renvois de l'équipe, les liens construits entre les résidents et le personnel seront des indicateurs importants.

Pour évaluer l'intérêt du projet d'animation à l'égard des résidents, nous pourrions mesurer de manière individuelle leur présence aux activités. Il ne s'agit pas de contrôler mais de savoir pourquoi la personne ne participe pas (manque d'information, problème personnel...). Il importe également de ne pas confondre activisme et présence aux activités, autrement dit, faire et participer. Par exemple, un résident peut confectionner un plat mais aussi exercer son rôle de cuisinier par des conseils ou des remarques. De même, le nombre de participants n'est pas l'unique signe de la réussite ou au contraire de l'échec de l'activité. Il faut tenir compte de tout ce qui se vit à côté, lors des invitations du personnel à participer, les commentaires des résidents entre eux.

Les propositions, le retour des familles et des intervenants seront également des éléments intéressants pour cette évaluation. De manière plus subjective, nos critères

d'évaluation seront la création ou le renforcement des liens entre les résidents, une meilleure acceptation de l'entrée dans l'institution et une plus grande participation à la vie collective de l'établissement.

Une enquête de satisfaction sera réalisée au bout d'un an de fonctionnement. Ce document sera remis aux résidents pour être complété par écrit. S'il s'avère intéressant, nous pourrions envisager, à plus long terme, de s'inspirer de l'ouvrage de D. ARGOUD et B. PUIJALON ⁶⁶ et de ce qui s'est fait dans d'autres domaines en recueillant directement la parole de l'utilisateur. C'est le cas par exemple du programme d'inclusion sociale 2001-2003 pour lequel la Commission Sociale Européenne a souhaité améliorer la qualité des indicateurs d'évaluation pour les rendre plus à l'écoute des attentes. Cela permettrait dans notre établissement que les représentations et les appréciations subjectives de la situation des personnes concernées soient intégrées et pourrait se traduire par des entretiens individuels réalisés une fois par an par le personnel. Outre l'intérêt d'évaluer la qualité de la prise en charge offerte, cela permettrait aussi de rendre acteurs les usagers. Ce recueil de leur parole serait valorisant pour eux et renforcerait leur image de sujet à l'égard du personnel.

Cependant, ce projet suppose une longue période de préparation avec l'équipe peu habituée à ce type de démarche.

Le projet d'animation constitue donc un formidable outil au service du résident. Il s'inscrit dans le contexte plus large du projet d'établissement avec le projet de vie et de soins, sachant que tout est imbriqué. Il s'agira de s'engager toujours davantage dans une démarche professionnelle et de qualité.

Ce projet institutionnel global sera donc élaboré en reprenant les mêmes valeurs et de manière participative avec le personnel puis soumis aux différentes instances. Le projet d'animation aura toutefois le privilège d'avoir été, par ses objectifs et la stratégie employée, le vecteur d'une démarche pour revisiter le fonctionnement de l'établissement et l'adapter à sa transformation récente.

Cependant, l'écriture du projet ne signifie pas pour autant que tout est terminé, bien au contraire. Comme l'écrit R. VERCAUTEREN ⁶⁷:

« Un projet écrit est une base pour l'avenir, mais il ne doit pas figer cet avenir dans la rigidité de l'écrit qui doit être un point de départ et non une ligne d'arrivée. »

⁶⁶ ARGOUD D. et PUIJALON B. *La parole des vieux*. Paris : Dunod, 1999. 240 p.

⁶⁷ VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F. op.cit., p 155.

Pour assurer la pérennité de ce projet d'animation et son élargissement, d'autres propositions vont s'enchaîner ; les premières visant directement l'amélioration de la qualité de vie des résidents, les secondes s'attachant à favoriser le cadre de travail.

3.2 Des outils d'expression et d'ouverture

J'ai énuméré, lors de l'organisation des groupes de travail, les thèmes de réflexion abordés. Il s'agit, pour mémoire, de la création d'une instance de représentation des résidents, de la formalisation d'un fichier sur l'histoire de la personne accueillie et de l'intervention des bénévoles et des familles. Ce sont des propositions que j'aimerais à présent développer. Bien évidemment, dans la réalité de l'établissement, elles seront formalisées en fonction des propositions des groupes et validées ensuite par la direction. Néanmoins, j'ai choisi de les aborder pour expliquer mon choix et en définir les grands axes. Ces outils correspondent, d'une part aux orientations fixées dans le cahier des charges de la convention, et d'autre part à ma conception de la prise en charge dans une structure d'hébergement.

3.2.1 La participation des familles et des bénévoles

Le développement du projet d'animation, le maintien des relations et la volonté de « garantir à chaque résident une plus grande autonomie sociale » (cf. cahier des charges de la convention pluriannuelle) sous-entendent la volonté d'intégrer d'autres acteurs.

En ce qui concerne l'implication des familles, elle se justifie en fonction de deux éléments essentiels. D'une part, la préservation des liens familiaux et affectifs est un élément fondamental du bien-être physique et mental de la personne âgée et de son acceptation de la vie dans l'établissement. D'autre part, l'entrée en institution intervient souvent dans une situation de crise qui est aussi crise du système relationnel. Celle-ci rejailit alors sur les relations entre la personne âgée et son entourage et entre ce dernier et le personnel.

Face à ces constatations, il paraît important de parvenir à un équilibre entre tous les acteurs en favorisant l'implication des familles au-delà de la simple visite à leur parent.

La résidence Lancelot offre déjà une large place à l'entourage du résident en permettant un système de visite très souple, en donnant aux familles la possibilité de venir prendre leur repas à l'établissement et d'assister avec leur parent aux spectacles organisés dans l'année. Néanmoins, l'implication pourrait être plus large encore et ce, par l'intermédiaire du projet d'animation. Les familles pourraient en effet s'investir, que ce soit à titre

d'accompagnant de leur parent, par la réalisation de certaines activités ou toute autre contribution. Ainsi, lors d'une exposition de peinture organisée dans un établissement, l'animatrice avait réuni les tableaux d'un résident, ceux de la fille d'un autre, les dessins d'une AMP avec les œuvres d'un peintre amateur. Dans tous les cas, peu importe le niveau d'implication pourvu que les relations entre tous soient enrichissantes. Cette participation pourrait également limiter les effets de jugement entre personnel et familles pour éviter de parler des « bons » ou des « mauvais » parents ou des « bons » et « mauvais » enfants. Quant aux familles, cette implication serait une manière de vivre de manière moins solitaire la vieillesse de leur parent et parfois l'occasion de découvrir celui-ci d'une autre manière.

Cependant, cette participation suppose certains préalables. En premier lieu, une telle intervention n'est possible qu'en fonction de l'envie de la personne âgée, de son accord et de l'intérêt qu'elle peut y trouver. Cela n'est pas toujours le cas. Ainsi, au cours d'un atelier auquel j'assistais, la fille d'une résidente atteinte de la maladie d'ALZHEIMER réprimandait sa mère à chaque fois qu'elle ne connaissait pas la réponse à la question posée. Son attitude, au lieu d'aider sa mère l'isolait, l'enfermait davantage dans sa maladie. Cet exemple montre aussi qu'une information à la fois sur certaines pathologies et sur les objectifs de l'animation doit être faite auprès de ces familles.

Par ailleurs, la participation de celles-ci ne peut se concrétiser qu'à condition qu'elle se fonde sur une demande effective de ces dernières. Si tel est le cas, elle n'en reste pas moins délicate. Elle devra être soigneusement discutée et préparée au sein de l'équipe, organisée et évaluée régulièrement. C'est sur le terrain du respect et de l'échange que doit se fonder cette participation. Elle va s'inscrire dans une complémentarité définie sur la base de la reconnaissance du rôle de chacun.

Je souhaiterais suggérer une autre proposition pour un accompagnement plus proche de la personne âgée, même si elle dépasse le cadre du projet d'animation. Il serait important me semble-t-il, d'envisager les modalités d'accompagnement de la fin de vie du résident par sa famille et l'établissement.

La mort doit en effet être prise en compte dans le projet institutionnel. Accompagner la fin de vie est une démarche qui peut débuter tôt, avant l'échéance. Ce peut être un besoin de parler exprimé par le résident, de se confier, de prendre certaines dispositions. La possibilité doit lui être offerte de s'exprimer sur ses peurs ou ses souhaits. Néanmoins, certains membres du personnel peuvent être en difficulté pour assurer cet accompagnement. Il convient alors de respecter les limites de chacun.

Dans cette démarche, les familles ont une place essentielle. L'approche de la mort de la personne âgée est parfois l'occasion de rassembler tous les proches autour d'elle. Nous

pourrons donner les moyens à ceux-ci d'être plus présents, comme par exemple de pouvoir dormir de manière ponctuelle à proximité de leur parent. Ce sera ainsi une manière d'assurer jusqu'au dernier jour, un environnement affectif à la personne accueillie dans notre établissement.

Mais la famille n'est pas toujours présente et d'autres intervenants peuvent alors jouer un rôle important pour favoriser l'existence des relations, l'intégration des résidents dans la vie de la cité et la modification des représentations négatives de la vieillesse. Cela peut se faire en organisant des sorties diverses ou, dans un mouvement inverse, grâce à l'intervention d'artistes dans la structure, de rencontres intergénérationnelles ainsi que par l'instauration d'un partenariat avec les réseaux déjà existants, les associations et les bénévoles. En effet, comme je l'ai dit, l'animation n'est pas qu'une affaire de spécialistes. Elle est aussi une démarche engageant l'ensemble des personnes concernées à savoir le personnel et des acteurs extérieurs, notamment les bénévoles.

Ces derniers vont pouvoir intervenir en complémentarité de l'équipe pour satisfaire aux besoins relationnels des résidents. Ils vont maintenir le réseau social, particulièrement pour les personnes les plus isolées ou renforcer l'entourage des personnes âgées. Au-delà de ces considérations, leur participation est l'expression d'une solidarité sociale envers les personnes âgées et l'introduction d'un autre type de relations. Enfin, les bénévoles sont généralement des retraités donc d'une génération relativement proche de celle des résidents ; les contacts pourront être parfois plus faciles à nouer.

Leur participation pourra se situer à deux niveaux :

- individuelle : visite
- collective : participation à des animations. L'animatrice assurera leur coordination

Cependant, l'intervention de personnes extérieures ne s'improvise pas. Elles doivent connaître le fonctionnement de l'établissement et ses engagements. C'est pourquoi, une convention sera élaborée pour prévoir les modalités de leur intervention. Elles pourront alors s'investir dans une structure qui a des règles et des contraintes à respecter. Un entretien précédera l'intervention de chaque nouveau bénévole ; il sera effectué par l'équipe de direction afin de l'informer de l'ensemble des modalités. Par la suite, ces intervenants pourront être reçus en cas de difficultés ou de question. Ils seront également invités à participer à différentes instances comme la commission animation et éventuellement à des actions d'information au sein de la résidence pouvant les concerner, par exemple sur le thème de la douleur faite par le médecin coordonnateur. Enfin, l'établissement informera les nouveaux résidents de l'existence de ces bénévoles et de leur action.

Une réunion sera organisée une fois par trimestre afin d'échanger sur leur fonctionnement et procéder éventuellement à des réajustements.

Pour évaluer leur action, les critères seront les suivants :

- le nombre de visites effectuées
- le nombre de demandes de la part des résidents
- la participation à des animations et toute intervention à laquelle ils seront invités
- de manière plus subjective, les retours des résidents, des familles, du personnel et des bénévoles eux-mêmes

Au-delà de cette présence active, nous pourrions également développer d'autres moyens propices à l'ouverture de l'établissement et à la création d'un climat de convivialité. Je pense notamment aux clubs du 3ième âge et aux personnes âgées recevant des aides à domicile. Ces dernières sont souvent relativement isolées et les actions d'animation ne sont encore pas suffisamment développées pour ces usagers. Nous pourrions, dans un premier temps, proposer aux personnes suivies par le service d'aide à domicile de la Mutualité de l'Ardèche de participer aux activités au sein de l'établissement. Il reste cependant à trouver les moyens pour organiser cette intervention. Des pourparlers avaient été engagés il y a quelques mois avec la Mairie de Privas afin d'obtenir l'utilisation d'un véhicule de transport pour offrir aux personnes la possibilité de venir prendre leur repas à la résidence ; il conviendrait simplement d'élargir l'utilisation de ce véhicule. La participation de personnes âgées vivant à domicile serait positive pour elles-mêmes et pour les résidents. Cela permettrait de préparer une entrée éventuelle dans l'établissement. Ce genre d'expérience se pratique déjà ; il faut vaincre une certaine réticence des personnes vivant chez elles qui appréhendent la confrontation avec des personnes lourdement dépendantes.

