



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes âgées

**IMPULSER UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION AU SERVICE DE LA
PROMOTION DE LA VIE SOCIALE EN EHPAD**

BRISION-VEILLARD Carole

Remerciements

De nombreuses personnes m'ont accompagnée tout au long de mon travail de réflexion et de conception. Je tiens à les remercier chaleureusement et à rappeler leurs diverses contributions dont la conjugaison m'a permis de rédiger ce mémoire.

- ▣ Luce LAMBERT, formatrice à l'Institut Régional du Travail Social Provence – Alpes – Côte d'Azur – Corse, qui a véritablement suscité en moi l'envie d'étudier la démarche d'évaluation et a orienté mes travaux avec patience et compétence ;

- ▣ Michèle DORIVAL, responsable du centre d'activités cadres à l'Institut Régional du Travail Social Provence – Alpes – Côte d'Azur – Corse,
- ▣ Guy COLLET, directeur général de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre,
pour la lecture attentive de ce mémoire et leurs conseils avisés ;

- ▣ Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées à la sous direction des âges de la vie de la Direction Générale de l'Action Sociale du ministère du travail, de l'action sociale et de la solidarité,
- ▣ Patrice LECLERC, responsable du programme personnes âgées à la Fondation de France et sa collaboratrice, Anaïs GUHUR,
- ▣ Françoise DEBREY, directrice du centre de gérontologie des Hôpitaux de Chartres,
- ▣ Patrick HUREAU, Monique WAGNER-SCHMIDT et Thierry TOUPNOT, directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
qui m'ont aimablement accueillie à l'occasion de périodes de stage et remis une abondante documentation ;

- ▣ Françoise TOURSIÈRE, directrice de la Fédération Nationale des Directeurs d'Etablissements et Services pour Personnes Âgées, qui m'a accordé généreusement l'accès à son important centre de documentation spécialisé ;

▫ Justine ROY, étudiante à l'École Supérieure de Commerce International du Pas-de-Calais (ESCIP) pour le prêt d'ouvrages et nos échanges sur le management.

J'adresse tous mes remerciements à mes collaborateurs grâce auxquels toute aventure professionnelle me paraît possible. Leur soutien juxtaposé à la bienveillance et confiance de ma famille constituent des encouragements permanents à agir.

Enfin, je dédie ce travail aux personnes âgées qui vivent à la maison de retraite de Beaucueil et sans lesquelles cette réflexion ne serait qu'un simple exercice intellectuel.

« Quitter son chez soi est une épreuve suffisamment douloureuse pour la personne du grand âge pour que chacun s'emploie avec lucidité, générosité et compétence à lui redonner des raisons de vivre et d'espérer »

GUISSET M.J.,
Responsable des actions personnes âgées
à la Fondation de France¹

¹ BAZELLE M.L. et FORCET J.Y., *Sortir la personne âgée de son isolement: le rôle de l'institution (re)socialisante*, Paris : ADICIFOR Éditions Frison-Roche, 1999, Préface p. 9

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA PROBLÉMATIQUE	5
1 Identification des besoins et attentes de la personne âgée dépendante	5
1.1 Le vieillissement en France.....	5
1.2 La dépendance et le risque d'effacement identitaire	7
1.3 Le besoin de vie sociale.....	10
2 De l'évaluation.....	12
2.1 L'évaluation dans l'action sociale et médico-sociale.....	12
2.2 L'esprit de l'évaluation	13
A) L'accréditation et la certification : deux procédures d'évaluation externe	14
B) L'auto évaluation et l'évaluation interne	15
C) Les modèles théoriques de l'évaluation	17
3 La démarche d'évaluation à impulser au Château de Beaurecueil.....	18
3.1 Réflexions et perspectives	18
3.2 Son objet	23
3.3 Ses enjeux	25
A) La mise en exergue des valeurs	25
B) Une évolution possible des pratiques institutionnelles.....	26
AIDE À LA COMPRÉHENSION DE LA RÉALITÉ	29
1 Vision stratégique des environnements.....	29
1.1 Le contexte législatif et réglementaire	29
1.2 Les liens avec l'organisme gestionnaire	33
1.3 Les relations avec ses autres partenaires	36
2 Les capacités stratégiques de l'établissement.....	38
2.1 Son positionnement au regard des exigences légales et réglementaires	38
A) L'auto évaluation et le conventionnement tripartite	38
B) La garantie des droits des personnes accueillies	39
2.2 L'offre de service.....	43
A) L'animation	43
B) Les soins, l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie	45
3 L'approche diagnostique par les moyens et les salariés, acteurs de l'établissement.....	47
3.1 Sa situation patrimoniale et financière	47
3.2 Les ressources humaines	48
A) Le cadre juridique d'exercice des métiers	48
B) Les effectifs et les ratios sociaux	48
C) Le recrutement des personnels.....	49
D) Les qualifications	50
E) L'entretien annuel d'évaluation.....	50
F) La politique de formation et d'adaptation à l'emploi	50
G) Les relations sociales	51
3.3 L'organisation.....	51
A) L'organisation du travail.....	51
B) La ligne hiérarchique et fonctionnelle.....	52
C) Une culture de l'évaluation en voie d'éclosion	53
4 Synthèse du diagnostic	55
5 De la faisabilité du projet.....	56

DE L'INTENTION À L'ACTION.....	58
1 Poursuivre l'inscription des pratiques dans le registre des droits des usagers	59
1.1 Accompagner l'équipe à la pratique de l'écrit.....	59
1.2 Rédiger le projet de soins.....	61
1.3 Organiser un travail collectif de réécriture et validation des fiches de poste.....	61
2 Donner à l'équipe les moyens de se mobiliser et créer les conditions permettant aux personnels de s'engager dans la démarche d'évaluation.....	62
2.1 Obtenir l'engagement des responsables	63
2.2 Informer les personnels pour clarifier et sécuriser la démarche d'évaluation	64
2.3 Susciter l'implication des personnels.....	65
2.4 Définir des modes de fonctionnement facilitateurs du projet	71
A) Ajuster les effectifs de l'équipe de soins.....	71
B) Développer les compétences	71
C) Favoriser la communication entre les acteurs	74
3 Assurer la participation de tous à la mise en œuvre de la démarche d'auto évaluation.....	75
4 Garantir l'avancement du projet.....	79
4.1 Associer les autorités de contrôle et tarification	79
4.2 Prévoir le financement et l'articulation chronologique des actions	79
4.3 Déterminer leurs modalités de suivi et d'évaluation	80
 CONCLUSION	 82
 BIBLIOGRAPHIE.....	 83

ANNEXES

- Annexe 1 :* État général des personnes accueillies au Château de BEAURECUEIL
- Annexe 2 :* Présentation de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre
- Annexe 3 :* Les activités proposées à Beurecueil et leurs incidences en termes d'expression et de qualité de la vie sociale des personnes âgées dépendantes accueillies
- Annexe 4 :* La situation des effectifs de l'établissement
- Annexe 5 :* L'organigramme du Château de Beurecueil
- Annexe 6 :* Tableau synoptique des actions proposées

Liste des sigles utilisés

<u>ANAES</u>	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation
<u>ANDEM</u>	: Agence Nationale de l'Évaluation Médicale
<u>AGGIR</u>	: Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
<u>ANGÉLIQUE</u>	: Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
<u>ASP</u>	: Association pour les Soins Palliatifs
<u>CLIC</u>	: Comité Local d'Information et de Coordination
<u>EDE</u>	: European Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly
<u>EHPAD</u>	: Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
<u>FNADEPA</u>	: Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Âgées
<u>GIR</u>	: Groupe Iso-Ressource
<u>GMP</u>	: GIR Moyen Pondéré
<u>INRAC</u>	: Institut National pour la Retraite Active
<u>INSEE</u>	: Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<u>IRTS</u>	: Institut Régional du Travail Social
<u>MARTHE</u>	: Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Établissement
<u>SAPA</u>	: Section d'Aide aux Personnes Âgées
<u>ONAC et VG</u>	: Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre
<u>SNGC</u>	: Syndicat National de Gérontologie Clinique

INTRODUCTION

« *Éthique et pratique sont indissolublement liées* ».

DOLTO F.²

Conséquences de la révolution industrielle et démocratique des dix huitième et dix neuvième siècles, les progrès de l'hygiène et de la médecine ont induit dans les pays occidentaux un allongement de la durée de vie fort apprécié quand il rime avec la poursuite d'une vie active et consciente. Cependant, force est de constater que la performance médicale juxtaposée à une forte dénatalité engendre un vieillissement inéluctable de la population, de vives inquiétudes sur l'avenir économique et la crainte de la dépendance, d'une vie grabataire et de son lot de souffrances. Préoccupations majeures des pouvoirs publics français, ces phénomènes interpellent quant à l'accompagnement, voire la protection que la société doit et peut être en mesure d'assurer à ces « nouveaux vieillards ».

L'actualité liée aux effets dramatiques de la canicule, et plus récemment aux signalements d'actes de maltraitance, souligne la nécessité d'une réflexion en amont autour de la culture véhiculée par la société moderne au sujet des personnes âgées, de la représentation sociale de la vieillesse et du délitement du lien social.

L'industrialisation entreprise au cours des siècles précédents a profondément changé les modes de vie familiale et sociale : la famille autrefois soudée autour des aïeux a cédé la place à une famille nucléaire d'où ils sont désormais exclus. La personne âgée achève rarement le cours de sa vie entourée des siens, elle rejoint généralement une collectivité qui, bien souvent, ne connaît rien d'elle et décide tout pour elle.

Ce contexte de rupture met en évidence les difficultés auxquelles la société française se trouve confrontée pour s'acquitter de ses obligations à l'égard de ses citoyens âgés. Elle doit nécessairement instituer une politique globale de la vieillesse prenant véritablement en considération les besoins et attentes des aînés, qui doivent être assurés, malgré leur dépendance, d'être considérés jusqu'à leur ultime instant de vie comme des personnes susceptibles de mener une vie sociale à part entière. Simplement, dans leur cas, elle revêt une forme différente. A domicile, comme en établissement, la dépendance n'équivaut pas à l'effacement de la personne âgée.

² Conseil Supérieur du Travail Social, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Éditions ENSP, 1998, p. 70

Ces difficultés se répercutent au niveau des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) envers lesquels le niveau d'exigence en terme de qualité est très élevé quant à la manière d'agir les missions qui leur sont imparties : proposer un lieu de vie, soigner et prendre soin de la personne âgée dans sa globalité, accompagner la dépendance et la fin de vie.

Comme tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, le Château de Beaurecueil, situé près d'Aix-en-Provence, est un lieu de vie où se rencontrent au quotidien les personnes accueillies, prioritairement des anciens combattants et victimes de guerre, leurs familles, les personnels et des collaborateurs extérieurs.

La présence, même provisoire, dans cet espace partagé induit une organisation particulière, c'est-à-dire un rythme de vie institutionnel original, qui doit prendre en compte la coexistence de logiques sociologiques, économiques, financières et professionnelles catégorielles ou individuelles différentes. Dans ces conditions, le risque est grand d'élaborer des actions à travers le filtre d'un processus identificatoire et projectif. Cet énorme malentendu préside certainement à bon nombre de décisions concernant la vie des personnes âgées dépendantes qui éprouvent souvent des difficultés à communiquer.

Pour cette raison et en fonction des moyens qui lui sont octroyés, l'établissement peut se trouver parfois amené à réaliser des interventions éloignées des valeurs énoncées dans son projet institutionnel, lesquelles seront précisées ultérieurement.

Enfin, ces dernières années, l'évolution galopante de la législation et des pratiques du champ social et médico-social, et plus particulièrement du secteur gérontologique, complexifie la situation et souligne le hiatus entre des exigences légitimes souvent difficiles à concilier, l'obligation de sécurité assortie d'une réglementation très rigoureuse et le respect de la liberté, de la dignité de la personne âgée dépendante accueillie.

Même si l'incertitude est toujours au rendez-vous des relations interpersonnelles, ces constats conduisent à s'interroger à maints égards sur les oppositions à relever, la cohérence et la continuité de l'action à mener pour faciliter à la personne âgée dépendante l'expression d'une vie sociale dans l'établissement. « Qui a une âme a forcément des états d'âme »³.

C'est pourquoi, l'un des soucis récurrents d'un directeur d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes est de garantir et vérifier la réalité, l'existence et la qualité de la vie sociale de ces personnes, car elles participent de leurs reconnaissance et réalisation en tant qu'êtres humains, dimension fondamentale réaffirmée par la loi du 02 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

³ SABOURIN R., *Les 5 sens dans la vie relationnelle*, Namur : Erasmé, 1995, citée par BADEY-RODRIGUEZ C.L., *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris : Albin Michel, janvier 2003

Les indications contextuelles précédentes permettent de brosser le tableau d'un environnement complexe de sous-systèmes en interdépendance qui influent sur la dynamique institutionnelle et façonnent en quelque sorte la réalité de l'établissement. Dès lors, le directeur doit agir en composant avec tous ces éléments de cadrage : les ressources ou les contraintes réglementaires, budgétaires, matérielles ou humaines et l'actualité en filigrane. Cette obligation légitime en quelque sorte l'inscription en profondeur de l'exigence d'évaluation initiée depuis plusieurs années déjà dans le secteur social et médico-social et rendue obligatoire dès avril 1999 pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes du fait de la réforme de leur tarification, puis pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux par la loi du 02 janvier 2002 visée précédemment.

L'évaluation constitue un véritable outil, au sens large, de traduction de la dynamique d'action initiée : les interventions effectuées suscitent des interrogations précisées au moyen de critères et indicateurs spécifiques, c'est-à-dire significatifs et représentatifs des actions entreprises ou à entreprendre et de l'objet à évaluer, déterminés au regard de la mission, des valeurs prônées et des normes.

La démarche d'évaluation et ses résultats doivent amener à faire le point sur la façon dont la qualité est mise en œuvre dans les actions. En incitant à des interrogations permanentes, l'évaluation doit aboutir à une régulation des pratiques, permettre une adaptation des réponses et tendre ainsi à réduire l'écart entre les interventions souhaitées et celles réalisées.

Si la démarche d'évaluation offre de prime abord l'occasion d'interroger en interne la conformité des pratiques au cadre défini précédemment, n'est-elle pas aussi et surtout un préalable possible à la mise en exergue et en application des valeurs de l'établissement lors de la réalisation de ses prestations au quotidien, eu égard à la mission impartie ?

L'utilisation d'outils déjà élaborés permettent certes une pratique évaluative globale performante du fonctionnement de l'établissement. Pour autant, la question de l'évaluation peut-elle se réduire aussi facilement au remplissage de grilles ? Cet aspect technique de l'évaluation ne fait-il pas encourir la menace d'éloigner les personnels de la personne âgée dépendante ?

Pour permettre aux professionnels de concentrer véritablement leur attention et leurs efforts sur la question fondamentale de « l'égalité d'Être »⁴ de la personne âgée dépendante n'est-il pas préférable d'envisager une démarche d'évaluation à la fois plus ciblée et ambitieuse, qui n'exacerbera pas l'aspect contraignant du travail du fait de l'existence de grilles pré-établies, susceptibles d'entretenir la confusion avec une logique de contrôle et de renforcer le sentiment de prendre le risque d'être soi-même jugé ? L'enjeu est de taille puisqu'il est ici question de l'autorité qui renvoie inéluctablement tout individu adulte aux souffrances de l'enfance et de la scolarité.

⁴ BAZELLE M.L., FORCET J.Y., *Sortir la personne âgée de son isolement: le rôle de l'institution (re)socialisante*, Paris : ADICIFOR éditions Frison-Roche, 1999, p. 38

A la lueur des indications précédentes, il m'apparaît que la démarche d'évaluation se distingue d'un contrôle pur et simple, qui engendre le plus souvent résistance et peur, en ce sens qu'elle doit induire de l'implication. C'est pourquoi, j'ai décidé de saisir l'opportunité de la rédaction de ce mémoire pour mener plus avant ces réflexions et démontrer la complémentarité entre le contrôle et l'évaluation et envisager de lui donner forme, puis de la faire vivre dans l'établissement à travers ce projet d'impulser une démarche d'évaluation au service de la promotion de la vie sociale en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

J'ai la conviction que l'un des challenges les plus intéressants de mon métier de directrice d'établissement consiste à affirmer à la fois sa nécessaire dimension d'encadrement, de contrôle et d'action en fonction de contraintes pas toujours maîtrisées, et sa dimension tout aussi fondamentale de respect de la personne humaine avec laquelle ou pour laquelle les interventions sont réalisées. Rigueur et respect de l'Homme sont deux pièces maîtresse du puzzle de la fonction de direction à assembler en permanence.

Mon propos est donc de rechercher à travers les divers modèles d'évaluation ce qui peut me permettre d'impulser une démarche d'évaluation fondée sur le principe de conformité à la règle et centrée sur les valeurs, le sens et sur la façon dont ils orientent les pratiques. Pour concrétiser ce projet, j'envisage d'interroger la fonction de direction tant sur le plan de la responsabilité, que de la dimension éthique. Par ailleurs, mon souci est de parvenir à réaliser ultérieurement une construction réfléchie, qui produira de la substance dans le temps et sera réinterrogée régulièrement.

Dans une première partie, la problématique évoquée ci-dessus sera contextualisée et explicitée à l'aide d'éléments de connaissance de la population âgée dépendante et de recherches sur la démarche d'évaluation à initier.

Les développements de la seconde partie seront consacrés au diagnostic stratégique de l'établissement. Il mettra probablement en évidence les points au sujet desquels il sera nécessaire de faire progresser les pratiques, par le biais d'une conduite de changement dans une logique d'amélioration, d'adaptation et non de rupture. En effet, ma préoccupation est de tenir compte de l'histoire de l'institution et de la progression de l'équipe dans ses modalités d'intervention auprès de la personne âgée, afin de poursuivre une démarche de mobilisation des personnels pour optimiser son accompagnement.

Il est de ma responsabilité de directrice d'établissement de proposer en troisième partie, une stratégie d'action pour accompagner, soutenir et dynamiser mes collaborateurs confrontés quotidiennement à l'insupportable et particulièrement interpellés sur le plan émotionnel. Je dois créer les conditions pour leur permettre d'être conscients des processus aléatoires de transfert ou d'usure professionnelle, de rester engagés pour accueillir les émotions, d'effectuer un travail de distanciation par rapport à leurs pratiques et de se responsabiliser, afin d'ajuster leur action, dans le souci permanent d'induire des effets positifs sur la qualité de la vie sociale des personnes accueillies, véritable moteur de vie.

LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA PROBLÉMATIQUE

« Être sujet n'est pas être un individu, être sujet c'est avoir la volonté d'être acteur, c'est-à-dire de modifier son environnement plutôt que d'être déterminé par lui ».

TOURAINÉ A.⁵

Pour tenter de cerner la condition de la personne âgée dépendante, l'approche technique et mécanique du fonctionnement des organes du corps est inévitable. Toutefois, elle ne saurait suffire à circonscrire l'essentiel à savoir, sa condition humaine car indépendamment du phénomène physiologique du vieillissement celui-ci « .../n'a rien à voir avec une raréfaction de l'être »⁶.

Ces paroles ne traduisent pas simplement un idéal. Chaque rencontre avec les personnes âgées accueillies dans l'établissement me rappelle, qu'au-delà des apparences, de la souffrance et des plaintes, les vieillards qui sont face à moi ont traversé les différents âges de la vie et qu'il s'agit encore et pour toujours des mêmes personnes, avec des attentes et besoins spécifiques à respecter et prendre en compte.

Une fois la situation actuelle dépeinte, mon cheminement me conduira à la prendre en considération pour esquisser dans la seconde sous-partie les contours de la démarche d'évaluation à impulser dans mon établissement à partir de la définition de son objet, de l'évocation des divers procédures et modèles de l'évaluation et de l'étude de ses enjeux.

1 Identification des besoins et attentes de la personne âgée dépendante

Cette démarche repose avant tout sur la connaissance de la population, laquelle peut être précisée par des données démographiques et nosographiques relatives au vieillissement, par l'étude du phénomène de dépendance et du concept de vie sociale.

1.1 Le vieillissement en France

Comme dans tous les pays de l'Union européenne, où un Européen sur cinq affiche plus de 60 ans, la population de l'hexagone enregistre une tendance au vieillissement avec, en 2001, près de 21 % de personnes âgées de plus de 60 ans⁷, 7 % de personnes âgées de plus de 79 ans et 2 % de personnes âgées de plus de 85 ans⁸. La part des personnes âgées de 90 ans et plus croît. Les centenaires sont 10 fois plus nombreux qu'en 1970⁹.

⁵ Conseil Supérieur du Travail Social, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Éditions ENSP, 1998, p. 84

⁶ JANKÉLÉVITCH V., philosophe (1903 – 1985)

⁷ DOISNEAU L., *Panorama démographique de la France en 2000*, in *Données sociales : la société française*, Paris : INSEE, 2002-2003, p. 17

⁸ VOISIN J., Sous-Directrice de l'action sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, décembre 1999

⁹ DOISNEAU L., cf. Supra, p.18

Par rapport à l'an 2000, les études de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques (INSEE) laissent prévoir d'ici 2050 un doublement du nombre de sujets âgés de plus de 60 ans. Celui des plus de 85 ans devrait quintupler¹⁰.

Selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé¹¹, les personnes âgées ont entre 60 et 74 ans, les vieillards entre 75 et 90 ans et les grands vieillards plus de 90 ans. « L'entrée dans le grand âge survient quand la moyenne de vie de la personne est dépassée : 79 ans pour les hommes, 82 ans pour les femmes »¹².

Amorcé à la naissance, le vieillissement induit dès 30 ans, en l'absence même de toute maladie, une diminution régulière et lente des performances, puis une altération du fonctionnement des systèmes et organes du corps humain. Parallèlement, l'aspect extérieur du corps change. Il varie selon les personnes, leur sexe, leur situation socio-professionnelle et leur cadre de vie. Ce processus naturel, inhérent à l'existence et progressif est fait d'incapacités, d'usures, de pertes, tout autant que d'enrichissements. Il met en évidence la réalité biologique de tout individu et se trouve souvent accentué du fait de pathologies courantes, dont la nosographie pour les personnes accueillies à la maison de retraite de Bearecueil est précisée en annexe 1.

Généralement, les relations sociales tendent à diminuer dès 60 ans. « Moins électives et diversifiées, elles deviennent liées à la proximité géographique et aux aides de nécessité »¹³. De plus, certaines affections perturbent la communication et compromettent de ce fait largement la vie sociale de la personne âgée :

- les affections neurologiques, accident vasculaire cérébral et la maladie de PARKINSON, provoquent régulièrement une hémiplégie et presque toujours une aphasie pour le premier et des tremblements, un ralentissement psychomoteur et une rigidité articulaire pour la seconde ;
- les affections osseuses et articulaires, très fréquentes et souvent intenses, entraînent plaintes et incapacités quasi-permanentes ;
- les conséquences des chutes sont également redoutables à cet égard chez la personne âgée ;
- de même, l'incontinence, source d'une grande humiliation, touche 65% des personnes de plus de 65 ans.

Près de la moitié des résidents des maisons de retraite présente une détérioration intellectuelle.

¹⁰ BRUTEL C, OMALEK L., *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030*, in *Données sociales : la société française*, Paris : INSEE, 2002-2003, p. 23-24

¹¹ Op. cit.

¹² JONIAUX G., Directeur des soins infirmiers à l'hôpital BRETONNEAU – PARIS XVIII

¹³ BLANPAIN N. et PAN KE SHON J.L., division des conditions de vie des ménages à l'I.N.S.E.E, *A chaque étape de la vie, ses relations*, in *Données sociales : la société française*, Paris : INSEE, 2000-2001, p. 346 ;

La maladie d'Alzheimer, maladie neurologique dégénérative, principale cause de démence sénile, concerne environ 800 000 personnes¹⁴ en France et 4 millions aux États Unis. 165 000 nouveaux cas sont détectés par an, principalement chez les sujets âgés de plus de 80 ans¹⁵. Les projections de l'association France Alzheimer annoncent 2 millions de personnes atteintes de cette pathologie en 2025 et 3 millions en 2050, le chiffre s'élèvera à cette date à 14 millions aux États Unis. Apporter un soutien aux malades et à leurs proches constitue un véritable enjeu de santé public à l'échelle internationale.

D'autres affections peuvent provoquer des démences séniles : les troubles vasculaires, les conduites alimentaires inadaptées (alcoolisme, avitaminose etc.) ou encore des prises médicamenteuses inappropriées.

Ces pathologies s'expriment par une amnésie portant sur les événements les plus récents, puis sur les faits remontant dans le passé. Les symptômes, désorientation temporo-spatiale, troubles d'élocution et de la communication écrite, traduisent les changements de comportement et sont gravement anxiogènes pour la personne âgée qui, au début, a encore conscience de la situation. Les démences séniles, dégénératives et généralement irréversibles, induisent des états avancés de déchéance physique et mentale, éprouvants pour la personne âgée et la famille.

Enfin, la gravité des syndromes dépressifs dans le grand âge peut induire des dépressions masquées avec installation d'une profonde et douloureuse tristesse pathologique : le comportement social évolue inéluctablement vers un isolement, une négligence de l'aspect physique, un refus de prise alimentaire ou de suivi thérapeutique. La population âgée est d'ailleurs particulièrement sujette aux passages à l'acte en vue d'une autolyse.

La polyopathie fréquente de la personne âgée induit généralement une dépendance, dont la réalité est difficile à appréhender de manière générale et en établissement en particulier.

1.2 La dépendance et le risque d'effacement identitaire

La difficulté de définir la dépendance des personnes âgées résulte de la nécessité de traduire, sans propos stigmatisants, un phénomène social d'une ampleur sans précédent.

Chaque individu est dépendant sa vie durant d'autres personnes, à divers degrés sur le plan physique, affectif, familial, professionnel, socio-économique etc. Cet état non spécifique au grand âge traduit une relation interpersonnelle et une forme de solidarité.

Cette vision de la dépendance est pourtant reléguée au second plan quand les handicaps et l'état de santé général entraînent une dépendance pathologique.

¹⁴ D'après les données chiffrées du *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004 – 2007* du ministère de la santé, 20 septembre 2004

¹⁵ Op. cit.

Est considérée comme dépendante «.../une personne adulte qui dépend d'un tiers pour les actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, se déplacer -transfert lit/fauteuil, se nourrir, faire sa toilette) et qui est inapte à réaliser les tâches domestiques qui lui permettraient de vivre seule dans un logement ordinaire (faire les courses, le ménage, la cuisine...) »¹⁶.

Les problèmes de santé et d'incapacité nécessitent alors un suivi médical et social assorti d'une aide à la vie quotidienne pour compenser une partie des incapacités.

L'évaluation individuelle du degré d'autonomie de la personne âgée s'effectue à l'aide de la grille d'autonomie gérontologique groupe iso-ressource dite « grille AGGIR » élaborée par le syndicat national de gérontologie clinique (SNGC). Ses variables concernent l'autonomie domestique et sociale, la cohérence et l'orientation pour en déduire les aides de nécessité à mettre en place. Au Château de Beaurecueil, cette évaluation gérontologique est réalisée par le médecin coordonnateur avec le concours des membres de l'équipe de soins qui interviennent quotidiennement auprès des personnes âgées accueillies. 89% d'entre elles présentent un état de dépendance dont le degré varie de la nécessité d'une aide à la toilette au confinement au lit comme peut en témoigner l'annexe 1, qui indique aussi l'évolution du Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré de l'établissement depuis 2002.

A travers cette traduction bio-médicale incapacitaire de la dépendance, la personne âgée dépendante semble confinée dans un univers rétréci. Les atteintes des appareils locomoteur, auditif et visuel réduisent son espace de vie. Sans stimulation, l'espace mental s'amenuise. L'espace temporel diffère avec un passé flou, un présent constitué de jours comptés, un avenir lointain et inaccessible. L'espace social s'appauvrit de la perte des différents rôles assumés auparavant du fait notamment de la profession exercée, des amitiés nouées, de la vie familiale, des activités associatives ou politiques, pour ne citer que ces exemples.

S'en tenir à cette simple approche biologique me paraît être un comportement grave de conséquences quant à la représentation sociale de la vieillesse qui varie selon les pays, les cadres sociaux et les époques. Le contenu de cette construction sociale est en perpétuelle mutation. De manière générale, aujourd'hui «il ne fait pas bon être vieux »¹⁷. Les sociétés occidentales prônent une culture du « jeunisme »¹⁸ et le culte du corps.

La personne âgée ne satisfait plus aux critères sociaux habituels. Aspect physique, baisse de régime et de dynamisme, inactivité professionnelle, statut social, perte d'autonomie, altération des facultés intellectuelles, de la capacité de communication et de participation la privent des ressorts de la vie sociale. Jugée désagréable, obnubilée par son état de santé, voire sans intérêt, elle symbolise de surcroît la finitude humaine.

¹⁶ Commissariat général du Plan (1991), *Dépendance et solidarité – mieux aider les personnes âgées*, Rapport de la Commission présidée par M. Pierre SCHOPFLIN, la France, l'Europe, X^e Plan », 1989 – 1992, Paris : La Documentation française, septembre 1991

¹⁷ FAVIER P., directrice de l'Institut National pour la Retraite Active (INRAC)

¹⁸ GUÉRIN S., professeur en sciences de la communication – université LYON II

Le budget vieillesse des pays développés, environ 50% de leurs dépenses sociales¹⁹, menace l'équilibre de leur budget social. Cette situation, outre le fait qu'elle souligne l'importance pour le directeur de mettre en place une démarche d'évaluation non seulement pour rendre compte de la qualité des prestations, mais aussi d'une gestion rigoureuse de son budget, amène hélas la plupart des citoyens à considérer la personne âgée comme appartenant à un groupe à charge en passe d'être déclaré « d'inutilité publique et sociale ».

Conséquence logique de ce raisonnement, la personne âgée se retrouve en situation de relative mise au ban, voire de dénégation. La situation s'avère pour le moins paradoxale dans une société dont l'économie de marché conduit les sociétés commerciales à mener des opérations de marketing de plus en plus ciblées à l'attention du « vieux nouveau »²⁰ : du fait d'une relative aisance financière, par comparaison aux autres générations, il devient un consommateur potentiel très intéressant de produits innovants et adaptés, en principe, à ses besoins.

Cette quasi-exclusion sociale se trouve renforcée par le propre comportement de la personne âgée : consciente du caractère en général irréversible de ses pertes, elle s'économise, se protège physiquement, ou manifeste le besoin d'être protégée, de l'agitation des plus jeunes et s'abrite psychologiquement derrière une apparente indifférence.

Quand la dépendance interfère sur la capacité à communiquer et le mode de relation à l'environnement, la richesse des communications est affectée. La menace d'un effacement identitaire pèse : la personne âgée dépendante n'est plus sujet, acteur de sa vie, mais objet de soins. « Le risque est grand d'infantiliser les personnes, de faire à leur place. Les professionnels organisent les lieux, les horaires, pensent à la place des personnes..., et oublient de les associer aux choix opérés »²¹. Ils lui apportent un soin ou se comportent vis-à-vis d'elle en fonction de leurs propres représentations.

Un risque de maltraitance se profile : considérer une personne âgée dépendante anonyme dans une masse informe d'individus et accorder la primauté de l'institution sur la personne. L'organisation institutionnelle et ses contraintes techniques, hygiénistes ou gestionnaires prennent une ampleur disproportionnée. La sécurité guide les actions. Le milieu sécurisant décide à la place, ou pour le bien, de la personne âgée et finit par anticiper sur ses désirs qu'il supprime.

¹⁹ Cf. supra

²⁰ PELISSIER J., *La nuit, tous les vieux sont gris*, Paris : Bibliophane – Daniel RADFORD, 2003, p. 40

²¹ LECLERC P., responsable du programme personnes âgées à la Fondation de France

La personne âgée «rangée dans un coin » en raison du «silence des organes » encourt un risque de « mort sociale »²² dans un monde tranquille, dépourvu d'attrait où règnent l'isolement, la solitude, le silence, l'indifférence et le néant. La recherche de buts, l'exploration de l'espace, du temps et des relations humaines devenues inutiles, il n'y a plus place pour les intentions et l'avenir. La perte du sens de la vie est imminente.

Un tel contexte de « gestion des corps usés »²³ accentue la représentation sociale négative de la vieillesse. En établissement, la dépendance s'assimilerait hâtivement à « .../ des vieillards alignés dans leurs fauteuils, silencieux, le regard perdu dans le vague, visage et corps inertes dont la vie semblait s'être envolée pour laisser place à un état quasi-végétatif.../ Fauteuils roulants abritant des corps invalides, recroquevillés sur eux-mêmes, vieillards au visage et aux membres déformés, bouches édentées, hurlements perçant régulièrement le silence pesant, déments déambulant dans les couloirs, perdus dans leur monologue en boucle sans fin, questions identiques indéfiniment répétées à une personne invisible, personnes âgées vêtues toute la journée d'une robe de chambre, comme déjà partiellement englouties dans une nuit éternelle »²⁴.

Le résident dépendant ne saurait pourtant être résumé à la comptabilisation de ses pathologies ou handicaps et à la garantie de son confort physique. « Comme tout être humain, il a des besoins d'homéostasie et des exigences relationnelles »²⁵. « Les premiers relèvent du domaine de la physiologie »²⁶, les secondes engagent la personne dans une vie sociale.

1.3 Le besoin de vie sociale

Une approche multidimensionnelle du concept de vie sociale permet de le définir et de cerner le besoin de vie sociale des personnes âgées dépendantes, selon elles-mêmes, les autres acteurs de la maison de retraite ou des auteurs ayant étudié la question.

Chaque personne veut être considérée sa vie durant dans toutes ses dimensions humaines : physique, psychique, sociale et spirituelle, c'est-à-dire le sens qu'elle veut donner à sa vie. Le désir de spiritualité est très fort chez la personne âgée qui s'interroge sur ce qu'elle a fait de sa vie. Ce désir présent également chez les personnels, pour d'autres raisons, constitue un point d'accroche important entre eux.

Au-delà de la satisfaction des besoins élémentaires et de l'accompagnement de la dépendance, la personne âgée exige la même attention et une vie relationnelle de qualité.

²² FORCET J.Y. et BAZELLEM.L., *Sortir la personne âgée de son isolement: le rôle de l'institution (re)socialisante*, Paris : Adicifor éditions FRISON-ROCHE, 1999, p. 17

²³ PUJALON B., TRINCAZ J., *Le droit de vieillir*, Paris : Fayard, 2000

²⁴ BADEY-RODRIGUEZ C.L., *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris : Albin Michel, janvier 2003

²⁵ PERSONNE M., docteur d'Etat, professeur à l'université de Tours, *La désorientation sociale des personnes âgées : comment leur entourage peut la prévenir*, Ramonville-Saint-Agne : érès : pratiques du champ social, mars 1996, pp. 49 - 73

²⁶ MAC GRAW HILL, *Physiologie humaine*, CANNON, 1989

A la croisée des secteurs sanitaire et social/médico-social, les établissements médicalisés n'assurent plus simplement le gîte et le couvert à des personnes âgées valides. En raison d'une politique de maintien à domicile soutenue et incitative, ils accueillent des personnes très âgées, fragilisées par une polypathologie fréquente et un état de dépendance accentué.

Avec leurs familles, elles présentent des exigences fortes de prestations hôtelières en termes de sécurité, hygiène, confort, animation et de soins médicaux, ainsi qu'une demande pressante et légitime de bien-être global, de considération, de respect et de préservation des liens familiaux et sociaux.

Si la personne âgée dépendante présente bien des problèmes spécifiques par rapport à sa capacité de communication et de participation, donc à sa difficulté de poursuivre une vie sociale, elle s'inscrit pourtant avant tout et comme tout être humain « dans des entrelacements sociaux plus complexes »²⁷.

La vie sociale correspond aux moments au cours desquels une personne côtoie d'autres membres de la société, quelle que soit la nature des relations entretenues. Ces instants inscrivent la personne dans une « dynamique relationnelle »²⁸. La vie sociale est le contraire de la solitude : les amitiés d'enfance, les rencontres professionnelles et de la vie d'adulte, la vie familiale, l'adhésion syndicale ou associative... Elle se mesure à la richesse et la complexité des contacts sociaux. Avec l'âge, les relations se diluent, mais pas la nécessité de continuer à exister dans la société.

Le besoin de vie sociale reste impérieux : besoin d'une vie de relation vis-à-vis d'autrui grâce à la présence de l'entourage et à des rencontres au cours desquelles confrontations, tensions, contradictions, solidarité et amour s'expriment. La personne âgée a besoin d'être écoutée, comprise et aimée pour ne pas céder à une disposition naturelle pour l'ennui. Son besoin de vie sociale est décuplé : besoin d'affection, d'amitié, d'amour, d'aide, de soins et de prévenance.

De même, la conversation reste indispensable à la vie jusqu'au dernier souffle : « en quête d'espérance, de nouvelles de tous les jours, des drames du monde. Il n'y a qu'à les laisser parler de tout, de rien, de leur passé... »²⁹.

La vie sociale menée par chaque individu révèle son caractère, son identité personnelle, sa différence, lesquels perdurent jusqu'au dernier souffle. « La notion de continuité identitaire malgré le handicap nous semble une notion première dans l'ordre du soin »³⁰.

²⁷ DUPRE-LEVEQUE D., *Une ethnologue en maison de retraite, le guide de la qualité de vie*, Paris : Éditions des archives contemporaines, 2001

²⁸ BADEY-RODRIGUEZ C.L., *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris : Albin Michel, 2003

²⁹ Docteur ABIVEN M., Association pour les soins palliatifs(ASP)

³⁰ PERSONNE M., *La désorientation sociale des personnes âgées : comment leur entourage peut la prévenir*, Ramonville-Saint-Agne : Érès, mars 1996

Aider celui qui ne peut plus se suffire à lui-même, au-delà des apparences physique et intellectuelle, du discours et des mots souvent confus, nécessite surtout une attention constante pour faire étinceler la parcelle identitaire encore intacte en son cœur, le reconnaître dans sa réalité intrinsèque et affirmer l'imprescriptibilité de ses droits fondamentaux.

La réalité de la vie sociale repose souvent sur des actions simples. Les responsables d'établissement doivent en être convaincus et veiller à garantir à tout prix, avec le concours de collaborateurs dûment motivés et chacun à son niveau de responsabilité, l'expression et la qualité de la vie sociale des personnes âgées dépendantes accueillies. Or, l'actualité et les constats formulés antérieurement me conduisent à penser que les lendemains de la vieillesse pourraient déchanter encore de longues années durant.

La démarche d'évaluation prônée dans le champ social et médico-social peut-elle contribuer à éclairer les pratiques institutionnelles en donnant aux personnels l'occasion de changer de regard sur la vieillesse? La question fondamentale qui m'agit est de savoir comment profiler cette démarche pour améliorer la qualité des pratiques, en aidant à trouver du sens à l'ensemble des contraintes qui s'imposent pour la gestion de la structure? Comment mobiliser les potentiels humains dans un souci de valorisation et responsabilisation de l'Homme au travail, avec, pour finalité première de conférer à la nécessaire technicité de leurs pratiques le sens éthique qui s'impose par respect pour la personne accompagnée, libre de sa vie et de ses choix malgré sa dépendance?

Avant de répondre à ces questions, il semble utile de procéder à une étude du champ et du contexte de l'évaluation, laquelle en induisant de l'implication peut permettre aux personnels de passer d'une logique de soins à une logique de « prendre soin ».

2 De l'évaluation

2.1 L'évaluation dans l'action sociale et médico-sociale

Dans le secteur social et médico-social, la qualité de l'organisation d'un établissement s'évalue essentiellement en terme de gestion, notamment de gestion des deniers accordés par les financeurs publics. Évaluer la qualité des pratiques et prestations correspond à évaluer la qualité d'un accompagnement humain, lequel dépasse le soin technique et dépend avant tout de l'implication des personnels. Cela renvoie davantage à une démarche d'auto évaluation au regard des valeurs et finalités du projet d'établissement. C'est pourquoi, il importe de tisser nécessairement ensemble les démarches de « projet programmatique » et de « projet visée », évoquées par J. ARDOINO³¹, avec une régulation par l'évaluation. Ces deux composantes du projet seront explicitées ultérieurement.

³¹ Professeur émérite à l'université de Paris VIII et président de l'association francophone internationale de recherches scientifiques en éducation

Pour le directeur, il doit être clair que l'établissement est concerné par la démarche d'évaluation à plusieurs titres : en premier lieu, l'évaluation du projet institutionnel comporte à la fois une dimension de contrôle et une dimension qualitative.

En second lieu, l'auto évaluation par les personnels de leurs pratiques autour du sens, des valeurs partagées et de leur professionnalité leur permet d'être engagés sur des visées et un objet communs, en qualité d'acteurs du projet et à terme de réinterroger en permanence les pratiques pour les faire évoluer dans le souci de faire vivre les valeurs portées par l'établissement.

Les deux démarches s'articulent, s'auto alimentent et vont jusqu'à intégrer la démarche d'évaluation des projets individuels. Un mouvement s'opère entre le projet institutionnel, qui rappelle principalement les valeurs prônées par l'établissement et les projets individuels qui lui donnent vie : ils se nourrissent réciproquement.

La question de l'expression et de la qualité de la vie sociale des personnes âgées dépendantes se situe au cœur de ces démarches car « accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, c'est marcher à ses côtés en le laissant choisir son chemin et le rythme de son pas »³².

Les indications précédentes laissent supposer la densité de la question de l'évaluation. La démarche d'évaluation paraît d'emblée exigeante et me conduit nécessairement à m'interroger sur l'esprit qui présidera aux travaux à entreprendre à Beaurecueil car la démarche doit contribuer à mobiliser l'ensemble des acteurs. La reconnaissance étant l'un des principaux leviers de la motivation³³ des personnels, ce créneau d'action m'intéresse particulièrement puisque les développements suivants tendent à démontrer que l'auto évaluation est déjà en soi source de reconnaissance des acteurs.

2.2 L'esprit de l'évaluation

L'évaluation se définit généralement comme la mesure des écarts entre les objectifs annoncés d'une action et les résultats observables dans un temps déterminé, selon une règle d'attribution définie à l'avance. Quand l'évaluation concerne la mesure de l'écart par rapport à une norme, il est question de contrôle, de procédures et de quantification.

En France, l'évaluation de l'action sociale est inscrite dans les textes depuis les années 1980 (loi instituant le Revenu Minimum d'Insertion, loi EVIN, circulaire plan Etat-Région...) pour en démontrer la pertinence et l'efficacité en termes d'objectifs et de moyens à financement public. Depuis, de nombreuses approches et modèles d'évaluation ont été développés.

³² VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt*, Paris : Desclée de Brouwer, 1999

³³ La motivation est un processus agi par chaque individu et qui l'agit : elle dépend de la valeur que la personne accorde à son travail, de l'instrumentalité de celui-ci (c'est-à-dire s'il lui sert) et de l'expectance (si la personne se sent capable de réaliser le travail demandé). Le directeur ne peut que créer les conditions pour que le processus soit activé.

A) L'accréditation et la certification : deux procédures d'évaluation externe

Dans le secteur sanitaire, la réforme hospitalière de 1990 a instauré la mise en place de l'évaluation médicale, qui s'est notamment concrétisée par la création de l'Agence Nationale de l'Évaluation Médicale (ANDEM).

Ensuite, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, précisée par le décret n°97-311 du 07 avril 1997, a rendu obligatoire une procédure d'accréditation dans le système de santé français dont l'objectif est de promouvoir et d'assurer une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés dans les établissements de santé.

Un stage effectué auprès de la directrice du centre de gérontologie des hôpitaux de CHARTRES et une rencontre avec l'un des responsables de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES) m'ont permis de recueillir des informations sur cette procédure.

Il s'agit d'une évaluation externe pilotée et mise en œuvre par l'ANAES, organisme indépendant, chargé notamment d'élaborer, avec les acteurs du système de santé, des référentiels, de les diffuser et de favoriser leur utilisation. L'évaluation, conduite par des professionnels dénommés experts-visiteurs, concerne tout le fonctionnement de l'établissement et ses pratiques. Elle permet de vérifier, à l'aide de référentiels, si les moyens déployés par l'établissement, examinés à travers son organisation et ses procédures, constituent une garantie en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

J'ai pu constater sur le terrain que la procédure se traduit par un investissement très important de la part de l'ensemble des acteurs, en termes de temps et d'énergie. Les responsables et leurs équipes ont mis en place un nombre impressionnant de protocoles, procédures, pratiques de soins et aussi de gestion, puisque l'ordonnance susvisée a pour objectif majeur la maîtrise des dépenses de santé. Face à cette prolifération de documents, je m'interroge quant à la réelle possibilité de mettre en application toutes ces procédures au quotidien. La démarche incite les établissements à se rapprocher d'un certain standard. Enfin, l'idée de sanction reste encore très associée à la procédure.

Ceci m'amène à considérer que l'accréditation serait difficilement transposable dans son intégralité au secteur social et médico-social et dans mon établissement en particulier, d'autant plus que les référentiels concernent essentiellement les grands principes de l'action sanitaire et ne s'attachent pas à évaluer ce qui relève du factuel et du relationnel. Or, ces aspects s'avèrent fondamentaux pour la qualité de la vie sociale de la personne âgée dépendante qui vit au jour le jour et en quelque sorte au ralenti.

La certification correspond à une procédure d'évaluation externe encore différente. C'est « une démarche volontaire ayant pour objet d'attester au moyen d'un certificat délivré par un organisme tiers, compétent et impartial, qu'un produit industriel, un service, le système qualité d'une entreprise, le personnel enfin est conforme à un référentiel préétabli./... »³⁴.

Une autre période de stage accomplie auprès d'un directeur d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant d'une chaîne du secteur privé commercial et ayant obtenu la certification aux normes ISO 9002 m'a donné l'occasion d'observer comment cette procédure, relevant également du principe d'amélioration continue de la qualité, est mise en œuvre. La certification est tournée vers la satisfaction des exigences du client et le respect des contraintes réglementaires. Par contre, elle ne met pas en avant le contrôle et la standardisation des moyens.

Elle semble relativement souple puisque « ./chaque organisme est conduit à élaborer son propre système qualité »³⁵. Celui-ci se fonde sur la construction d'une pyramide documentaire à quatre niveaux, comportant un manuel qualité, des procédures, des modes opératoires et enfin des enregistrements permettant de réaliser la traçabilité du service effectué. Dès lors, la méthodologie de mise en place de la démarche présente un caractère universel et peut s'appliquer à toute structure. C'est le cas pour la chaîne commerciale concernée qui a établi un système pour l'ensemble de ses établissements.

Cette universalité, qui de surcroît oblige à recourir à un même opérateur d'évaluation, confère à la démarche un caractère fermé. Le système documentaire ainsi conçu nécessite une attention soutenue pour être parfaitement maîtrisé et tenu à jour, situation non effective dans l'établissement d'accueil pour des raisons de suractivité. Les enregistrements sont fastidieux et le sens de la démarche est rapidement perdu de vue par les équipes. Enfin, si la certification rend compte de l'existence d'un système de gestion de la qualité, outil de pilotage et de management par la qualité, elle ne garantit pas pour autant la conformité de la prestation finale. Quelle procédure d'évaluation le pourrait-elle ?

B) L'auto évaluation et l'évaluation interne

Je tiens maintenant à évoquer la démarche d'auto évaluation exigée plus spécifiquement dans le secteur gériatrique depuis la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées instituée par les décrets n°99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999.

³⁴ DURIEUX P., *Guide des principaux termes dans le domaine de la santé, évaluation qualité, sécurité*, Paris : FLAMMARION, 1997

³⁵ CHARLEUX F., GUAQUÈRE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthodes et mise en œuvre*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2003, p.56

Elle doit s'effectuer selon une périodicité quinquennale à l'aide du questionnaire d'auto évaluation intitulé Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements (ANGELIQUE), conçu et recommandé par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Établissement du ministère du travail, de l'action sociale et de la solidarité, dénommée mission MARTHE.

Il s'agit d'une démarche d'évaluation participative visant à repérer les points forts de l'établissement et les prestations à améliorer au regard des critères et indicateurs retenus par les représentants des services de l'État, des conseils généraux de l'assurance maladie, en concertation avec les responsables et professionnels d'établissements des secteurs public ou privé et de l'École Nationale de la Santé Publique.

Les items concernent, avec un souci certain du détail, la qualité de vie et des soins à articuler en termes d'équipements, de sécurité, d'organisation, de professionnalisation et d'inscription à un réseau gérontologique. Ils se réfèrent au contenu du cahier des charges de la convention tripartite déterminé par arrêté du 26 avril 1999.

Les résultats de l'auto évaluation sont communiqués aux financeurs publics et conditionnent la ratification initiale d'une convention tripartite entre l'établissement, l'Etat et le conseil général du département d'implantation, puis sa prorogation. Ce conventionnement constitue la clef de voûte du dispositif de la réforme visée ci-dessus. Le document fixe les objectifs de qualité pour améliorer l'accompagnement à proposer aux résidents En fonction des termes de la convention, les autorités de tarification décident des moyens à octroyer à l'établissement, notamment lors de l'élaboration de son budget annuel.

Cette démarche d'auto évaluation dans le secteur gérontologique, particulièrement novatrice, a inspiré, pour partie, les dispositions de la loi n° 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui rendent obligatoire en établissement une démarche évaluative organisée en deux phases complémentaires, pour éviter toute redondance : une évaluation interne quinquennale, correspondant à une approche par processus de la qualité des prestations centrée sur l'évaluation de la qualité, la lisibilité et la traçabilité, et une évaluation externe, tous les sept ans, par un organisme extérieur habilité, pour une approche globale des activités en termes de pertinence et d'impact au regard des politiques sociales mises en oeuvre.

La loi vise à inscrire les établissements dans une démarche cohérente et commune, dont les résultats, formalisés aussi en points forts ou à améliorer, sont déterminantes quant au renouvellement de l'autorisation de fonctionner. Le décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003, pris en application de ladite loi, crée le conseil national de l'évaluation pour promouvoir notamment le développement de l'évaluation dans le champ social et médico-social, habiliter les évaluateurs externes et valider les référentiels d'évaluation interne.

Ces informations sur des procédures déjà à l'œuvre méritent d'être complétées par l'évocation de différents modèles théoriques d'évaluation pour en extraire les éléments susceptibles d'inspirer la démarche à initier à la maison de retraite de Beaurecueil.

C) Les modèles théoriques de l'évaluation

La démarche d'évaluation que je souhaite impulser doit nécessairement emprunter à la logique de contrôle et de vérification, au regard des missions et des normes, pour apprécier la technicité des interventions.

Pour autant, doit-elle se réduire à un contrôle dont le sens ne serait conféré que par la norme ? Un directeur peut-il considérer que le fonctionnement harmonieux et performant d'un collectif de travail résulte simplement de l'application de procédures, protocoles, fiches de poste, d'organigramme etc. ? Suffit-il de placer un contrôleur derrière chaque opérateur pour régler la question de la qualité ? De quelle qualité serait-il alors question ?

Pour coïncider avec les réalités de terrain qui s'accommodent généralement plutôt mal du paradigme illusoire de la qualité et de la conformité totales, ainsi que de la prévalence des procédures, la démarche ne doit-elle pas également s'inspirer d'une démarche d'auto évaluation fortement centrée sur les valeurs et le sens éthique des pratiques ? La dimension de contrôle doit nécessairement être enrichie de la dimension d'évaluation pour apprécier la pratique dans le travail social, lequel relève à la fois de la technicité et de la subjectivité. Il est intéressant de se référer à trois « théorisations »³⁶ de l'évaluation pour observer « l'activation, la survalorisation de l'une ou l'autre des logiques »³⁷ qu'elles opèrent ou non.

Pour J. ARDOINO et G. BERGER³⁸, le modèle d'« évaluation problématique de sens » prend en compte deux logiques séparées et complémentaires nécessaires. La logique de contrôle reproduit la vision rationaliste du monde et implique la construction de procédures homogènes à répéter et des acteurs qui les appliquent. Le contrôle s'axe sur la conformité, la cohérence et l'homogénéité. La logique d'évaluation se réfère à une vision holistique du monde et nécessite l'implication et l'imagination de l'évaluateur pour « construire des référents » attestant que « l'objet et les sujets de l'évaluation sont traversés par un ordre imprévu »³⁹.

« Ainsi, d'emblée, comme le dit J. ARDOINO, l'évaluation, telle ?Janus moderne, se donne à voir avec un double profil : c'est une attitude philosophique, posant la question de la valeur en même temps que les problèmes du sens et des significations d'un acte donné, donc une démarche essentiellement qualitative. Mais c'est aussi, plus souvent encore, un dispositif, constitué de méthodes, de techniques et d'outils...pour rendre compte (ou pour rendre des comptes ?...), pour analyser le plus précisément possible de façon quantitative, les données recueillies ? »⁴⁰.

³⁶ VIAL M., *Se former pour évaluer : se donner une problématique et élaborer des concepts*, p. 65

³⁷ Op. cit.

³⁸ Également professeur émérite à l'université de Paris VIII

³⁹ ARDOINO J., BERGER G., *L'évaluation comme interprétation*, in *POUR*, juin-juillet-août 1986, n°107

⁴⁰ ALBERT Fabienne, consultante, *Accompagner les démarches d'évaluation interne dans les institutions médico-sociales : une approche parmi tant d'autres*, revue bimestrielle d'information de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse *associations informations*, juillet 2004, n°1 – hors série, p. 21

Le modèle de l'« évaluation interprétation » de J. J. BONNIOL⁴¹ s'inscrit davantage dans une vision systémique et procède du mouvement. L'évaluation résulte de la régulation en boucle produite par deux logiques : la logique de contrôle par rapport à la norme et l'interprétation à la recherche de sens.

« La régulation doit maintenir autant de possibilités de rupture que de possibilités de continuité »⁴². L'évaluation est appréhendée ici comme une logique interactive pour soit induire des réajustements des écarts pour rester en conformité avec le projet initial, soit les exploiter et provoquer du changement.

Enfin, le modèle initialement intitulé « évaluation régulation », puis « évaluation formatrice », développé par M. VIAL⁴³, met en évidence le caractère inséparable et la nécessaire articulation de ces deux logiques dans un système ouvert. Pour l'auteur, l'évaluation implique l'auto évaluation qui comporte à la fois une dimension d'auto contrôle et d'auto questionnement. « *L'auto-questionnement, c'est-à-dire la faculté qu'a le sujet de se poser des questions essentielles sur l'intérêt de ce qu'il fait* »⁴⁴. En conséquence, ce modèle permet de faire émerger un référentiel construit par les opérateurs eux-mêmes, quand il n'existe pas ou de l'ajuster dans le cas contraire.

Quels enseignements retenir de ces procédures ou modèles pour impulser une démarche d'évaluation dans l'établissement afin de garantir l'expression et la qualité de la vie sociale de la personne âgée dépendante accueillie à la maison de retraite de Beaurecueil ?

3 La démarche d'évaluation à impulser au Château de Beaurecueil

Les réflexions et perspectives que peuvent m'inspirer les développements antérieurs m'amèneront ensuite à préciser l'objet de l'évaluation dans mon établissement. « Il s'agit en effet d'aborder la pratique évaluative par un petit bout de la prise en charge et non obligatoirement dans sa globalité. L'essentiel est que l'objet de l'évaluation choisi motive les personnels, que cela les intéresse »⁴⁵. Susciter cet intérêt potentiel passe nécessairement par l'explication et la compréhension des enjeux de la démarche au regard de la situation institutionnelle vécue.

3.1 Réflexions et perspectives

L'étymologie latine du vocable «évaluation », « e valere », qui signifie faire sortir la valeur, permet de considérer qu'elle vise surtout à faire émerger en références des valeurs qui déclinent les missions imparties.

⁴¹ Professeur des universités et directeur du département des sciences de l'éducation à l'université de Provence, Aix-Marseille I

⁴² BONNIOL J.J., *Complexité et régulation dans la formation et la recherche*, in *En question*, cahier n°22, pp. 8 - 10

⁴³ Maître de conférence habilité en sciences de l'éducation à l'université de Provence, Aix-Marseille I

⁴⁴ VIAL M., Les cahiers de l'année 1997, recueil des numéros 7 à 14, in *En question*, Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation

⁴⁵ COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, p. 218

Les valeurs, « principes inspirateurs et régulateurs de la vie des individus et des sociétés, fondements de la culture »⁴⁶ ont une portée globale et renvoient à la notion de l'éthique et du sens des actions entreprises ou à mener, en ce qu'elles concernent et engagent des hommes. Il est utile de rappeler également que « nos valeurs sont des interprétations introduites par nous dans les choses »⁴⁷.

En établissement social et médico-social, elles sont inscrites dans le projet institutionnel et renseignent sur comment seront pris en considération « .../la question du sens de la relation au sujet souffrant, l'enjeu de la prise en charge, la reconnaissance de la singularité de chacun et l'engagement vis-à-vis des éduqués,... »⁴⁸. Elles en déterminent les finalités à dimension professionnelle, c'est-à-dire les orientations de travail. Elles concernent de multiples domaines qui peuvent être appréhendés par la démarche d'évaluation : l'environnement social et médico-social de l'établissement, les caractéristiques de sa population et la notion de qualité de la prestation, au regard du respect des droits des usagers et de leur satisfaction. Elles doivent aussi transparaître dans la façon dont l'établissement réalise ses prestations en fonction de la mission impartie.

Les démarches de projet et d'évaluation présentent un lien indéfectible. Le projet intègre les valeurs. L'évaluation permet de caractériser le rapport aux valeurs et les réactive. Par conséquent, l'évaluation équivaut à réaliser un jugement de valeur pour vérifier la nécessaire articulation et mise en tension entre les deux composantes d'un projet que J. ARDOINO qualifie de « projet visée » et « projet programmatique ».

Le « projet visée » relève de la pensée Aristotélicienne, selon laquelle toute existence d'un être de la naissance à la fin est un bouillonnement de potentialités contenues naturellement dès l'origine, à vie et qu'il tend à réaliser. « L'être en puissance » d'ARISTOTE a pour finalité sa propre réalisation, au maximum de ses potentialités⁴⁹.

Rapporté à la démarche de projet, ce processus de réalisation se traduit en terme de « projet visée ». Le projet institutionnel, porteur de l'histoire et de la mission de l'établissement, met en avant ses valeurs, à travers des vocables de finalités, desseins, orientations, intentionnalités⁵⁰ et processus.

⁴⁶ FOUGEYROLLAS P., *Métamorphoses de la philosophie*, Paris : Éditions l'Harmattan, 2000, cité par LEVET M., *Les valeurs de l'âge*, Toulouse : érès, p. 98

⁴⁷ NIETZSCHE, *Volonté de Puissance*, cité par PATURET J.B., article « *Des fondements philosophiques de la responsabilité* », Les cahiers de la FNADEPA, n°40, 3^{ème} trimestre 1995, p. 26

⁴⁸ PATURET J.B., *Des fondements philosophiques de la responsabilité*, Les cahiers de la FNADEPA, n°40, 3^e trimestre 1995, p. 30

⁴⁹ COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, p. 81

⁵⁰ En phénoménologie, l'intentionnalité du sujet se réfère à sa conscience interne, ses perceptions, ses représentations et son positionnement.

Ce dernier terme vient du latin « processus » qui signifie progrès, action de s'avancer. Apparu dans la langue française au XVI^e siècle, il désigne un ensemble complexe de tâches à réaliser dans un objectif donné et ne doit pas être confondu avec la procédure.

La procédure présente un caractère mécanique, elle correspond aux étapes concrètes et successives qui permettent de réaliser le processus.

Aujourd'hui, le vocable « processus » est très utilisé dans les champs de la psychologie cognitive, de la psychopédagogie et de la psychiatrie de l'enfant. Il signifie alors une « suite de phénomènes présentant une certaine unité ou se reproduisant avec une certaine régularité »⁵¹. Ainsi, à la mécanique de la transformation s'ajoute l'idée « .../des enchaînements d'opérations internes, mentales, notamment de traitement de l'information. »⁵² et du « .../sujet, agent du traitement. »⁵³. Le processus relève de l'ordre du vivant et du sujet acteur, qualifié ci-dessus d' « agent du traitement ».. C'est ce même sujet acteur qui conçoit le « projet visée », lequel aide à la définition du « projet programmatique » et aide à lui trouver du sens⁵⁴.

La rédaction d'un « projet programmatique » s'inscrit davantage dans la pensée cartésienne. DESCARTES⁵⁵ considère que l'Homme possède un esprit fini et une volonté infinie, grâce auxquels il peut devenir maître de la nature et faire advenir ce qu'il veut faire advenir. Ce libre arbitre s'exprime à travers une pensée linéaire, rationaliste, mécaniciste et fonctionnaliste : le « projet programmatique » s'écrit avec des mots qui renseignent sur les objectifs à court, moyen ou long terme, les fonctions à assurer, l'organisation à mettre en place, les procédures et la mise en actes scandée dans le temps. Il incarne le « projet visée » dans l'organisation. C'est pourquoi, l'évaluation doit s'intéresser aux liens entre eux.

De plus, le projet institutionnel comporte une double dimension : la gestion du quotidien et l'anticipation pour sa réactualisation au regard de la complexité environnementale. Ce mouvement d'aller-retour induit la régulation. Les deux logiques de projet et d'évaluation sont articulées de fait. C'est pourquoi, il importe de penser et dérouler ensemble les démarches de projet et d'évaluation.

Or, il est nécessaire dans le cadre de cette étude de rappeler que l'évaluation du projet d'établissement ainsi explicitée amène ipso facto à envisager l'évaluation qualitative des pratiques qu'il institutionnalise pour sa mise en œuvre. Elle met en exergue la recherche de signification et d'adéquation aux besoins et attentes, plutôt que la mesure.

S'agissant des pratiques du directeur, elle concerne la dynamique d'action qu'il initie et l'organisation qui en découle.

⁵¹ LAFON R., *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris : PUF, 1963, p. 846

⁵² DORON R., PAROT F., *Dictionnaire de psychologie*, Paris : PUF, 1991, p. 541

⁵³ Op. cit.