Ces diverses actions d'inscription de l'établissement dans son environnement sont indispensables. Elles permettent une mutualisation des moyens et une action plus cohérente. Elles permettent également de valoriser les résidents, les pratiques des professionnels, la structure et pourquoi pas, d'inverser les regards négatifs sur la vieillesse. Le développement d'une politique de communication s'inscrit dans la fonction du directeur. Si elle prend du temps sur les tâches quotidiennes, elle est essentielle dans une stratégie à long terme.

Bien entendu, l'évocation des moyens primordiaux énumérés ci-dessus pour faciliter l'ouverture de l'établissement n'est pas exhaustive. Il en existe d'autres à recenser et à développer. C'est le cas d'une instance de concertation.

3.2.2 Une instance de concertation

Il existe actuellement à la résidence deux instances où peuvent se retrouver les résidents : une association créée par ces derniers et le Conseil à la Vie Sociale.

En ce qui concerne l'association, elle ne s'est pas réunie depuis longtemps et semble moins dynamique.

Quant au Conseil à la Vie Sociale, un des symboles de la place prise par l'usager dans le fonctionnement des établissements, trois représentants des résidents y participent. Il se réunit actuellement une seule fois par an et la présence de représentants des autorités peut être un facteur limitant l'expression des résidents. En effet, il est parfois difficile de s'approprier cet espace d'expression vis à vis de ces responsables et d'exprimer des doléances à l'encontre du fonctionnement de l'établissement même si les résidents manifestent, la plupart du temps, la plus grande confiance aux professionnels.

Il m'apparaît donc intéressant de créer une commission animation. Celle-ci serait une instance d'information, de communication et de rencontre ainsi qu'un lieu de négociation ; le résident étant considéré non comme un objet de soins et d'aide mais un sujet qui peut affirmer sa citoyenneté et son autonomie. L'objectif est, une nouvelle fois, d'améliorer la qualité de vie des résidents et de prendre en compte leurs attentes. Je pense que cette commission peut aussi aider à la mise en œuvre d'une dynamique d'ensemble de l'établissement avec d'autres acteurs et à son intégration dans la vie de la cité.

Cette commission aurait pour fonction, après avoir écouté les participants, de faire le point sur les attentes des résidents, de discuter des activités réalisées et des projets à venir. A partir des informations dégagées, un certain nombre de décisions pourraient être prises. L'animateur serait le coordonnateur de cette instance. Pourraient y participer les représentants des usagers, des personnels, un représentant des familles et des bénévoles. Ce groupe pourrait se réunir une fois tous les deux mois et les informations recueillies feraient l'objet d'une diffusion en réunion du personnel.

Cette commission permettrait d'évaluer le projet d'animation et répondrait pour cela aux questions suivantes :

- les activités répondent-elles aux attentes des résidents (contenu, horaires, organisation du groupe...) ?
- existe-il des difficultés à la participation des résidents, à leurs capacités de choix ?
- les personnes et leurs familles sont-elles informées des activités, le mode d'information est-il pertinent ?
- l'ensemble de la structure, tant sur le plan humain que matériel, favorise-t-il la mise en place d'activités ?
- la structure est-elle suffisamment ouverte sur l'extérieur pour faciliter le maintien des liens familiaux et sociaux ?

Dans le but d'évaluer cette commission elle-même, il conviendrait de vérifier qu'elle se réunit de manière régulière, que les résidents et l'ensemble des participants arrivent à exprimer leur position vis à vis des projets et que les propositions émises sont suivies d'effet.

Cette commission faciliterait l'instauration d'un climat plus favorable à la communication au sein de l'établissement et servirait de relais à la réalisation de notre projet d'animation. Par ces fonctions restreintes, sa composition différente, elle n'empiétera pas sur le rôle du Conseil à la Vie Sociale mais favorisera au contraire la diffusion des informations.

Un autre outil pourrait également être développé à la résidence avec pour fil conducteur le souci de favoriser un accompagnement au plus près des besoins de la personne mais cette fois de manière individuelle : une fiche sociale.

3.2.3 Un support au projet individuel du résident

Cette proposition fait suite à une constatation lors d'un stage dans une structure accueillant des personnes âgées. Pour l'ensemble des résidents, seuls étaient connus l'âge, le niveau de dépendance et l'origine géographique. Cela m'a semblé insuffisant pour avoir une connaissance des personnes que l'on accompagne et notamment pour organiser des activités adaptées.

A Lancelot, il existe d'une part un dossier de soins à l'infirmerie, d'autre part des renseignements administratifs dans le bureau de l'adjointe de direction. Nous pourrions donc créer un dossier accessible au personnel, regroupant les renseignements médicaux essentiels facilitant la prise en charge et pouvant expliquer certains comportements tel que par exemple les débuts d'une atteinte de la maladie d'ALZHEIMER, auquel serait ajouté un nouveau document intitulé fiche sociale.

Celle-ci s'inscrit parmi les thèmes de réflexion des groupes de travail. Les orientations en seront les suivantes.

La fiche sociale sera constituée dès l'arrivée de la personne dans l'établissement avec des données fournies par l'utilisateur lui-même et sa famille. Ensuite, ce document sera complété à chaque fois qu'une information nouvelle sera connue concernant le résident pour ne pas s'appuyer sur une histoire figée mais au contraire, en tenant compte de l'évolution de son état et de son environnement. Très concrètement, il contiendra des informations sur la biographie, les événements importants, les habitudes de vie, les goûts, l'entourage de la personne. Une fiche récapitulative des participations du résident aux activités y sera jointe. Ces documents auront un intérêt à la fois individuel et collectif.

Ainsi, ils permettront d'adapter les animations aux demandes particulières de chacun mais également de recenser de façon générale les caractéristiques communes de la population accueillie. Ils seront alors un support à la mise en œuvre des activités du projet d'animation. En effet, ces dernières, au moins pour certaines d'entre elles, diffèrent dans leur contenu en fonction des personnes à qui elles s'adressent. De plus, comme je l'ai constaté au cours de mes stages et mes rencontres, les activités qui suscitent davantage l'adhésion des personnes âgées sont celles reposant sur leur histoire et leurs traditions.

Ces documents auront un intérêt au-delà du projet d'animation car ils s'intégreront dans un dossier complet. La constitution d'un tel dossier sera un moyen de montrer la spécificité de chaque résident par rapport à un fonctionnement institutionnel et collectif. Il permettra une approche plus globale de la personne pour comprendre ce qui fait que celle-ci est aujourd'hui en difficulté par rapport à hier, et savoir ce qui peut la motiver pour sortir de cette période difficile. Nos actions vont alors prendre du sens grâce aux connaissances acquises.

Dans ce même objectif, ce dossier servira de support lors de la réunion bimensuelle avec le psychiatre pour évoquer le cas de certains résidents.

Il aura une utilité pour le personnel car il facilitera les transmissions entre les membres de l'équipe et plus encore pour les salariés nouvellement embauchés ou ceux qui ont été absents pendant une période plus ou moins longue. Ce dossier sera présenté comme une démarche professionnelle en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge, d'adapter et de personnaliser les actions auprès des résidents. Il sera construit par les groupes de travail pour déterminer sa forme (fiche, cahier, ...), ses modalités de remplissage, sa communication et ses modes d'utilisation. Le fait de le formaliser de cette manière permettra aux membres de l'équipe de se l'approprier. Imposé tel quel, il risque d'être perçu comme un travail supplémentaire sans intérêt. Si les personnels le construisent eux-mêmes, ils seront d'autant plus soucieux de son fonctionnement. Ce dossier demandera une certaine rigueur car il devra être en élaboration permanente et réactualisé systématiquement. Cette démarche impliquera des efforts et du temps car l'utilisation de l'écrit n'est pas une pratique facilement acceptée.

Cet outil est intéressant car il nous permet d'ouvrir sur la perspective du projet individuel du résident. Il sera un moyen pour définir avec lui les objectifs et l'accompagnement que nous allons instaurer pour répondre à ses attentes.

J'ai exposé un certain nombre de priorités à mettre en œuvre dans la structure, à la fois pour faire vivre le projet d'animation et pour favoriser la qualité de l'accueil des personnes âgées. Cependant, les solutions proposées restent à compléter à l'égard du personnel.

Il convient donc de définir un certain nombre d'actions envers cette équipe qui constitue la dynamique de l'établissement. En effet, comme l'expriment les auteurs de l'ouvrage « Le métier de directeur »⁶⁸ :

« Seul, le dirigeant ne peut rien. Il n'est qu'un clown triste devant un parterre de spectateurs. »

3.3 Des outils de gestion des ressources humaines

Si la démarche de mise en œuvre du projet d'animation a permis d'enclencher la mobilisation et la cohésion de l'équipe grâce à un travail de groupe et à la participation directe aux activités, elle n'est qu'un premier pas et demande à être développée et pérennisée ; pourquoi pas par une organisation instituée ?

3.3.1 Des temps de rencontre

Je pense que la circulation de l'information, les échanges sont des vecteurs de dynamisation et d'implication de l'équipe, indispensables dans un établissement. Comme il en est fait état dans l'ouvrage de P. LEFEVRE⁶⁹, « Une information de qualité est un vecteur de bonne communication. Elle ouvre sur la compréhension des stratégies, des décisions, des choix ou des perspectives élaborées par la direction. Elle évite le sentiment de ne pas avoir été pris en compte et d'être mis devant le fait accompli. Tout acteur ou service sera d'autant plus opposé à telle ou telle orientation ou décision qu'il aura été écarté de l'information continue. »

A cet effet, je souhaite augmenter le temps de réunion et l'organiser de manière différente. Une instance appelée groupe référent viendra se substituer aux rencontres actuelles avec le personnel qui ont lieu une fois tous les deux mois. Son rôle sera la transmission des informations mais pas seulement. Elle se réunira toutes les semaines pendant une demi-heure seulement. Il me semble important de prévoir une grande régularité pour ces réunions mais sur un temps suffisamment court pour qu'elles soient efficaces et n'empiètent pas sur le fonctionnement de l'établissement.

Pour cela, elles seront organisées avec un ordre du jour défini préalablement. Ce cadre n'empêchera pas pour autant une proximité relationnelle propice à l'échange et

⁶⁸ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET.JB. *Le métier de directeur*. Rennes : ENSP, 2001. p126.

⁶⁹ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 2004 p 272.

l'émergence de nouvelles idées. Je souhaite développer un collectif de travail toujours en mouvement pour faire émerger un climat facilitant les rapports avec les résidents et la satisfaction dans l'activité.

Cette instance sera composée d'une dizaine de personnes. Chacune sera désignée référente d'un thème spécifique (à titre d'exemple, les thèmes pourront être les suivants : restauration, hygiène, sécurité, aménagement des locaux, familles, bénévoles, dossier social, accueil résident...). Toutes les catégories professionnelles seront représentées.

La fonction de chaque référent sera alors de réfléchir, d'échanger avec ses collègues et de faire ensuite des propositions au cours de la réunion. A cette instance, participera systématiquement un membre de l'équipe de direction. Au bout d'une année, les référents laisseront leur place à d'autres membres de l'équipe afin que tout le monde puisse participer.

L'élément fondamental de ce groupe sera basé sur une délégation de tâches aux membres de l'équipe. Mon souhait est de responsabiliser au maximum les salariés, de les impliquer dans le fonctionnement de l'établissement. Le fait de déléguer devrait favoriser l'investissement des salariés. C'est une façon de répondre à l'une des difficultés évoquées par certains membres du personnel à savoir une non reconnaissance.

Le fait de déléguer n'est pas une manière de se «décharger » sur les référents. C'est au contraire associer les salariés, travailler en équipe, utiliser la créativité et l'expérience. J.M. MIRAMON, D. COUET et J.B. PATURET⁷⁰ écrivent à ce propos : « Assumer le pouvoir,(...) c'est exercer pleinement une autorité qui permette de rassembler des énergies, qui amène les gens à choisir de vivre une expérience professionnelle ensemble. »

Par ailleurs, délégation ne signifie pas pour autant absence de décision, bien au contraire. Cette réunion sera l'occasion de recueillir des propositions ; mais ensuite, ce sera bien le rôle du directeur ou de l'équipe de direction de trancher en faveur d'une orientation ou d'une autre, même si la décision s'accompagne d'explications sur les tenants et les aboutissants de notre choix.

Cette instance de participation n'est donc pas là pour gommer les rapports hiérarchiques et créer des liens qui n'auraient rien à voir avec un milieu professionnel. Il convient de trouver un équilibre pour permettre à chacun de s'exprimer.

Ce projet demandera un certain temps pour que les personnels puissent s'investir en toute confiance. Tous ne seront pas prêts à le faire. Toutefois, je me réfère pour ce projet aux facteurs de mobilisation des personnels à leur travail développés précédemment.

⁷⁰ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. op.cit., p 105.

Parmi ces facteurs, figurent le goût des responsabilités, le besoin d'accomplissement et de reconnaissance. En fonction de ceux-ci, l'investissement de certains se fera de lui-même, pour d'autres, il sera peut-être nécessaire de le stimuler quelque peu.

Cette instance peut également aider à vivre les difficultés relatives à l'exercice en secteur gériatrique. Cependant, ce n'est pas son objectif principal et pour cela, je souhaite introduire des outils spécifiques.

3.3.2 Une possibilité de mise à distance

Il existe actuellement à la résidence Lancelot une rencontre avec un psychiatre instituée une fois tous les quinze jours depuis un an où est abordée la situation de certains résidents. Si elle permet de livrer des problèmes vécus par le personnel, cela est insuffisant compte tenu des difficultés psychologiques que j'ai abordé en deuxième partie. L'équipe ne dispose pas véritablement d'un lieu où s'exprimer et obtenir un soutien. La réflexion sur sa pratique, des échanges avec d'autres, le retour d'un professionnel sont pourtant, à mon avis, importants et peuvent s'articuler grâce à trois propositions qui figurent dans l'arrêté du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

La première, la plus coutumière, est la formation. Depuis que les caractéristiques de la population évoluent à Lancelot, les demandes de formation du personnel sont devenues récurrentes. La plupart concernent une meilleure compréhension de la personne âgée et un soutien dans l'évolution de la prise en charge. Dans le cadre de la convention tripartite signée en 2002, figurent dans le plan de formation du personnel, les thèmes suivants :

- mieux connaître et comprendre la personne âgée
- l'accompagnement de fin de vie

Ainsi, dans un délai de trois ans, l'équipe existante devrait être formée. Des sessions seront ensuite organisées régulièrement pour les personnes nouvellement embauchées.

Cependant, une formation non prévue dans le plan serait, à mon avis, indispensable compte tenu de la difficulté rencontrée pour ce poste. Il s'agit de celle de l'infirmière référente. Des formations propres à cette nouvelle fonction existent et faciliteraient son positionnement au sein de l'équipe.

La formation est d'une manière générale une manière d'acquérir de nouveaux savoirs, une certaine technicité ; c'est aussi un facteur de remise en question. Elle crée des occasions de relations nouvelles et d'échanges. Elle permettra de poursuivre la réflexion engagée lors des groupes de travail sur la fonction de notre institution et la place de la

personne âgée. Le retour d'une formation pourra être aussi le moment opportun pour en évaluer l'intérêt, en entretien avec le salarié.

Ces bilans et les répercussions sur la qualité de la prise en charge permettront de rendre compte aux autorités de tarification du bien fondé du financement de ces actions.

Parallèlement à ce plan de formation, il serait intéressant de négocier la possibilité d'échanges de lieux de travail. La Mutualité de l'Ardèche dispose en effet de huit établissements dans le département. Pourquoi ne pas proposer aux salariés, lorsque ceux-ci sont volontaires, de passer deux jours, voire plus, dans un autre établissement, sachant que les échanges seraient réciproques entre les structures ? Là encore, la possibilité de rencontrer d'autres collègues, de « voir ce qui se passe ailleurs » est intéressante.

A charge ensuite pour l'équipe de direction d'accepter d'entendre une possible remise en question du fonctionnement de l'établissement et de formaliser les propositions qui s'avèrent pertinentes et réalisables.

Afin de compléter ces deux propositions de formation et d'échanges de lieux de travail, j'en formulerai une troisième: celle de la création d'un groupe d'analyse de la pratique. Face à la souffrance des personnels, je souhaiterais organiser des groupes de parole encadrés par un psychologue. Ils seront des moments d'écoute privilégiés des employés pour apporter un éclairage sur des situations difficiles vécues au quotidien. En effet, nul ne peut rester placide face au grand âge, à la dépendance et à la mort. Par conséquent, il est normal que les personnels, directeur compris, éprouvent des émotions et aient parfois du mal à les dépasser. C. BADEY RODRIGUEZ ⁷¹ écrit notamment à ce sujet :

« Nous sommes des êtres humains au service d'autres êtres humains. Ne rien ressentir ferait de nous des robots accomplissant notre travail dans la routine et effectuant des tâches déshumanisées. »

Il est important de pouvoir exprimer ce que l'on ressent ; la colère, l'angoisse, la peine ou encore la peur. Ce groupe offrira à l'équipe la possibilité de prendre du recul face à ses propres réactions pour rester disponible et travailler dans la durée.

Reste à envisager la mise en œuvre concrète de cette intervention. Elle pourrait se réaliser une fois tous les quinze jours, en alternance avec l'intervention du psychiatre, pour ne pas alourdir considérablement les temps de réunion.

⁷¹ BADEY-RODRIGUEZ C. Psychologue en maison de retraite. *Gérontologie et société*, mars 2003, n°104, p 70.

Comme je l'ai fait pour les autres projets, j'ai présenté cette proposition auprès de la DDASS et du Conseil Général du département. Ce groupe d'analyse de la pratique n'était pas susceptible de recevoir une approbation car ne concernant pas directement les résidents.

Il est toutefois possible de solliciter d'autres financeurs. La Fondation de France soutient et encourage les réflexions et les actions de ce type. Elle octroie des aides financières pour des programmes spécifiques de formation et de soutien des équipes professionnelles et bénévoles auprès des personnes âgées dépendantes.

L'existence de ces sources de financement est particulièrement intéressante car les temps de formation et de rencontre sont des éléments gratifiants pour une équipe, capables de faciliter des remises en question et l'adaptation aux évolutions.

Au-delà de ces atouts, la gestion du personnel s'accompagne aussi d'un certain nombre d'outils techniques.

3.3.3 Une formalisation des pratiques et l'évaluation globale des propositions

Comme je l'ai noté, l'équipe de la résidence Lancelot a fortement augmenté en nombre. Par conséquent, le mode de gestion est, à mon sens, à adapter. Il convient de trouver des solutions de coordination formelle, notamment entre les AMP et les aides-soignantes. A titre d'exemple, si nous nous référons aux temps de la toilette vécus difficilement par deux ou trois résidents qui la refusent systématiquement, les AMP pourraient s'occuper de ces résidents, prendre plus de temps avec eux, soulageant ainsi leurs collègues aides-soignantes. Ce mode de fonctionnement serait préalablement discuté en équipe.

Pour aller plus loin dans l'adaptation du mode de gestion des ressources humaines, il convient de revoir l'organigramme puis les fiches de postes. Ces dernières vont être réactualisées pour appréhender la répartition exacte des tâches de chacun. Ce travail sera réalisé par les salariés eux-mêmes occupant les postes de travail. A partir de ces données, je pourrai établir une fiche de poste type qui sera remise à chaque nouvelle personne embauchée dans l'établissement.

A propos du recrutement de nouveaux agents, je pense souhaitable de créer un protocole d'accueil. Il est effectivement difficile pour une personne nouvellement embauchée d'effectuer un travail efficace dès son arrivée dans une équipe et un établissement qu'elle ne connaît pas. Pour cela, le nouveau salarié recevra le jour de son arrivée les informations écrites concernant l'établissement : plan, organigramme, livret d'accueil,

règlement intérieur, projet d'établissement, organisation des réunions...). Il sera informé de ses attributions, de sa place dans le service et présenté aux autres salariés. Il appartient aussi à la directrice ou à son adjointe de répondre à ses questions. Afin de favoriser la meilleure intégration possible et une plus grande qualité de travail, ce nouveau salarié pourra fonctionner en doublure quelques jours en fonction du poste occupé et de son expérience antérieure. Nous vérifierons ensuite son adaptation au sein de la structure.

Ces outils me semblent prioritaires dans le cadre de l'évolution de l'établissement. A ceux-ci, j'associerai des indicateurs d'évaluation. Nous vérifierons si les résultats obtenus correspondent aux objectifs fixés en équipe de direction grâce à un tableau de bord mentionnant le taux d'absentéisme du personnel, le nombre d'arrêts maladie et de départs de l'établissement. Je prendrai également en compte l'entretien annuel d'évaluation au regard des réflexions de chaque salarié, de ses souhaits et de la réalisation des objectifs établis précédemment. Enfin, le bon fonctionnement de l'équipe pourra être appréhendé au moyen de la transmission des informations entre ses membres, le climat général, la motivation et l'adaptabilité des salariés.

L'ensemble des propositions décrites sera mis en place progressivement. C'est une tâche ardue dans laquelle la réalisation du projet d'animation et sa mise en œuvre ont leur place. Rappelons toutefois que si l'animation est aujourd'hui incontournable dans la fonction de direction d'un EHPAD, elle ne représente qu'une moindre partie des tâches liées à celle-ci.

Sans ignorer la difficulté inhérente à toute nouveauté, sans rêver d'une équipe idéale pas plus qu'à des outils extraordinaires, j'ai proposé, en tant que directrice des solutions qui me semblent réalisables tout en sachant qu'il faudra les adapter en fonction du terrain et du vécu. Dans toute structure, quelle que soit sa population, l'organisation est toujours à reconsidérer car, comme le souligne Geneviève LAROQUE⁷², « Peut-être que la marche est une suite de chutes évitées et que la qualité institutionnelle est une suite de désordres canalisés. »

⁷² Cité par BADEY RODRIGUEZ C. op.cit., p 242.

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir, l'apparition de la notion d'animation dans les établissements recevant des personnes âgées est récente. Elle s'est peu à peu imposée, au fur et à mesure de l'évolution de l'accueil en institution des personnes qui, pour diverses raisons, ne peuvent plus rester à leur domicile. En effet, nous sommes passés de structures, asiles et hospices, où les inadaptés, les déments, les vieillards étaient relégués dans des salles communes sans souci des particularités et des besoins autres que le gîte et le couvert, à une politique sociale où tous les efforts en faveur de l'amélioration de la qualité de vie des personnes reçues sont engagés. Nous sommes loin aujourd'hui de l'aide aux pauvres qui a été la première manifestation de cette politique.

A l'origine de cette évolution, le rapport LAROQUE, comme tous ceux qui ont suivi, a permis de sortir de la logique d'assistance des actions antérieures et de développer une véritable intervention de l'État en faveur de la vieillesse. Cette intervention, compte tenu de mutations démographiques, sociologiques et de contraintes économiques s'est recentrée autour des personnes âgées dépendantes. Pour répondre aux besoins de ces dernières, un autre tournant de l'histoire des politiques de la vieillesse a alors été marqué par la réforme de la tarification. Celle-ci a introduit un certain nombre de transformations dans les établissements, parmi lesquelles l'arrivée importante de personnels soignants face à l'augmentation de la perte d'autonomie et l'existence de pathologies lourdes. Compte tenu de ces éléments, se pose plus que jamais la nécessité de préserver un équilibre entre lieu de vie et lieu de soins.

Le projet d'animation est un moyen pour maintenir cet équilibre. En effet, au cours de nos réflexions, nous avons vu que l'animation, perçue comme une démarche et non une fin en soi, peut contribuer à la qualité de vie. Associée à des outils de gestion des ressources humaines, elle peut être aussi un support pour rétablir la cohésion de l'équipe en place.

Destinée fondamentalement aux résidents, l'animation ne peut faire l'objet d'une approche uniforme tant ses objectifs, ses supports sont larges et tant elle est marquée par les personnalités très différentes des résidents. Elle sera au cœur de deux dimensions, collective et individuelle, pour répondre au mieux aux attentes de la personne âgée dans l'établissement. Elle s'imbriquera au sein d'une prise en charge globale, offrant à la fois l'hébergement, la restauration, les soins, l'accès à une vie sociale chaleureuse, générant un élan, impulsant des mouvements de rencontres, d'échanges entre tous les acteurs de la structure.