⁵⁴ PEYRON-BONJAN C., professeur à l'université Aix-Marseille III – Aix en Provence, intervention à l'IRTS Provence – Alpes – Côte d'Azur – Corse, le 04 juillet 2004

⁵⁵ Philosophe, mathématicien et physicien français du XVII^e siècle

Les pratiques de ses collaborateurs renvoient à la qualité des prestations accomplies quotidiennement et à la façon dont ils agissent sur le terrain pour répondre au sens qui doit être donné à l'action. A ce titre, la démarche d'évaluation paraît pertinente au regard de la qualité et de la personnalisation du soin à apporter en établissement à la personne âgée dépendante.

Portée par l'ensemble des acteurs, elle peut favoriser la prise en compte par les personnels de la présence de la personne âgée en leur permettant de se poser les bonnes questions, d'être dans la recherche et le sens, au sein d'un système complexe où coexistent des tensions diverses.

« La personne âgée instaure une autre manière de se confronter à la réalité, pratique un autre art de vivre et anime des contre-valeurs »⁵⁶ (lenteur...). L'évaluation doit permettre de savoir si l'établissement est en mesure de « dénicher la vie dans un lieu où la dépendance, le handicap, la démence et la mort viennent souvent tout recouvrir de leur lindeuil de souffrance »⁵⁷ et de contribuer à ce qu'elle s'épanouisse.

La démarche d'évaluation n'a de sens que si la compréhension des résultats obtenus initie ensuite des ajustements à travers une conduite de changement nécessitée par les écarts éventuels. Elle invite le directeur et l'ensemble des acteurs à évoluer dans leur positionnement pour ouvrir sur des possibles futurs au regard de ce qui n'est pas fait dans l'immédiat.

L'évaluation inscrit l'établissement dans une démarche permanente de réflexion et d'adaptation, véritable spirale « évaluation régulation » selon M. VIAL : rien n'est figé. Par le biais de cette conscientisation, l'évaluation est au service de la capacité d'anticipation de l'établissement qu'elle met en évidence. Ce mouvement, induit par le phénomène de la complexité, est plus que jamais nécessaire pour permettre à l'établissement de continuer à évoluer dans la société.

La notion de complexité renvoie à l'étymologie latine « complexus », signifiant « tissé ensemble ». « La pensée complexe /.../ est un mode de pensée transdisciplinaire/.../et affirme ce que Edgar Morin appelle ?l'inséparabilité des problèmes ?»⁵⁸. Pour connaître des situations et ne pas perdre la quintessence des phénomènes observés, il faut témoigner d'« une intelligence globale et systémique »⁵⁹ et intégrer le plus d'éléments possibles de compréhension (aspects humains, économiques, financiers etc.). C'est ainsi qu'il est nécessaire de problématiser son propre positionnement avant de décider d'un projet ou d'une action.

L'évocation des diverses démarches et modèles d'évaluation amène à se questionner quant au degré d'engagement ou d'implication nécessaire des acteurs et son rapport avec le dessein du projet.

⁵⁶ LEVET M., *Les valeurs de l'âge, Toulouse : érès, p. 115*

⁵⁷ BADEY-RODRIGUEZ C.L., *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris : Albin Michel, 2003

⁵⁸ DAUZAT A., DUBOIS J., MITTERAND H., *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*, Paris : références Larousse, 1971, p. 92

⁵⁹ Op. cit.

L'engagement renvoie à la notion de gage, de contractualisation et d'intérêt à agir. Cette idée de transaction aurait plutôt tendance à éloigner les acteurs du « projet visée ».

J. ARDOINO⁶⁰ évoque l'étymologie du terme « implication », laquelle renvoie au verbe latin « implicare » dérivé de « plicare » qui signifie plier, replier. « .../le mot impliquer suggère plutôt les idées d'enlacer, d'entortiller, d'envelopper, d'engager, d'embarrasser, de gêner, de lier ;.../Jusqu'au XVIIe, impliquer reste pratiquement synonyme d'enchevêtrer et de compliquer ». Selon l'auteur, « impliqué » signifie être pris dans les plis et suggère aussi l'idée d'intériorisation de la connaissance, laquelle permet d'entrevoir une « .../capacité d'appropriation, de réappropriation, d'assimilation et d'intégration »⁶¹.

Les quiproquos et les contradictions évoqués par la terminologie suscitent une altérité qui à terme facilite l'établissement de liens sociaux. L'implication permet d'actualiser l'objet du projet, car tout en restant fixés sur sa visée, les acteurs⁶², en acceptant l'idée d'imprévu, deviennent auteurs et se situent dans le champ de la complexité et de la multiréférentialité.

Le concept de multiréférentialité développé par J. ARDOINO tend à démontrer que l'approche de la complexité ne peut être envisagée de manière globale ou homogène, car la nature et la nature humaine sont marquées par l'hétérogénéité et le paradoxe. Gérer un établissement impose une lucidité certaine quant à la contradiction inhérente au fait de gérer des situations dans des cadres normés, alors qu'elles ne le sont pas par nature.

Le guide méthodologique « Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire », édité en mars 2004 par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) souligne parfaitement cette complexité et multiréférentialité à travers un schéma qui rappelle les quatre dimensions de la qualité : la qualité attendue et celle perçue par les usagers, dénommés les clients, la qualité voulue et celle délivrée par les professionnels. Des flèches tracées en boucle interrogent sur les écarts existant entre ces concepts et éclairent la nécessité d'une évaluation dynamique pour les mesurer et permettre à la démarche qualité de les réduire.

La complexité et la multiréférentialité mettent en évidence l'enjeu professionnel qualitatif d'une démarche d'évaluation critique, axée autour de l'intentionnalité et des visées : il est question ici de prendre le risque de savoir ce qui est fait, pourquoi et comment cela est fait, ainsi que ce que cela provoque d'un point de vue émotionnel, pour véritablement apprendre de ce qui est mis en œuvre et adapter son comportement professionnel en conséquence. Ainsi, l'évaluation dont la finalité est l'accompagnement de l'action peut-elle être qualifiée d'évaluation apprenante.

⁶⁰ Dans un article *Polysémie de l'implication* » daté de mars -avril 1983

⁶¹ Op. cit.

⁶² Ce vocable renvoie à l'analyse des systèmes réalisée par CROZIER M., sociologue

3.2 Son objet

Mon propos est d'impulser une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles qui concourent à l'expression et la qualité de la vie sociale des personnes âgées dépendantes accueillies dans l'établissement en vue d'en optimiser le contexte.

Le terme de « pratique » s'entend dans ce cadre par référence à la « praxis », du grec « prattein » qui signifie agir, concept philosophique du XX^e siècle⁶³ qui s'oppose à la « poïésis », étymologie grecque, dont le sens a été défini par ARISTOTE, philosophe grec (384-322 av. J.C.) et repris en 1958 par Hannah ARENDT dans « La condition de l'homme moderne ». « La poïésis, en effet, est la fabrication d'une œuvre (*ergon*), elle a pour caractéristique d'être extérieure à l'agent producteur. Le faire poïétique est atteint, lorsque l'œuvre est finie, il est donc limité dans le temps »⁶⁴.

Hannah ARENDT précise que « .../dans la praxis, au contraire, la fin n'est pas poursuivie pour elle-même, car la praxis est l'activité, il n'y a donc aucune fin prévue »⁶⁵. Cette pratique induit un perfectionnement de l'agent et non la réalisation d'une œuvre qui lui serait extérieure.

En conséquence, la « praxis » se caractérise par « .../une interaction entre partenaires, entre acteurs engagés dans une histoire qu'aucune fin a priori ne détermine. L'interaction entre acteurs se déploie, selon le mot de V. JANKÉLÉVITCH dans une « causalité circulaire » où l'action de l'un se répercute nécessairement sur l'autre dans une réciprocité permanente »⁶⁶.

Toute pratique réalisée dans un souci de préservation et de développement de la vie sociale en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes est susceptible de donner davantage de sens au projet institutionnel dans la mesure où elle participe de la reconnaissance de la personne âgée dépendante en qualité de sujet à part entière.

Il est important d'avoir conscience que « les vieux sont les vrais aventuriers de notre époque, la première génération qui, en masse, avance tant en âge. L'air de rien, en silence, ils révèlent que bien vieillir n'est pas vieillir jeunes et beaux. Ils inventent une nouvelle façon de vivre selon laquelle on ne gagne pas sa vie à force d'être utile. Avec eux, on découvre que notre humanité est mélange de force et de faiblesse, de puissance et de fragilité. Ils nous montrent que notre grandeur n'est pas dans ce que nous faisons mais dans la qualité de nos rencontres et de nos amitiés »⁶⁷. C'est à ce titre que les pratiques des professionnels qui les entourent doivent être interrogées.

⁶³ DAUZAT A., DUBOIS J., MITTERAND H., *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*, Paris : références Larousse 1971, p. 594

⁶⁴ PATURET J.B., *Des fondements philosophiques de la responsabilité*, in *Les cahiers de la FNADEPA*, 3^e trimestre 1995, n°40, p. 29

⁶⁵ Op. cit.

⁶⁶ Op. cit.

⁶⁷ BELOT A., CHABERT J., journalistes, *Un an après, la France ressent toujours un coup de vieux*, in *Les cahiers de la FNADEPA*, juin 2004, n°81, p. 5

Ces précisions apportées, il convient de préciser les principaux vecteurs de la vie sociale, qui permettent d'adresser à la personne âgée dépendante des signes de reconnaissance et lui prouvent qu'elle existe et compte aux yeux de tous.

Quel que soit l'état de conscience des personnes âgées dépendantes, leur participation à la vie de la société et de l'établissement représentant une mini société est fondamentale. Cette participation exige :

- une facilitation des relations interpersonnelles en termes de connaissance, reconnaissance, respect de la dignité humaine et de l'altérité, ainsi qu'une écoute attentive et des échanges, pour une intégration au groupe et l'expression d'une solidarité entre tous ;
- l'exercice d'une citoyenneté participative, identitaire et revendicative. Il serait d'ailleurs nécessaire de s'interroger sur le maintien d'un rapport à l'argent et le troc social, même symbolique, qui contribuent à l'existence des relations sociales et conditionnent la participation du résident à la vie économique de la société ;
- une appropriation du lieu de vie pour se sentir impliqué dans la vie de la structure comme chez soi ;
- le droit au choix et au risque (lieu et rythme de vie, activités, repas, tenues vestimentaires, relations ...). Un maximum de choix doit être laissé au résident dépendant. L'établissement ne peut pas prétendre être le « tout » de la personne âgée dépendante sous peine d'annuler son désir. Laisser l'espace libre, un certain manque, voire une frustration permet l'émergence et l'expression du désir, donc de la vie, à condition que la personne puisse s'exprimer et qu'elle soit entendue.

«La communication nous fait être des humains »⁶⁸ et inscrit la personne âgée dans un réseau de relations sociales, familiales, affectives, sexuelles... Même désorientée et très détériorée psychologiquement, elle reste sensible et perméable aux ambiances affectives, au respect ou mépris témoigné. Comme elle s'impose rarement aux autres, ils doivent aller à sa rencontre. Le quotidien et l'imprévisible nourrissent la communication et évitent aux vieillards « de s'enfoncer dans leur nuit »⁶⁹.

L'information sur l'actualité et la situation des proches, facteur d'équilibre psychologique, garantit la capacité relationnelle. Les changements même minimes dans les rapports sociaux établis et dans l'organisation quotidienne nécessitent des explications claires pour préserver le besoin de stabilité de la personne âgée et lui épargner tout sentiment d'exclusion ou de manque de respect.

⁶⁸ DE HENNEZEL M., psychologue

⁶⁹ LADRET A., médecin retraité, *La vie de la personne âgée*, Lyon : les éditions de la Chronique Sociale - collection « l'essentiel », 1993, p. 56

L'objet de l'évaluation n'est pas encore l'expression et la qualité de la vie sociale de la personne accueillie. Il s'agit d'abord d'évaluer les pratiques qui, dans l'établissement, devraient l'optimiser. L'évaluation doit mettre en lumière la qualité humaine des personnels et leur permettre de situer leur travail à la croisée de l'éthique et de la technique.

Elle m'incite à des questionnements en terme de performance et d'efficience pour définir la manière d'agir afin de mettre en place les conditions les plus favorables au développement des bonnes pratiques recommandées par le législateur. Préalablement, il est utile de se pencher sur les enjeux de l'évaluation envisagée dont les divers acteurs, personnes physiques ou instances, doivent se saisir.

3.3 Ses enjeux

Dans un établissement, si les personnels sont capables d'agir et de pratiquer des gestes techniques, ils sont également en mesure d'interrompre leur action pour l'analyser, dans le souci de mieux agir par la suite. Quels enjeux va servir au juste cette démarche d'auto évaluation ? Enjeux des pouvoirs publics et des organismes gestionnaires en terme d'efficience ? Enjeux des familles des personnes âgées dépendantes qui finissent par faire oublier ces dernières ? Enjeux de manipulation au profit des uns ou des autres ? Ils peuvent se décliner à l'infini et sur des registres fort différents, pas toujours louables. Je limiterai mon étude à deux enjeux qui me paraissent fondamentaux : l'affirmation de la primauté des valeurs pour guider les interventions sociales et la réalisation des ajustements qu'elles nécessitent.

A) La mise en exergue des valeurs

L'évaluation en tant que démarche comporte une dimension à la fois éthique, théorique, assurément politique et méthodologique. Elle doit contribuer à inscrire résolument les dispositifs d'action sociale et médico-sociale dans le registre des droits de l'Homme, pour prendre en considération la souffrance des plus défavorisés, maintenir la cohésion sociale et rendre les différentes parties acteurs et parfois même selon les termes de J. ARDOINO « acteurs auteurs ». À ce titre, l'évaluation participe à la promotion de la vie démocratique et à la construction d'une société meilleure.

À l'échelle d'un établissement, le sociologue M. WEBER a démontré « .../combien toute institution a tendance à se chroniciser, à privilégier sa propre reproduction et donc à se détourner de ses fins, sans que la responsabilité des hommes soit forcément en cause »⁷⁰. Or, il importe de réaliser que les personnels peuvent aussi construire, en toute responsabilité et à leur niveau, une théorie propre à servir l'évaluation, et notamment, pour se recentrer sur l'objet de la présente étude, celle des pratiques conditionnant l'expression et la qualité de la vie sociale de la personne âgée dépendante, en vue de les adapter.

⁷⁰ Cité par JACQUELIN P., conseiller technique de l'Uriopss, revue bimestrielle d'information de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse *associations informations* n°1 – hors série, juillet 2004, p.10

La démarche d'évaluation conscientisante favorise ainsi l'émergence de la culture spécifique à l'établissement. Tout placage méthodologique serait contraire à l'expression d'une vie sociale, puisque importé de l'extérieur. Cet aspect revêt toute son importance à la maison de retraite de Beurecueil au regard de la culture véhiculée par le monde combattant essentiellement tournée vers le devoir du souvenir et d'entraide.

La démarche d'auto évaluation permet de réactiver le projet d'établissement, bien souvent perdu de vue par les équipes, en établissant le lien entre le «projet visé » et la démarche de projet. Elle est également propre à éviter le déracinement de l'application des théories : elle permet de se servir de la théorie pour comprendre et orienter la pratique. Enfin, elle incite à souscrire des engagements de progrès en terme de professionnalité des équipes et par voie de conséquence au bénéfice de la personne âgée.

En initiant une démarche d'auto évaluation des pratiques pour promouvoir la vie sociale dans mon établissement, j'ai la conviction de porter, à mon niveau de responsabilité, les valeurs démocratiques énoncées dans la constitution française et de pouvoir aider chacun, personnels et résidents, à se situer pour l'avenir dans la société en marche.

Pour conclure sur l'aspect politique, il est en outre utile de préciser que l'enjeu de l'évaluation est fort : elle fait émerger des éléments de communication susceptibles de créer les conditions d'un dialogue pertinent avec les pouvoirs publics. Être dans les missions avec qualité constitue le prolongement naturel de l'évaluation. Aussi, tout jugement de valeur sur la qualité des services rendus peut venir étayer une demande de moyens supplémentaires pour réguler les actions de l'établissement au regard de la nécessaire amélioration des conditions de vie des personnes âgées dépendantes accueillies.

Sur un plan méthodologique, après avoir travaillé ensemble sur les enjeux individuels et collectifs, il est indispensable de construire les outils d'évaluation avec les salariés, auteurs et acteurs reconnus. En participant à l'élaboration des outils d'évaluation, puis en les utilisant, chacun reprend conscience des missions parfois oubliées et de sa contribution à l'œuvre collective, le projet global. Il s'agit de leur permettre de s'inscrire dans une démarche d'évaluation qui questionne leur personne professionnelle en termes d'engagement, de participation directe, de responsabilité pour un enjeu fondamental d'ordre stratégique : planifier le changement pour améliorer les conditions de vie et de travail au sein de l'établissement. Le champ gérontologique est concerné, l'établissement et le directeur aussi.

B) Une évolution possible des pratiques institutionnelles

Conduire le changement passe par une orientation des choix, détermination des priorités et concentration sur des objectifs partagés au vu des décalages relevés entre les textes de référence, les valeurs de l'établissement, le besoin de vie sociale et les réalités du terrain. L'évaluation inscrit l'institution dans une dynamique de changement car elle permet le réajustement qui doit tenir compte des interactions et de l'environnement.

Pour le directeur, la démarche d'évaluation est un outil de mobilisation, un support managérial majeur pour l'information, la communication, la négociation et la prise de décision. Elle constitue une occasion intéressante de confronter les avis et positionnements des divers acteurs, de les amener à réfléchir sur les valeurs à partager et les missions afin qu'ils les prennent en compte en toute responsabilité dans leurs pratiques. C'est aussi un outil de gestion et d'organisation.

La formalisation indispensable à l'évaluation renforce la protection et la responsabilisation des salariés, car elle permet de garder une traçabilité de leurs actions. Elle favorise leur l'autonomie via la prise d'initiative et la vision globale de leur contexte d'intervention.

L'évaluation présente un enjeu clinique pour les résidents dépendants : elle vérifie si les pratiques vont dans le sens d'une affirmation identitaire et d'un sentiment d'utilité sociale. Cette reconnaissance est d'autant plus importante si les personnes âgées, ainsi que les familles sont impliquées dans la démarche et si les items de l'évaluation portent sur leur degré de satisfaction. Elle peut ainsi contribuer au traitement de certaines pathologies autrement que par la seule action médicale et soignante.

Enjeu social fondamental pour construire un projet au bénéfice des personnes âgées dépendantes, l'évaluation aide à définir ce qui permet de repérer les désirs et plaisirs individuels pour initier ensuite une action les stimulant.

Associer professionnels et résidents, chacun à son niveau, pour parvenir à appréhender l'abstrait du besoin et des attentes, c'est leur offrir la possibilité de participer et de s'engager encore plus dans la vie de la structure. L'évaluation entreprise de la sorte participe de la reconnaissance et valorisation des acteurs de sorte qu'ils se sentent réellement concernés.

L'évaluation permet enfin aux personnels de l'établissement de ne pas rester bloqués sur les émotions et d'en extraire un enseignement, une expérience pour arriver à les questionner ensemble, de façon permanente et autonome, pour réguler leurs pratiques professionnelles.

En conclusion, les développements antérieurs invitent à interroger le positionnement de la personne professionnelle, du directeur et de l'équipe : la responsabilité professionnelle peut-elle s'exprimer véritablement si le salarié concerné ne possède pas en lui des valeurs fortement ancrées de respect de l'altérité ? « L'éthique ne s'éprouve que dans l'acte. Il faut une rencontre, celle d'un ?Je? et d'un ?Tu?»⁷¹. La question à placer au cœur des débats n'est elle pas celle du rapport entre la technique et l'éthique, qui ne s'opposent pas, mais s'articulent en s'interrogeant mutuellement ?

⁷¹ Conseil Supérieur du Travail Social, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, éditions ENSP, Rennes, 1998, p. 70

Est-il raisonnable de penser que seule la personne qui assure une fonction en connaît la finalité, les contours et les limites ? Quelle part d'initiative laissée à l'opérateur individuel et collectif peut à terme lui permettre de réajuster ses pratiques professionnelles aux situations nouvelles et de plus en plus complexes rencontrées, eu égard aux caractéristiques de la population âgée rappelées précédemment ?

Dès lors, en sus de la nécessaire dimension d'encadrement et de contrôle de l'équipe, l'une de mes obligations de directrice n'est-elle pas de l'accompagner sur les aspects techniques et relationnels de ses interventions au bénéfice de l'utilisateur et de considérer que chacun de ses membres doit être positionné en qualité d'acteur ?

La démarche d'évaluation doit revêtir une dimension globale pour répondre à ces questionnements et faire ressortir que toute intervention correspond à la mise en acte d'un ensemble de procédures, par des personnels possédant des compétences professionnelles et agis aussi par leurs processus. Ce vocable est utilisé ici par référence à *la Métaphysique* d'ARISTOTE et renvoie à la complexité du vivant, traversée par les concepts d'énergie et de puissance. Le processus, constitutif de tout être, peut se définir comme le passage de la puissance à l'acte et inscrit l'individu dans une dynamique de construction et de réalisation⁷².

Cette dynamique perdure malgré la dépendance. C'est pourquoi, le directeur doit mettre en œuvre les moyens permettant à ses collaborateurs de saisir à quel point leur rôle importe pour prendre soin au sens large de la personne âgée accueillie, surtout lorsqu'elle est dépendante. Même si elle ne peut plus parler, elle peut écouter et échanger avec le regard de l'autre.

Le docteur Boris CYRULNIK affirme qu'il existe une « marge de surprise » que réservent certaines maladies. Cette marge est, selon ce praticien, éthique « car elle est garante du respect ». Elle tranche avec le « prédicat scientifique » qui tend à « mathématiser l'homme » et à conclure « Je ne peux plus rien pour lui ». Il y a en chacun « une part de liberté intérieure non mathématisable, des braises de résilience sur lesquelles on peut souffler pour les ranimer et rendre la maladie plus supportable ou laisser s'éteindre »⁷³. L'expression et la qualité de la vie sociale en EHPAD ne sont-elles pas aussi des braises de vie à protéger par des pratiques pertinentes et réajustables en permanence en fonction des besoins et attentes exprimés ?

Impulser une démarche d'évaluation au service de la promotion de la vie sociale dans l'établissement ne relèvera probablement pas d'une construction ex nihilo. Les potentiels développés au fil des ans serviront d'assise à la démarche dont la dimension s'articulera nécessairement sur un plan technique, ou méthodologique, et éthique. Le diagnostic de la situation de l'établissement devrait permettre de souligner ses points forts ou à améliorer par rapport à la problématique retenue.

⁷² D'après PEYRON-BONJAN C., professeur à l'université Aix-Marseille III – Aix en Provence, intervention à l'IRTS Provence – Alpes – Côte d'Azur – Corse, le 04 juillet 2004

⁷³ Propos de CYRULNIK B., éthologue, neurologue, psychiatre et psychanalyste, cités par CORDIER F., *Une marge de surprise*, Le quotidien du médecin, 08 avril 2003

AIDE À LA COMPRÉHENSION DE LA RÉALITÉ

« *Aucun oiseau n'a le cœur de chanter dans un buisson de questions* ».
CHAR R.⁷⁴

Toute conduite de projet doit intégrer que des difficultés de management peuvent surgir du fait de la complexité du contexte juridique, économique et opérationnel, de l'historique, la culture, les valeurs, l'organisation de la structure et de la diversité des métiers. C'est pourquoi, pour gérer au mieux la transition avec la situation précédente, il convient d'avoir une connaissance globale de l'environnement institutionnel et de repérer les paramètres initiaux externes et internes, susceptibles de faciliter ou freiner la réalisation du projet, afin de déterminer la trajectoire à suivre, puis les modalités d'action.

1 Vision stratégique des environnements

Cette « lecture des environnements »⁷⁵ doit démontrer s'ils contribuent à définir les enjeux et fondements d'une politique de développement de la vie sociale des personnes âgées et de la démarche d'évaluation. L'analyse nécessite un rappel des textes de politiques publiques nationales et locales applicables dans le secteur gérontologique. La pluralité des acteurs avec lesquels l'établissement est en relation conduit à poursuivre par l'évocation des liens existant entre l'établissement et l'administration de l'Etat dont il relève, puis par l'examen des partenariats initiés et développés.

1.1 Le contexte législatif et réglementaire

Berceau des valeurs philanthropiques du siècle des lumières affirmées ensuite dans la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789, la France souscrit, à un niveau supra national et comme la majorité des États de la planète, aux principes de la déclaration universelle des droits de l'Homme rédigée en 1948 par l'Organisation des Nations unies (ONU), en réponse à la barbarie nazie ou à la situation de restriction des libertés personnelles dans certains pays du globe.

La déclaration des droits de l'Homme et du citoyen met en avant les droits de la personne contre le pouvoir politique, l'égalité de droits pour tous⁷⁶ et proclame les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme⁷⁷.

La déclaration de l'ONU approfondit les droits civils et la protection des personnes : ses articles proclament le droit à la vie, à la liberté, à la sûreté, l'égalité devant la loi et le respect de la vie privée. L'esclavage et la torture sont bannis.

⁷⁴ COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, p. 193

⁷⁵ LEFÈVRE P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^e édition, Paris : DUNOD, 2003, p. 39

⁷⁶ article 1 : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits, /... »

⁷⁷ article 2 : « .../ ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression »

Ces textes relèvent de la philosophie prônée au XVIII^e siècle par l'école du droit naturel⁷⁸ et se placent dans une perspective d'universalité des valeurs morales. Des droits inhérents à la personne humaine sont reconnus. Si ce caractère universel peut sembler relativement contestable du fait de la forte empreinte occidentale incarnée dans cette primauté des droits individuels, « l'universalité des droits de l'homme est une idée juste pour la simple raison que nous avons tous une identité humaine »⁷⁹. La personne âgée est donc pleinement concernée par ces déclarations inspiratrices des droits français et des textes fondateurs de l'action sociale.

Par ailleurs, en ratifiant de nombreuses conventions européennes, la France confirme sa volonté d'inscrire sa politique globale d'action sociale dans une démarche d'inclusion sociale. Les citoyens européens les plus faibles, empêchés de faire valoir leurs droits du fait du handicap, de la maladie, de l'âge, de difficultés économiques, sociales ou familiales ne doivent pas supporter seuls le poids de leur situation. Un modèle européen de solidarité est recherché pour un accompagnement social adapté à leurs besoins avec une approche transversale des droits de l'Homme. L'Union européenne prépare aussi un plan d'action international sur le vieillissement avec des programmes sur la prévention, la protection de la santé, l'équité de traitement et la lutte contre la maltraitance, pour « une société pour tous les âges ».

À l'intérieur de l'hexagone, un important arsenal législatif et réglementaire témoigne de la volonté des acteurs publics, associatifs ou privés du secteur social et médico-social d'ériger la solidarité et le respect des usagers en principe d'action incontournable. L'évolution se confirme en direction d'une protection sociale attachée à des droits personnels avec nécessité d'un accompagnement de la personne sur un itinéraire personnalisé.

Les principes d'intervention de ces lois et règlements, dont les décrets portant réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, ainsi que la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, servent de toile de fond à l'expression de la vie sociale et favorisent la reconnaissance de la qualité d'acteur de sa vie à tout être humain.

Toute discrimination du fait de l'âge, l'état physique, mental, psychique, familial, professionnel ou social est interdite. Ces textes prônent principalement la promotion de la dignité humaine, des droits et libertés individuelles, de l'autonomie, de la citoyenneté et la préservation des droits économiques.

⁷⁸ Ses auteurs les plus connus sont GROTIUS, HOBBS, KANT, LOCKE, SPINOZA et ROUSSEAU.

⁷⁹ KI-ZERBO J., historien burkinabé, *L'universel et le particulier*, in *Le courrier de l'UNESCO*, décembre 1993, p. 19

Les avancées juridiques les plus récentes concernent l'accès à l'information, le respect du libre choix, la nécessité de recueillir le consentement éclairé, le maintien des liens sociaux et familiaux, le droit à des soins de qualité et aux soins palliatifs, la prévention et la lutte contre la douleur et la maltraitance.

La loi du 02 janvier 2002 affirme les droits des usagers comme norme supérieure opposable à toute administration ou institution du secteur social et médico-social et prévoit 7 outils pour les garantir : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le projet d'établissement, le conseil de la vie sociale et la personne qualifiée.

Certaines organisations associatives du secteur dénoncent une loi instrumentale visant plus à renforcer la maîtrise de l'administration sur les établissements et limiter la portée de la réforme par souci économique, qu'à servir les intérêts des usagers. Pourtant, si les responsables du secteur ne traduisent pas ces dispositions légales dans les faits par des comportements professionnels entièrement tournés vers le respect d'un pur formalisme, elles peuvent leur permettre d'innover de nouvelles postures entre l'administration, les établissements et les usagers et contribuer à semer les germes d'une logique démocratique dans le fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales. L'utilisateur n'est alors plus considéré comme utilisateur des dispositifs de l'action sociale, mais comme acteur. La nuance est fondamentale au regard des critères d'expression de la vie sociale en établissement indiqués en première partie et liés à la participation, l'information ou la communication, thèmes repris systématiquement dans les textes.

Enfin, suite aux événements liés à la canicule de l'été 2003 et à la surmortalité qu'elle a engendrée chez les personnes âgées, la loi n°2004 - 626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées valide les modalités du plan pluriannuel (2004-2008) « Vieillesse et solidarité » doté de 9 milliards d'euros, financé par l'abandon d'un jour férié ou de réduction du temps de travail, une cotisation patronale sur la masse salariale et une contribution sociale généralisée. Le plan prévoit de développer l'animation, la vie sociale des personnes âgées et la solidarité entre les générations.

Dans le cadre de ce mémoire, il importe aussi de citer les textes associant d'emblée une démarche d'évaluation pour garantir l'efficacité de leur dispositif : évaluation continue des besoins et attentes, évaluation de l'adaptation des réponses à la personne et évaluation de la qualité de l'accompagnement.

Là encore s'impose la référence aux textes évoqués antérieurement : les décrets du 26 avril 1999 relatifs à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées et la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Pour situer l'établissement dans le contexte local des Bouches-du-Rhône, il est utile de préciser qu'en décembre 2003 le schéma gérontologique départemental, élaboré avec la contribution des acteurs institutionnels, professionnels, et représentants des usagers pour favoriser l'expression citoyenne, a retenu parmi ses priorités la qualité de la prise en charge en établissement et son évaluation dynamique. Des critères d'évaluation ont été suggérés par les services du conseil général lors des travaux préparatoires : la personnalisation des prestations, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, le rythme de vie, la chaleur humaine, la liberté de circulation, le respect de l'intimité, l'animation et le choix des menus. La formation continue des personnels et la valorisation des métiers sont aussi préconisées pour favoriser l'adhésion aux projets de vie et de soins et l'implication dans leur mise en œuvre.

Il ressort de cette approche réglementaire que les principaux textes de politiques publiques nationales et locales susvisés applicables aux établissements du champ social et médico-social, et plus particulièrement du secteur gérontologique, servent d'assise juridique à la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et au développement de la vie sociale en établissement.

Véritables opportunités pour concrétiser le présent projet, ils confirment que le leitmotiv « qualité de vie sociale » et « évaluation » figure bien parmi les préoccupations actuelles et essentielles pour un accompagnement gérontologique de qualité en établissement.

Malgré tout, cette reconnaissance des personnes âgées à travers les textes réglementaires et législatifs ne risque-t-elle pas de rester de l'ordre du virtuel, voire du leurre incantatoire dans la mesure où ces textes semblent générer eux-mêmes une situation paradoxale ?