Certes, les contraintes financières, les effectifs insuffisants constituent des limites à nos projets. Cependant, l'équipe est riche d'expériences, de savoir-faire et de créativité ; qualités propices à l'engagement de nos actions.

Mais si l'on se réfère aux propos de G. LAROQUE⁷³, l'animation va encore au-delà du rôle que nous lui attribuons dans ce mémoire puisqu'elle affirme :

« Les professions relatives à l'animation sont profondément et essentiellement subversives : elles subvertissent la vie quotidienne car elles cherchent à ranimer le désir au détriment de la résignation, de l'acceptation sans réflexion ; elle subvertissent l'organisation car elles y introduisent, même avec prudence, un des grains de désordre de la spontanéité, elles subvertissent elles-mêmes en se voulant force de proposition et de choix mais sans force de contrainte. »

Si cette phrase, quelque peu différente des écrits habituels sur le sujet, peut être source d'inquiétude pour un directeur, elle est aussi stimulante car elle suscite une réflexion et suppose une éventuelle remise en question des pratiques. Les potentialités développées par l'auteur ne peuvent alors qu'encourager un responsable d'établissement à développer un projet d'animation qui mettra également en lumière toute la richesse des personnes âgées.

Celles-ci témoignent de nos racines et de notre histoire en nous inscrivant dans un autre rapport au temps. Sachons les écouter et, forts de leur expérience et de leur sagesse, dépassons nos peurs ancestrales de la vieillesse et de la mort pour connaître ce que A. GONNET⁷⁴ appelle « un vieil art à redécouvrir : l'art de vivre. »

⁷³ LAROQUE G. Editorial. L'animation en institution, *Gérontologie et société*, n° 96.

⁷⁴ cité par CHAMVERT P. L'animation : enjeu de l'évolution des établissements pour personnes âgées. *Gérontologie et société*, mars 2001, n° 96, p 138.

Bibliographie

Ouvrages

- ARGOUD D., PUIJALON B. *La parole des vieux : enjeux-analyse-pratiques*. Paris : Dunod, 1999. 240 p.
- BADEY-RODRIGUEZ C. *La Vie en maison de retraite : Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Paris : Albin Michel, 2003. 256 p.
- BONNET C. *Réussir des projets*. Lyon : Chronique Sociale 1998. 127 p.
- CARRE E., LABRUFFE A. *100 questions pour comprendre et agir. Le management*. Saint Denis La Plaine : AFNOR, 2004. 264 p.
- DELNATTE J., HARDY J.P. *La réforme financière des EHPAD*. Rennes : ENSP, 2002. 215 p.
- Fondation Nationale de Gérontologie, *Les pratiques culturelles des personnes âgées*, Paris : La Documentation Française, 1993, 143 p.
- FORCET J.Y., BAZELLE M.L. *Sortir la personne âgée de son isolement : le rôle de l'institution (re)socialisante*. Paris : Frison Roche, 1999. 202 p.
- GARANT M. *Manuel du responsable d'institution*. Lyon : Chronique sociale, 1996. 98 p.
- GUISSSET M.J., VEYSSET B. *Grand âge, dépendance et lieu de vie*. Paris : Fondation de France, 1990. 83 p.
- HENRARD J.C., ANKRI J. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : ENSP, 2003. 277 p.
- HERFRAY C. *La vieillesse : une interprétation psychanalytique*. Paris : Desclée de Brouwer, 1988. 227 p.
- HERVY B. *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003. 159 p.
- LEVET-GAUTRAT M., FONTAINE A. *Gérontologie sociale*. Paris : PUF, 1987. 128 p.
- LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 2004. 272 p.
- MIRAMON J.M., COUET D., PATURET JB. *Le métier de directeur*. Rennes : ENSP, 2001. 264 p.
- PERRON M. *Communiquer avec des personnes âgées : La clef des sens*. Lyon : Chronique sociale, 2000. 157 p.
- PICHAUD C., THAREAU I. *Vivre avec des personnes âgées à domicile ou en établissement*. Lyon : Chronique sociale, 1998. 202 p.
- SEBAG-LANOË R. *Soigner le grand âge*. Paris : Desclée de Brouwer, 1992. 219 p.

- THEVENET M. *Le plaisir de travailler*. Paris : Editions d'Organisation, 2003. 269 p.
- VERCAUTEREN R., HERVY B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*. Ramonville : Erès, 2002. 231 p.
- VERCAUTEREN R., CHAPELEAU J. *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*. Toulouse : Eres, 1995. 168 p.
- VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F. *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques du projet de vie*. Toulouse : Eres, 1999. 271 p.
- VEYSSET B. DEREMBLE J.P. *Dépendance et vieillissement*. Paris : L'Harmattan, 1989.171 p.

Périodiques

- BADEY-RODRIGUEZ C. Psychologue en maison de retraite : une fonction au cœur des enjeux relationnels. *Gérontologie et société*, mars 2003, n°104, pp. 69-79.
- COLIN C. L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gérontologie et société*, septembre 2001, n°98, pp. 37-45.
- FORETTE F. Anatomie et physiologie du vieillissement. *Gérontologie et société*, 1986, n°38.
- LABOREL B. Concepts liés à l'animation. *Doc'Animation en gérontologie*, avril-juin 2004, n°3, pp.17-21.
- L'animation en institution. *Gérontologie et société*, mars 2001, n°96, 199 p.
- MESSY J. Besoin-Désir-Attente. *Gestions hospitalières*, novembre 1993, n°330, pp. 650-655.
- MONFORT JC. Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gérontologie et société*, novembre 1993, n°98, pp. 159-196.
- REBOUL H. Le journal d'établissement. *Gérontologie et société*, septembre 2003, n°106, pp. 201-209.
- VERCAUTEREN R. La récré-activité : construction d'un nouveau concept d'animation en établissements pour personnes âgées. *Gérontologie et société*, n° 96, mars 2001, pp. 111-124.

Liste des annexes

1. Questionnaire personnel
2. Questionnaire note de synthèse
3. Grille AGGIR
4. Les 6 groupes iso-ressources
5. Référentiel qualité sur la prise en charge en EHPAD
6. Le contenu de la convention tripartite de la Résidence Lancelot
7. Médecin coordinateur : missions, fonctions et compétence professionnelle
8. Pyramide de MASLOW
9. Modèles identitaires au travail
10. Fiche de poste de l'animateur
11. Charte des personnes âgées dépendantes
12. Charte professionnelle des animateurs et des animations en gérontologie
13. Charte de la personne accueillie
14. Récapitulatif de l'ensemble des propositions : fiches de projet

ANNEXE 1

Le 26/11/03

QUESTIONNAIRE

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL :

Poste actuel :

Ancienneté :

Temps de travail, horaires :

Emplois occupés précédemment :

-dans l'établissement

-hors de l'établissement

Formation initiale :

Formation continue :

ORGANISATION DU TRAVAIL :

Description du poste :

Points positifs

Points négatifs

Suggestions

Charges de travail :

Points positifs

Points négatifs

Suggestions

Organisation du planning

Autonomie- responsabilité

Conditions de travail :

matérielles, psychologiques...

Relations de travail :

Avec les autres membres du groupe, les résidents, la direction...

Connaissez-vous le contenu de la convention tripartite signée entre la résidence, la DDASS et le Conseil Général ?

Y avez vous été associé ?

Quelles sont pour vous les conséquences de cette transformation ?

- sur votre pratique
- sur l'équipe
- sur la population
- sur l'établissement

ANIMATION

Que pensez-vous de l'animation en général et dans votre établissement ?

Souhaiteriez-vous pratiquer vous-même des activités auprès des résidents ?

Si oui lesquelles, comment ?

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

Juin 2003

Descriptif de l'établissement :

Type :

Associatif, hospitalier, mutualiste, privé

Disposez-vous d'un accueil de jour, temporaire ?

Projets en cours ?

Personnel :

Répartition par catégorie(ETP):

Ancienneté moyenne.

Résidents :

Nombre de personnes accueillies :

Répartition hommes femmes :

Age moyen :

Age moyen d'entrée à l'établissement :

Origine sociale :

citadine :

rurale :

Environnement familial :

Enfants :

Frères et sœurs :

Autre :

GMP :

Répartition des GIR :

Pathologies prédominantes :

Modalités d'admission :

Visite préalable, fiche de renseignements sur la personne accueillie..

Existe-il un service pour les personnes désorientées?

Conditions d'admission :

L'établissement est-il signataire d'une convention tripartite ?

Quand, comment s'est déroulé la démarche ?

La signature de la convention a-t-elle modifié la situation ?

moyens supplémentaires, difficultés particulières...

Animation :

Existe-il des activités d'animation ?

Si oui, lesquelles ?

Lieux, horaires ?

Par qui sont-elles réalisées ?

personnel, animateur, CES, bénévoles...

Existe-t-il des activités individuelles, des animations particulières pour les personnes âgées grabataires, pour les personnes désorientées ?

Comment cette animation est-elle organisée ?

réunion d'équipe, décision de la direction...

Comment est-elle évaluée ?

L'animation figure-t-elle dans le projet d'établissement ?

Participez-vous à l'opération culture bleue ?

Les personnes âgées participent-elles volontiers ?

données chiffrées

Comment s'inscrivent-elles ?

Les familles peuvent-elles participer à des actions organisées à l'établissement pour les résidents ?

Quelles sont les difficultés rencontrées pour la mise en place de cette animation ?
Manque de personnel, manque de moyens financiers, réticence du personnel, état de dépendance des personnes...

Initiative du personnel.

Comment vit-il l'animation ?

Les animations ont-elles modifiées les relations au sein de l'établissement ?

Avec l'extérieur ?

ANNEXE 3

LA GRILLE NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE AGIR (AUTONOMIE, GÉRONTOLOGIE, GROUPES ISO-RESSOURCES)

Variables discriminantes		Réponse ABC
1	Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée	
2	Orientation ; se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	Toilette : concerne l'hygiène corporelle	
4	Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
5	Alimentation : manger les aliments préparés	
6	Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
7	Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	Déplacement à l'intérieur avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9	Déplacement à l'extérieur à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...	

Variables illustratives		Réponse ABC
11	Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, des biens	
12	Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport	
15	Achats : acquisition directe ou par correspondance	
16	Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	Activités de temps libre : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps	

A : fait seul totalement, habituellement correctement.

B : fait partiellement.

C : ne fait pas.

Source : VEYSSET-PIUJALON B., HENRARD J.C. Les personnes âgées et la dépendance, *La protection sociale en France*, Paris : La documentation française, p 26.

ANNEXE 4

L'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE

LES SIX GROUPES ISO-RESSOURCES

GIR 1 : déments grabataires

GIR 2 : grabataires lucides ou déments déambulants

GIR 3 : personnes lucides mais dépendantes au niveau locomoteur

GIR 4 : aides ponctuelles aux repas et lors des transferts

GIR 5 : aides à la toilette, au ménage, aux repas (aides ménagères)

GIR 6 : autonomie dans les actes quotidiens

Source : Guide de la réforme sur les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, CRAM Aquitaine / SMAM / CPAM / CRACA / ARAMSA / URCAM Aquitaine, Décembre 2003, fiche n°6.

ANNEXE 5

RÉFÉRENTIEL QUALITÉ SUR LA PRISE EN CHARGE EN EHPAD

Ces recommandations ne constituent pas à proprement parler des normes de fonctionnement. Celles-ci, structurées autour de quatre thématiques, constituent une base de négociation dans le cadre de la convention tripartite et laissent une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement.

LA QUALITÉ DE VIE DES RÉSIDENTS

Respect du rythme de vie et maintien des repères

Indicateurs

Les repas :

Qualité nutritive

Temps suffisant pour permettre aux résidents de s'alimenter de façon autonome. Respect des habitudes antérieures. Amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner inférieure à 12 heures

Participation aux activités mises en place en fonction des souhaits des résidents

Indicateurs

Modalités d'organisation de l'animation (activités à date fixe ou variable, sur la base du volontariat ou imposées, personnel affecté ...)

Participation à la vie quotidienne de l'établissement (confection des repas, vaisselle)

Mise en place d'ateliers au sein de la structure (ateliers créatifs, pédagogiques, à visée thérapeutique, activités physiques...)

Organisation de sorties à l'extérieur (promenades, sorties au marché, au cinéma, avec la famille, des bénévoles...)

Prise en charge adaptée à l'état de santé du résident

Indicateurs

La stimulation des fonctions cognitives des résidents présentant une détérioration intellectuelle

Mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident concerné

Ateliers et activités spécifiques

Temps de toilette et d'habillage

La prise en charge de l'incontinence

Nombre de toilettes

Accompagnement aux toilettes et /ou rééducation

Modalités de recours aux systèmes absorbants et nombre de personnes en bénéficiant.

La prévention et le traitement de la douleur

Modalités de prise en charge (traitement, évaluation)

Formation du personnel sur ce thème

Le traitement des escarres

Nombre de résidents atteints d'escarres

Nombre de résidents grabataires

Nombre et cause de ces escarres

Nature des traitements mis en œuvre

La prise en charge de la fin de vie

Modalités de prise en charge

Nombre de décès par an dans l'institution

Nombre de personnes en fin de vie transférées dans une autre structure

Formation du personnel sur ce thème

Adaptation des espaces architecturaux afin qu'ils constituent un lieu de vie pour les personnes dépendantes (permettant à la fois de préserver leur intimité et le maintien du lien social dans la structure et avec leur famille) et un lieu de prévention et de soins.

Concernant les espaces privés : Possibilité pour les résidents de personnaliser leur lieu de vie et recevoir leurs proches.

Les chambres à deux lits doivent représenter 5 à 10 % de la capacité totale en chambres

Les chambres occupées par plus de 2 personnes doivent être supprimées.

Superficie minimum des espaces privés

Ils comprennent toujours un cabinet de toilette (douche, lavabo, sanitaire) et le cas échéant, une kitchenette.

Pour les établissements neufs ou ayant bénéficié d'une rénovation importante :

18 à 22 m² pour un logement individuel

30 à 35 m² pour un logement à deux lits

Pour les autres établissements :

16 à 20 m² pour un logement individuel

22 à 25 m² lorsqu'il s'agit d'un logement à 2 lits

20 à 22 m² lorsqu'il s'agit d'un logement avec kitchenette

Concernant les espaces collectifs : Organisation de ces espaces pour favoriser les liens sociaux et améliorer le confort des résidents

Espaces de vie collective : lieux de restauration, de repos et de rencontre, d'activités et d'animation

Espaces de circulation (halls, couloirs, ascenseurs...) et signalétique adaptés

Le cas échéant, espaces de déambulation pour les personnes âgées démentes

Concernant les espaces spécifiques :

Espaces de soins médicaux et paramédicaux : salle de soins, cabinet médical, salle de kinésithérapie

Espaces de soins esthétiques (coiffure, etc...)

Concernant l'accessibilité : Application des normes relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées

Concernant la sécurité : production du dernier procès-verbal de la commission de sécurité incendie, prévention des chutes, organisation de la sécurité des biens

Concernant l'hygiène : Application de la réglementation en vigueur concernant la restauration collective et l'hôtellerie

LA QUALITÉ DES RELATIONS AVEC LES RÉSIDENTS ET LEUR PROCHES

Mise en œuvre du conseil d'établissement et diffusion de l'information sur sa composition et son fonctionnement

Désignation de référents médicaux et administratifs pour les familles

Définition de procédures permettant dès l'admission et pendant le séjour, d'informer le résident et sa famille sur les conditions d'hébergement et de prise en charge, lors du décès de garantir la dignité de la personne, de recueillir des avis et attentes des résidents et de leur famille, et d'échanger des informations entre les familles et le personnel

Sont réalisés et remis aux résidents : un livret d'accueil, un règlement intérieur, un contrat de séjour.

Mise en place d'un lieu de rencontre pour le résident et sa famille

Participation des familles et/ou de l'entourage à certaines activités

Définition des modalités d'un éventuel accompagnement psychologique des familles

LA QUALITÉ DES PERSONNELS

Définition de l'organisation générale du travail, du rôle de chacun des personnels dans un souci d'amélioration des conditions de travail

Existence d'un médecin coordonateur compétent en gérontologie

Existence d'une IDE référente constituant une personne ressource pour le personnel soignant

Mise en œuvre d'un programme de formation (formations qualifiantes et formations continues) pour l'ensemble du personnel

Développement du soutien psychologique du personnel (recours au secteur psychiatrique ou intervention d'un psychologue exerçant au sein de l'établissement)

L'INSCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT DANS UN RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE COMPORTANT DES SOINS COORDONNÉS

Mise en œuvre d'une convention avec un établissement de santé public ou privé au titre de la continuité des soins

Développement des complémentarités avec les acteurs sociaux et médico-sociaux locaux

Coopération avec les équipes de sectorisation psychiatrique

Promotion des actions de soutien à domicile (accueil de jour, de nuit, accueil de week-end, l'hébergement temporaire)

L'ensemble de ces éléments et les objectifs définis doivent être contenu dans le projet institutionnel qui comprend la formalisation :

- d'un projet de vie dans lequel sera intégré un projet architectural et un projet d'animation
- d'un projet de soins élaboré par l'équipe soignante

Source : Guide de la réforme sur les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, CRAM Aquitaine / SMAM / CPAM / CRACA / ARAMSA / URCAM Aquitaine, Décembre 2003, fiche n°5.

ANNEXE 6

LE CONTENU DE LA CONVENTION TRIPARTITE : LA RÉSIDENCE LANCELOT

POINTS FORTS, POINTS FAIBLES

LES POINTS FORTS	ANALYSE ET COMMUNICATION
Structure	Confort – accessibilité – localisation - évolution
Prise en charge de la dépendance	Personnel formé. Etude des besoins. Adaptation du planning et des méthodes.
Animation	Par l'ensemble du personnel - activités intégrées au planning
Participation des familles	Intégration dans la vie quotidienne. Participation, réunions, information. écoute, prise en compte des demandes, CE.
Participation des résidents	Réunion, information. Animation. CE

LES POINTS FAIBLES	ANALYSE ET COMMUNICATION
Formalisation des procédures en général	Nécessité de formaliser tout ce qui est déjà en place et fonctionne tant sur le plan des soins que de la dépendance et de l'animation
Projet individuel du résident	Avec projet de soins dès la signature de la convention avec la présence du médecin coordonnateur
Projet de soins	A établir avec le médecin coordonnateur
Prise en charge déficience mentale.	Pas de possibilité sans formation spécifique du personnel et sans travaux pour une structure adaptée.
Travail avec d'autres établissements	Pas de réseau gérontologique institué. Travail ponctuel. Nécessité de mise en place de ce réseau avec les instances tutélaires
Prise en charge «soins»	Budget insuffisant pour une globalité des soins adaptée

OBJECTIFS D'ÉVOLUTION

Objectif 1

Assurer un cadre de vie confortable, accueillant, convivial et sécurisant

- améliorer les procédures d'accueil et d'admission du résident
- respecter les droits et libertés du résident : enquête de satisfaction, diffusion élargie de la charte des droits et libertés
- améliorer la restauration : organisation d'un goûter, aide d'un diététicien

Objectif 2

Maintenir les liens sociaux, éviter l'isolement ou la coupure avec l'extérieur

- formaliser un projet d'animation validé par les différents acteurs de la maison et le diffuser
- développer la vie sociale et l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur : renforcer les rencontres intra et inter générations, organiser des sorties et des voyages en partenariat avec d'autres établissements, mettre en place un suivi de l'actualité
- permettre le développement de l'association des résidents

Objectif 3

Améliorer les prises en charge médicales et soignantes

- structurer la coordination médicale : élaboration et mise en œuvre d'un projet de soins, mettre en place un dossier médical type, intégrer le médecin coordonnateur à la vie de l'établissement
- renforcer la compétence médicale et paramédicale sur certaines prises en charge par la formation
- mettre en place une dynamique « démarche de soins individualisée »
- formaliser les protocoles et procédures pour des prises en charges spécifiques

Objectif 4 :

Maintien de l'autonomie et accompagnement de la dépendance

- formations : approche de la gérontologie, formations techniques
- aménagements techniques : éclairage, signalétique...
- aménagement d'un poste de nuit

Objectif 5 :

Développer les complémentarités avec les acteurs du réseau social

- conventionnement avec les plateaux techniques de soin
- relation avec les acteurs gérontologiques : municipalité, clubs rencontres, association de directeur d'établissement...

Objectif 6 :

Accueillir les personnes désorientées : création d'un accueil de jour

Objectif 7

Aménagement, mise aux normes techniques

- postes de soins-relais
- local de stockage des produits d'incontinence
- mise aux normes de la lingerie

ANNEXE 7

LE MÉDECIN COORDONNATEUR

Missions

Le médecin coordonnateur est le **garant d'une meilleure qualité de prise en charge gériatologique**.

Désigné par le directeur de l'établissement, éventuellement sur proposition des différents médecins intervenants dans l'institution, il est **l'interlocuteur médical** du directeur, des différentes administrations et des caisses d'assurance maladie.

Il coordonne (fonction pouvant être exercée dans plusieurs institutions) :

- les autres prestataires de soins externes à l'établissement (libéraux et établissements de santé, secteur psychiatrique, SSIAD...),
- met en place la permanence des soins, notamment la nuit et le week-end. Il peut participer à ce système de gardes et/ou astreintes, dans la mesure où il exerce une activité thérapeutique au sein de l'institution.

Il évalue :

l'adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné. Il peut être directement en charge des visites d'admission.

Il élabore

- le projet de soins qu'il met en œuvre avec le concours de l'équipe soignante et si possible des intervenants libéraux,
- le dossier médical d'admission (données sur le motif d'entrée/sortie, les pathologies, la dépendance, les différents comptes rendus d'hospitalisation, les mesures de prévention éventuelles mises en œuvre et leur évaluation),
- le dossier infirmier (avec l'équipe infirmière) qui contient notamment les grilles de dépendance utilisées,
- une liste type de médicaments (avec le pharmacien gérant) lorsque l'établissement est doté d'une pharmacie à usage intérieur,
- le rapport d'activité médicale annuel (données sur la dépendance, les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins, les motifs d'entrées et de sorties).

Il participe à la sensibilisation à la gériatologie :

des médecins généralistes ou spécialistes, de tous les personnels paramédicaux libéraux ou salariés.

Compétences

Compétence en gériatologie prenant en compte:

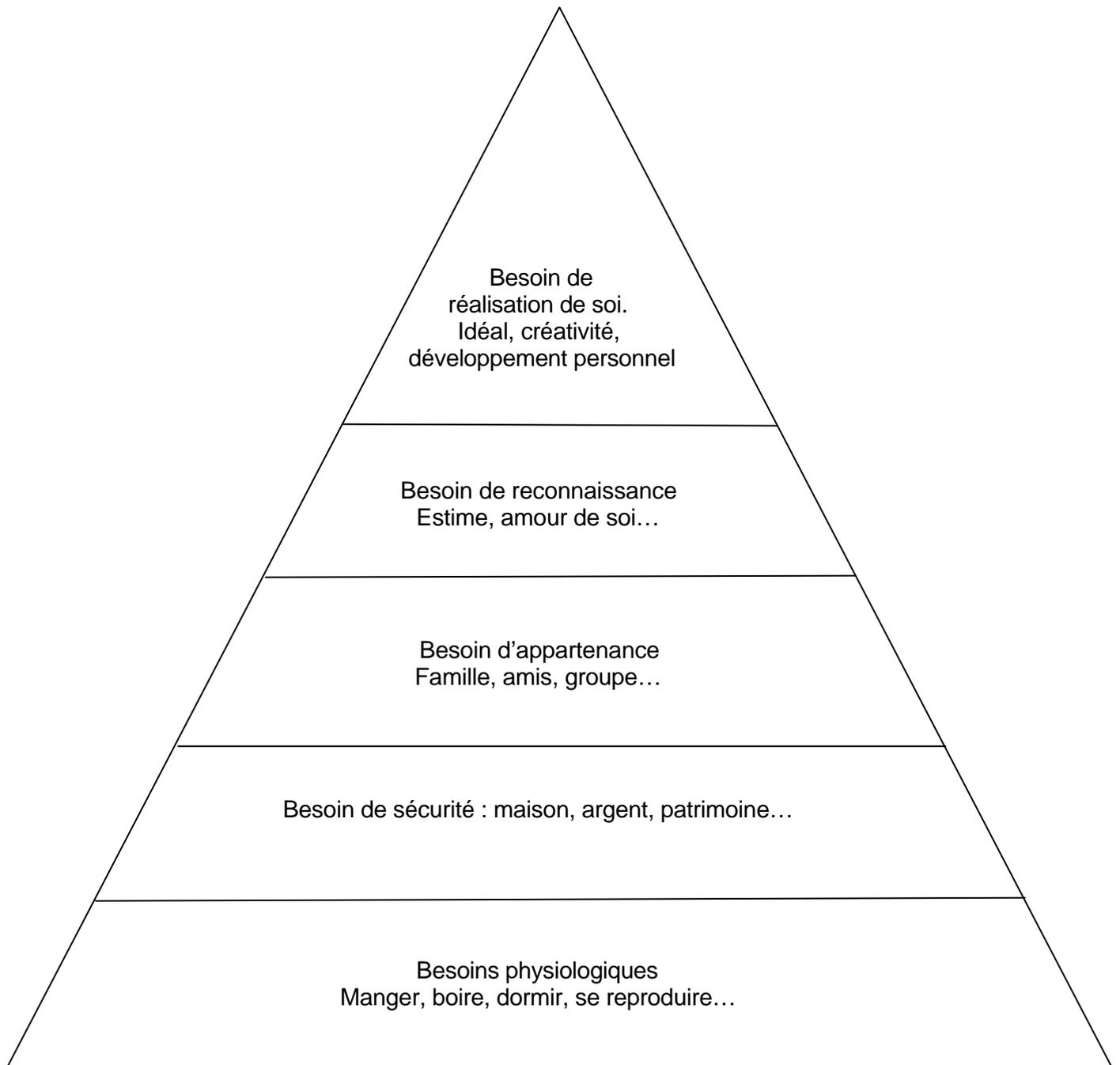
- la pratique professionnelle antérieure,
- la formation : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'Université ou capacité en gériatologie, DESC en Gériatrie.

Deux situations :

- soit le médecin répond aux critères requis lors de son recrutement,
- soit il s'engage à suivre une formation dans un délai de trois ans.

Source : Guide de la réforme sur les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, CRAM Aquitaine / SMAM / CPAM / CRACA / ARAMSA / URCAM Aquitaine, Décembre 2003, fiche n°7.

HIÉRARCHIE DES BESOINS SELON MASLOW



ANNEXE 9

LES MODELES IDENTITAIRES AU TRAVAIL

TYPE D'IDENTITÉ COLLECTIVE	VALEUR TRAVAIL	RELATIONS COLLEGUES	LÉGITIMATION DE L'AUTORITÉ	ESPACE D'IDENTIFICATION
<i>Réglementaire</i>	Relation instrumentale au travail Importance des conditions de travail et du statut	Faibles sociabilités Convivialité de surface	Gardien des règles Gestion de l'ambiance	La strate Le statut
<i>Communautaire</i>	Insertion dans un tissu relationnel Importance des traditions et de la solidarité	Dilution des relations fusionnelles	Porte- parole	L'entreprise comme une maison une famille
<i>Professionnelle</i>	Réalisation par le travail Qualité do travail Valorisation de l'apprentissage	Fortes sociabilités sur le mode de l'échange	Expert	La profession La spécialité technique
<i>Service Public</i>	Réalisation de soi par utilité sociale Equité, justice sociale	Fortes sociabilités de proximité	Gestion de l'autonomie et soutien technique	La société globale
<i>De mobilité</i>	Epanouissement à travers un projet personnel	Relations affinitaires	Animateur Décideur	La dynamique socio-professionnelle
<i>Entrepre-neuriale</i>	Réalisation de soi par le travail et l'intégration dans l'entreprise	Fortes sociabilités en interne et externe	Expert Gestion de l'autonomie	Le métier d'entreprise

Source : Cours de M. HAERINGER, ARAFDES Novembre 2003 FRANCFORT I., OSTY F., SAINSAULIEU R., UHALDE M. *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, DDB, 1995

ANNEXE 10

FICHE MÉTIER ANIMATEUR

Métier en émergence : évolution du contexte

Application de l'arrêté du 26 avril 1999 et par conséquent du cahier des charges y figurant.

Mission générale : Coordonner et mettre en place des actions d'animation dans le cadre du projet de l'USLD ou de l'EHPAD, développement de la vie sociale et socioculturelle.

Missions et activités

1. Définition de programmes d'actions d'animation en vue de développer la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes âgées :
 - réaliser, en lien avec l'équipe, l'évaluation des besoins et attentes des personnes âgées,
 - participer à l'élaboration du projet de vie de l'USLD/EHPAD et des projets de vie individuels,
 - décliner ces projets en programmes d'actions.
2. Coordination des actions mises en œuvre par les équipes et les partenaires autres qu'hospitaliers:
 - apporter un soutien méthodologique aux équipes pour la réalisation d'actions d'animation,
 - assurer la coordination des bénévoles, des associations, des représentants du culte...
3. Coordination et mise en œuvre des actions d'animation :
 - organiser des actions d'animation et en assurer la réalisation,
 - assurer la liaison avec les familles et les proches,
 - assurer le suivi des partenariats.
4. Évaluation de ces actions dans le cadre des projets de vie individuels :
 - définir les méthodes et mettre au point les outils d'évaluation,
 - réaliser l'évaluation et apporter les ajustements nécessaires.
5. Encadrement des stagiaires animateurs.

Modalités d'exercice

Liaisons hiérarchiques : le responsable de l'animation.

Relations fonctionnelles : l'encadrement et les équipes de l'USLD/EHPAD, les familles et les bénévoles, les associations et partenaires extérieurs.

Connaissances et aptitudes requises

a) Niveau de formation et qualifications requises

Brevet d'État d'animateur technicien de l'éducation populaire et de la jeunesse (BEATEP) et futur Brevet professionnel (BP).

b) Expérience professionnelle et connaissances requises

Sensibilisation au milieu hospitalier et à la gérontologie. Pratiques d'animation. Connaissance des dynamiques des groupes. Connaissance de la méthodologie des projets de vie.

Qualités requises

Qualités relationnelles et aptitudes à la relation d'aide.

Dynamisme.

Pragmatisme et capacité d'organisation.

Sociabilité et ouverture.

Capacité et appétence au travail en équipe pluriprofessionnelle.

Source : HERVY B. Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées.

Rennes : ENSP, 2003.159 p

ANNEXE 11

CHARTRE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE

(version d'avril 1999)

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement.

La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération des fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions mentales.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens.

Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences.

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

Article I : choix de vie

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

Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

Article II : domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle.

Lorsque le soutien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile.

Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie à domicile. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et avec ses proches. Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade.

Son confort moral et physique, sa qualité de vie doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil.

L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisée pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Article III : une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé, et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle.

La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile.

Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

Article IV: présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et de réseaux amicaux est indispensable aux personnes dépendantes.

Le rôle des familles, qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu.

Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches, notamment sur le plan psychologique.

Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles d'y suppléer.

Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

La vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut les respecter.

Article V : patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer, conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique.

Il est indispensable que les ressources d'une personne âgée soient complétées lorsqu'elles ne lui permettent pas d'assumer le coût des handicaps.

Article VI : valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et de capacités d'accomplissement persistent, même chez les personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêt évite d'éprouver la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des activités adaptées. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

Article VII : liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Chaque établissement doit disposer d'un local d'accès aisé pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions.

Les rites et usages religieux s'accomplissent dans le respect mutuel.

Article VIII : préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie donc chaque fois que son efficacité est démontrée.

Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessibles à tous.

Article IX : droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles. Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile, en fonction du cas personnel de chaque malade et non selon une discrimination par l'âge.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint.

Ces soins visent à rééduquer les fonctions et à compenser les handicaps. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets. L'hôpital doit donc disposer de compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades. Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques. Les délais administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis. La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante, et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

Article X : qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées.

Cette formation doit être initiale et continue, elle concerne en particulier, mais non exclusivement, tous les corps de métier de la santé.

Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et d'un soutien psychologique.

Article XI : respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues : le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attentions adaptées à son état.

Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale.

La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement, entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de la famille avant et après le décès.

Article XII : la recherche, une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et dépendance est une priorité.

Seule la recherche peut permettre une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge, et faciliter leur prévention.

Une telle recherche implique aussi bien les disciplines médicales et de santé publique que les sciences sociales et les sciences économiques.

Le développement d'une recherche gérontologique peut à la fois améliorer la qualité de la vie des personnes âgées dépendantes, diminuer leurs souffrances et les coûts de leur prise en charge.

Il y a un devoir de recherche sur le fléau que représentent les dépendances associées au grand âge. Il y a un droit, pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés, à bénéficier du progrès de la recherche.

Article XIII : exercice des droits et protection juridique

Toute personne en situation de dépendance doit voir protéger non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Ceux qui initient ou qui appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle.

La sécurité physique et morale contre toute agression et maltraitance doit être sauvegardée.

Lors de l'entrée en institution privée ou publique ou lors d'un placement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite, la personne âgée dépendante peut avoir recours au conseil de son choix.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé(e).

Lors de la mise en œuvre des protections prévues par le Code civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), il faut considérer avec attention que :

- le besoin de protection n'est pas forcément total ni définitif ;
- la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne âgée puisse exprimer des orientations de vie et doive toujours être informée des actes effectués en son nom.

Article XIV : l'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informée des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

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

L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins.

L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et des institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels.

Faire toucher du doigt la réalité du problème et sa complexité peut être une puissante action de prévention contre l'exclusion des personnes âgées dépendantes et peut éviter un réflexe démissionnaire de leur part.

Charte Professionnelle des animateurs et des animations en g erontologie

PR EAMBULE

Les Premiers  tats Généraux de l'Animation en G erontologie (EGAG) réunis en séance plénière les 25 et 26 novembre 2003 à Paris, ont apporté les fondements pratiques, éthiques et fonctionnels qui répondent aux orientations majeures de l'animation en g erontologie, ainsi qu'aux principes, devoirs, droits et obligations du métier d'animateur. La présente charte a été validée par les professionnels réunis, dans la diversité de leurs origines et de leurs fonctions, en vue d'apporter matière aux bonnes pratiques des animations, sans dogme, sans parti-pris, en référence à l'intérêt seul des bénéficiaires de l'animation ; le second aspect, corollaire au premier, a trait à la construction de l'identité professionnelle des praticiens de l'animation au sein des équipes, tant à domicile qu'en établissements. *Sans adhérer sur le fond à la terminologie qui consiste à désigner les bénéficiaires sous la locution « personne âgée », elle sera utilisée de façon systématique comme moyen consacré de désigner ceux qui sont l'objet de sa pratique. L'expression « institution » désigne aussi bien les établissements que les services d'aide, elle couvre tous les organismes reconnus, institués et ayant une place dans l'aide aux personnes.*

La présente charte est construite sur la triple base :

- de la réflexion et des travaux des animateurs, pendant l'année qui a précédé les EGAG,
- des apports des autres professions, des Fédérations d'établissements, des Fondations représentatives et de nombreux organismes concernés par l'animation,
- des échanges et des apports des ateliers croisés qui se sont déroulés lors de ces Premiers  tats Généraux de l'Animation en G erontologie.

Elle représente la conviction de tous qu'il s'agit d'une élaboration première et ouverte   toutes les évolutions qui apparaîtraient nécessaires à ceux pour qui l'animation en G erontologie a un sens humain profond, **lié aux droits de l'Homme, à leur respect, et à leurs mises en pratique.**

La Charte constitue un document de référence ayant valeur de guide, mais aussi de protection des individus, d'abord les bénéficiaires, puis les professionnels dans l'exercice du métier.

Chapitre I

CONCEPTIONS GÉNÉRALES DE L'ANIMATION EN G ERONTOLOGIE

Article 1 : Reconnaissance de la spécificité du sujet  g 

Sans ignorer ses origines historiques dans l' ducation Populaire où elle puise ses premiers fondements conceptuels, l'animation en g erontologie prend aujourd'hui sens et signification également dans la spécificité de la population qui est sa cible, à savoir la personne âgée, quels que soient ses lieux et modes de vie.