Les lois exigent une qualité de vie et tout son contraire avec des normes de sécurité draconiennes rendant de plus en plus complexe la possibilité de satisfaire des demandes ou choix simples (hygiène alimentaire, sécurité incendie, ...). Pour se protéger des réelles velléités de judiciarisation des conflits, essentiellement de la part des familles, les dispositifs font atteindre aujourd'hui au dilemme sécurité/liberté son paroxysme.

Il n'a jamais été fait à la fois autant et si peu pour les personnes âgées. La démarche qualitative dans le cadre de la réforme de la tarification, l'exigence de suivi professionnel avec élaboration de dossiers de soins et de projets de vie personnalisés, le soutien à la dépendance et à la fin de vie, tous les dispositifs prévus devraient être opérants en terme d'amélioration de l'accompagnement gérontologique.

Cependant, l'actualité enseigne régulièrement, et mon expérience de terrain au quotidien me permet de le confirmer, que les personnels soignants sont débordés, que la progression du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démence sénile ou troubles apparentés est impressionnante. L'image « maison de retraite/mouroir » reste encore très prégnante auprès du grand public pour qui les résidents semblent mener une vie de reclus teintée d'ennui.

Face à cette situation, des mesures pragmatiques, divergentes et souvent peu visionnaires interviennent. Même si des efforts importants ont été réalisés, les moyens financiers alloués et les effectifs de personnels s'avèrent encore insuffisants pour des politiques efficaces de prévention des troubles d'isolement et de solitude liés au vieillissement, de préservation et maintien dans un réseau de relations. Rien n'est jamais acquis sur le plan organisationnel du fait des risques de maladie des salariés, de réduction budgétaire, etc., d'où une misère récurrente de temps, d'effectifs, de matériel et des défaillances chroniques.

Ce décalage entre les intentions et les moyens octroyés est inquiétant. Il entraîne des conséquences négatives sur la qualité de l'accompagnement de la personne âgée. En effet, la question des moyens accapare considérablement l'attention et l'énergie des équipes, confrontées à la mise en œuvre de pratiques, elles aussi, pragmatiques et destinées à gérer l'urgence, sans réflexion globale en amont.

Cette situation accentuée par la difficulté de travailler auprès de personnes dépendantes génère un phénomène d'usure professionnelle. De ce fait, la personne âgée n'est pas vraiment considérée comme elle le mérite.

L'évaluation des pratiques par les opérateurs eux-mêmes est en mesure de souligner ce hiatus, pour y porter ensuite remède. Encore faut-il être certain que la démarche n'aboutira pas à une sanction si le rapport qualité-coût s'avère insatisfaisant et qu'elle permettra de négocier auprès des financeurs publics une amélioration des conditions de fonctionnement de l'établissement au bénéfice des personnes âgées.

Les financeurs publics sont les partenaires institutionnels privilégiés de l'établissement, qui a aussi fondé sa stratégie d'action sur d'autres partenariats, pour mobiliser les énergies, mutualiser les ressources, les compétences et agir ensemble. L'examen de leurs relations permet de vérifier si elles peuvent servir une pratique évaluative au service de la promotion de la vie sociale dans l'établissement.

1.2 Les liens avec l'organisme gestionnaire

Le Château de Beaucueil appartient à l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ONAC&VG), établissement public administratif à vocation sociale, situé à l'Hôtel national des invalides à PARIS et placé sous tutelle du ministre délégué aux anciens combattants, rattaché juridiquement au ministre de la défense.

Le dispositif administratif et social de soutien aux combattants et victimes de guerre date de la première guerre mondiale. Une loi du 19 décembre 1926 crée ensuite l'Office national du combattant et un décret du 17 juin 1946 lui confère son nom actuel. Son statut et sa réorganisation sont prévus par l'ordonnance n°59-69 du 07 janvier 1959 et le décret n°59-166 du 07 janvier 1959. L'organisation actuelle de l'Office est présentée en annexe 2.

En sus des principes fondamentaux régissant la fonction publique d'Etat, principes de continuité du service et d'égalité devant le service public et leurs corollaires respectifs, principes d'adaptation constante et de neutralité, le respect de la mémoire et la solidarité constituent le socle des valeurs fondamentales de toute action de l'Office et de ses services, dans le cadre d'une mission de protection des intérêts matériels et moraux d'environ 4,2 millions de ressortissants au sujet desquels des indications sont apportées également en annexe 2.

Il semble opportun de relever la légitimité conférée à la démarche d'évaluation par le principe d'adaptation évoqué ci-dessus : en effet, comment serait-il possible d'envisager une quelconque capacité d'adaptation sans processus initial de questionnement et d'évaluation pour vérifier si les actions sont en adéquation avec les réalités de terrain et les besoins des populations ?

Le conseil d'administration de l'Office, organe décisionnaire, détermine notamment les axes de changement pour les opérations d'envergure des maisons de retraite : création, fusion, extension, rénovation, conventionnement tripartite, fermeture.

La moyenne d'âge des ressortissants de l'Office étant très élevée, les membres du conseil sont attentifs et exigeants quant à la qualité de vie sociale à proposer et développer au sein des maisons de retraite pour préserver les liens de solidarité avec le monde combattant associatif et valoriser le passé combattant des ressortissants âgés accueillis, élément déterminant de leur reconnaissance identitaire.

Au fil des ans, l'Office a su adapter l'organisation de ses maisons de retraite à l'évolution des besoins des ressortissants les plus âgés : rénovation du patrimoine bâti, modernisation des équipements et mobiliers, ainsi que médicalisation des services dès 1980 avec la création de sections d'aide aux personnes âgées (SAPA).

Avant le conventionnement tripartite de la quasi totalité de ses établissements, les crédits de l'Office, essentiellement d'origine étatique, permettaient une adaptation quantitative et qualitative souple des effectifs pour répondre à une demande plus centrée sur les soins, l'aide à la dépendance et les soins palliatifs. Ce n'est plus le cas aujourd'hui et des temporalités différentes complexifient la situation à gérer.

Du fait de sa réelle expérience de l'action sociale, l'Office jouit globalement d'une solide réputation et d'une image positive auprès du monde combattant et dans le paysage administratif français. Ses maisons de retraite en bénéficient largement.

Toutefois, soucieux de préserver ses ressortissants âgés, qui ont tant donné pour la France, de l'action sociale réservée aux citoyens français les plus démunis, et aussi de sauvegarder sa liberté d'action, l'Office a longtemps fait preuve d'une solitude et frilosité institutionnelles, refusant ainsi l'insertion de ses dispositifs dans le vaste ensemble des structures et services sociaux ou médico-sociaux de droit commun œuvrant au bénéfice de la population âgée. Il assurait l'aide sociale à ses ressortissants démunis.

De plus, les tarifs fixés par le conseil d'administration étaient très en deçà de ceux pratiqués par ailleurs pour équilibrer les budgets. Ce positionnement s'est avéré à long terme très préjudiciable pour la gestion des crédits et maisons de retraite, ainsi rendue largement déficitaire.

Ce n'est qu'en 1997 que j'ai pu obtenir l'autorisation d'entreprendre auprès des autorités de tarification une démarche de création de section de cure médicale pour bénéficier des financements de l'assurance maladie pour l'accompagnement des personnes âgées nécessitant des soins médicaux et paramédicaux. L'autorisation délivrée au 1^{er} juillet 1998 concernait 25 lits, puis s'est étendue à 40 lits, suite à la fermeture et au transfert des lits de section de cure médicale de la maison de retraite de la Pomme, autre établissement de l'Office situé à Marseille.

Avec le premier conventionnement tripartite de l'un de ses établissements, en l'occurrence la maison de retraite de Beaucueil, cette politique d'ouverture à des partenariats extérieurs s'est confirmée. Cette orientation, synonyme d'échange, de confrontation, de collaboration et de soutien, contribue à réduire les risques de maltraitance institutionnelle qui pourraient découler de pratiques autarciques.

Sur le plan interne, le fonctionnement de l'Office est assuré grâce à la collaboration de fonctionnaires d'Etat, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur général, haut fonctionnaire actuellement détaché du corps des directeurs d'hôpitaux sur cet emploi fonctionnel. Par ailleurs, le directeur des missions de l'Office, également en position de détachement de la fonction publique hospitalière, compte parmi les départements administratifs placés sous sa responsabilité un service chargé spécifiquement des questions relatives à l'hébergement des personnes âgées. Il a procédé, en septembre 2003, au recrutement d'une conseillère de santé, cadre supérieur de santé de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris.

Même si les fonctionnaires de l'administration centrale semblent moins en prise avec les problématiques de terrain, l'équipe de la maison de retraite sait pouvoir bénéficier de leur soutien en cas de nécessité grave.

La qualification des responsables actuels de l'Office présente un intérêt incontestable pour les directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : ils participent à l'essai de certaines pratiques probantes du secteur sanitaire sur les aspects de gestion, management et méthodologie de travail. Je citerai pour exemples l'élaboration d'indicateurs et de tableaux de bord, de fiches de poste, de protocoles, l'initialisation d'une politique partenariale plus soutenue et diversifiée pour une prise en considération globale de la personne âgée à travers des actions complémentaires.

Enfin, lorsque j'ai présenté à mes directeurs mon projet, compte-tenu de leur expérience en la matière, ils m'ont confirmé les enjeux de cette évolution et émis un accord de principe pour cette entreprise. En définitive, il m'apparaît que le positionnement de mon administration centrale à l'égard de l'établissement est un élément facilitateur de la mise en œuvre du projet.

Si du fait de la politique d'action sociale très autocentrée impulsée antérieurement à l'échelon national, l'établissement est fortement ancré dans le réseau ONAC (réunions fréquentes des cadres au siège central, contacts réguliers avec les directeurs des autres maisons de retraite et les directeurs des services départementaux de l'Office, surtout celui des Bouches-du-Rhône), qu'en est-il des relations avec ses autres partenaires ?

1.3 Les relations avec ses autres partenaires

L'inscription au sein de réseaux et le partenariat figurent au rang des principales orientations des textes juridiques précités relatifs à la tarification des établissements pour personnes âgées et à la refondation de l'action sociale et médico-sociale. Dans un souci de pertinence, complémentarité et efficacité de ses prestations, l'établissement entretient des contacts soutenus et réguliers avec les partenaires institutionnels suivants :

- les services de la préfecture, de la sous-préfecture et les services extérieurs de l'Etat : les relations ont pour objectif principal le contrôle par l'autorité administrative de la manière dont sont prises en considération dans la structure les questions relatives à la sécurité des personnes et des biens, à la sécurité incendie, à l'hygiène alimentaire, à l'application de divers plans, tels le plan bleu ou le plan vigipirate, à l'utilisation des crédits de l'assurance maladie, etc. Excepté les rapports d'inspection des services vétérinaires toujours particulièrement sévères, les autres visites n'ont jamais donné lieu à des prescriptions ;
- le 17 avril 2002, le Château de Beaurecueil a signé une convention tripartite avec le conseil général et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale des Bouches-du-Rhône, qui deviennent ainsi ses financeurs publics et interlocuteurs principaux.

Même si la volonté de contrôle administratif ou budgétaire et de régulation des pouvoirs publics demeure perceptible, le partenariat repose aussi sur des relations inscrites dans un registre de dialogue, d'échange, de conseil et d'expertise, avec une certaine réciprocité. À ce jour, dans le département, seuls environ 50 établissements sur 210 ont signé une convention tripartite. L'établissement a également obtenu en juin 2003 une habilitation partielle du conseil général pour l'accueil de 5 personnes bénéficiaires de l'aide sociale ;

- la maison de retraite a signé une convention de complémentarité avec le centre de gérontologie Saint-Thomas-de-Villeneuve et le centre hospitalier d'Aix-en-Provence pour articuler les interventions sanitaires auprès des personnes âgées de la structure. Des actions de formation communes et l'accueil réciproque de stagiaires sont envisagés. Le but est d'éviter les hospitalisations inutiles, d'atténuer le caractère traumatisant des transferts, de réaliser des bilans gériatriques et d'échanger sur les pratiques.

À ce jour, le bilan des actions communes reste modeste : la première collaboration se limite à des contacts téléphoniques pour des conseils et les évaluations gériatriques. Avec l'hôpital, le partenariat s'est d'abord concrétisé par la mise en place d'une fiche de liaison à remplir à chaque hospitalisation. Ces actions répondent néanmoins à la préoccupation d'assurer la transversalité des pratiques et le décloisonnement des compétences, de sorte que les personnes âgées ne soient pas ballottées comme de simples objets entre les mains des divers professionnels ;

- pour obtenir toute information utile sur l'actualité gérontologique, l'établissement adhère à deux réseaux, l'un animé par une fédération hospitalière et l'autre par une fédération de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées. La veille informationnelle ainsi rendue possible aide à repérer les contraintes ou opportunités de mise en œuvre de nouveaux projets.

Les contacts liés avec les directeurs d'établissements à statut public, privé associatif ou commercial, incitent à se situer dans un jeu de relations autres que concurrentielles, à réfléchir, échanger et œuvrer ensemble auprès des pouvoirs publics et à proposer des innovations sociales pour faire évoluer l'accompagnement gérontologique ;

- l'établissement a saisi le comité local d'information et de coordination (CLIC) aixois. Ses interventions restent centrées sur Aix-en-Provence et son agglomération ;
- les assistantes sociales du secteur, des établissements hospitaliers des environs, de la caisse d'allocations familiales et de la caisse régionale d'assurance maladie du sud-est adressent périodiquement à la maison de retraite des demandes d'admission ;
- des intervenants médicaux, paramédicaux ou autres (professeur de gymnastique douce, musiciens...) réalisent régulièrement des prestations dans l'établissement ;
- en perte de dynamisme au fil des ans, le monde combattant local sollicite la maison de retraite davantage pour des admissions que par solidarité envers les résidents ;
- à cette liste s'ajoutent des partenaires commerciaux, les diverses sociétés prestataires de services rémunérés par la structure et quelques bénévoles, scouts ou particuliers ;
- située en pleine campagne, à proximité de deux grandes villes du Sud de la France, la commune de Beaurecueil compte, parmi ses 560 habitants, des familles jeunes et financièrement aisées, qui travaillent à l'extérieur. L'habitat plutôt luxueux est dispersé. L'activité économique développée au village se réduit à l'exercice professionnel de deux restaurants et un artisan-ébéniste. Une petite école compte 3 classes. Ce contexte géographique et socio-économique rend difficiles les relations entre les villageois et les personnes accueillies dans la structure, d'autant plus que ces dernières ne sont pas originaires de la commune. Même si, par solidarité intergénérationnelle, certains habitants du village se sont portés volontaires, cette année, pour apporter leur aide en cas de crise sanitaire ou autre grave, un certain isolement est parfois ressenti par les résidents et leurs familles. Il s'agit de le prendre en compte en terme de préservation des liens sociaux.

L'établissement, ainsi placé dans une constellation de services, de professionnels et de particuliers, est pourtant loin d'être isolé dans sa pratique. Ces partenariats et interventions, sources de mouvement, du fait d'allers et venues, suscitent la curiosité et l'intérêt des personnes âgées. Qu'elle soit éphémère ou régulière, cette présence extérieure renforce le lien social et les relations intergénérationnelles. La personne âgée l'interprète comme véritable signe de reconnaissance, preuve de son existence et de son ancrage dans la société actuelle. Ces relations importent de la vie dans la structure, ravivent le désir de vivre et contribuent à conférer une certaine qualité à la vie sociale dans la maison de retraite.

De plus, accepter le regard extérieur et assurer la transparence dans l'organisation du fonctionnement de la structure constituent le terreau de l'évaluation et de l'évolution des pratiques. Ce sont aussi les plus sûrs alliés de la bienveillance institutionnelle, alors qu'un fonctionnement auto centré active souvent la méconnaissance, la défiance, l'isolement et le mépris, plus propices à induire de la maltraitance.

Pour agir, l'établissement s'appuie aussi sur ses ressources internes, objet du diagnostic suivant.

2 Les capacités stratégiques de l'établissement

Chaque établissement est un lieu particulier où des êtres vivent et d'autres travaillent. Tous contribuent à écrire l'histoire de ce lieu de vie et à définir son mode de fonctionnement. « .../le travail d'évaluation interne nécessite d'entrer dans la compréhension du monde interne de l'institution, au cœur même de son organisation/... »⁸⁰.

2.1 Son positionnement au regard des exigences légales et réglementaires

Mon propos se limitera à apprécier comment la maison de retraite de Beaurecueil applique les principales dispositions énoncées par les décrets du 26 avril 1999, relatifs à la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées et par la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

A) L'auto évaluation et le conventionnement tripartite

Le conventionnement tripartite de l'établissement a pu être réalisé suite à l'auto évaluation de son fonctionnement à l'aide de l'outil ANGELIQUE. Les objectifs à poursuivre ont été inspirés des dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention tripartite, relatifs à la qualité de vie des personnes âgées et rappelés antérieurement.

⁸⁰ ALBERT Fabienne, consultante, *Accompagner les démarches d'évaluation interne dans les institutions médico-sociales : une approche parmi tant d'autres*, revue bimestrielle d'information de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse *associations informations* n°1 – hors série, juillet 2004, p. 21

Ils concernent les points suivants :

- ✓ amélioration de l'accueil de la personne âgée ;
- ✓ mise en application de la charte du respect mutuel élaborée en cours d'année 2001 ;
- ✓ organisation de l'accompagnement psychologique des familles ;
- ✓ rédaction des fiches de poste et formalisation des procédures ;
- ✓ amélioration de l'accessibilité à la cour intérieure du Château.

La démarche d'auto évaluation doit constituer un temps fort du processus d'amélioration continue de la qualité dans la mesure où elle doit s'effectuer en interne avec une large participation des personnels. Il en a été différemment à Beaurecueil. À l'époque, comme tous les acteurs du secteur gérontologique, la direction départementale de l'action sanitaire et sociale et le conseil général des Bouches-du-Rhône avaient peu d'expérience en matière de conventionnement tripartite et se sont trouvés confrontés à une tâche d'une ampleur considérable. Les responsables centraux de l'Office observaient une certaine prudence. Pour ma part, bien que consciente des enjeux du conventionnement pour l'avenir de la structure, j'étais relativement ignorante de la méthodologie à suivre. Pour ces divers motifs, la mise en mouvement de la procédure a tardé, puis la démarche s'est ensuite accélérée de manière inattendue et une précipitation certaine a présidé à son déroulement.

Les résultats de l'auto évaluation, que j'ai finalement réalisée seule, ont été validés en commission de concertation, associant tous les deux mois résidents, familles et personnels, avant transmission aux autorités compétentes. Cette pratique n'a autorisé qu'une implication et participation superficielles des acteurs de la structure, sans réelle possibilité d'appropriation de la démarche. Cette incohérence constitue un point critique à considérer pour créer à l'avenir les conditions d'une véritable démarche d'auto évaluation.

B) La garantie des droits des personnes accueillies

Conformément aux décrets d'application de la loi susvisée, des mesures sont prises ou en cours de réalisation pour garantir les droits fondamentaux des personnes âgées et leur assurer l'expression d'une vie sociale de qualité. Elles concernent les principaux vecteurs de cette dernière : l'information, la participation et la communication.

La rédaction du livret d'accueil s'achève avec retard : l'Office exige un document commun, adaptable selon les établissements. Pour pallier cette carence gênante en terme d'information, un livret provisoire est remis à l'admission à Beaurecueil. Il indique, entre autres, le nom du salarié référent qui présentera le nouvel arrivant à tous et accompagnera ses premiers pas dans la structure. La mesure optimise sa reconnaissance identitaire et l'émergence de liens sociaux.

Le règlement de fonctionnement est régulièrement actualisé en conseil de la vie sociale. La participation des personnes âgées et des familles à cette réactualisation et aussi à la définition des modalités de l'accompagnement devrait être un autre facteur important de vie sociale. Or, le contrat de séjour est souvent complété sans réelle consultation des intéressés. L'intervention des professionnels cède à la facilité et à la crainte de souscrire des engagements qu'ils ne pourraient pas ensuite concrétiser. L'exigence légale de formalisation des prestations individualisée n'est pas satisfaite, ce qui n'équivaut cependant pas ipso facto dans la pratique à une standardisation des prestations.

La composition du conseil de la vie sociale correspond aux exigences réglementaires. Son fonctionnement régulier et sérieux et celui d'autres instances d'expression et de communication, commissions de concertation, d'animation, des menus, cellules de crise ad hoc et comité de rédaction du journal interne mensuel « Notre Beau Recueil », permettent d'assurer une large participation des résidents, familles et personnels.

Pendant ces réunions, toute question intéressant le fonctionnement de la structure peut être évoquée selon les demandes et l'actualité. Un ordre du jour, établi à l'avance, est adressé aux membres par courrier. Les autres résidents et familles sont informés par voie d'affichage et par l'organe de liaison cité ci-dessus. Échanges, partage, critiques et suggestions sont toujours de circonstance. Une rigueur certaine est de mise quant à la teneur des demandes, réponses et propositions d'actions concrètes. À l'issue des séances de travail, un procès-verbal est rédigé et publié sous forme succincte dans « Notre Beau Recueil ». Le bilan de la mise en œuvre des propositions est réalisé à la réunion suivante.

Le projet institutionnel reste incomplet à ce jour : le projet de soins est encore en cours d'élaboration avec la collaboration du médecin coordonnateur et l'aide de la conseillère de santé de l'Office.

Le projet de vie, rédigé par l'équipe, quelques résidents et familles en 1999 précise « la manière dont la personne âgée est accueillie dans son nouveau lieu de vie et les activités organisées autour d'elle, dans le souci du respect de sa dignité, de sa liberté, de son individualité et aussi de l'équité par rapport aux autres résidents ». Pour organiser le soutien essentiel des professionnels dans ce début d'une autre vie, les rédacteurs ont prévu comment « garantir un accueil de qualité – connaître et accompagner la personne âgée à l'aide du dossier résident dans une dynamique de travail interdisciplinaire ».

Le projet comporte une dimension d'évaluation très réduite. Sa révision, effective les premières années, a été abandonnée depuis deux ans pour des tâches de gestion courante de plus en plus prenantes. La situation est regrettable : sans références actualisées sur la réalité sociale tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la structure, le document ne peut valablement être un outil d'adaptation et d'anticipation.

De l'accueil à l'entrée dans l'établissement en passant par la visite des locaux, la remise de documents d'information et la visite de pré admission, les modalités prévues sont généralement mises en œuvre : présentation de l'établissement, réponses aux questions, entretien préalable avec le futur résident, puis sa famille sur les raisons de son choix, ses attentes, désignation du référent, cadeau et message de bienvenue, présentation aux voisins de table et de chambre. Cependant, les admissions s'effectuent plus fréquemment en urgence, sans visite de pré admission : la liste d'attente est importante et les demandes des familles ou des prescripteurs, médecins, institutions de santé ou services sociaux, se font plus pressantes. De plus, le nécessaire maintien du taux d'occupation de la structure pour des raisons d'équilibre budgétaire accentue cette tendance. Cette évolution ne va pas dans le sens de l'accueil chaleureux préconisé.

Le statut de la structure est précisé dès le premier contact pour lever toute asymétrie informationnelle sur la nature et la durée du séjour au détriment du résident dont les familles pourraient être à l'origine.

La maison est ouverte à toute heure aux résidents, à leurs familles et visiteurs. Les résidents disposent de la clef de leur chambre et d'une boîte aux lettres personnelle. Ils peuvent aménager leur chambre avec du mobilier personnel et se sentir ainsi comme chez eux. Selon les termes du projet, l'accueil spécifique des ressortissants de l'Office, « très attachés à leur passé à la fois tragique et glorieux », s'articule autour des fêtes patriotiques et manifestations de mémoire qui « favorisent les relations amicales et solidaires ». L'appropriation du lieu de vie ainsi rendue possible contribue à la qualité de vie sociale dans la structure.

Le projet stipule également que le corollaire de cet accueil chaleureux doit être « le respect du rythme de fonctionnement de l'établissement déterminé par la considération de la diversité des besoins, de la dignité des résidents, du personnel et de ses obligations professionnelles ». La réalité ne correspondant pas toujours à ces préconisations, en 2001, les divers acteurs de l'établissement ont élaboré, avec la collaboration d'un psychologue consultant, une charte du respect mutuel.

Chacun est invité à réfléchir sur la philosophie de l'ensemble de ces documents pour se l'approprier et la mettre en œuvre sur le terrain, car l'objectif est d'informer, rassurer et inscrire la personne âgée dès son arrivée dans un réseau social nouveau, au sein duquel elle peut s'exprimer librement. À ce titre, ces mesures favorisent sa prise en compte comme sujet social.

Récemment, l'arrivée de personnes âgées, très dépendantes et entourées de leurs familles, interpelle quant à la place à réserver à ces dernières, avec lesquelles les relations peuvent réserver à l'équipe le meilleur comme le pire. Traditionnellement, pour préserver le lien social et familial des personnes âgées dépendantes, et conformément aux textes légaux et réglementaires, les familles sont associées au fonctionnement de la structure. Elle pénètrent librement dans les locaux, participent aux diverses réunions et s'expriment largement.

Cependant, leur attitude freine parfois l'expression de la vie sociale de leurs parents : souvent exigeantes et agressives, en raison d'un sentiment de culpabilité fréquent, relativement âgées, elles manifestent une envie de tranquillité et le besoin de s'occuper enfin d'elles-mêmes.

Elles éprouvent des incertitudes sur ce que leur parent ressent avec des préjugés du type « il n'a plus d'envie, de souhait, de désir et ne manifeste plus d'intérêt pour quoi que ce soit », ce qui peut paraître vrai en s'arrêtant au premier discours de la personne âgée sans chercher à l'écouter et l'entendre vraiment. Certaines familles en arrivent ainsi à distendre les liens avec leurs parents.

D'autres adoptent un comportement qui semble traduire une grande anxiété et se manifeste en méfiance caractérisée vis-à-vis des personnels. L'étendard des droits des usagers est brandi et agité à tout propos. Je dois régulièrement leur rappeler le cadre institutionnel prévu pour l'expression de tous. La situation peut induire un sentiment d'usure professionnelle compromettant pour la qualité de l'offre de service. proposée aux résidents examinée ci-après.

En définitive, ces propos permettent-ils de considérer que les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies sont garantis à la maison de retraite de Beaurecueil? Certes, ils le sont de manière générale. Néanmoins, en tant que garante de la qualité et de l'adaptation de l'accompagnement des personnes âgées accueillies, ainsi que de la mise en œuvre des moyens favorisant l'exercice de leurs droits fondamentaux, je dois relever que même si l'expression des personnes âgées et la confrontation sont prévues et favorisées au maximum, le risque d'effacement identitaire, tel que décrit en première partie, perdure :

- ✓ les nécessaires interrogations sur les modes de communication non verbale ne sont pas assez développées ;
- ✓ la diffusion de l'information mérite d'être plus performante et transparente : les informations communiquées par voie d'affichage, de courrier ou lors de réunions ne sont pas forcément bien comprises par le résident, à défaut de commentaires et d'explications suffisants. Elles ne concernent pas non plus tous les secteurs d'activités de l'établissement, pour exemples : la gestion financière et des ressources humaines reste le domaine réservé des cadres ;
- ✓ les personnes âgées dépendantes choisissent encore rarement de vivre en établissement ;
- ✓ elles disposent majoritairement de revenus suffisants pour acquitter leurs frais de séjour, or le règlement s'effectue souvent sans leur intervention directe, par virement, par les enfants ou la tutelle. Prises en charge sans avoir le sentiment d'une juste contrepartie qui les délivrerait de leur dette, comment penser qu'elles peuvent revendiquer une vie sociale sans éprouver le sentiment de paraître outrecuidantes ?

✓ la participation des personnes âgées dépendantes au fonctionnement et à la vie de la maison de retraite reste un leurre si, comme aujourd'hui, elle intervient insuffisamment en amont et en aval des réunions ou rencontres organisées. Il n'est pas totalement acquis à Beaucueil que tous les professionnels aient conscience que la citoyenneté perdure si la chaîne directeur / résidents / personnels / familles la préserve.

Les pratiques nécessitent donc des améliorations pour instituer une démocratie plus appuyée qui concourrait au développement de la qualité de vie sociale par l'apport considérable du jeu du dialogue et de la compréhension. Qu'en est-il de l'offre de service ?

2.2 L'offre de service

Ses deux principales composantes, d'une part l'animation et les soins, d'autre part l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie, renseignent sur la façon dont l'établissement cherche à favoriser l'expression de la vie sociale des personnes dépendantes. Certaines pratiques vont dans ce sens, d'autres semblent la limiter.

A) L'animation

L'animation « donner une âme » (étymologie latine : anima, l'âme) diffère des opérations paillettes et faux-semblants de fête, simulacres de vie sociale à effets instantanés. L'âme de la maison de retraite dépend des relations humaines tissées entre les personnes âgées, qui doivent s'approprier ce nouveau lieu de vie, les personnels et autres collaborateurs de la structure, professionnels, bénévoles ou élus locaux, qui l'investissent ponctuellement et les familles.

La riche multiplicité de personnes qui gravitent autour de la personne âgée doit constituer le meilleur gage d'une manifestation de vie sociale, s'ils savent tenir leurs représentations à l'écart. En réalité, l'anxiété et la souffrance ressenties pour des raisons et à des niveaux différents par les uns ou les autres, ainsi qu'un manque d'implication de certains intervenants sont des obstacles à contourner en permanence pour ne pas céder à la facilité de mettre en place des activités dénuées de sens réel.

L'animatrice cherche au maximum à élaborer les projets d'activité, les plus infimes soient-ils, avec les personnes âgées, sans fixer au préalable de barrières aux possibles. Elle les rencontre, avec ou sans leur famille, à l'occasion de réunions ou individuellement, pour tenir compte de leurs goûts, compétences, potentialités, capacités et disponibilités. La personne sollicitée conserve le libre choix de participer ou non aux activités, dont l'aspect occupationnel s'estompe au profit des rencontres individuelles qu'elles suscitent. En refusant, elle prouve sa liberté et son autonomie. En insistant, le personnel lui montre qu'il se soucie d'elle et qu'elle existe toujours en tant qu'individu.

Selon le projet de vie, « l'animation s'articule autour des fêtes calendaires et de l'actualité, la maison de retraite constituant une micro-société pleinement intéressée à la marche du monde ».

Les incidences des activités proposées sur la qualité de la vie sociale sont rappelées en annexe 3. Elles se déroulent dans des lieux et espaces précis, créateurs de liens en raison de leur situation (lieu de passage, ouverture à la communication) ou taux de fréquentation. La tension adéquate instituée entre espaces privés et communautaires induit une réelle socialisation. Les contacts sont assortis d'une collation pour ajouter encore à la convivialité du moment.

Dans un autre registre, les résidents de confession catholique célèbrent mensuellement leur culte dans l'établissement. Cette manifestation, qui pourrait concerner toute autre religion sur simple demande, scelle l'union spirituelle entre résidents et parfois d'autres participants et entretient une chaleur humaine. Les résidents ont plaisir à se retrouver avec des personnes de leurs âge, religion et état de santé. Le temps consacré à la réflexion sur soi, ses proches, le monde et à stimuler ses connaissances et acquis favorise ou confirme l'inscription dans la vie et le sentiment d'appartenance à un univers large fait d'espoir et de foi en une continuité. L'ensemble contribue à une meilleure qualité de vie.