Article 2 : Répondre aux attentes des bénéficiaires

L'animation en g erontologie est avant tout la mise en œuvre concrète et vécue de réponses, d'actions, d'activités en lien direct avec les attentes des personnes âgées. Elle n'est pas un projet abstrait en attente de réalisation, mais un ensemble d'actes divers et réels, en lien avec des vécus. Elle s'adapte constamment aux attentes, implicites, explicites, et analysées, des bénéficiaires ou de ceux agissant pour eux et dans leur intérêt unique.

Article 3 : Reconnaître la spécificité de l'animation en g erontologie

L'animation en g erontologie a pour objectifs de répondre aux attentes des personnes et de maintenir et développer la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes ; c'est dans ces deux aspects qu'elle trouve sa légitimité. L'animation en g erontologie n'a pas comme objectif

premier l'amélioration de performances ou de compétences physiques ou mnésiques ; elle ne se situe pas dans une perspective de thérapie ou de rééducation, dimensions dignes, respectables et indispensables, mais différentes. Par contre, l'unicité de l'être humain rend nécessaire et incontournable la mise en commun des différents aspects et des différentes approches, en reconnaissant les spécificités et les utilités de chacun d'eux. La démarche d'animation est aussi utile à l'être humain et à son accomplissement que les démarches soignantes et éducatives.

Article 4 : Nécessité d'évaluation

Grâce à des méthodologies reconnues et apprises dans les études et les formations de la discipline, l'animation peut être évaluée en mesurant les écarts entre l'action réalisée d'une part, et les attentes de la personne et les objectifs fixés à l'action d'autre part.

Article 5 : Principe de défense des valeurs

L'animation en gérontologie contribue à développer, soutenir, promouvoir des pratiques de respect des valeurs individuelles et collectives au sein des établissements et globalement de tous les lieux où elle s'exerce, en référence à l'équipe, avec son soutien ou en la soutenant, en négociant avec les personnes âgées et en prenant en compte l'environnement des bénéficiaires si nécessaire.

Article 6 : Le projet d'animation comme référence à diffuser

Le projet d'animation (ou projet institutionnel de vie) est validé dans le cadre institutionnel de l'organisme qui porte le projet. Il est connu de tous, y compris des autorités concernées. Il précise les points forts et prioritaires arrêtés par l'institution pour le développement de la vie des personnes âgées. Pour les établissements, il fait partie des conventions tripartites. Ce projet institutionnel est le résultat d'une construction participative, garant de l'écoute des demandes et de son adaptation aux attentes évolutives des personnes âgées.

Article 7 : Personnalisation des pratiques

L'animation en gérontologie cherche à individualiser les pratiques et à les personnaliser en fonction des attentes précises de chacun des bénéficiaires, tout en respectant les possibilités offertes par l'environnement et ses limites. Les réponses apportées par l'intermédiaire d'un groupe n'empêchent pas la place spécifique de chacun à l'intérieur du groupe et en fonction de ses attentes personnelles.

Article 8 : Liens entre les différents projets

L'animation en gérontologie, que ce soit en établissement, dans des cadres ouverts ou à domicile, développe un projet spécifique, en complémentarité et en articulation avec les autres projets pouvant exister : projet de vie, projet d'établissement, projet de soin, etc.

Chapitre II

LES APPORTS DE L'ANIMATION AUX PERSONNES AGÉES

Article 9 : Répondre à des situations multiples

Compte tenu des situations multiples et uniques que vivent les personnes âgées dans leur environnement, l'animation en gérontologie, sans pour autant déroger aux principes d'une approche avant tout respectueuse de la personne humaine et de ses choix, affirme sa reconnaissance de tous les intervenants dans toutes les actions d'accompagnement, chacun ayant sa spécificité et ses apports.

Article 10 : La connaissance des attentes de la personne comme source de l'animation

L'animation en gérontologie se construit et se justifie autour des moyens d'investigation des attentes des sujets bénéficiaires, selon les moyens encadrés par la loi et la déontologie, dans le respect des choix de la personne. L'animation s'ancre de fait dans une méthode permettant une évaluation des attentes de la personne et de son environnement afin de définir ses projets de mise en pratique.

Article 11 : Chercher et respecter la demande individuelle

Les apports de l'animation sont formalisés par l'individualisation des pratiques, à savoir une méthode qui respecte les demandes formulées par chaque personne âgée. Le respect des demandes et attentes des personnes âgées ne doit connaître que deux limites : le respect des lois en vigueur, et l'exercice de la liberté des autres personnes.

Article 12 : Les liens entre le projet d'animation et les projets de vie

Le projet d'animation se différencie des projets individuels de vie. Le projet individuel est centré sur les attentes en rapport avec l'expression des désirs des personnes âgées, leurs plaisirs dans des réalisations ou des expressions émotionnelles ; il construit les objectifs en fonction des attentes individuelles. Le projet d'animation comprend à la fois la mise en œuvre des réponses aux attentes individuelles, le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes, ainsi que l'incitation à des projets permettant de s'intégrer au milieu de vie. La mise en œuvre du projet individuel facilite la continuité et le respect des choix, des valeurs et des volontés de la personne âgée, même si son lieu de vie change ou si ses capacités se réduisent.

Article 13 : Prise en considération des handicaps

En tant que discipline, l'animation en gérontologie s'adresse à toutes les personnes âgées, quelles que soient leurs possibilités physiques et psychiques. L'animation se comprend comme une approche transversale impliquant tous les acteurs auprès de la personne âgée. La mise en avant des attentes individuelles s'accompagne d'une prise en compte des capacités des personnes âgées, aspect où les avis de tous, en particulier des professionnels du soin, sont indispensables.

Article 14 : Respect de la culture et des cultures

Quelles que soient les différences culturelles des personnes bénéficiaires, la méthodologie de l'animation est garante d'une approche qualitative en s'adaptant aux différentes situations rencontrées.

Article 15 : Une méthode fondée sur des objectifs d'animation

L'animation en gérontologie reposant sur une méthode, elle définit ses objectifs en se coordonnant aux grands principes de l'évaluation. La détermination des objectifs d'animation vise directement la satisfaction des attentes des personnes âgées, le plaisir et les sensations qu'ils demandent, leur expression et la communication avec les autres, l'exercice des rôles qu'ils souhaitent tenir vis-à-vis des autres ; ces objectifs d'animation ne seront pas confondus avec les objectifs professionnels qui resteront facilitateurs des objectifs d'animation.

Article 16 : Le groupe, comme support essentiel et incontournable de l'exercice de la vie sociale

Le groupe ne saurait être une finalité, mais il est un support important de l'exercice de la vie sociale. Les réponses aux attentes peuvent être des actions individuelles, des réponses en groupe restreint de voisinage ou d'affinités (par des attentes proches, des liens affectifs ou des vécus communs), ou des groupes plus importants et plus larges. Une vie sociale ne peut se vivre sans échanges avec les autres, et le passage par le groupe est une nécessité incontournable à un

moment ou à un autre de la démarche d'animation. Le passage par le groupe n'implique pas l'uniformisation des attentes qui restent individuelles, et des objectifs qui demeurent spécifiques, mais il entraîne le croisement d'attentes différentes dans une dimension plus large qui les reconnaît, les confronte, les relativise, les valorise, et leur donne une dimension qui dépasse le niveau de l'individu.

Chapitre III

RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE L'ANIMATION ET SPÉCIFICITÉS DE L'ANIMATEUR

Article 17 : Principe d'acteurs multiples dans la démarche d'animation

L'animation en gérontologie est une pratique sociale qui implique tous ceux qui sont en relation avec la personne âgée, dans le respect des spécificités de chaque acteur, aidant naturel ou professionnel.

Article 18 : Place de l'animateur dans l'équipe

Par sa position, sa formation et les compétences qu'il a développées, l'animateur est porteur d'un discours et de pratiques spécifiques qui lui donnent une place identifiée au sein de l'équipe. Il est de son rôle de développer son originalité professionnelle en définissant les rapports qu'il entend entretenir avec les autres membres de l'équipe pour remplir ses fonctions, porteur à la fois des attentes individuelles, des réponses apportées, et de la vie sociale des bénéficiaires.

Article 19 : Fondements d'une identité, transparence et communication

L'animation est une pratique professionnelle qui possède une terminologie qui lui est spécifique, comme dans toutes les professions. L'animateur l'intègre sous forme de concepts définis par la profession, et la communique avec des éléments compris par l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée, et bien sûr par la personne elle-même. La transparence de l'action menée et des objectifs visés entraîne une obligation de communication efficace et adaptée, à tous les niveaux.

Article 20 : Spécificités d'interventions en fonction d'un niveau d'étude

Les méthodologies professionnelles de l'animation en gérontologie sont acquises par des études ou des formations adaptées, qualifiantes et professionnalisantes, reconnues par le corps professionnel des animateurs. Chaque niveau d'étude ou de formation reconnu définit des spécificités d'intervention. L'animation en gérontologie, pratique sociale qui implique tous ceux qui sont en relation avec la personne âgée, est aussi affaire de professionnels qui ont étudié, pratiqué, analysé et évalué différentes méthodes reconnues ou susceptibles de l'être. Le niveau minimum d'intervention en autonomie dans le secteur de l'animation en gérontologie est estimé par les professionnels aux niveaux BEATEP/BP, c'est-à-dire un niveau bac professionnel ; les fonctions sont celles d'un animateur technicien et praticien, responsable d'un secteur d'animation. Un autre niveau (actuellement le DEFA) se situe à un niveau d'animateur cadre, apte à mener une politique d'animation, mais aussi à réaliser concrètement des projets d'animation. Les professionnels souhaitent l'intégration d'autres qualifications dans cette filière professionnelle, avec des exigences qualitatives liées aux compétences professionnelles, comme le BAPAAT, diplôme d'aide-animateur, qui n'exerce pas en autonomie, mais exerce uniquement sous la responsabilité d'un animateur reconnu, ou le DUT dont il est souhaité une évolution vers une licence professionnelle.

Article 21 : Principe statutaire

Le statut d'animateur est nécessaire pour se prévaloir d'une fonction d'animateur au sein des structures, services d'aide comme institutions. Le statut s'acquiert par un diplôme reconnu, par une validation d'acquis, ou par une reconnaissance explicite au sein des structures. La connaissance et la maîtrise des méthodologies d'animation sont requises pour exercer les fonctions d'animateur.

Article 22 : Une équipe en référence aux projets

Une équipe d'animation se conçoit d'abord autour d'un projet d'animation (qui est un des éléments du projet institutionnel), puis autour de ses metteurs en actes, les animateurs. La présence indispensable de tous autres intervenants dans les pratiques d'animation doit se concevoir et se mettre en œuvre en référence au projet d'animation qui doit déterminer les fonctions et obligations de chacun.

Article 23 : Principe de prévalence du projet d'animation et de l'animateur

L'intervention en animation, souhaitée et souhaitable, des personnels qui ne seraient pas animateurs statutairement reconnus, de même que l'intervention en animation des bénévoles, familles ou autres aidants, s'effectue en référence au projet d'animation et sous la responsabilité de l'animateur.

Article 24 : L'animateur comme coordonnateur des participations

Suivant l'organisation des structures, leur importance, et leur culture, le principe d'une participation des personnels volontaires pour l'élaboration du projet d'animation est souhaitable. L'animateur reste le référent de l'organisation de cette participation. L'animateur organise la collecte des attentes, l'analyse des situations et les coordinations d'équipe qui concernent son domaine, et uniquement le sien, en ayant pour finalité de produire des pratiques d'animation éthiques et respectueuses des personnes.

Article 25 : Participation à la formation de l'équipe

L'animateur peut participer et même promouvoir des formations aux personnels non animateurs en fonction de la demande, de l'accord hiérarchique, de l'intérêt pour les personnes âgées, et de la participation à une culture gérontologique.

Article 26 : Principe de participation des familles, des proches et des bénévoles

La famille, les amis et les proches peuvent tenir une place centrale dans l'animation, ceci en référence aux souhaits de la personne âgée et aux projets d'animation qu'elles ont pu contribuer à réaliser. Les rôles des bénévoles et des volontaires dans la vie quotidienne et les projets de vie des personnes âgées seront favorisés, dans le respect des attentes des personnes âgées. L'animateur a souvent, et selon les projets institutionnels, un rôle important dans la facilitation de ces fonctions et dans leur coordination.

Article 27 : L'animateur, garant du projet

•P L'animateur a un rôle de garant du projet d'animation de l'institution et de son application, compte tenu des moyens dont il dispose, et sous l'autorité du directeur de l'institution, établissement ou service d'aide.

Article 28 : L'animateur et le groupe

L'animateur, formé aux fonctionnements et aux dynamiques des groupes, ne peut en aucun cas utiliser ses savoirs et compétences pour imposer ses vues ou pour réduire la place d'un membre du groupe. Il est, à l'intérieur du groupe, garant de la liberté individuelle, du droit d'expression de chacun, et du fonctionnement démocratique du groupe. L'animateur a l'obligation déontologique d'aider chaque membre du groupe à trouver dans le groupe le rôle qui correspond à ses attentes.

Article 29 : L'animateur, garant de la liberté individuelle

Comme tous les autres travailleurs sociaux, l'animateur est garant de la liberté individuelle et du respect des droits de la personne âgée. Il est tenu au secret professionnel, au respect des confidentialités, mais aussi aux obligations d'alerte en cas d'atteinte aux droits des personnes. Pour être efficace, ce droit s'exerce dans la clarté, la transparence, mais aussi dans la discrétion, en coopération avec tous les autres professionnels soumis aux mêmes obligations.

Chapitre IV

INTERACTIONS ENTRE L'ANIMATION ET LES AUTRES DISCIPLINES GÉRONTOLOGIQUES

Article 30 : Principe des multiples références de l'animation en gérontologie (multiréférencialité)

L'animation en gérontologie s'inscrit dans une démarche d'approche globale du sujet âgé et à ce titre doit faire référence à toutes les disciplines qui contribuent au bien-être de la personne. Les animations doivent donc prendre en compte les diagnostics et les apports des autres professionnels de la gérontologie.

Article 31 : Partage des connaissances

L'animateur fait la démarche de recueil des informations qui concernent l'exercice de son travail, et communique aux autres personnels ou intervenants les connaissances qu'il a d'une personne âgée, dans les limites des confidentialités demandées, de sa déontologie professionnelle, mais aussi dans la nécessité d'une recherche de la meilleure qualité de service ou de prise en charge pour la personne âgée.

Article 32 : Responsabilité à évaluer et droit à la protection et à la sécurité

La responsabilité de l'animateur dans l'exercice de son travail est inscrite dans l'intérêt objectif entre l'animation en tant que réponse à une attente, et la sécurité pour la personne âgée à pratiquer l'animation projetée. Le partage des données avec l'ensemble de l'équipe donnera des indications sur les limites, participera à la nécessaire évaluation du risque, et fixera les conditions permettant de réaliser le projet. Dès qu'il s'agit de la sécurité des personnes et des biens, et de manière encore plus prononcée quand il s'agit de personnes fragiles, la responsabilité de l'animateur est totalement engagée ; de plus, l'animateur se place dans une recherche constante des meilleures conditions de sécurité des réalisations, dans l'application des lois et règlements, dans la recherche consensuelle de règles complémentaires internes ou de protocoles, dans le respect des attentes des personnes, prenant en compte que tout projet de vie entraîne une transformation et un risque, et que la sédentarité présente un risque majeur. L'animateur se situe dans une pratique responsable du risque mesuré.

Article 33 : Principe d'autonomie

L'animateur, travailleur social, est autonome pour prendre toute décision en matière de pratiques d'animation dès lors que le projet d'animation a été diffusé et connu de tous, dans les limites liées à la sécurité des personnes et dans les orientations connues du projet institutionnel de vie.

Article 34 : Principe d'information

L'animateur peut diffuser librement des informations auprès des personnes âgées dans les limites qui concernent strictement l'exercice de son métier, se situant ainsi comme acteur de l'intervention sociale et socioculturelle.

Article 35 : Principe d'ouverture

L'animateur est un acteur privilégié de l'ouverture vers la cité ; il est amené, dans le cadre de son exercice professionnel, en référence au projet institutionnel, et sous l'autorité du directeur, à développer tous les contacts extérieurs facilitant la vie sociale des personnes âgées. Cette ouverture se fait dans la transparence, et avec une information compréhensible par les personnes âgées et par les différents professionnels.

Article 36 : Principe du respect partagé des limites professionnelles

L'animateur respecte l'autonomie des autres professionnels, leurs sphères d'action, et leurs fonctions de coordination dans les secteurs qui sont les leurs, de même que les autres intervenants respectent les spécificités et rôles de l'animateur. Ceci est tout particulièrement important dès qu'il s'agit de professions réglementées, comme les médecins, infirmiers ou assistants sociaux, ou de professions nécessitant des compétences précises et reconnues, en particulier dans les activités physiques et sportives, ou dans les projets avec des programmes de réadaptation et des programmes de stimulation de la mémoire.

Article 37 : Extension des rôles de l'animateur en gérontologie

Au sein de chaque structure, de chaque établissement, de chaque service, des missions spécifiques de dynamisation des équipes ou d'information peuvent être attribuées à l'animateur, en fonction de ses compétences et des demandes explicites de l'institution. Dans certaines situations, l'animateur, en tant que travailleur social, peut être amené à participer à des situations de gestion d'argent privé des bénéficiaires ; ceci ne peut se faire que dans la transparence, le respect des lois et règlements, l'implication des proches, la clarté du fonctionnement institutionnel, sous la responsabilité du directeur, et la totale séparation des différentes fonctions que l'animateur peut être amené à remplir.

Article 38 : L'animateur et les pratiques pluriconfessionnelles

L'animateur, du fait de sa position spécifique dans la structure, de par son rôle de coordination autour des projets individuels, de par son rôle de participation à la mise en œuvre de projets institutionnels, de par sa maîtrise des phénomènes de groupe et ses compétences dans l'animation des groupes, a un rôle particulier de médiation dans les pratiques professionnelles centrées sur les attentes et choix de la personne âgée et de leurs croisements. Son rôle n'est pas de privilégier sa propre démarche, mais de reconnaître les autres et leurs pertinences, tout en affirmant la spécificité de la sienne. L'indispensable pluridisciplinarité passe par la double reconnaissance de son propre rôle et de ceux des autres. L'animateur, habitué aux groupes, aux institutions et aux croisements des valeurs se doit d'être un promoteur de ces pratiques ouvertes, démocratiques et respectueuses pour le bien-être de la personne âgée.

Source : *Doc'Animation en gérontologie*, avril-juin 2004, n°3, pp.89-94.

Annexe 13

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Annexée à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles – J.O n°234 du 9 octobre 2003.

• Article 1er : Principe de non-discrimination

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

• Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

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

• Article 3 : Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

• Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

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

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

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

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

• Article 5 : Droit à la renonciation

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

• Article 6 : Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de

la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

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

• **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

• **Article 8 : Droit à l'autonomie**

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

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

Article 9 : Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

• **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

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

• **Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

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

• **Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Annexe 14

Fiche projet n°1 : Formation de l'animatrice

Contenu du projet	Objectifs	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Formation BEATEP	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnalisation de l'animation - Répondre aux recommandations du cahier des charges de la convention tripartite - Acquisition d'une identité professionnelle reconnue - Reconnaissance et valorisation de l'animation - Support du projet d'animation 	<p>Proposition au plan de formation</p> <p>Sélection préalable par DDJS</p>	Fin 2006 ou début 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Réussite à la formation - Entretien annuel d'évaluation - Adéquation entre fiche de poste et travail réalisé - Place de l'animatrice dans l'équipe - Place de l'animation dans la résidence

Fiche projet n°2 : Elaboration du projet d'animation

Contenu du projet	Objectifs	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Rédaction du projet	<p><u>Usagers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir un projet en fonction des attentes des résidents <p><u>Personnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fédérer l'équipe autour d'un projet commun - Repenser la prise en charge des personnes âgées dépendantes - Intégrer les personnels nouvellement embauchés - Reconnaissance et décloisonnement des personnels occupant des fonctions différentes - responsabilisation des personnels - répondre aux exigences de la réforme de la tarification - faire connaître les projets en matière d'animation à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires résidents - Interventions extérieures - Groupes de travail - Comité de pilotage 	2005	<ul style="list-style-type: none"> - Participation au groupe, intérêt - propositions, production d'écrit - retour des référents, de l'animatrice et de l'ensemble du personnel - comportement général sur le lieu de travail

Fiche projet n°3 : Mise en œuvre du projet d'animation

Contenu du projet	Objectifs	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
<p>Activités réalisées par l'ensemble du personnel</p> <p>Coordination par l'animatrice</p>	<p><u>Usagers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des espaces d'expression, de rencontres, de plaisir - Favoriser l'autonomie - Prise en compte globale de la personne - Redynamisation de l'association des résidents <p><u>Personnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sortir des tâches habituelles, mettre en exergue des savoir-faire particuliers - Développer la motivation - Faciliter la reconnaissance de l'ensemble des membres de l'équipe - Favoriser une approche différente du résident 	<ul style="list-style-type: none"> - ½ poste supplémentaire d'aide soignante - temps journalier dégagé pour l'animation des résidents 	2005	<p><u>Personnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'heures d'animation - Type d'animation - Liens construits entre résidents et personnel <p><u>Usagers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence aux activités - Propositions - Retour des familles et des résidents - Enquête de satisfaction

Fiche projet n°4 : Participation des familles

Contenu du projet	Objectifs	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
<p>Possibilité de participation des familles aux activités d'animation</p> <p>Accompagnement en fin de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien des liens affectifs - Meilleure acceptation de l'entrée en institution - Faciliter les relations entre familles et personnel 	Participation à la demande	2006	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure de la participation - Retours des familles à la commission d'animation, au conseil à la vie sociale

Fiche projet n°5 : Intervention des bénévoles

Contenu du projet	Objectifs	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Intervention individuelle et collective	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien des liens sociaux - Complémentarité avec l'équipe - Ouverture sur l'extérieur - Intégration dans la vie de la cité - Modification des représentations sur la vieillesse 	convention coordination par l'animatrice	2006	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de visites - Nombre de demandes de visiteurs par les résidents - Retour des résidents, des familles et du personnel

Fiche projet n°6 : Commission animation

Contenu du projet	Objectifs intermédiaires	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Commission avec représentants des résidents, personnels, familles et bénévoles,	<ul style="list-style-type: none"> - pérennisation du projet d'animation et évaluation - prise en compte des attentes et demandes des résidents - favoriser la concertation de tous les membres et intervenants de l'établissement - améliorer la circulation de l'information 	Mettre en place une rencontre mensuelle	2006	<ul style="list-style-type: none"> - rencontre régulière - expression des participants - mise en œuvre des propositions de la commission

Fiche projet n°7 : Dossier social

Contenu du projet	Objectifs intermédiaires	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Elaborer un dossier contenant les données biographiques, les habitudes de vie, les goûts	<ul style="list-style-type: none"> - adéquation entre la prise en charge, les activités d'animation et les attentes des résidents - approche globale et spécifique de la personne - support au projet individuel et au suivi du psychiatre 	Formalisation d'un outil écrit, réactualisé de manière régulière	2005	- inscription d'éléments et utilisation du dossier par l'ensemble du personnel

Fiche projet n°8 : Temps de réunion

Contenu du projet	Objectifs intermédiaires	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Groupe référent	<ul style="list-style-type: none"> - Implication, motivation des salariés - Dynamisation de l'équipe - Responsabilisation de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 salariés nommés référents - réunion hebdomadaire d'une demi-heure 	2005	<ul style="list-style-type: none"> - tableau de bord mentionnant le taux d'absentéisme, le nombre d'arrêt maladie, de départs de l'établissement - entretien annuel d'évaluation - transmission des informations dans l'équipe - motivation, adaptabilité des salariés - climat général

Fiche projet n°9 : groupe analyse de la pratique

Contenu du projet	Objectifs intermédiaires	Moyens	Date de réalisation	Indicateur d'évaluation
Temps de réunion du personnel avec un psychologue	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter un soutien au personnel face aux difficultés psychologiques - Renforcer la professionnalisation des salariés par une prise de recul 	<ul style="list-style-type: none"> Vacation d'un psychologue dans le cadre de la convention avec le secteur hospitalier 	2006	<ul style="list-style-type: none"> - tableau de bord mentionnant le taux d'absentéisme, le nombre d'arrêt maladie, de départs de l'établissement - entretien annuel d'évaluation - transmission des informations dans l'équipe - motivation, adaptabilité des salariés - climat général