Des réseaux entre résidents ou familles témoignent du désir de rejoindre une communauté. Des leaders facilitent l'intégration des nouveaux, prennent position sur les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement et organisent la sociabilité en son sein. La situation n'est pas toujours simple à gérer : à l'origine de multiples conflits, elle peut évoluer vers une prise de pouvoir par les familles, pour une sorte d'auto gestion instinctive et informelle au profit de quelques résidents, leurs parents. Faut-il percevoir là aussi une forme de manifestation de la vie sociale, traduisant le souci de s'impliquer dans ce nouveau lieu de vie et le grand désarroi de la séparation et d'être confronté à une collectivité ? Certainement, c'est pourquoi, je veille à maintenir en toute circonstance les conditions d'un dialogue entre protagonistes.

Les rencontres, promenades dans le parc et visites des familles aident à lutter contre la souffrance et le repli sur soi. De par la dépendance accrue des personnes, entraide et solidarité se manifestent quotidiennement de manière plus soutenue, notamment pour pousser les fauteuils roulants, aller récupérer le courrier, etc.

Par conséquent, l'animation telle qu'elle est assurée aujourd'hui dans l'établissement, me paraît véritablement génératrice ou stimulatrice de vie sociale. Pour optimiser l'accompagnement réalisé, elle cherche aussi à créer l'événement, attirer un large public et tisser ainsi des liens entre la structure et l'extérieur. La préoccupation majeure latente est de permettre à tous de comprendre qu'au-delà des représentations d'un environnement mortifère, la maison de retraite est un univers à part entière, et non entièrement à part. Il y règne une effervescence vitale aussi puissante qu'ailleurs, voire davantage car s'approcher du crépuscule suppose une pugnacité et un attachement à la vie souvent insoupçonnables.

Toutefois, des investigations supplémentaires doivent être entreprises pour que l'animation soit à l'avenir encore plus au service des personnes très dépendantes accueillies, dont la vie sociale est tellement intériorisée qu'elle n'est pas bien exigée par les personnes elles-mêmes : elle ne rentre plus dans un schéma relationnel et de citoyenneté classique.

Si la vie sociale de la personne âgée dépendante s'exprime a minima, son usage demeure. Dynamisé par l'animation, il doit l'être aussi par les soins prodigués.

B) Les soins, l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie

La notion de soin se réfère souvent à des prestations sanitaires et d'hygiène. Dans le cas présent, elle renvoie à une acception beaucoup plus large : « prendre soin », c'est aussi répondre à la nécessité d'aider et d'accompagner la personne dans son existence sociale, jusqu'à la mort. Les incidences potentielles des prestations de soin sur l'expression et la qualité de vie sociale de la personne âgée étant préalablement précisées, il sera utile d'appréhender ensuite leur réalité dans l'établissement.

1) Les actions médicales et paramédicales

La relation résidents dépendants-personnels soignants va au-delà d'une simple surveillance médicale. Elle est en elle-même une forme d'expression de la vie sociale : reconnaissance réciproque et jeu de relations permettent à la personne dépendante de garder son identité en négociant, consciemment ou non, autour de son état de santé et des traitements prescrits. Indépendamment de la particularité du métier de soignant, tout se joue dans la singularité de son exercice par les divers professionnels médicaux et paramédicaux.

Ces propos peuvent être illustrés par les indications suivantes :

- ✓ l'appel infirmière fonctionne souvent et signale pourtant rarement une urgence ;
- ✓ une relation quasi-affective aux médicaments et des rituels s'instaurent autour de leur prise. Si une modification survient, le résident discute de son traitement ou, à défaut de le pouvoir, oppose un refus, ultime moyen de rester actif, d'user de son droit d'accepter ou non, de s'affirmer comme sujet. Enfin, les médicaments rapprochent les résidents dont les prescriptions sont identiques ;
- ✓ la personne âgée entretient souvent avec son médecin une relation particulière et intime. L'organisation de la visite en chambre nécessite une préparation psychologique et physique.
- ✓ Le médecin de famille, confident privilégié, reconstitue le lien avec le passé et donne des informations sur le quartier quitté. Il devient le messager à l'égard des relations antérieures ;
- ✓ « se souvenir de l'emploi du temps des résidents et leur rappeler leur rendez-vous médicaux est une marque essentielle de considération »⁸¹.

⁸¹ DUPRE-LEVEQUE D., cf. supra

2) Les autres activités

Le dépoussiérage et la manipulation des objets personnels du résident favorisent l'évocation de son passé, il se raconte et demande en retour des informations sur la vie des agents des services techniques, affectées en principe à des postes fixes. Ces échanges, source de richesse relationnelle, sont des repères dans le déroulement du temps et dans l'espace.

Le temps des repas est en principe un moment social fort ponctué de paroles, d'échange, de rires, et souvent de disputes, de conflits entre résidents et avec les personnels... tout ce qui pimente le cours de la vie. Des espaces de restauration, lieux de vie sociale par excellence, ont été installés en étage pour les personnes les plus dépendantes afin d'éviter le plus possible la prise de repas en chambre et l'isolement qui en découlerait inévitablement. Les familles assistent de plus en plus fréquemment aux repas de leurs parents dépendants.

La question de la qualité de la prestation de la société extérieure de restauration mobilise énormément les énergies pour veiller à l'adéquation des repas servis aux régimes prescrits ou à la qualité exigée dans le cahier des charges du marché public.

Il importe de retenir de ces développements que, tout au long de la journée, la personne âgée dépendante attend le passage, la présence des personnels salariés ou libéraux et des bénévoles. Leur attention particulière quotidienne, aussi brève soit-elle, constitue pour elle la preuve d'une véritable culture des humanités. Les contacts constituent autant d'occasions de rythmer la semaine, de rompre le flux monotone du temps, d'élargir les contacts sociaux, de se manifester, de jouer avec le caractère de son interlocuteur, d'être accepté dans ses habitudes, de solliciter plus d'attention, d'être accompagné dans la réalisation de ses projets et désirs. La vie sociale suit la chronologie des journées avec une alternance de rythmes institutionnels et personnels.

Les personnels cherchent à privilégier les rencontres, fruits d'un rythme personnel plus propice à la création de liens profonds et durables. Cependant, même si le quotidien fournit moult occasions de répondre à ces exigences relationnelles : réveil et lever, restauration, prise des médicaments, appel en chambre, toilette, soins, enlèvement et restitution du linge personnel, activités ménagères, activités de loisir et animation, coucher, etc., le manque de temps affecte cette dimension du travail d'accompagnement.

Les personnels ont le sentiment d'agir fréquemment par tâtonnements et ne témoignent probablement pas encore de suffisamment d'empathie pour comprendre ce que la personne âgée dépendante exprime. Quoique animés d'une bonne volonté et d'une conscience professionnelle certaines, ils ne saisissent pas toujours qu'ils sont au service du résident et non l'inverse.

La détérioration de l'état général des personnes âgées et la perspective de la fin de vie induisent un sentiment de non sens du travail, un certain stress, voire une usure professionnelle. Les comportements infantilissants, chosifiants des personnels traduisent une mise à distance nécessaire de l'angoisse extrême de devenir identique.

Ces phénomènes, relative ignorance de la spécificité du vieillissement, de la dépendance et processus identificatoire, s'alimentent l'un l'autre. Le risque majeur est celui d'une invalidation des propos et comportements de la personne âgée dépendante, surtout démente : considérée comme insensée, elle risque d'être ensuite réputée insensible. De plus, le quotidien et la routine rendent aveugle. Enfin, la mésentente éventuelle entre les diverses équipes influe sur leur comportement professionnel et renforce le risque d'effacement identitaire de la personne âgée.

En terme de management, la mise en œuvre de l'évaluation nécessite des conditions a minima et incite également le directeur à une récapitulation des atouts de la structure d'un point de vue économique, puis sur le plan des ressources humaines en terme d'effectifs, de compétences individuelles et collectives, de recrutement et au regard de l'organisation. Il est aussi nécessaire d'interroger la culture des personnels à l'égard de l'évaluation.

3 L'approche diagnostique par les moyens et les salariés, acteurs de l'établissement

3.1 Sa situation patrimoniale et financière

La structure, bastide du XVI^e siècle acquise par l'Office en 1921, représente une valeur patrimoniale estimée à 6 227 900 €. Située au pied de la montagne Sainte Victoire, elle accueille, depuis janvier 1992, après d'importants travaux de réhabilitation, 97 personnes âgées en chambres individuelles ou pour couple. Les lieux de vie, desservis par 2 ascenseurs, sont répartis sur une surface développée de 8 080 m² sur 3 niveaux, sans dénivelé. Les équipements sont adaptés aux règles actuelles d'hygiène, d'accessibilité et de sécurité. Ce logis confortable, dans un cadre naturel remarquable, adoucit la vie quotidienne et incite aux visites des proches.

Sur le plan financier, le budget de fonctionnement de l'établissement comporte trois sections tarifaires et devrait s'élever en 2005 à 2 733 000 € arrondis. Le prix de journée applicable au résident dépend de son état de santé, des moyens dont dispose déjà la structure et de ceux dont elle a besoin à terme pour tenir ses engagements.

Le tarif journalier hébergement prévu, 47,72 €, doit couvrir les dépenses liées à l'administration, les prestations hôtelières, l'entretien des locaux et l'animation, dont le montant total est estimé à 1 628 412 €

L'accompagnement de la dépendance doit être financé par le conseil général, à hauteur de 383 395 €, par le biais de l'attribution aux personnes âgées de l'allocation personnalisée d'autonomie en fonction de son état de dépendance :

GIR 1 / 2 : 13,36 €

GIR 3 / 4 : 8,48 €

GIR 5 / 6 : 3,60 €

Enfin, le budget soins, d'un montant prévisionnel de 720 746 € versé par la caisse régionale d'assurance maladie, finance les prestations médicales et paramédicales.

La clé de répartition budgétaire et les négociations auxquelles elle donne lieu chaque année ont des incidences directes sur la qualité de l'accompagnement à réaliser : même si cette dernière fait l'objet d'un langage commun, la perception des réalités de terrain diffère selon les co-signataires de la convention. L'existence de financements croisés et de contraintes financières spécifiques à chaque financeur rendent délicate l'organisation du fonctionnement de l'établissement au regard de l'attention à porter à la personne âgée et ce d'autant plus que le taux d'occupation moyen de 95,4% sur les deux dernières années avoisinait seulement 91% lors du conventionnement tripartite.

Par ailleurs, je confirme que la question économique, souvent au cœur des débats opposant résidents ou familles à l'établissement, peut induire une négation de la personne âgée du fait d'une relative illisibilité des dispositifs, situation est préoccupante au regard de la problématique dont il est question dans ce mémoire.

Le diagnostic suivant doit permettre d'établir si les ressources humaines sont de nature à favoriser un accompagnement gérontologique de qualité et la mise en place d'une pratique évaluative.

3.2 Les ressources humaines

A) Le cadre juridique d'exercice des métiers

Il s'agit du titre 2 du statut de la fonction publique d'Etat. Les personnels sont recrutés par voie de concours ou détachement, exceptés les soignants embauchés par contrat renouvelable par tacite reconduction. Un concours national sur titres permet ensuite de les titulariser, après une année de stage.

Les dispositions du code du travail relatives à l'hygiène et la sécurité sont applicables et appliquées dans la structure. Les salariés jouissent ainsi de conditions de travail pérennes et satisfaisantes.

B) Les effectifs et les ratios sociaux

Les données quantitatives récapitulées en annexe 4 indiquent que le ratio global d'encadrement⁸², s'élève à 0,58. Le ratio d'encadrement par les soignants se chiffre à 0,27. Ces rapports correspondent aux références nationales admises : 0,54 et 0,27⁸³.

Le ratio technique relatif aux salariés en lien direct avec la population, soit les animatrices et les personnels soignants, est de 0,29.

⁸² C'est-à-dire le rapport entre le nombre total de salariés en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de personnes âgées accueillies.

⁸³ Direction générale de l'action sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité, INFODAS, Le financement des établissements et services sous compétence de l'Etat, n°70 résultats synthétiques 1999, novembre 2000, p. 189

Les ratios de structure⁸⁴ également indiqués sur cette annexe présentent quelques incohérences par rapport aux situations rencontrées couramment dans les établissements sociaux et médico-sociaux. La proportion élevée des personnels des services logistiques (43%), par rapport aux personnels techniciens, les soignants (47%), est partiellement compensée par la collaboration d'agentes des services techniques au fonctionnement du service de soins, sans qu'elles réalisent des tâches ne relevant pas de leurs compétences.

Une comparaison avec les moyens humains généralement reconnus nécessaires dans le secteur des adultes handicapés m'intéresse en raison du besoin identique d'aide à la dépendance et de soins médicaux ou paramédicaux. Présentée aussi en annexe 4, elle souligne le faible niveau du taux d'encadrement du secteur gérontologique : le rapport est quasiment du simple au double.

Enfin, des informations recueillies sur la situation dans certains pays européens⁸⁵ confirment mon appréciation sur cette insuffisance qui peut empêcher d'être dans les missions avec qualité, en termes de soins et d'accompagnement de la vie sociale, au regard des exigences légales et réglementaires, et surtout des attentes et besoins fortement évolutifs de la population. La situation n'échappe pas aux résidents, familles et personnels. L'évolution du comportement des familles en témoigne et le climat social en souffre.

C) Le recrutement des personnels

Pour adapter quantitativement et qualitativement les effectifs à l'évolution des besoins, je détermine le profil du poste à pourvoir et négocie les ajustements auprès des financeurs publics ou de l'Office, dans le cadre du conventionnement tripartite. Les recrutements sur des postes budgétaires existants sont autorisés par le directeur général de l'Office. Après examen des candidatures, je sélectionne, avec les cadres concernés, les futurs salariés.

L'équipe soignante est stable dans sa composante aides-soignants. Les infirmières, très sollicitées par d'autres collectivités du secteur social et médico-social ou du secteur sanitaire, à des conditions de rémunération plus avantageuses, restent en moyenne 2 ans dans l'établissement. Pour certaines personnes âgées, ces mouvements sont vécus comme de nouvelles ruptures et occasionnent de véritables deuils, pour d'autres, ils paraissent stimulants. En terme de management, l'arrivée de nouveaux salariés est intéressante pour un partage d'expériences et une distanciation par rapport au phénomène d'usure professionnelle. Par contre, le manque de personnels infirmiers en position de recherche d'emploi complique le recrutement⁸⁶.

⁸⁴ Ces ratios correspondent à la représentation des différents services dans l'ensemble de l'équipe.

⁸⁵ Participation au 8^e congrès européen de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, association EDE, Paris, octobre 2003 ;

⁸⁶ Pour faire face à cette « pénurie », le conseil économique et social a d'ailleurs « adopté, le 7 juillet 2004, un avis sur le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social » FNADEPA, *Pénurie de personnels*, in *La lettre de la Fnadepa*, août 2004, n°126, p. 8

L'intégration et le développement des compétences se réalisent grâce au tutorat exercé par les anciens personnels indispensable à la transmission des savoirs, valeurs et représentations. La continuité des soins, largo sensu, est ainsi assurée.

D) Les qualifications

Récapitulées en annexe 4, attestées par diplômes réglementairement exigés pour exercer les différents métiers du secteur gérontologique, elles sont satisfaisantes au regard de l'accompagnement à réaliser, de sa sécurité et de la maintenance des locaux. Les fonctions et responsabilités de chacun en découlent. Chaque membre de l'équipe est responsable du bon fonctionnement de l'établissement, à son niveau de compétence ou de savoir-faire.

La notion de service public est fortement ancrée chez ces fonctionnaires dont la moyenne d'âge s'élève à 47,51 ans. Une quinzaine d'entre eux totalise une ancienneté moyenne de 20 ans, alors qu'elle est ramenée à 9 ans pour l'ensemble de l'équipe du fait des nouveaux recrutements. Atout en termes de compétences et technicité, supposées s'accroître au fil des ans, cette ancienneté peut induire parfois une certaine résistance au changement, à intégrer pour donner des chances d'aboutir à tout projet.

De façon plus spécifique, ledit tableau souligne le fait que l'infirmière responsable du service paramédical n'a pas le grade de cadre infirmier et l'absence d'aides médico-psychologiques (AMP), dont les compétences seraient utiles respectivement en termes d'organisation et pour un accompagnement de la personne dans toute sa globalité, axé sur la stimulation des personnes.

E) L'entretien annuel d'évaluation

Il a lieu à l'issue de l'année civile, quand les personnels se sont entretenus préalablement avec leur chef de service. Leurs activités font l'objet d'appréciations littérales et d'une notation par mes soins. La rencontre constitue un temps d'échange autour d'objectifs professionnels antérieurs, des difficultés rencontrées et des axes de travail pour l'avenir. C'est l'occasion d'envisager les actions de formation. Je transmets ensuite les fiches d'évaluation à l'Office pour promotion interne automatique après péréquation des notes, réduction d'ancienneté ou au choix sur proposition du directeur d'établissement. Les carrières évoluent lentement. La situation ne freine cependant pas la mise en œuvre de projets : comme bien souvent dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale, la motivation de ces personnels trouve d'autres catalyseurs.

F) La politique de formation et d'adaptation à l'emploi

Véritable levier du changement, avec un budget de 22 800 € en 2004, le plan de formation annuel est établi en fonction des nécessités globales ou ponctuelles du service et des souhaits de perfectionnement professionnel ou personnel des salariés.

Les personnels adhèrent volontiers aux actions de formation organisées, témoignant ainsi d'une volonté d'inscription dans une dynamique de réflexion et d'acquisition de nouvelles connaissances et pratiques. Je souligne d'autant plus cet aspect qu'ils ne sont pas remplacés à leur poste durant les formations.

G) Les relations sociales

Les organisations syndicales n'interviennent qu'au niveau de l'Office : les personnels ne se syndiquent plus et ce pour des motifs essentiellement économiques. Les mouvements syndicaux se manifestent ponctuellement en cas de conflit dans l'établissement ou d'incertitude sur l'avenir de l'Office. Le climat social des derniers mois traduit une certaine inquiétude du fait d'un projet de gestion des maisons de retraite de l'Office par une Fondation reconnue d'utilité publique. La situation des effectifs soignants relevée accentue le phénomène et exacerbe le comportement des familles décrit précédemment. L'ensemble complexifie la mobilisation et l'animation de l'équipe. Des représentants élus par les personnels siègent et s'expriment au conseil de la vie sociale. Les autres personnels participent aux différentes instances d'expression évoquées.

3.3 L'organisation

Elle joue un rôle déterminant dans la qualité du soin apporté. « Toute organisation est une combinaison relativement stable d'éléments humains et matériels pour atteindre certains objectifs. /.../ Quatre champs structurent toute organisation : une division du travail, des chaînes hiérarchiques et fonctionnelles, un système de relations et de communication, des grilles ou indicateurs d'évaluation et de contrôle du système mis en place »⁸⁷. Elle sera abordée à travers les deux premiers champs et au fil des développements consacrés à la culture de l'évaluation existante à la maison de retraite.

A) L'organisation du travail

Depuis 2002, la définition des postes est précisée à l'aide de fiches de poste à l'élaboration desquelles les responsables de l'Office et les directeurs d'établissement n'ont pas associé les principaux intéressés, les personnels. Ceux-ci ne les consultent que pour limiter leurs actions aux tâches décrites ou rechercher dans les visas les dispositions qui leur sont opposables ou, le cas échéant, à l'administration. Dans ces conditions, ces fiches sont encore loin de constituer un outil managérial performant.

Les personnels ont été sollicités pour participer à l'élaboration de protocoles, dont l'application nécessite de fréquents rappels en terme d'enjeux et responsabilité.

⁸⁷ COUET D., MIRAMON J.M. et PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, pp. 197 - 198

Les plannings mensuels et les horaires sont établis par les cadres intermédiaires de façon à assurer la continuité du service auprès des résidents, ainsi que la rencontre et les échanges au sein des équipes.

Cependant, l'organisation du fonctionnement de l'établissement ne permet pas de faire assurer la continuité des soins par les mêmes personnes, mesure qui contribuerait vraiment à la qualité de la vie sociale.

B) La ligne hiérarchique et fonctionnelle

Affiché dans les locaux et publié dans «Notre Beau Recueil », l'organigramme présente en annexe 5 la distribution des rôles et l'articulation des services.

Secrétaire générale de l'Office, agente de l'Etat de catégorie A, je suis placée sous l'autorité directe du Préfet des Bouches-du-Rhône, Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur et je suis régulièrement en relation avec les responsables de l'Office par téléphone, correspondance ou encore lors de réunions périodiques ou thématiques. Une conférence des directeurs des maisons de retraite a lieu en principe une fois par an. À l'Office, la pratique des délégations n'est pas formalisée, sauf si une mission spécifique est impartie. Le statut de secrétaire général délimite mon cadre de travail et je dispose d'une importante marge de manœuvre.

Pour l'aspect économique et financier, dans un souci d'optimisation des moyens, mes interventions restent conformes au budget autorisé par les deux autorités de tarification et validé en conseil d'administration de l'Office. J'assure l'administration et la gestion statutaire des personnels de l'établissement, selon les règles du statut de la fonction publique d'Etat. La mobilisation, l'animation, l'encadrement et le contrôle de l'équipe relèvent de mes compétences, mais pas l'exercice direct du pouvoir disciplinaire. J'apporte mon soutien à l'équipe dans le cadre de ses activités. L'organisation du fonctionnement de la structure et l'animation du projet institutionnel ressortent aussi de ma responsabilité.

Mon positionnement est intéressant en termes de proposition et gestion tant en interne que vis-à-vis de l'Office. Par contre, l'établissement étant de taille moyenne et la ligne hiérarchique courte, je suis confrontée à une situation de management de proximité aussi riche humainement que contraignante, malgré la présence des cadres intermédiaires qui encadrent directement l'activité de leurs collaborateurs.

La régisseuse-économiste, directrice adjointe réalise le suivi des activités liées à la gestion financière de l'établissement et contrôle l'exécution des marchés publics importante pour la qualité de la vie sociale en raison de leur objet. En mon absence, elle assure une fonction hiérarchique sur tous les personnels, signe le courrier et décide des actions à entreprendre. Elle est en communication permanente avec les autres collaborateurs.

Le médecin coordonnateur et l'infirmière responsable organisent le fonctionnement du service para médical pour assurer la continuité des soins. L'infirmière responsable établit les plannings mensuels des soignants que je valide. Le médecin coordonnateur est un interlocuteur médical privilégié.

La psychologue jouit d'une autonomie professionnelle certaine dans sa fonction d'aide et de conseil aux résidents et familles, ou d'analyse et de régulation des pratiques professionnelles. Une rencontre hebdomadaire avec l'intéressée me permet de faire le point sur cet accompagnement. Elle anime un groupe de parole mensuel à l'attention des familles et joue un rôle de médiation à l'occasion de conflits.. Ses interventions sont accueillies favorablement de tous car elles permettent l'expression des émotions et ressentis, synonyme du cheminement vers un certain apaisement.

Je fixe avec l'animatrice l'orientation globale des activités. Elle me rend compte de leur suivi.

J'organise une réunion d'encadrement hebdomadaire pour favoriser la communication et les liaisons transversales entre les services, ainsi qu'une meilleure articulation de leurs interventions au bénéfice des personnes accueillies.

C) Une culture de l'évaluation en voie d'éclosion

Elle tient essentiellement à la mise en œuvre du projet de vie de l'établissement, dont les principaux points ont déjà été précisés. La dynamique de travail interdisciplinaire, l'élaboration et la tenue du dossier résident en constituent la pierre angulaire.

L'objectif de la démarche interdisciplinaire est de mieux connaître la personne âgée pour mieux l'accompagner. Selon les termes du projet de vie, elle résulte «de la confrontation des multiples perceptions de la personne âgée par les personnels, elle s'avère fondamentale pour l'appréhender dans ses spécificités et sa globalité. Cette approche s'inscrit dans l'interdépendance qui permet à chacun de trouver sa place et des liens avec autrui, et au résident de rester acteur de sa vie et de ses choix ». Les salariés partagent cette culture de l'interdisciplinarité et participent à l'effort de construction d'un fond commun de connaissances, principes fondamentaux et représentations concernant les personnes âgées. Cette recherche de coordination tend à rompre les isolements professionnels catégoriels pour lutter contre l'obsolescence des savoirs.

Dans ce cadre de l'interdisciplinarité, certaines mesures œuvrent indirectement en faveur de l'expression de la vie sociale en permettant un approfondissement des connaissances des personnels sur la personne âgée dépendante et ses besoins, une sensibilisation des partenaires et un recentrage des interventions pour le bien-être du résident, quelles que soient les difficultés que génère son accompagnement.

Les personnels participent aux réunions mensuelles de l'équipe que j'organise et anime, en veillant à ce que chacun s'exprime librement, courtoisement, apporte son éclairage sur les pistes d'intervention proposées et se livre ainsi, dans un cadre institutionnalisé, à un échange informationnel indispensable à une meilleure appréhension des situations. Ces réunions permettent de réfléchir ensemble sur les pratiques professionnelles et d'aborder l'actualité gérontologique.

Les circulaires de l'Office et mes consignes écrites, diffusées à chaque service, sont commentées à plusieurs reprises pour emporter l'adhésion des personnels et leur application. La convocation aux réunions s'effectue par voie d'affichage. Les débats sont consignés dans un procès-verbal remis aux services et généralement suivis d'effets.

La relève quotidienne entre infirmières, aides-soignants et agentes des services techniques, en présence de l'infirmière responsable, permet d'évoquer les situations individuelles problématiques des personnes âgées et de confronter les positionnements sur la manière de les résoudre. La psychologue y participe. Par souci de traçabilité des échanges et consignes de travail, des indications sont portées sur le dossier de soins.

Il s'agit là de prémisses d'une démarche d'auto-évaluation.

Le dossier résident doit soutenir la communication entre les personnels pour des interventions cohérentes et optimisées. Il comprend un projet de vie individualisé avec deux rubriques « identification du résident » et « histoire de vie ». Je commence à les renseigner pendant la visite de préadmission, en présence de l'animatrice et de la psychologue. Ces fiches sont consultables et consultées par le personnel avant l'arrivée du nouveau résident, elles traduisent la considération pour sa vie antérieure.

Cependant, elles ne sont pas systématiquement complétées ensuite par les soignants et ne répondent pas à l'objectif « de prévoir les actions à mettre en œuvre pour que chaque résident éprouve du plaisir à vivre au Château de Beaucueil ». L'impact négatif de ce manquement, préjudiciable au développement d'une vie sociale de qualité et à la pratique évaluative, est partiellement atténué car l'animatrice tient un journal des activités pour cibler les personnes à solliciter.

La psychologue rencontre hebdomadairement et collectivement, les soignants : en créant les conditions d'expression de leur souffrance et des processus de transfert, cet espace de parole permet un travail de régulation d'équipe centré sur l'amélioration des conditions de vie des personnes accueillies.

Au terme de ce panorama, la synthèse de l'ensemble des résultats constitue une aide à la compréhension de la réalité et à l'orientation des actions et méthodologies, pour créer, au cours des prochains mois, les conditions favorables à la mise en place ultérieure d'une démarche d'évaluation, puis d'ajustement des pratiques afin de promouvoir la vie sociale des personnes âgées dépendantes accueillies.

4 Synthèse du diagnostic

Le diagnostic stratégique révèle que les personnels effectuent des actions globalement conformes à ce que les personnes âgées sont en droit d'attendre en choisissant de vivre en établissement. Les améliorations à apporter ne doivent pas occulter le fait que les réalisations professionnelles satisfaisantes constituent des facteurs et indicateurs de réussite du projet que je souhaite engager.

Bien qu'empreintes de respect de la liberté et de l'identité de la personne, ainsi que du souci de l'altérité, certaines des pratiques articulées autour du projet d'établissement restent trop intuitives, orales ou superficielles. C'est le cas des procédures de mise en œuvre du projet de vie, de construction des projets de vie individualisés, d'élaboration du projet de soin, d'auto évaluation à l'aide de l'outil ANGELIQUE et aussi de mise en place des divers outils de la loi du 02 janvier 2002. Les unes sont à formaliser et stabiliser, les autres sont à revisiter. La question de la participation et de l'information des divers acteurs de l'établissement doit être davantage mise en exergue dans le projet de vie. La reprise ou la poursuite de ces travaux en amont doit conférer lisibilité et effectivité aux dispositifs, garants du respect des droits des personnes accueillies, véritables préludes à la démarche d'auto évaluation.

En outre, certaines pratiques nécessitent plus de clairvoyance et personnalisation. L'accompagnement de l'équipe passe par un travail sur les représentations de la vieillesse et le concept de vie sociale pour que tous soient, à un niveau individuel et collectif, véritablement au clair avec la question du vieillissement et des nouveaux besoins et attentes de la personne âgée pour s'appliquer à y répondre mieux.

Dans l'ensemble, les personnels véhiculent et déclinent les valeurs de l'établissement dans leurs actions. Motivés par leur travail et soucieux de perfectionnement professionnel, ils s'investissent volontiers dans de nouveaux projets. Le diagnostic de la situation des effectifs me conduit pourtant à considérer qu'il serait facile et dangereux de se laisser aspirer par les résistances institutionnelles ou personnelles qui font toujours revenir à la question des moyens empêchant de se consacrer à la « tâche primaire »⁸⁸. Or, c'est toujours cette mission première qui doit guider les actions. C'est pourquoi, je dois continuer à agir en parallèle, en terme de gestion des emplois et compétences, pour mobiliser les personnels et m'assurer de leur adhésion et participation à la définition, puis à la mise en œuvre du projet.

⁸⁸ Dans le sens de « fondamentale », d'après KAES P., psychologue

La communication et l'information en externe et en interne reposent sur l'existence de canaux, outils et supports satisfaisants. Même si des divergences de points de vue existent, le système communicationnel avec les partenaires de l'établissement s'appuie sur des relations de confiance et de dialogue à préserver : elles inscrivent la structure et les résidents dans un réseau social riche, propice à une posture d'échange, de veille informationnelle et d'innovation. Dans la maison de retraite, des temps et lieux de parole pour les personnes âgées, leurs familles et les professionnels sont prévus et à maintenir pour soutenir la communication et améliorer la compréhension réciproque.

La question de la place des familles nécessite une réflexion sur la façon d'agir pour éviter d'exacerber les vulnérabilités, tout en réaffirmant les droits et obligations de chacun.

Les démarches d'évaluation et d'auto évaluation ne sont ni formalisées, ni finalisées en tant que telles dans l'établissement. Les personnels ont l'habitude de prendre le temps de se réunir et s'investissent régulièrement pour réfléchir aux améliorations possibles de leurs pratiques. Cette maturité et la démarche de travail en interdisciplinarité incitent au débat sur les faits, processus et interventions. Ces démarches permettent d'approfondir l'analyse des situations. Elles procèdent de l'intentionnalité qui est mienne : parvenir à attirer l'attention des personnels sur ce que les personnes âgées dépendantes vivent dans l'établissement et sur les formes que revêt leur vie sociale, pour en améliorer la qualité. Ces pratiques préparent le terrain de l'évaluation.

La première partie a permis de comprendre que résidents, familles, directeur, personnels et partenaires de l'établissement sont tous porteurs des critères et indicateurs de l'évaluation des pratiques conditionnant la vie sociale en institution. Les associer et utiliser leurs connaissances pour une co-construction ultérieure des items de l'évaluation par rapport à ce qui est socialement acceptable me semble d'une nécessité absolue.

Ces pistes d'action esquissées, interroger la faisabilité du projet me permettra de préciser les axes d'orientation d'une stratégie de direction propre à le servir.

5 De la faisabilité du projet

Elle tient au contexte et au contenu du projet. Parmi les éléments facilitateurs, je rappelle l'actualité du débat sur l'évaluation, sa légitimation par les textes et ses enjeux humains pour les personnes accueillies et les personnels, sans omettre l'importance de l'outil sur le plan de la gestion et du management pour le directeur. De surcroît, les politiques sociales actuelles nationales et locales affirment les droits des usagers et soutiennent toute démarche susceptible de contribuer à les garantir.

Néanmoins, des risques susceptibles de compromettre la réalisation du projet sont à intégrer du fait de probables résistances dues à la relative méconnaissance, dans le secteur, de l'évaluation, assimilée à un outil de mesure, contrôle et sanction à finalités douteuses et inquiétantes.

Les résistances peuvent aussi résulter de la volonté, consciente ou non, de tenir à distance les modèles de l'entreprise et de l'efficacité sous prétexte que le travail s'effectue avec et pour des êtres humains en proie à une indicible souffrance, au nom de laquelle se manifestent des attitudes et comportements personnels ou professionnels, individuels ou collectifs, de méconnaissance, perplexité, mise à distance des aspirations et refus.

Enfin, le projet peut lui-même faire encourir certains risques : remise en question professionnelle individuelle ou collective douloureuse, émergence de conflits ou luttes de pouvoir, enlisement des actions dans la phase préparatoire et perte du sens de la démarche au fil des mois.

Nier ces risques et réticences relèverait d'une attitude irresponsable. Leur conférer une importance exagérée pourrait paralyser toute action novatrice.

« En guise de conclusion, retenons que *ce n'est pas ce que l'on sait, mais ce que l'on fait avec ce que l'on sait qui compte.* »⁸⁹. Au regard des éléments recueillis tout au long de ce diagnostic, il m'apparaît que plusieurs clés devraient me permettre de bâtir ma stratégie de direction pour donner vie à ce projet d'impulser une démarche d'évaluation au service de la promotion de la vie sociale en EHPAD :

- ✓ poursuivre l'inscription des pratiques dans le registre des droits des usagers ;
- ✓ donner à l'équipe les moyens de se mobiliser et créer les conditions permettant aux personnels de s'engager dans la démarche d'évaluation ;
- ✓ favoriser la communication entre les acteurs ;
- ✓ assurer la participation de tous à la mise en œuvre de la démarche d'auto évaluation ;
- ✓ prévoir le financement et l'articulation dans le temps des actions envisagées ;
- ✓ déterminer leurs modalités de suivi et de contrôle.

Le déroulement de ce processus nécessite du temps, pour une entreprise réfléchie, appuyée par l'engagement des responsables de l'Office sur les axes proposés, l'adhésion et la contribution des cadres de l'établissement, ainsi que le soutien de collaborateurs extérieurs pour accompagner l'équipe dans la démarche d'évaluation et collaborer à la construction de ses outils.

⁸⁹ COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, p. 99

DE L'INTENTION À L'ACTION

« C'est pourquoi le directeur qui se croit parvenu à l'état stable est dans le leurre le plus radical. Celui qui, au contraire, campe sur ces positions de "mini-instabilités" demeure dans une perspective d'adaptation permanente. Il mobilise, sur des valeurs sans cesse éprouvées, l'ensemble de ses partenaires et de son équipe. Il peut ainsi construire une véritable stratégie dont le propre est, justement, d'éviter toute répétition, puisque rien n'est jamais identique ».

MIRAMON J.M.⁹⁰

Le fondement de l'action sociale et médico-sociale réside dans le souci du respect de l'autre et de sa reconnaissance en qualité de personne à part entière, qu'elles que soient les situations difficiles auxquelles il peut être confronté.

Soucieuse de porter ces valeurs au sein de mon établissement et de contribuer à les faire vivre dans les pratiques professionnelles en vue d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, j'ai cherché dans la première partie de ce mémoire à cerner les difficultés d'expression d'une vie sociale de qualité rencontrées par la personne âgée dépendante dans un lieu de vie collectif, de surcroît de fin de vie et le travail délicat des personnels confrontés quotidiennement à la souffrance et la mort des résidents. Le diagnostic réalisé a fait ressortir la nécessité de l'inscription culturelle de l'équipe, ancrée dans certaines pratiques inadéquates, essentiellement sur un plan relationnel, dans une démarche lui permettant de cheminer sur le terrain du sens des pratiques pour les faire progresser.

Les propositions d'intervention qui suivent traduisent ma préoccupation de former l'équipe à l'évaluation. L'utilisation des méthodes évaluatives existantes me semble insuffisante en raison de leur caractère technique. Mon choix s'oriente plutôt vers le modèle développé par M. VIAL évoqué en première partie : « l'évaluation régulation » qui invite à l'auto évaluation des pratiques articulée autour des deux logiques inséparables, la logique d'auto contrôle par rapport à la norme à satisfaire pour répondre à des finalités et « la logique du reste ». Cette dernière expression renvoie à la logique d'évaluation qui interpelle les valeurs et questionne le sujet agissant. En incitant les personnels à auto questionner, avec leurs propres mots, leurs processus à l'œuvre quand ils sont auprès de la personne âgée, cette démarche permet de les mobiliser pour aller plus loin dans les pratiques.

Je compte impulser cette démarche d'évaluation des pratiques concourant à la vie sociale de la personne âgée dépendante en organisant le travail avec l'équipe selon une certaine progressivité. Il me paraît d'abord indispensable d'assurer la continuité et le développement des actions antérieurement entreprises concernant l'affirmation des droits des usagers et leur exercice.

⁹⁰ MIRAMON J.M., *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, Préface, p. XII

Un important travail autour des normes et des valeurs devra permettre à l'équipe d'explicitier ses pratiques, puis d'en extraire les critères et indicateurs d'évaluation à formaliser dans un référentiel, dont l'élaboration aura été rendue possible par cette logique du mouvement initié. La formalisation et la mise en œuvre de l'évaluation ne seront qu'une étape d'un processus appelé à se poursuivre bien au-delà.

L'intervention de tiers sera indispensable car l'auto évaluation se nourrit de la multiréférentialité pour ne pas sombrer dans l'illusion de l'auto suffisance. De plus, même si, en qualité de directrice d'établissement, je suis amenée à adopter diverses postures, je ne suis pas en capacité d'assumer certaines fonctions d'accompagnement des personnels qui nécessitent des compétences spécifiques.

Pour faciliter une lecture globale des actions que je propose de mettre en œuvre, elles sont récapitulées dans un tableau synoptique présenté en annexe 6 et intégrant les données financières et temporalités prévues.

1 Poursuivre l'inscription des pratiques dans le registre des droits des usagers

Cet objectif stratégique répond à la nécessité de garantir à la personne âgée, confrontée à des difficultés de communication du fait de sa dépendance, un accompagnement personnalisé, adapté à ses besoins et attentes. À cet égard, je considère comme fondamental de rappeler à l'équipe le cadre juridique de ses interventions pour qu'elle associe d'emblée, à l'avenir, la personne âgée à la définition des modalités de son accompagnement.

1.1 Accompagner l'équipe à la pratique de l'écrit

Il s'agit d'achever la mise en place des outils de la loi du 02 janvier 2002, de veiller à la conformité des prestations au cahier des charges de la convention tripartite, de responsabiliser les salariés et les protéger contre les risques de judiciarisation intempestive des conflits.

En raison de l'obligation de respecter l'organisation du travail et les règles de traçabilité, pour à la fois témoigner de ce qui a été ou non effectué et envisager les pistes d'évolution, l'équipe doit s'attacher à une pratique sérieuse et attentive de l'écrit pour participer à la rédaction du projet de soins ou l'actualisation des fiches de poste, du projet de vie, des contrats de séjours et des projets de vie individualisés.

Par ailleurs, l'auto évaluation est en lien étroit avec le degré de formalisation et de traçabilité des pratiques : les documents susmentionnés traduisent au quotidien le projet institutionnel, grâce auquel l'évaluation peut prendre toute sa dimension. À travers les valeurs qu'il affirme, il détient tous les éléments utiles à la construction d'un référentiel sur la qualité des pratiques susceptibles de favoriser la vie sociale en établissement. Réciproquement, sans évaluation interne, le projet institutionnel peut rapidement perdre toute substance.

Enfin, le contenu des autres documents doit permettre de «.../capitaliser des éléments qui contribueront au référentiel »⁹¹.

Pour apporter aux personnels tout le soutien nécessaire à ce perfectionnement, j'envisage à très brève échéance de solliciter un conseiller juridique pour sa dimension d'expertise, de conseil et de communication collective. En raison de ses qualifications et compétences, ce spécialiste externe saura relayer le travail de sensibilisation réalisé par mes soins au cours des réunions de l'équipe, notamment à l'occasion de l'évocation et du suivi des observations ou réclamations des résidents, familles ou administrations de contrôle. Sa mission consistera à entreprendre les actions suivantes :

✓ information sur les droits des usagers, le contenu du cahier des charges de la réforme de la tarification et la responsabilité professionnelle : l'insuffisance de formalisation relevée dans le diagnostic m'amène en effet à penser que les personnels n'ont pas assez conscience des obligations qui leur incombent à l'égard des personnes qu'ils doivent protéger. Tout comme elle est pour les résidents un vecteur de vie sociale important, l'information est fondamentale pour permettre aux professionnels d'intervenir en toute connaissance de cause ;

✓ formation à la pratique de l'écrit d'un point de vue juridique sur le fond et sur la forme : le cursus de qualification de la plupart des personnels n'a pas intégré cette dimension. Un apprentissage est nécessaire pour lever tout blocage lié à une certaine méconnaissance des indications qui, au regard des normes et valeurs, doivent ou non figurer sur certains documents. Le conseiller juridique placera les personnels en situation d'exercice d'application.

Les interventions auront lieu dans l'établissement, dans un délai de 3 mois maximum, à l'occasion de deux demi-journées à 15 jours d'intervalles pour permettre à chacun d'intégrer les enseignements de ces actions et d'en tirer véritablement profit. La totalité des personnels sera concernée, aussi la prestation devra-t-elle durer 3 jours, pour un coût estimatif total 2 691 €. Une documentation écrite rédigée par ce conseiller juridique sera remise à chaque personnel à l'issue de la formation.

Pour garantir l'efficacité du dispositif, les contrats de séjour et projets de vie individualisés seront actualisés dans les 2 mois suivant la fin de cet accompagnement juridique.

⁹¹ DELANGLADE B., directeur de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, *L'évaluation est-elle une chance pour le fait associatif ?*, Revue bimestrielle *associations informations* de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, n°1 – Hors série – Marseille, juillet 2004, p. 5

1.2 Rédiger le projet de soins

Le diagnostic concernant l'offre de service et la réalité qu'elle confère à la vie sociale fait ressortir la nécessité d'assurer une meilleure lisibilité et traçabilité des pratiques soignantes.

Il est indispensable de mener à son terme la démarche d'élaboration du projet de soins initiée au mois de mars dernier avec le concours de la conseillère de santé de l'Office, qui apporte son expertise à l'équipe soignante. La réflexion doit se poursuivre autour des axes de travail déterminés en groupes de travail multicatégoriels et interdisciplinaires, validés par le comité de pilotage que je préside et qui réuni trimestriellement les représentants des personnels soignants, médecin coordonnateur, infirmières, aides-soignantes et agentes des services techniques, des personnes âgées et des familles de personnes âgées dépendantes. Les thèmes retenus concernent la connaissance de la population âgée accueillie et des modalités de fonctionnement de l'équipe soignante, la prévention du vieillissement et des pathologies du grand âge, l'organisation des soins, l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie. La démarche doit s'achever d'ici la fin du mois de décembre 2004 pour rappeler le sens et les objectifs des pratiques et réorienter celles-ci.

J'envisage ensuite la mise en place d'un dossier de soins informatisé au début du second semestre de l'année 2005, après saisine de la commission nationale de l'informatique et des libertés selon les dispositions de la loi n°2004-801 du 06 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 06 janvier 1978, dite loi « Informatique et libertés ». Ce projet déjà évoqué et validé dans le cadre de la démarche du projet de soins sera finalisé, dans la même temporalité, avec la collaboration de l'un des groupes de travail thématique. Il fera l'objet d'une proposition budgétaire pour une dépense de 8 815 € correspondant à l'acquisition, puis l'installation d'un logiciel spécifique, ainsi qu'à la formation des personnels soignants à son utilisation.

Cette étape, organisée en deux temps, doit permettre de faire émerger des critères et indicateurs rendant possible une évaluation et évolution des pratiques soignantes pour une meilleure prise en considération des besoins et attentes de la personne dans l'organisation des soins.

1.3 Organiser un travail collectif de réécriture et validation des fiches de poste

Le diagnostic réalisé m'incite à considérer qu'une meilleure performance organisationnelle doit résulter de la définition, clarification des fonctions de chacun et de la coordination de leurs contributions. Plus la description est claire, moins la collaboration des personnels au fonctionnement de l'établissement sera aléatoire. La rédaction des fiches de poste présente un intérêt fondamental : leur contenu doit croiser les objectifs du projet institutionnel.

La participation des personnels à ce travail sera de nature à favoriser leur mobilisation autour du projet et optimiser leurs fonctions. Les personnes âgées accueillies seront bénéficiaires de cette plus-value organisationnelle.

J'informerai préalablement le directeur des missions de l'Office de cette démarche entreprise, pour la première fois, à son initiative, en septembre 2002 : ces documents étant par nature évolutifs en fonction des variations des environnements, son accord devrait être facilement obtenu. Par souci de reconnaissance et valorisation du travail antérieur, les fiches de poste actuelles serviront de support à la réflexion, puis rédaction.

L'équipe agira par service, puisque tout l'intérêt de la démarche réside dans le fait que ce sont les opérateurs eux-mêmes qui compléteront les fiches, en fonction de leur connaissance du terrain et des spécificités de leur métier. L'animation des travaux sera confiée aux cadres de l'établissement concernés, auxquels j'apporterai, lors d'une réunion hebdomadaire fin septembre, des éléments d'information pour aider à la conception des documents. Je resterai disponible ensuite pour leur apporter toute indication complémentaire. Je compte valider les fiches finalisées au plus tard début janvier 2005.

En conclusion, cette approche quelque peu technique du travail autour des normes et des procédures ne saurait suffire : il est opportun de souligner dès à présent que l'écriture nécessite un consensus délicat à recueillir sur les représentations. Revisiter le projet de vie suppose aussi de réaliser à nouveau un travail collectif sur les valeurs et représentations. La question est abordée dans le paragraphe suivant relatif à la mobilisation de l'équipe autour de la pratique évaluative.

2 Donner à l'équipe les moyens de se mobiliser et créer les conditions permettant aux personnels de s'engager dans la démarche d'évaluation

L'accompagnement préalable des personnels dans ce cheminement s'avère fondamental pour obtenir leur adhésion au projet et leur implication dans la mise en œuvre du processus évaluatif : les outils d'évaluation n'ont de valeur que pour les équipes qui participent à leur élaboration avec le directeur initiateur de la démarche, car, présentes au quotidien sur le terrain, elles peuvent légitimement témoigner de ce qu'elles voient, vivent et font. Les pratiques existantes ainsi évaluées paraissent plus lisibles à tous et deviennent des références pour procéder aux ajustements utiles.

Cette phase préparatoire devrait s'échelonner sur une période de 6 mois à compter du 1^{er} octobre 2004 pour répondre aux objectifs opérationnels déclinés ci-après.

2.1 Obtenir l'engagement des responsables

En qualité de directrice de l'établissement, initiatrice et responsable du projet, j'ai un rôle moteur à jouer dans cette dynamique d'évolution par l'évaluation.

Son contexte légal et réglementaire, brossé en seconde partie, donne tout son sens à l'obligation statutaire qui m'incombe de garantir la qualité de l'accompagnement réalisé. Mes priorités d'action seront de convaincre mes divers interlocuteurs et de participer pleinement à la démarche.

Avant de la porter dans l'institution, je solliciterai un nouvel entretien, début octobre 2004, avec le directeur général et le directeur des missions de l'Office en vue de leur rappeler mon choix politique et stratégique de l'amélioration continue de la qualité de la vie sociale de la personne âgée dépendante en établissement. A cette occasion, je leur proposerai de manière précise et détaillée la problématique qui retient mon attention, les résultats du diagnostic réalisé, ainsi que la stratégie et le plan d'action que j'envisage de développer.

Si leur soutien m'est confirmé, forte de cet engagement primordial, je m'attacherai dans un second temps à fédérer le premier cercle de mes collaborateurs, les cadres intermédiaires de la maison de retraite. Il s'agit de leur permettre de s'approprier également la démarche d'évaluation et de présenter ensuite des propositions concrètes d'action aux autres personnels.

Pour emporter l'adhésion des cadres, je compte organiser, avec la collaboration d'un consultant spécialisé dans le domaine de l'évaluation, 3 demi-journées d'information et de formation, avant le 31 octobre, à 15 jours d'intervalle, pour leur communiquer également des messages clairs et précis sur la problématique, la démarche d'auto évaluation, ses enjeux, perspectives et la méthodologie. Là encore, le fait de fractionner dans le temps le déroulé de la formation doit permettre au processus d'assimilation des connaissances de parvenir à maturité et d'inciter à la réflexion entre les réunions, puis au questionnement et à l'expression. Pour favoriser ce travail d'imprégnation, un support d'information écrit leur sera remis grâce à la contribution de l'intervenant.

Le choix de recourir aux services d'un accompagnateur externe dès ce stade, puis pour les étapes suivantes, me paraît de nature à optimiser ce travail de préparation des cadres et de l'équipe à la démarche évaluative. Sa qualité d'expert sera utile en termes de maîtrise des modèles et méthodes, de connaissance des processus et procédures, ainsi qu'au regard de l'animation d'une équipe autour de la démarche d'évaluation. L'expert doit être en mesure d'aider à déterminer les modalités de l'évaluation qui devront emprunter d'une part à la logique de mesure des écarts entre objectifs prévus/réalisés et entre critères de bonnes pratiques et réalités, et d'autre part à la démarche de questionnement autour du sens des pratiques.

Son positionnement en tant qu'animateur extérieur à la structure, et non inquisiteur, sous tend un certain recul par rapport aux situations institutionnelles problématiques et un regard neutre. Il apportera une garantie d'objectivité ou de meilleures chances de l'atteindre.

Ses prestations se dérouleront néanmoins dans l'établissement pour lui donner l'occasion de s'imprégner du climat professionnel ambiant et éviter qu'il soit en totale déconnexion avec les réalités de terrain. Enfin, l'intervention de ce tiers peut favoriser un travail de médiation et de régulation. Il est certain que la ligne hiérarchique courte soulignée lors du diagnostic de l'organisation de la structure et la capacité d'accueil encore modeste de celle-ci me positionnent difficilement sur ce terrain.

Après une procédure d'appel d'offre simplifiée, je procéderai au choix de l'intervenant en fonction des critères suivants : sa notoriété, son sérieux et ses qualités rédactionnelles. Ses travaux antérieurs dans le secteur serviront de références. Sa personnalité importe aussi énormément : capacité d'écoute, ouverture d'esprit, pédagogie, esprit critique et constructif. Enfin, en tant que gestionnaire de deniers publics, le coût estimatif de ses interventions qui devrait être de l'ordre de 1000 €/ jour retiendra toute mon attention.

L'ensemble de la procédure doit contribuer à enrichir le potentiel des compétences pour aider à décider ensemble du déroulement du plan d'action en vue de la co-construction des items et conditionner la réussite du projet. Il s'agit là des prémisses du pilotage du projet qu'il me revient de réaliser.

2.2 Informer les personnels pour clarifier et sécuriser la démarche d'évaluation

La place des personnels et leur participation à la mise en œuvre de l'évaluation est déterminante pour apporter une plus value au bénéficiaire non seulement des personnes âgées dépendantes accueillies, mais aussi pour eux-mêmes. L'évaluation se déroulera d'autant mieux qu'elle sera envisagée, programmée, comprise, négociée, amendée et acceptée par ces professionnels. J'entreprendrai donc une information préalable des autres membres de l'équipe, de préférence dans une période de relatif calme de la vie de l'établissement.

Dans une logique d'anticipation, je prévois de remettre aux personnels un questionnaire sur leur perception de la démarche d'évaluation. Il sera conçu avec la collaboration du consultant et des cadres pour soutenir la communication et faire émerger éventuellement les inquiétudes ou protestations.

Le projet fera l'objet d'une présentation lors d'une première réunion générale, après le 30 novembre 2004, au cours de laquelle je compte sur la présence d'un responsable de l'Office pour affirmer, dans un discours de politique générale, le sens collectif de la démarche et témoigner de l'engagement de l'état-major de l'administration centrale.

Je m'attacherai ensuite à rappeler à l'équipe ses missions envers la personne âgée. Je m'appuierai sur les éléments du diagnostic pour faire ressortir la nécessité de mettre en œuvre à terme une démarche évaluative des pratiques et surtout les points forts qui la faciliteront.

Je veillerai à valoriser les expériences et organisations satisfaisantes en vue de reconnaître mes collaborateurs à travers leurs contributions antérieures.

Le consultant retenu exposera de manière détaillée les objectifs stratégiques, les axes d'amélioration attendus, la méthodologie de travail et de construction d'un outil référentiel simple et adapté à cet aspect de la prise en charge des résidents. Un calendrier prévisionnel des opérations sera communiqué à cette occasion. Je préciserai également l'utilisation ultérieure des résultats de l'évaluation, puisque son point focal sera l'action de terrain menée par les personnels.

D'autres actions d'information en réunion générale seront programmées de façon trimestrielle pour tenir mes collaborateurs informés de l'état d'avancement des travaux.

Cette stratégie informative a pour objectif de rassurer mes collaborateurs et préserver le climat social. À cet égard, je veillerai à maintenir une relation de proximité et disponibilité entre les personnels, l'équipe d'encadrement et moi-même. Je réponds toujours aux demandes d'entretien individuel et persiste dans cette position d'ouverture et de dialogue.

Au fil des jours, les rencontres avec les personnels et les intervenants extérieurs, bénévoles ou salariés, dans les espaces de convivialité, salle de repos, restaurant, jardin intérieur, salle polyvalente, ateliers..., seront aussi l'occasion d'évoquer le projet. En effet, ce cadre moins institutionnalisé est propice à des échanges plus libres, comme dans la vie sociale quotidienne. Ces relations interviendront de manière informelle lors de mes déplacements dans l'établissement. En prenant le temps de m'arrêter près de mes collaborateurs pendant leur temps de pause ou de travail, je reconnais leur rôle et leur contribution à l'œuvre collective, le projet.

Avec l'accord de mon administration centrale, pour apaiser les craintes de l'équipe, je tiendrai cette dernière régulièrement informée du suivi du projet de gestion par une Fondation privée qui n'en est encore qu'à un état embryonnaire incertain.

2.3 Susciter l'implication des personnels

En initiant une démarche d'évaluation, le directeur donne à chacun de ses collaborateurs l'autorisation, l'occasion et les moyens d'apprécier ce qui est fait, ce qu'il fait, pourquoi et comment cela se fait. Chercher à faire émerger ainsi la lisibilité des pratiques professionnelles individuelles et collectives vis-à-vis des usagers doit permettre aux professionnels d'être davantage en capacité d'en repérer les aspects positifs ou à améliorer et de s'impliquer d'autant plus qu'il agit de lui-même le processus. Le directeur est aussi concerné du fait de ses responsabilités en terme de management, de mobilisation et d'organisation des moyens, qualité des prestations.

L'enjeu primordial de la démarche évaluative réside dans l'impérieuse nécessité de comprendre les personnes âgées accueillies dans leurs besoins, logiques et désirs et surtout d'apprécier l'adéquation entre ces besoins et attentes et les pratiques mises en oeuvre.

Cette « veille » à l'échelon individuel et collectif permet d'accroître la marge de sécurité entre l'erreur et les carences institutionnelles (sous effectifs, qualification insuffisante ou inadéquate, défaut de compétences, manque de disponibilité, organisation inadaptée...) ou encore la faute, sources de maltraitance.

La question m'interpelle tout particulièrement en qualité de directrice de la maison de retraite « le Château de Beaurecueil et à titre personnel. Au fil de l'expérience, j'ai acquis l'intime conviction que cette invitation à développer un regard critique sur les processus à l'œuvre et les pratiques, puis à en interroger les effets, pour parvenir à une conscientisation⁹², peut, du fait de la responsabilisation des acteurs qui en découle, fortement contribuer à ouvrir un « champ relationnel »⁹³ nouveau et dynamisant pour la personne âgée dépendante accueillie dans ce lieu de vie collectif.

Cette affirmation ne peut revêtir une dimension réelle qu'à la condition impérieuse que la démarche soit le fruit d'une mobilisation préalablement organisée d'une équipe de professionnels compétents et responsables. Il me reste donc à aider cette dernière à saisir la nécessité de s'inscrire dans un mouvement perpétuel de progression et à accepter de contribuer à la mise en œuvre de cette philosophie dans ses actions au quotidien.

Sans l'implication des professionnels, l'exercice des métiers en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes se trouve réduit à la stricte application de normes et procédures, avec une vision restrictive de la qualité déclinée en termes de simple réalisation d'actes, de perfection méthodologique et d'efficacité en vue de rationaliser les moyens.

Si l'obligation de conformité aux lois et règlements, aux normes et à la mission ne me paraît en aucune manière susceptible de transaction, une démarche d'évaluation uniquement imposée de l'extérieur et traduite par une politique radicale de vérification et de contrôle avec pour corollaire la sanction aurait des effets désastreux. Dans ces conditions, la dimension humaine du travail social serait mise à mal.

Pour ne pas s'en tenir uniquement à ce contrôle indispensable, mais qui pourrait facilement engendrer le risque de tenir à l'écart le sens des pratiques en incitant les membres de l'équipe à rester prudemment confinés dans un rôle d'agent en situation de simple exécution et de routine, il convient en outre de favoriser l'expression, la mise en réflexion et la formalisation des différences, bien souvent sources d'innovation.

⁹² « La *conscientisation* se caractérise par une plus claire conscience de la réalité, des situations sociales, des déterminismes internes et externes qui pèsent sur elles et des possibilités objectives et subjectives de les modifier. Elle résulte de la dynamique des actions et constitue un support majeur d'identité individuelle et collective » - définition de BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A. et al., *Dictionnaire critique d'Action sociale*, Paris : Bayard éditions, collection « travail social », 1995, p. 246

⁹³ BAZELLE M.L., FORCET J.Y., *Sortir la personne âgée de son isolement : le rôle de l'institution (re)socialisante*, Paris : ADICIFOR éditions Frison-Roche, 1999, p. 39

Les différences peuvent tout autant éloigner les pratiques d'une norme que leur conférer une plus-value, par un partage d'expériences réussies au bénéfice des personnes âgées accompagnées. C'est d'ailleurs pour cette raison que M. VIAL a élaboré « le différentiel » : les différentes façons d'agir le référentiel d'évaluation permettent de l'ajuster, de le réguler pour l'enrichir et le faire évoluer. Ce point de vue permet de supposer que l'effet escompté relèverait d'une véritable valorisation du rôle social de chacun, résident et personnel.

L'Homme au travail reste un être humain, adulte, autonome et pris entre les deux logiques antagonistes qui le structurent. Les pulsions de vie et de mort sont particulièrement interpellées chez les professionnels qui travaillent auprès de personnes âgées. Rapportées au monde du travail, le désir et le mouvement deviennent de véritables catalyseurs d'initiatives et de responsabilisation, alors qu'un cadre institué fixe, pour une durée relativement pérenne, des contraintes qui se traduisent en termes de respect des règles et de contrôle. Je dois mettre en œuvre les moyens susceptibles d'aider mes collaborateurs à se situer entre ces deux logiques et susciter en eux l'envie, moteur important de motivation.

La motivation est un processus que la personne actionne elle-même et qui l'agit également. En tant que directrice, je peux mettre en place les conditions pour qu'elle se crée. Elle dépend généralement de trois facteurs qui doivent être activés de manière simultanée⁹⁴ :

- ✓ la valeur accordée au travail ;
- ✓ l'instrumentalité du travail : est-ce qu'il sert les intérêts du salarié ?
- ✓ l'expectance ou expectabilité : est-ce que le salarié se sent capable de réaliser le travail demandé ?

La question de la motivation nécessite une problématisation autour :

- ✓ d'un projet clair : le travail avec le consultant, en amont et pendant le déroulé du projet, et la démarche d'information prévue doivent contribuer à cette clarification. Poser des exigences fortes, comme celle de veiller au développement de la vie sociale de la personne âgée dépendante, doit contribuer à renforcer la motivation, source d'implication et lutter contre l'érosion professionnelle fréquente en cas d'absence de projet commun. En outre, « l'attrait de la nouveauté est en soi un stimulant »⁹⁵ ;
- ✓ d'objectifs communs : le diagnostic fait ressortir la démarche de travail en interdisciplinarité et l'habitude d'une réflexion collective autour des situations rencontrées qui rendent opérante cette condition. Ces méthodes de travail contribuent à servir la prise en considération de la personne âgée dépendante dans toutes ses dimensions et la reconnaissance de son identité d'Être unique ;

⁹⁴ D'après MONCADA J., formatrice, Interventions à l'IRTS PACA-Corse, novembre/décembre 2003

⁹⁵ DORTIER J.F., *Peut-on motiver autrui ?*, in *Sciences Humaines*, n°92, mars 1999, p. 35

- ✓ des conditions de travail et un climat social satisfaisants : cet aspect sera revu lors des développements consacrés à la définition de modes de fonctionnement facilitateurs du projet ;
- ✓ des espaces d'expression de la parole et d'écoute ;
- ✓ de l'évaluation des performances individuelles.

Ces deux dernières conditions ont aussi été mises en évidence par le diagnostic.

L'implication est de nature à garantir le rôle positif de la démarche d'évaluation. Elle résulte essentiellement d'un travail de pédagogie et repose sur une vision partagée de l'avenir, ainsi que sur la compréhension de la nécessité du changement. Le diagnostic rappelle que l'équipe a toujours fait la preuve de sa volonté et capacité à s'inscrire dans une dynamique de projet et d'évolution. Les personnels appréhenderont l'évaluation comme un processus utile s'ils trouvent un intérêt à agir et leur place dans la démarche. Toute démarche stratégique se fonde en effet sur l'idée de créer à terme une plus value sociale pour les diverses parties prenantes.

Pour aider les personnels à s'impliquer dans le processus d'évaluation, j'aurai à cœur de promouvoir, dans un premier mouvement et à mon niveau de responsabilité et connaissance, les principes éthiques et l'esprit de l'évaluation pour leur permettre de comprendre et « intégrer la philosophie de l'évaluation »⁹⁶.

Je solliciterai à nouveau la collaboration des cadres et du consultant pour rappeler notamment, à l'aide d'un fascicule remis à chaque collaborateur lors de la première réunion générale, que :

- ✓ l'évaluation concerne les pratiques et les faits. Son objet n'est jamais d'énoncer un jugement sur les personnes ;
- ✓ elle induit des évolutions à partir des doutes, essais et erreurs inhérents à toute pratique professionnelle, surtout quand elle confronte les personnels à la souffrance, la douleur et la mort ;
- ✓ elle invite certes à se conformer aux bonnes pratiques, à leur donner du sens en les détaillant, mais surtout à explorer de nouvelles pistes de travail ;
- ✓ elle inscrit ses acteurs dans un mouvement perpétuel de progression sociale en intégrant, du fait de son exercice participatif, le point de vue de tous les intervenants en contact avec la personne âgée dépendante et du sien en particulier.

La bientraitance étant un phénomène en cascade, il sera important de mettre en exergue les enjeux de la démarche d'évaluation tels qu'explicités en première partie.

⁹⁶ GACOIN D., *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies, méthodes*, Paris : Dunod, 2002, p. 174

Dans un second mouvement, l'implication des acteurs passe par un travail sur les représentations. Ce travail est le point d'ancrage du changement car management et culture sont indissociables. Il est de ma responsabilité de directrice de contribuer, tant dans mon établissement qu'à l'extérieur, à faire réhabiliter la vieillesse habituellement considérée comme un déclin.

La société, dont la mission est d'organiser les rapports entre les individus qui la composent et de définir le statut et le rôle de chacun en son sein, a une responsabilité fondamentale en la matière. « Toute pratique sociale est une idéologie en marche »⁹⁷. Dès lors, la place que la société réserve aujourd'hui à la personne âgée inspire inéluctablement les gérontologues dans leurs interventions quotidiennes. La réciproque est tout aussi vraie. Il importe d'en prendre conscience car ces comportements auront probablement encore une incidence sur la manière dont la société traitera l'individu en général, donc la personne, dans le monde de demain.

Dans l'établissement, le manque de clairvoyance et de personnalisation de certaines pratiques amènent à considérer la nécessité de ce travail sur les représentations pour remettre en cause les idées préconçues.

L'évaluation de la qualité des pratiques concourant à l'expression et la qualité de la vie sociale, est très subjective et relève d'un vécu individuel et des représentations collectives. Chacun doit regarder vivre la personne âgée, l'interroger pour s'assurer que l'approche personnalisée lui procure un bien-être, que l'on n'en reste pas à des formulations théoriques énoncées dans le projet de vie et que l'environnement humain est bien au service d'un certain équilibre pour « une pratique institutionnelle clairvoyante fondée sur l'exigence de maintien, préservation, stimulation de l'autonomie »⁹⁸.

Le travail sur les représentations s'effectue en trois phases⁹⁹ :

- ✓ une phase de décristallisation (dégel) pour créer un inconfort par rapport aux certitudes et se préparer au changement ;
- ✓ une phase de transition pour se déplacer des valeurs d'origine vers de nouvelles et changer de comportement ;
- ✓ une phase de re-cristallisation pour acquérir de nouvelles valeurs et pérenniser le changement.

« Le changement des représentations ne passe pas, à notre sens, par une explication rationnelle, fût-ce avec la plus habile des pédagogies, mais par du plaisir et de la découverte, puis l'expression de ces découvertes et des changements d'attitude »¹⁰⁰.

⁹⁷ GODEVILLE

⁹⁸ LORIAUX M., PREDAZZI M., VERCAUTEREN R., *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*, Toulouse : érès/pratiques gérontologiques, 2001

⁹⁹ D'après *La théorie du champ de forces* de LEWIN K., psychosociologue (1890 – 1947)

¹⁰⁰ GACOIN D., *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies, méthodes*, Paris : Dunod, 2002, p. 171

À propos de cette phase d'acculturation indispensable à toute démarche de conduite de changement aussi infime soit-il, F. ALBERT, consultante précise « Cela revient à ".../renvoyer l'autre au plus loin de lui-même, parier sur les possibles de l'autre/...". Ce n'est pas rien »¹⁰¹, d'où la nécessité de recourir à l'intervention et le soutien d'un psychologue extérieur pour témoigner là encore d'un regard neutre. En rencontre individuelle ou en petits groupes, il aura pour mission de développer le débat pour créer la dynamique de changement car, généralement, lorsque les représentations et le discours changent, les pratiques évoluent.

Enfin, le troisième mouvement procèdera d'un travail sur les résistances éventuelles, évoquées en première et seconde parties, pour estomper doutes et appréhensions que peut générer la démarche de l'évaluation, qui touche aux « allants de soi »¹⁰². Le soutien dudit psychologue sera nécessaire dans des conditions analogues.

Cet accompagnement psychologique global sera programmé dès le début de l'année 2005, dans l'établissement, à raison de 8 journées, à 3 semaines d'intervalle pour laisser aux personnels un temps de maturation et d'appropriation. Le coût de cet appui psychologique externe devrait s'élever à 800 €/jour, soit une dépense globale de 6 400 €.

En résumé, cette phase d'initialisation du changement peut s'avérer inconfortable, voire insécurisante. Pour la traverser, il faut prendre du temps, notamment celui de valoriser l'existant et réajuster en permanence les modalités d'action, les délais, voire les objectifs s'ils se révèlent être inadaptés à l'appropriation d'une nouvelle culture. Cette étape favorisera ultérieurement le travail de réactualisation du projet de vie, puisqu'elle sera relayée en interne par le travail de régulation des pratiques assuré par la psychologue salariée de l'établissement. Un système communicationnel sera mis en place entre ces deux psychologues que je recevrai également régulièrement pour des bilans d'étape quant à l'impact de la stratégie.

La réactualisation du projet de vie doit mettre davantage en évidence son caractère collectif, lui conférer plus de lisibilité et le rendre évaluable. Avec le soutien du consultant, il sera nécessaire de réexpliquer l'histoire et les valeurs de l'institution qui orientent les pratiques pour qu'elles les incarnent dans l'action. Ainsi, le projet de vie permettra-t-il d'extraire plus finement des indicateurs de la vie sociale à fort enjeu.

Le travail s'effectuera en petit groupes composés des différents acteurs. Il sera question de faire plus ample connaissance les uns des autres, de retrouver, conforter ou créer une relation de confiance pour travailler ensemble à la définition d'axes d'interventions collectives. Le projet de vie actuel servira de point d'ancrage à la réflexion autour de la réalité et des éléments recueillis lors du diagnostic.

¹⁰¹ ALBERT F., *Accompagner les démarches d'évaluation interne dans les institutions médico-sociales : une approche parmi d'autres*, in revue bimestrielle *associations informations* de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, n°1 – Hors série – Marseille, juillet 2004, p. 21

¹⁰² op. cit., p. 24

Le travail sur les représentations et les résistances doit être complété par une approche en terme de connaissances et compétences nouvelles à acquérir pour se positionner dans une pratique différente, car la motivation est entretenue par l'environnement professionnel et les modifications qui peuvent le façonner différemment.

2.4 Définir des modes de fonctionnement facilitateurs du projet

Lorsqu'il s'agit de s'engager dans une nouvelle démarche de projet, la question des moyens devient récurrente. Il m'importe donc de chercher à obtenir et donner aux salariés les moyens de servir les ambitions du projet. À ce propos, il est utile de rappeler que le diagnostic a fait ressortir des conditions de travail satisfaisantes, avec certes une lente progression du salaire monétaire mais compensée, aux yeux de la quasi-totalité des personnels, par la pérennité rassurante de l'emploi. Par ailleurs, la rémunération ne revêt pas qu'une forme monétaire, elle se traduit également par le salaire narcissique et le salaire représentatif. Le salaire narcissique équivaut à la reconnaissance du salarié par l'employeur et les usagers, le salaire représentatif est celui dont bénéficie le personnel qui collabore au fonctionnement d'une structure dont l'image interne et externe est positive, donc valorisante. Nonobstant, le comportement de quelques familles à gérer nécessairement, le diagnostic permet de considérer que ces deux salaires existent et sont de nature à entretenir la motivation.

Il convient alors de continuer à développer, par des actions appropriées, le management de l'équipe et les compétences collectives.

A) Ajuster les effectifs de l'équipe de soins

Le diagnostic rend nécessaire cette mesure pour répondre davantage aux besoins d'accompagnement, notamment sur le plan relationnel, pendant l'accomplissement des soins et permettre aux personnels de s'investir dans la pratique évaluative sans céder au découragement. J'envisage d'entreprendre dès le début du mois d'octobre des négociations auprès des autorités de tarification en vue de la ratification d'un avenant à la convention tripartite pour compléter les effectifs des aides-soignants et les porter dans un premier temps à 22 équivalents temps plein. Le ratio d'encadrement par le personnel soignant serait alors de 0,29. Le recrutement d'aides médico-psychologiques serait intéressant au regard de l'accompagnement spécifique qu'elles peuvent réaliser.

Cette démarche est susceptible d'aboutir en raison de l'évolution de l'état général des personnes accueillies et de l'augmentation du taux d'occupation de l'établissement rappelées précédemment.

B) Développer les compétences

La définition d'un plan de formation pluriannuel doit servir à promouvoir l'organisation et les ressources humaines en lien avec l'identification et l'évolution des besoins des personnes âgées accueillies repérées en première partie.

Il m'importe de créer les conditions permettant aux personnels d'adopter une pratique plus clairvoyante à l'égard des personnes accueillies. Elle semble reposer finalement sur des actions simples, quotidiennes et logiques, tels la manière de pénétrer dans une chambre pour pratiquer un soin, d'inciter le résident à choisir ses vêtements ou encore le fait de proposer aux résidents d'inviter collectivement quelques personnes pour une activité festive, de les informer de tout évènement intervenant dans la vie de la structure (travaux, visite particulière, incident, décès...). Encore faut-il que les personnels en aient conscience et qu'ils soient eux-mêmes préalablement informés desdits évènements.

C'est pourquoi, après le travail autour des normes et des valeurs, je prévois de reconduire des actions de formation organisées les années antérieures :

- connaître les manifestations et la psychologie du vieillissement (1 jour),
- accompagner les personnes âgées dépendantes et leurs familles (2 jours),
- organiser l'animation auprès de personnes âgées atteintes de démence sénile ou de troubles apparentés (3 jours),
- accompagner la fin de vie (4 jours).

Cette décision s'impose compte-tenu de l'aggravation du degré de dépendance des personnes âgées, du turn-over dans l'équipe infirmière et de la nécessité de rappeler régulièrement les mêmes informations pour garantir leur assimilation.

Ces actions, d'une durée globale de 10 jours, se dérouleront, dès le 3^e trimestre 2005 et sur les 3 années à venir, dans l'établissement ou au sein d'établissements partenaires pour une réflexion commune et un partage d'expériences. Les deux premières s'adresseront à l'ensemble des personnels, car tous côtoient quotidiennement les personnes âgées. Les secondes concerneront les personnels soignants et les animatrices. Le coût d'une journée de formation peut être estimé à 800 €. Au total, 23 jours de formation sont à prévoir pour une dépense de 18 400 €.

J'insisterai auprès du formateur pour que la question de la communication non verbale avec la personne très dépendante soit systématiquement abordée et traitée dans le but d'aider les personnels à comprendre que les modes classiques de communication sont dans ce cas souvent inopérants. D'autres canaux de communication existent ou sont à inventer pour peu que chacun s'attache à regarder la personne vivre et à se regarder travailler.

En outre, toujours dans ce souci, j'envisage de faire former quelques personnels aides-soignants, la psychologue et l'une des animatrices à la méthode Snoezelen, très utilisée dans le secteur du polyhandicap. Le concept vient de Hollande, le vocable « snoezelen » résultant de la contraction des mots néerlandais « snuffelen » renifler, sentir et « doezelen » somnoler, se laisser aller à la détente. La méthode s'appuie sur deux postulats : la relation avec le monde extérieur passe d'abord par l'intermédiaire des 5 sens, 70% de la communication est donc non verbale et les potentialités individuelles ne peuvent émerger que dans un climat de sécurité.

Il s'agit donc de proposer, dans un espace spécifiquement aménagé, des expériences sensorielles variées, vécues dans une atmosphère de confiance et de plaisir, favorisant le sentiment de sécurité pour entrer en communication autrement avec la personne. Sans enjeu d'acquisition, d'apprentissage ou de performance, l'espace snoezelen doit créer un climat relationnel attrayant pour aider à une meilleure perception du schéma corporel et une diminution de l'angoisse ou de la frustration. Le projet nécessite la formation du personnel et l'acquisition d'équipements adaptés (matelas à air, à eau, effets lumineux, lumières mobiles, projecteur «solar », colonnes à bulles, diffuseur d'arômes, matériel de motricité, chaîne hi-fi, instruments de musique, etc. La formation à la méthode, d'une durée de 5 jours, nécessite un budget de 4 500 €. L'aménagement de la pièce sera réalisé, avant le 31 décembre prochain, par l'équipe d'entretien de l'établissement, dans un bel espace situé près de l'infirmerie. La dépense d'équipement s'élève à 17 000 € arrondis, une association nationale d'anciens résistants participe à la dépense à hauteur de 6 000 €.

De plus, la question de la gestion des conflits mérite une action de formation spécifique : antérieurement, le directeur manager avait le souci d'éviter les conflits ou de les apaiser rapidement, car ils étaient réputés engendrer le désordre, mettre à mal le mythe fusionnel et entraîner un fonctionnement dysharmonique de l'établissement. Actuellement, le conflit, considéré comme moteur d'un ordre résultant d'accords obtenus entre protagonistes sur des normes et valeurs nouvelles, s'intègre plus dans une vision dynamique. Cependant, il peut être déstabilisant en l'absence de recul par rapport aux situations conflictuelles et de connaissance sur les méthodes susceptibles d'aider à se préserver psychologiquement et à trouver une solution acceptable pour tous. Compte-tenu des relations tendues à Beaurecueil avec quelques familles, un module de formation de 3 jours sera proposé à l'ensemble de l'équipe, début mars 2005. La formation devra aider les personnels à savoir « repérer les déclencheurs de conflits/.../se préoccuper de ce qui est caché/.../maintenir une sécurité psychologique et une liberté d'expression suffisante/... »¹⁰³ pour mieux régler les difficultés. Cette action s'inscrit dans la continuité de la formation effectuée en 2003 à propos de la prévention de l'usure professionnelle et de la maltraitance et au regard du comportement de certaines familles. Le coût journalier de l'action s'élèverait à 800 €, soit 7 200 € pour 3 sessions.

Je compte enfin solliciter l'Office pour organiser, au siège central, une formation à l'attention des infirmières responsables. Elle pourrait être animée par la conseillère de santé de l'Office dans le courant du 1^{er} trimestre 2005 selon des modalités à déterminer avec cette responsable. Une formation-action sur 6 mois, autour de modules proposés à plusieurs semaines d'intervalles, me semblerait appropriée de manière à favoriser la mise en pratique des apprentissages et un retour sur les difficultés rencontrées.

¹⁰³ CHALVIN D., *Tensions et conflits : une opportunité ?*, in *Le journal des psychologues*, novembre 1999, n°172, pp. 50 - 53

Cette mesure leur permettrait aussi de faire connaissance et de ne plus se sentir isolées dans leur pratique, conditions optimisantes d'un travail de coordination et d'encadrement.

C) Favoriser la communication entre les acteurs

La loi du 02 janvier 2002 régissant le secteur social et médico-social rappelle l'obligation de formaliser et diffuser une documentation renseignant sur les droits et obligations de chacun (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés des personnes accueillies...) et de mettre en place des démarches de communication dans un cadre institutionnalisé (constitution du conseil de la vie sociale, recours à une personne qualifiée). Il s'agit de favoriser la parole des usagers et de leurs familles et de la prendre en compte.

Cette exigence légale rejoint la nécessité relevée par le diagnostic d'achever, au Château de Beaucueil, la formalisation de ces divers documents portant sur la vie de la structure. Si des outils de communication existent à Beaucueil, ils méritent davantage d'attention quant à leur conception, tant sur le fond que la forme. Une diffusion efficace doit parfaire le dispositif, de même que la nécessité de prévoir comment une réponse peut être apportée au message porté.

La question de la communication est liée à une démarche globale mettant en évidence la manière de fonctionner de l'établissement. La communication concerne le lien interne/externe, les relations internes, la prise en compte des enjeux et choix opérés, la réponse à des objectifs et la dynamisation des savoirs et compétences des divers acteurs qui interviennent autour et pour la personne âgée.

La communication confère à toute démarche de projet sa véritable dimension. Pour être opérationnelle et efficace, elle invite à des éclaircissements autour du message ou de l'information à transmettre. Dans le cas présent, son objectif est à la fois de renseigner sur l'établissement et son fonctionnement, de véhiculer son image de marque et de communiquer sur le projet d'auto évaluation des pratiques conditionnant la vie sociale, dans le but de rassurer, stimuler l'attrait des acteurs, les convaincre et obtenir leur participation à sa mise en oeuvre. Il s'agit aussi d'établir ou consolider des relations de confiance. La communication vise enfin à provoquer une prise de conscience et faciliter l'acquisition de connaissances nouvelles.

La communication doit s'articuler autour d'un axe rationnel pour expliciter et argumenter les choix retenus, d'un axe émotionnel pour susciter ou tenter d'atténuer une réaction affective et mettre en place des comportements socialement valorisés. L'humour est un allié efficace en la matière. Enfin, l'axe éthique rappelle nécessairement les valeurs portées par la structure, sans lesquelles toute action perd son sens. Ses destinataires sont tous les acteurs et collaborateurs de la structure avec une adaptation nécessaire des contenus et vecteurs en fonction des personnes.

La crédibilité de la source de l'information repose sur trois facteurs : son expertise, la confiance qu'elle inspire et sa popularité. Ces éléments sont à travailler pour optimiser la communication.

Créer une communication permanente suppose à la base de disposer d'outils spécifiques, supports d'information répondant à un souci de transparence et favorisant le jeu du dialogue et de la concertation. J'userai comme à l'accoutumée des canaux de communication d'ordre personnel : contacts individualisés et directs en face à face, réunions d'équipe ou de service, communication téléphonique ou via internet. Comme toute relation interpersonnelle, ils présentent l'intérêt d'un effet feed back immédiat induisant des ajustements permanents. Les autres canaux les plus usités, auxquels je continuerai de recourir, sont le journal interne, l'affichage, mais aussi la création d'une ambiance, d'une atmosphère de confiance dans des espaces de convivialité, ainsi que l'organisation d'évènements particuliers.

Je solliciterai l'expertise de l'attachée de communication de mon administration centrale pour des actions de perfectionnement dont les cadres et moi-même serons les bénéficiaires, compte-tenu des responsabilités qui nous incombent et des confrontations auxquelles elles donnent parfois lieu. En effet, la communication intègre aussi l'idée de gestion permanente des conflits ou enjeux de pouvoir et de préservation du climat social. Dès lors, l'appui de l'attachée de communication peut être précieux pour savoir communiquer en situation de crise.

S'agissant de la rédaction du journal interne, les deux collaboratrices qui assurent son élaboration mensuelle pourront bénéficier d'une formation spécifique d'une semaine, pour un coût global de 1870 € pour rendre sa forme plus attrayante et son contenu plus pertinent : il doit rester un vecteur de communication agréable et non un document administratif.

Le travail sur les représentations et la gestion des conflits seront utiles aux personnels pour une communication de qualité avec les résidents, les familles et entre salariés. Il est en outre important d'avoir à l'esprit qu'en établissement, les paroles insensées des personnes désorientées peuvent avoir un sens et qu'elles méritent de la part des personnels encore plus d'attention pour y reconnaître l'expression de l'Être de la personne âgée.

3 Assurer la participation de tous à la mise en œuvre de la démarche d'auto évaluation

L'auto évaluation sera l'aboutissement de l'ensemble des travaux collectifs entrepris pour favoriser une posture de questionnement permanent et de veille qualitative autour du sens des pratiques.

Pour demeurer en conformité avec les textes et en cohérence avec mes propres convictions sur l'esprit et les enjeux de l'évaluation, je ne peux concevoir dorénavant qu'une action évaluative partagée avec les divers acteurs de l'établissement, à des niveaux d'intervention et de responsabilité différents. Cette démarche participative doit induire de la compréhension et une certaine conviction sur le bien fondé de l'évaluation envisagée.

L'approche pratique de la méthodologie complexe de co-construction et d'utilisation de l'outil d'auto évaluation des pratiques conditionnant la vie sociale des personnes dépendantes dans l'établissement dépasse le cadre de cette étude consacrée à la dynamique d'impulsion de la démarche d'évaluation.

Néanmoins, je tiens à préciser ci-après, de manière globale, ma conception du déroulement des opérations ultérieures. Pour assurer la participation de tous, un comité de pilotage, présidé par mes soins et animé par le consultant retenu, sera composé de manière hétérogène et réunira, à compter de début janvier 2006, une fois par trimestre, les personnes suivantes ou leurs représentants :

- ✓ les personnes âgées : la place accordée aux personnes âgées dépendantes dans le processus évaluatif met en évidence la place qui leur est réservée en qualité de sujet dans l'établissement. Leur participation est un principe incontournable au regard des propos précédemment tenus sur la qualité de vie sociale ;
- ✓ les personnels ;
- ✓ ainsi que précisé ci-dessus, le consultant sera sollicité pour apporter un regard extérieur, un soutien méthodologique et une aide à la construction de l'outil d'évaluation.

La clarification et la validation des rôles respectifs de chacun par le comité de pilotage s'impose pour augmenter les chances de réussite de la démarche. Il sera informé de l'état d'avancement des travaux pour validation et la poursuite des étapes ultérieures.

Pour s'inscrire véritablement dans une démarche d'évaluation, les personnes susvisées participeront à toutes les étapes du processus. Directement concernées et impliquées, elles sont les référentes de terrain, qui peuvent fournir les informations susceptibles de nourrir la recherche des critères et indicateurs d'évaluation pour construire le référentiel.

Le référentiel défini comme un « .../guide d'auto évaluation qui regroupe un ensemble de ? références ? ou de ? bonnes pratiques professionnelles ? par rapport auxquelles un établissement peut comparer ses propres pratiques »¹⁰⁴ concerne un domaine très large, dans le cas présent, la promotion de la vie sociale de la personne âgée dépendante en établissement. Il se fonde en quelque sorte sur la comparaison entre une description de la réalité des pratiques dans l'établissement et ce qu'elles devraient être idéalement.

Le référentiel donne une idée du chemin qu'il reste à parcourir avec néanmoins des objectifs réalistes et pragmatiques, en lien avec le projet d'établissement réactualisé, pour rendre possible une application pratique.

L'évaluation, jugement de valeurs, peut se réaliser à l'aide de ce document qui regroupe des indicateurs et critères. Les indicateurs sont des données objectives décrivant une situation et permettant de l'apprécier. Ils sont précis et enracinés dans le concret.

Les critères, outils de mesure et d'appréciation, sont relativement abstraits. Ils constituent un ensemble de catégories en fonction de l'objet à évaluer, du contexte dans lequel il s'inscrit, des valeurs portés par le groupe, des normes déjà posées et des critères des outils pré existants, tel ANGÉLIQUE. Ils doivent aussi témoigner de l'ingéniosité au travail des personnels. Dans le cadre de la démarche à impulser présentement, les vecteurs de la vie sociale peuvent constituer des critères utiles à exploiter pour apprécier les pratiques des professionnels concourant à la vie sociale de la personne âgée dépendante.

Le travail d'élaboration, de rédaction du référentiel et de ses items s'effectuera en groupes multicatégoriels et interdisciplinaires. Il préparera le terrain pour faciliter la mise en œuvre de l'auto évaluation. Comme à l'accoutumée, les réunions seront programmées selon un calendrier arrêté suffisamment tôt pour permettre à chacun de s'organiser pour y participer. Des comptes-rendus seront dressés à l'issue de chaque rencontre. La validation des propositions interviendra de sorte que chacun puisse prendre la parole quand il le souhaite.

Cette phase d'élaboration devrait s'étendre sur l'année 2006 pour un travail collectif mûrement réfléchi accompagné par le consultant à raison d'environ 7 jours, soit un coût total de 7 000 €. Le référentiel sera présenté officiellement au cours d'une réunion générale à laquelle participeront les personnes âgées, leurs familles et les personnels pour être ensuite annexé au projet de vie.

L'auto évaluation des pratiques devrait pouvoir débuter en janvier 2007 et se poursuivre jusqu'en mars 2007. Elle sera suivie d'un plan d'action d'ajustement des pratiques établi en mai 2007 en fonction des résultats. Sa mise en œuvre interviendra ultérieurement.

¹⁰⁴ CHARLEUX F., *Pour un projet d'établissement au service de la qualité*, in revue bimestrielle *associations informations* de l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, n°1 – Hors série – Marseille, juillet 2004, pp. 15-20

Les mesures envisagées doivent permettre aux personnels d'être en condition d'écrire et construire leur référentiel d'évaluation des pratiques conditionnant la vie sociale de la personne âgée dépendante en établissement. Le conseiller juridique apportera des informations sur le cadre institutionnalisé de leurs interventions. Le psychologue clinicien saura faire émerger la parole et écoutera les personnels pour contribuer à faire évoluer leur représentation de la vieillesse, réaffirmer les valeurs du secteur et de l'établissement. Le consultant apportera son expertise en termes d'animation de l'équipe et de méthodologie de construction du référentiel. Cet outil devra respecter les obligations de la loi du 02 janvier 2002, s'inspirera de grilles existantes et de la démarche qualitative initiée dans le secteur.

Ce travail de production par l'équipe ainsi rendu réalisable devrait permettre aux personnels d'oser s'exprimer et communiquer sur leurs pratiques actuelles et la culture spécifique au monde ancien combattant pour lequel ils agissent. Le travail d'écriture les incitera à réfléchir à l'action qu'ils mènent au quotidien pour en extraire des critères et indicateurs spécifiques et pertinents de leur futur référentiel. Ces actes d'écriture leur permettront de devenir « auteurs » par référence aux travaux de J. ARDOINO, cité à plusieurs reprises. Puisque les personnels savent agir, ils doivent et peuvent aussi parvenir à écrire ce qu'ils font. Ce sont les documents rédigés par leurs soins qui serviront de support à l'outil d'auto évaluation qu'ils concevront et utiliseront. Cette démarche est source d'implication, levier motivationnel très important pour mener une pratique évaluative et s'investir mieux à terme dans son travail.

Contribuer ainsi à édifier cette base de jugement, leur propre outil d'auto évaluation, va déjà inciter les personnels à se positionner dans une attitude d'auto questionnement, à s'impliquer davantage et améliorer d'emblée leurs pratiques.

Ensuite, je pourrai me ressaisir du cœur des enjeux de l'évaluation pour la conduire et continuer à faire progresser l'équipe afin que l'altération de la capacité de communication de la personne âgée dépendante ne soit plus systématiquement considérée comme un obstacle à l'expression d'une vie sociale de qualité en établissement.

Elle doit au contraire inciter au questionnement et à la créativité, sources d'amélioration des pratiques, puis d'enrichissement mutuel des personnes, gage d'une fin de vie apaisée.

La stratégie ainsi déployée fait ressortir l'investissement important qu'il sera nécessaire d'obtenir de la part des acteurs, à titre individuel et collectif, sur un plan professionnel et personnel, de même que de la part de l'établissement d'un point de vue organisationnel et économique. J'investirai ma fonction de direction en terme technique pour anticiper, piloter mon projet d'intervention sociale, manager l'équipe, conduire le changement et assurer la gestion économique et financière du projet.

Les dimensions politique et éthique de ma fonction seront sollicitées, puisque face à un tel coût, la démarche d'auto évaluation que je compte impulser comporte une visée praxéologique : il s'agit au final d'améliorer la qualité de l'accompagnement de la personne âgée dépendante, en passant par l'implication et la responsabilisation des personnels générée par la démarche elle-même.

4 Garantir l'avancement du projet

4.1 Associer les autorités de contrôle et tarification

Il me semble indispensable de les informer en amont de la démarche en vue de la faire reconnaître, officialiser et légitimer. Au cours d'une rencontre, je remettrai aux inspecteurs de la DDASS et du conseil général des Bouches-du-Rhône un document écrit sur cette démarche de projet en vue de connaître leurs remarques et objections éventuelles. Cette présentation sera l'occasion de discussion, concertation, voire négociation en vue d'obtenir éventuellement un financement complémentaire des actions envisagées.

Je les tiendrai ensuite régulièrement informés de l'état d'avancement du projet, soit par téléphone, soit lors d'un entretien, d'une visite dans l'établissement ou à l'occasion d'une réunion du comité de pilotage de l'évaluation, à laquelle ils pourraient être conviés.

À l'issue de l'auto évaluation, je leur adresserai une copie du rapport de restitution de ses résultats pour valoriser le travail effectué, faire connaître les ajustements prévus et faire remonter d'autres besoins de formation repérés dans le cadre du plan d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes dépendantes. Compte-tenu de la finalité du projet, il doit pouvoir recueillir leurs approbation et soutien valorisants pour l'équipe et les résidents.

4.2 Prévoir le financement et l'articulation chronologique des actions

Les financements nécessaires, hors recrutements en raison de leur caractère aléatoire, devraient s'élever au total à 69 376 €. Ils feront l'objet de propositions budgétaires pour déterminer le prix de journée hébergement en conséquence, sans augmentation intempestive au détriment des personnes âgées. Les actions seront étalées dans le temps pour réduire les coûts annuels et faciliter l'appropriation par les personnels de l'ensemble de la démarche.

Des demandes de prises en charge financières complémentaires seront adressées lors de l'élaboration du budget auprès des autorités de tutelle, mais également auprès de fondations et associations oeuvrant dans le secteur social et médico-social ou auprès du monde combattant. De même, des fonds européens pourront être sollicités.

Entrer en démarche d'évaluation suppose de s'inscrire dans une logique de questionnement permanent, autour de visées, de valeurs partagées et stabilisées, en tout cas pour un certain temps. Le processus est long et plein d'imprévus, il est nécessaire de rappeler qu'il ne saurait être question de le figer, se fermant ainsi à tout autre possible et entrant en totale contradiction avec la philosophie de la dynamique de changement inhérente à la pratique évaluative.

4.3 Déterminer leurs modalités de suivi et d'évaluation

Il est de ma responsabilité de directrice de tisser ensemble démarche de projet et démarche d'évaluation. Dans le cas présent, en qualité de pilote du projet d'impulser une démarche évaluative, je dois aussi en évaluer les avancées. Il y sera procédé en réunion stratégique de l'équipe d'encadrement dans le trimestre suivant le lancement du projet, puis tous les six mois, avec le concours du consultant retenu.

Selon J.P. BOUTINET, « toute évaluation de projet se définit par sa multidimensionnalité et donc ne saurait se réduire à l'appréciation d'un seul critère »¹⁰⁵. L'auteur précise les critères d'évaluation d'un projet institutionnel en termes d'efficacité (objectifs/résultats), d'effectivité (moyens mis en œuvre/objectifs) et d'efficience (notion de performance dans le rapport entre les objectifs, les moyens mis en œuvre et les résultats), afin de rendre compte et, le cas échéant, de rendre des comptes. La qualité des prestations s'apprécie au regard de la cohérence (rapport entre la logique d'organisation et les diverses contraintes), de la consistance (force d'argumentation sur le contenu du projet et de ses enjeux) et de la pertinence (bien fondé du projet/missions et environnement). Je propose donc d'utiliser aussi ces différents critères pour l'évaluation du présent projet.

Au stade d'anticipation où je me situe encore, je précise que je pourrai choisir des indicateurs pertinents de suivi et de réussite des opérations menées parmi les suivants :

✓ sur le plan qualitatif : intérêt et soutien actif des responsables de l'Office et des partenaires institutionnels, implication des salariés dans la démarche (présence, participation aux formations et leur appropriation/mise en œuvre sur le terrain via des pratiques nouvelles, réunions, groupes de travail,), réécriture des fiches de poste, élaboration du projet de soins, formalisation des contrats de séjour et projets individualisés, actualisation du projet de vie, mise en place et tenue du dossier de soins informatisé, production des documents prévus (livret d'accueil, questionnaire sur la perception de l'évaluation, fascicule d'information sur la démarche : perspectives et enjeux de l'évaluation, comptes-rendus des réunions, lettres internes, journal), fonctionnement régulier des instances d'expression et de concertation, rencontres individuelles, traitement des plaintes et réclamations, réunions du comité de pilotage de l'évaluation, présence et participation des résidents et familles à ces réunions, réunions des divers groupes de travail prévus, validation de leurs propositions par le comité de pilotage, construction du référentiel, respect des échéances et coûts budgétaires prévus, obtention de prises en charge financières partielles ou totales des actions.

¹⁰⁵ BOUTINET J.P., directeur de l'institut de recherches fondamentales et appliquées à Angers *Psychologie des conduites à projet*, Vendôme : PUF, mai 1999, pp. 100 - 111

Des indicateurs d'ordre relationnel sont également à retenir au regard du climat social, des relations interpersonnelles entre salariés et avec les résidents, de l'évolution du comportement des résidents, des familles, des personnels ou des relations avec les autorités de tarification. Les indicateurs relatifs à la satisfaction des personnes âgées et l'expression d'un sentiment de sécurité peuvent être relevés grâce à des enquêtes périodiques, la mise en place d'une boîte à suggestion, d'un cahier de réclamations, l'analyse des motifs de départ des personnes âgées...

✓ sur le plan quantitatif : nombre d'actions de formation entreprises, nombre de participants à ces formations, évolution des ratios suite aux recrutements envisagés, nombre de promotions, nombre de réunions, nombre de projets individuels et de contrats de séjour finalisés dans les conditions réglementaires, nombre de réclamations des familles ou résidents.

La multiplicité des méthodes évaluatives, critères et indicateurs de réussite témoigne du « bouillonnement du sujet au monde »¹⁰⁶ que le projet doit parvenir à mettre en lumière. À son tour, la démarche d'auto évaluation devra être évaluée et réinterrogée en permanence sur le fond et la forme pour éviter le risque de créer une poïésis de l'évaluation et pour rester dans la dynamique du changement.

Cette « vision en abyme »¹⁰⁷ » traduit le fait que toute démarche de remise en cause, d'évaluation et de progrès engendre la nécessité de se livrer à un travail dense et en profondeur. Elle correspond à l'idée de l'auto évaluation, élaboration fondatrice de sens, de fulgurances ou de doutes, d'avancées ou de remises en question, pour ne pas s'en tenir à des pratiques définitivement ancrées qui seraient en inadéquation avec la complexité du vivant.

¹⁰⁶ BONNIOL J.J., cf. supra

¹⁰⁷ GIDE A., écrivain français (1869 – 1951), *Les faux monnayeurs*

CONCLUSION

« Nous avons toujours besoin d'anciennes et nouvelles expériences, et nous avons besoin du dialogue entre l'expérience interne et la connaissance externe, qui l'une l'autre ont besoin d'une nouvelle réflexion qui les considère l'une et l'autre ».

MORIN E.,
*Pour sortir du vingtième siècle*¹⁰⁸

Le projet de créer les conditions optimisantes d'une pratique auto évaluative au service de la promotion de la vie sociale en EHPAD concerne pleinement ma fonction de directrice d'établissement en tant que « sujet évaluant », soucieux du respect de l'altérité et porteur d'une démarche de projet au service d'avancées communes. Il tend à souligner ma responsabilité initiale vis-à-vis de mes collaborateurs, en termes de formation et développement d'une véritable culture de l'évaluation, de sorte que tous s'approprient cette dynamique et la concrétisent au quotidien pour s'inscrire dans une démarche qualitative.

J'ai la conviction que la démarche d'auto évaluation, travail de jalonnage et aiguillon du sens des pratiques, s'apparente à une nouvelle aventure à partager avec l'équipe : elle s'inscrit dans la durée, réserve des surprises et se poursuit nécessairement par des transformations professionnelles et sociales, avec pour objectif fondamental l'amélioration de l'accompagnement de la personne âgée dépendante accueillie. Elle pourrait utilement être ensuite complétée par une évaluation externe portant cette fois ci sur l'expression et la qualité de la vie sociale dans l'établissement.

Toutefois, l'évaluation ne saurait constituer à elle seule une recette miraculeuse ou une fin en soi. Elle ne peut en aucun cas justifier une quelconque fascination de la part des divers acteurs de l'établissement au risque d'oublier la personne âgée dépendante. Enfin, elle restera toujours perfectible et sujette à de nouvelles exigences formulées par ses théoriciens, les pouvoirs publics et ses divers opérateurs.

« La vieillesse n'est honorée que dans la mesure où elle résiste, affirme son droit, ne laisse personne lui voler son pouvoir et garde son emprise sur les siens jusqu'à son dernier souffle »¹⁰⁹. La pertinence des propos les rendent propres à inspirer la démarche d'évaluation envisagée pour que le Château de Beaurecueil, dont l'étymologie renvoie au latin « recolligere : accueillir », soit un lieu d'accueil le plus agréable que possible, où les personnels se garderont de banaliser la souffrance de la personne âgée dépendante, sauront au contraire faire toute la place qu'ils méritent aux anciens et s'efforceront d'accueillir l'inattendu autant que faire ce peut.

¹⁰⁸ CHAPELEAU J. , VERCAUTEREN M.C. et R., *Construire le projet de vie en maison de retraite*, Toulouse : Érès « Pratiques du champ social », Toulouse, mai 1993, p.141

¹⁰⁹ CICERON, homme politique, philosophe et orateur latin (106 – 43 av. J.C.)

Bibliographie

OUVRAGES ET DICTIONNAIRES CONSULTÉS

- AMYOT J.J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Toulouse : Dunod, 1994, 194 p. ;
- BADEY-RODRIGUEZ C., *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris : Albin Michel, janvier 2003, 244 p. ;
- BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A. et al., *Dictionnaire critique d'Action sociale*, Paris : Bayard éditions, collection « travail social », 1995 ;
- BRAMI G., *La nouvelle tarification des établissements pour personnes âgées*, Paris : Berger-Levrault, Repère-Âge, février 2000, pp. 387 – 405 ;
- BRAMI G., *Le nouveau projet d'établissement en EHPAD*, Paris : Berger-Levrault, juillet 2004, 284 p. ;
- BAZELLE M.L., FORCET J.Y., *Sortir la personne âgée de son isolement : le rôle de l'institution (re)socialisante*, Paris : Adicifor éditions FRISON-ROCHE, 1999, 202 p. ;
- Conseil Supérieur du Travail Social, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : éditions ENSP, 1998, 1ère partie, chapitre 2, La personne, sujet d'actualité : actualisation des références théoriques, pp. 47 – 77 et 2ème partie, chapitre 3, L'intervention sociale fondée sur les capacités des personnes, pp. 83 – 91 ;
- CHAPELEAU J. , VERCAUTEREN M.C. et R., *Construire le projet de vie en maison de retraite*, Toulouse : Érès « Pratiques du champ social », mai 1993, p. 141 ;
- CHARLEUX F. et GUAQUÈRE D., *Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthodes et mise en œuvre*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2003, 1^{ère} et 2^{ème} parties, pp.17 – 150 ;
- COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, 272 p. ;
- DAUZAT A., DUBOIS J., MITTERAND H., *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*, Paris : références Larousse, 1971 ;
- Direction générale de l'action sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité, *n°70 résultats synthétiques 1999*, INFODAS, *Le financement des établissements et services sous compétence de l'Etat*, novembre 2000 ;
- DORON R., PAROT F., *Dictionnaire de psychologie*, Paris : PUF, 1991 ;
- DUPRE-LEVEQUE D., *Une ethnologue en maison de retraite, le guide de la qualité de vie*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2001, 119 p. ;

- DURIEUX P., *Guide des principaux termes dans le domaine de la santé, évaluation qualité, sécurité*, Paris : Flammarion, 1997 ;
- FONDATION DE FRANCE, *Charte de l'évaluation dans le cadre d'un travail de développement*, Paris : Fondation de France, collection Réflexion, septembre 1995 ;
- FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE, *Évaluer, pour quoi faire ?*, *Gérontologie et société*, Chastrusse : Fondation nationale de gérontologie, cahier n°99, décembre 2001 ;
- GACOIN D., *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies, méthodes*, Paris : Dunod, 2002, 3^e partie Stratégie et méthodes, pp. 111 – 178 ;
- HERVY B., *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, rapport de la mission « Vie sociale des personnes âgées », Rennes : éditions ENSP, 2003, 159 p. ;
- KOTLER et DUBOIS, *Marketing management*, Paris : éditions Pearson ;
- LADRET A., médecin retraité, *La vie de la personne âgée*, Lyon : les éditions de la Chronique Sociale - collection l'essentiel, 1993, 122 p. ;
- LAFON R., *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris : PUF, 1963 ;
- LEFÈVRE P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^{ème} édition, Paris : DUNOD, 2003, 405 p. ;
- LEVET M., *Les valeurs de l'âge*, Toulouse : érès ;
- LIEVRE P., *Évaluer une action sociale*, Rennes : éditions ENSP, 2002, 115 p. ;
- LOUBAT J.R., *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social : contexte, méthodes, outils*, Paris : DUNOD, 1997 ;
- LORIAUX M., PREDAZZI M., VERCAUTEREN R. *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*, Toulouse : Érès/pratiques gérontologiques, 2001 ;
- MIRAMON J.M., *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : Éditions ENSP, 2001, 105 p. ;
- PELISSIER J., *La nuit, tous les vieux sont gris*, Paris : Bibliophane – Daniel RADFORD, 2003, 347 p. ;
- PERSONNE M., docteur d'Etat, professeur à l'université de Tours, *La désorientation sociale des personnes âgées : comment leur entourage peut la prévenir*, Ramonville-Saint-Agne : Érès, pratiques du champ social, mars 1996, 134 p. ;
- PUIJALON B., TRINCAZ J., *Le droit de vieillir*, Paris : Fayard, 2000, 320 p. ;
- ROUMÉGOUX C., *stratégies de direction pour l'appropriation par les usagers et le personnel d'un projet d'établissement dans une nouvelle maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes*, Paris : Dossier, études et documents de la FNADEPA, 1993 ;
- SABOURIN R., *Les 5 sens dans la vie relationnelle*, Namur : Erasme, 1995, 144 p.
- VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt*, Paris : Desclée de Brouwer, 1999, 208 p.

COMPTE-RENDU DE JOURNÉES D'ÉTUDE

- Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, *L'évaluation interne ou l'auto-évaluation dans la loi du 2 janvier 2002 : Un outil de la qualité au service du projet, une aventure possible*, Actes, Revue bimestrielle d'information associations informations, juillet 2004, n°1 – hors série, 32 p.

ARTICLES

- ARDOINO J., BERGER G., *L'évaluation comme interprétation*, in *POUR*, juin-juillet-août 1986, n°107 ;
- BELOT A., CHABERT J., journalistes, *Un an après, la France ressent toujours un coup de vieux*, in *Les cahiers de la FNADEPA*, juin 2004, n°81, p. 5 ;
- BLANPAIN N. et PAN KÉ SHON J.L., *À chaque étape de la vie, ses relations*, in *Données sociales : la société française*, Paris : INSEE, 2000-2011 p. 346 ;
- BRUTEL C, OMALEK L., *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030*, in *Données sociales : la société française*, Paris : INSEE, 2002-2003, p. 23-24
- BONNIOL J.J., *Complexité et régulation dans la formation et la recherche*, in *En question*, cahier n°22, 1999, pp. 8 – 10 ;
- CHALVIN D., *Tensions et conflits : une opportunité ?*, in *Le journal des psychologues*, novembre 1999, n°172, pp. 50 – 53 ;
- CORDIER F., *Une marge de surprise*, in *Le quotidien du médecin*, 08 avril 2003 ;
- DOISNEAU L., *Panorama démographique de la France en 2000*, in *Données sociales : la société française*, Paris : INSEE, 2002-2003, pp. 11-18 ;
- KI-ZERBO J., historien burkinabé, *L'universel et le particulier*, in *Le courrier de l'UNESCO*, décembre 1993, p. 19 ;
- MAC GRAW HILL, *Physiologie humaine*, CANNON, 1989 ;
- PATURET J.B., *Des fondements philosophiques de la responsabilité*, in *Les cahiers de la FNADEPA*, 3ème trimestre 1995, n°40, pp. 26 –30 ;
- VIAL M., *Se former pour évaluer : se donner une problématique et élaborer des concepts*, pp. 64 – 73 ;
- VIAL M., *Les cahiers de l'année 1997*, recueil des numéros 7 à 14, *En question*, Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation.

Liste des annexes

- Annexe 1** : Etat général des personnes accueillies au Château de BEAURECUEIL.
- Annexe 2** : Présentation de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre
- Annexe 3** : Les activités proposées à Beaurecueil et leurs incidences en termes d'expression et de qualité de la vie sociale des personnes âgées dépendantes accueillies
- Annexe 4** : La situation des effectifs de l'établissement
- Annexe 5** : L'organigramme du Château de Beaurecueil
- Annexe 6** : Tableau synoptique des actions proposées.

**ÉTAT GÉNÉRAL DES PERSONNES ACCUEILLIES
AU CHÂTEAU DE BEAURECUEIL**

LES PATHOLOGIES FRÉQUEMMENT ASSOCIÉES AU GRAND ÂGE

Extrait du rapport d'activités du médecin coordonnateur
du Château de Beaurecueil communiqué au conseil de la vie sociale,
le 20 septembre 2004

Les personnes accueillies sont essentiellement atteintes de polyopathologies dont les composantes les plus courantes sont les maladies cardio-vasculaires, affections broncho-pulmonaires, cancers spécifiques (prostate, moelle osseuse) ou autres cancers, avec un risque de survenue plus important avec l'avancée en âge. Par ordre de fréquence de survenance et de gravité, les 5 composantes principales sont les suivantes :

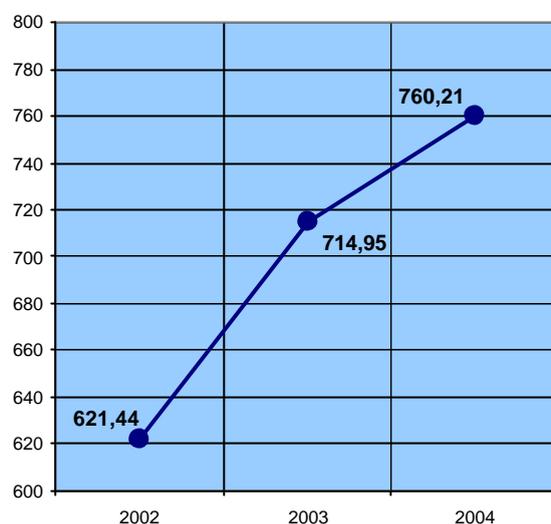
- l'insuffisance circulatoire cérébrale qui entraîne une artériopathie cérébrale et souvent en conséquence une démence ;
- le syndrome anxio-dépressif qui intervient souvent en signe de retentissement psychosomatique et psychiatrique de la pathologie ci-dessus rappelée ;
- l'hypertension artérielle et l'artériopathie coronarienne ou périphérique ;
- la polyarthrose très invalidante pour les déplacements et le maintien des relations à l'extérieur ;
- les infections connexes, les maladies néoplasiques (cancers) et hémopathiques.

Des risques iatrogènes, d'interaction médicamenteuse, résultent de ces polyopathologies dont les traitements sont compliqués. Une polythérapie de réponse mal gérée peut entraîner des conséquences mortelles suite à une baisse immunitaire et un affaiblissement général des mécanismes de défense.

En institution, la coexistence de facteurs de risques (multiplicité des soins et intervenants, déambulation de résidents, retour d'hospitalisation, hygiène de base négligée) peut favoriser les affections nosocomiales.

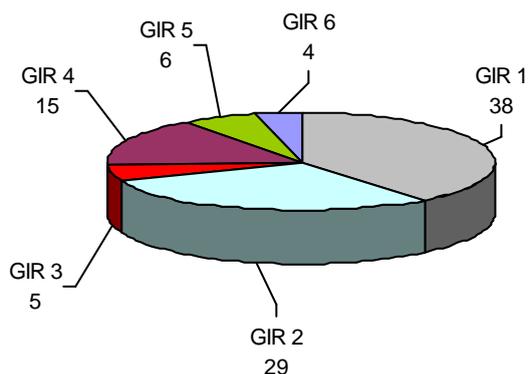
L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Évolution du GIR moyen pondéré



En septembre 2004, la situation des résidents du Château de Beaurecueil se traduit en terme de dépendance par un groupe iso ressource moyen pondéré de 760,21 pour 97 résidents.

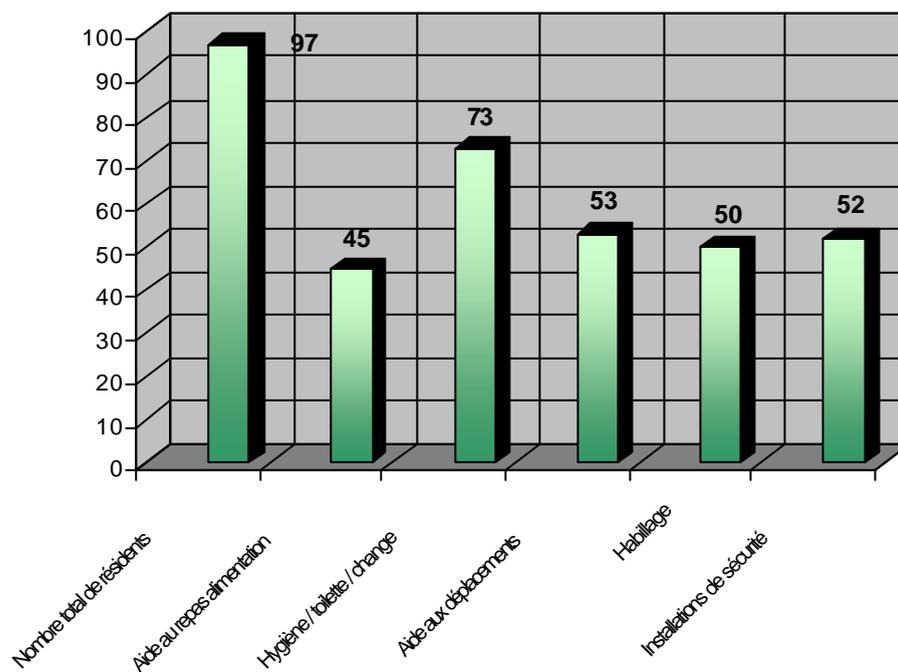
Répartition des résidents par groupes iso ressources



Répartition des résidents par âges / sexes et groupes iso ressources

	GIR 1		GIR 2		GIR 3		GIR 4		GIR 5		GIR 6	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
60 à 64							1					
65 à 69												
70 à 74	1	1										
75 à 79		3	1				1					
80 à 84	2	6	2	5			3	1	2	1		
85 à 89	2	6	4	7		1	3	2		1	1	2
90 à 94	1	12	5	3		1	2	1	1	1		1
95 à 99		1	1	1	3			1				
+ 100		3										
S/TOTAUX	6	32	13	16	3	2	10	5	3	3	1	3
TOTAUX	38		29		5		15		6		4	

Nature de l'accompagnement nécessité par la dépendance



**PRÉSENTATION DE L'OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS
ET VICTIMES DE GUERRE**

SON ORGANISATION

Extrait de *la lettre de l'ONAC et VG*, septembre/octobre 2003

.../L'administration de l'Office comprend des services centraux, des services déconcentrés, placés sous l'autorité des préfets des départements, 10 écoles de reconversion professionnelle et 9 maisons de retraite, établissements sans personnalité juridique propre implantés sur l'ensemble du territoire national. Des missions spécifiques d'ordre administratif et social sont imparties à chacune de ces diverses structures et l'administration centrale orchestre l'ensemble du dispositif./...

La reconnaissance de la qualité de ressortissant, l'accompagnement social et les relations avec le monde combattant associatif concernent les services départementaux./...

.../L'apprentissage de nouveaux métiers et l'aide au placement professionnel intéressent les écoles./...

Les maisons de retraite peuvent accueillir au total 712 ressortissants âgés./...

.../Le conseil d'administration de l'Office, composé de personnalités du monde combattant, de représentants des administrations civiles et militaires et de responsables de la vie associative civile, se réunit 2 à 3 fois par an, sous la présidence du ministre délégué aux anciens combattants. Le conseil définit les grandes orientations de politique sociale de l'Office./...

LISTE DES CATÉGORIES DE RESSORTISSANTS DE L'OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

Article D 432-6° du code des pensions militaires d'invalidité et
des victimes de Guerre (CPMI VG)

I.P.G	:	Invalides pensionnés de guerre ;
A.C.	:	Anciens combattants ;
C.V.R.	:	Combattants volontaires de la résistance ;
V.G.	:	Veuves pensionnées ou qui auraient bénéficié d'une pension militaire ou de victime civile, si elles n'avaient pas opté pour un autre régime de pension ;
A.G.	:	Ascendants de militaires ou de civils morts pour la France ;
P.N.O.G.	:	Pupilles de la nation et orphelins de guerre ;
D.I.R.P.	:	Déportés et internés ;
P.G.	:	Prisonniers de guerre ;
P.R.O.	:	Patriotes résidants à l'occupation des départements du Rhin et de la Moselle incarcérés en camps spéciaux (*) ;
R.E.	:	Réfractaires ;
P.T.A.	:	Patriotes transférés en Allemagne ;
V.C.	:	Victimes civiles de la guerre, et assimilées (victimes d'actes de terrorisme**);
P.C.T.	:	Personnes contraintes au travail en pays ennemi, en territoire étranger occupé par l'ennemi ou en territoire français annexé par l'ennemi ;
V.C.A.	:	Victimes de la captivité en Algérie ;
T.R.N.	:	Titulaires du titre de la reconnaissance de la Nation ;
P.V.M.	:	Prisonniers du Viêt-Minh ;
V.A.C.	:	Veuves de titulaires de la carte du combattant ou de bénéficiaires du CPMIVG ;
P.R.A.F.	:	Patriotes réfractaires à l'annexion du fait (**);
E.	:	Évadés (**);
P.T.P.E.	:	Personnes transférées en pays ennemi (**)

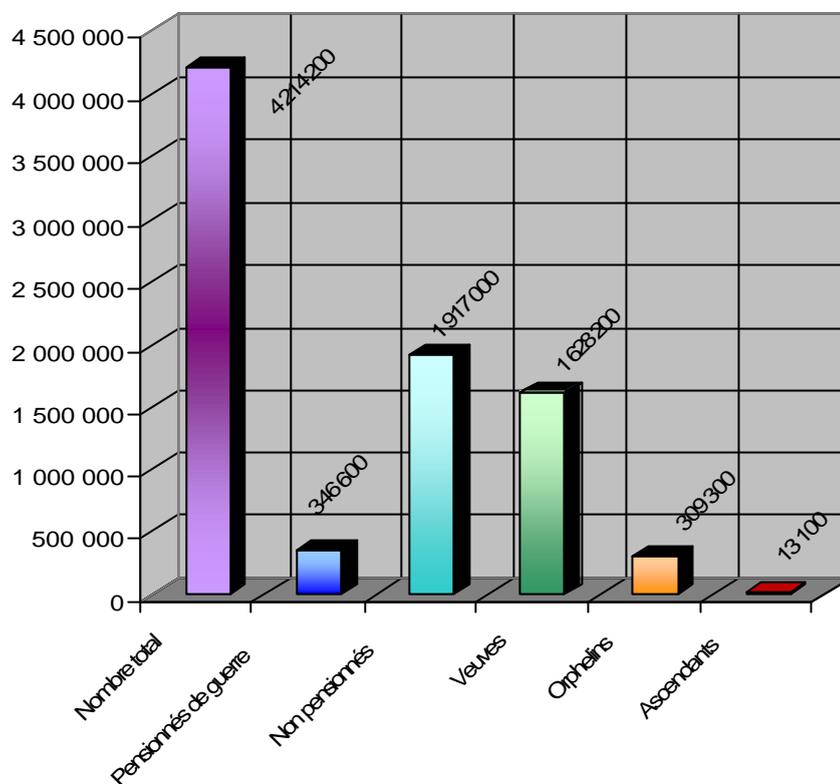
(*) Cette catégorie figure, dans l'article D432-6° du CPMIVG, sous la dénomination <<patriotes proscrits et contraints à résidence forcée en pays ennemi ou en territoire étranger occupé par l'ennemi>>.

(**) Ces catégories, non mentionnées dans l'article D432-6° du CPMIVG font partie du monde ancien combattant :

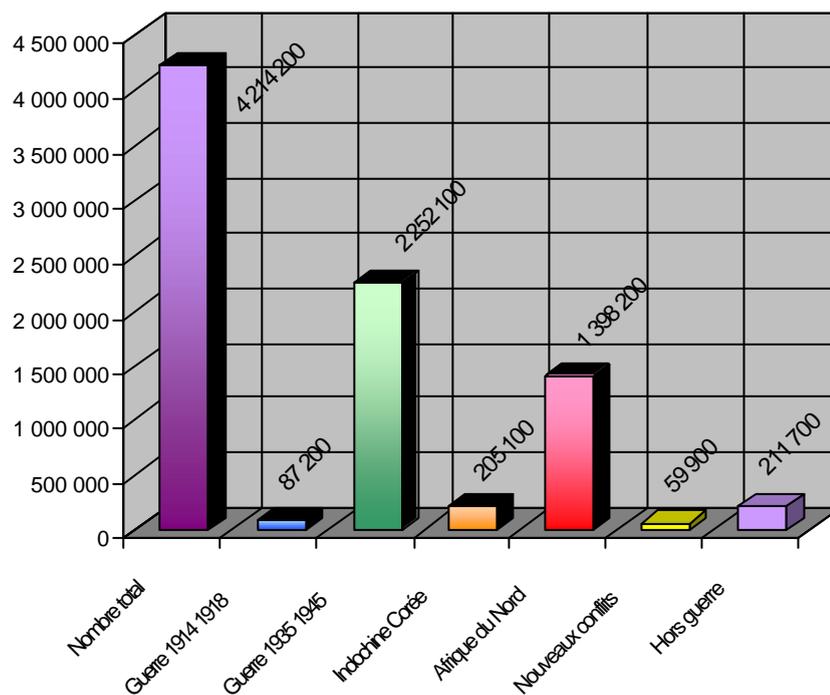
- 1) Les victimes d'actes de terrorisme commis depuis le 01/01/1982 bénéficient des dispositions applicables aux victimes civiles de guerre en vertu de l'article 26 de la loi n°90-86 du 23/01/1990 ;
- 2) Les titres de patriote réfractaire à l'annexion de fait, d'évadé et de personne transférée en pays ennemi ont été créés respectivement par arrêtés des 7/06/1973, 10/07/1985 et 29/11/1985

ESTIMATION DU NOMBRE DE RESSORTISSANTS
d'après le rapport d'activités de l'ONAC et VG pour l'année 2003

Répartition par catégories



Répartition par conflits



**LES ACTIVITÉS PROPOSÉES À BEAURECUEIL ET LEURS INCIDENCES
EN TERME D'EXPRESSION DE LA VIE SOCIALE
DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ACCUEILLIES**

d'après le rapport d'activités du Château de BEAURECUEIL – 2002 -

- Les sorties au restaurant, en piques-niques, au marché, aux musées, en magasins et les vacances sur des sites touristiques fréquentés par des vacanciers « ordinaires » créent le lien avec l'extérieur ;
- les activités physiques contribuent à la restauration de la confiance en soi (bal, gymnastique douce, promenade...). Dans les jardins et le parc, les bancs et salons de jardin situés face à la campagne aixoise incitent à la discussion ;
- les activités orales, chant et lecture à voix haute, incitent au travail du souffle, de la mémoire et favorisent les échanges, la complicité ;
- les activités de divertissement (au sens de pendant de l'ennui, de la routine et de la mort –cf. Jean GIONO), spectacles, concerts et séances occasionnelles de cinéma, nécessitent une mise au courant préalable du personnel qui informe les résidents, prévoit le goûter et anime la discussion. Les artistes se prêtent volontiers à des échanges après leur prestation. Depuis peu, des musiciens jouent en chambre pour les personnes alitées et à l'étage pour les résidents à mobilité réduite ;
- les activités de création, participation à la rédaction du journal mensuel « notre beau recueil », activités manuelles, composition florale, cuisine offrent la satisfaction de réalisations importantes ;
- les ateliers mémoire stimulent l'activité cérébrale et la mémoire de vie. Programmés à des heures et jours différents et variés, ils permettent à chacun de s'y rendre à son propre rythme. Les résidents désorientés sont invités régulièrement à y assister ;
- quelques animaux habitent, officiellement ou clandestinement, au Château (des chats, une tortue, des poissons et une lapine). Les résidents aident les personnels à les nourrir et entretenir. D'autres, chiens, chinchilla et tourterelle, se rendent deux fois par semaine auprès des résidents dépendants, grâce à la collaboration instaurée avec une association d'élevage/dressage d'animaux d'accompagnement inspirée par les pratiques de zoothérapie canadiennes. Les effets sur les résidents dépendants sont remarquables en terme de stimulation, d'intérêt et de réassurance ;
- les interventions hebdomadaires d'une coiffeuse et d'une socio-esthéticienne ont le pouvoir quasi-magique de détendre, transformer, embellir et rajeunir. Prendre soin de son corps traduit le désir de vie, de relation, de séduction et d'ouverture au monde environnant. Se faire coiffer pour les grandes occasions, les divers événements de la vie amène progressivement à nouer des rapports plus intimes, les « papotages » et commérages aussi. La personne âgée ressent toujours le besoin de se confier intimement et de donner des informations sur la vie institutionnelle : elle se sent ainsi au cœur de l'information. Ce sont des reflets du comportement humain classique. Les deux praticiennes contribuent à la valorisation de l'image de soi de la personne âgée dépendante. Enfin, soins capillaires, massages et contacts physiques procurent une détente agréable et véritable, source d'un certain plaisir physique et psychologique.

LA SITUATION DES EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

Au 30 septembre 2004, le nombre des fonctionnaires titulaires ou contractuels de l'Office exerçant à Beaurecueil s'élève à 48 personnes, soit 42,83 équivalent temps plein (ETP). À cet effectif s'ajoute celui des employés des sociétés prestataires de marché public dont le détail en ETP suit :

- ✓ société de restauration : 9,90 ETP
- ✓ société d'entretien des locaux communs : 1 ETP
- ✓ société de location/entretien du linge de maison : 1,98 ETP

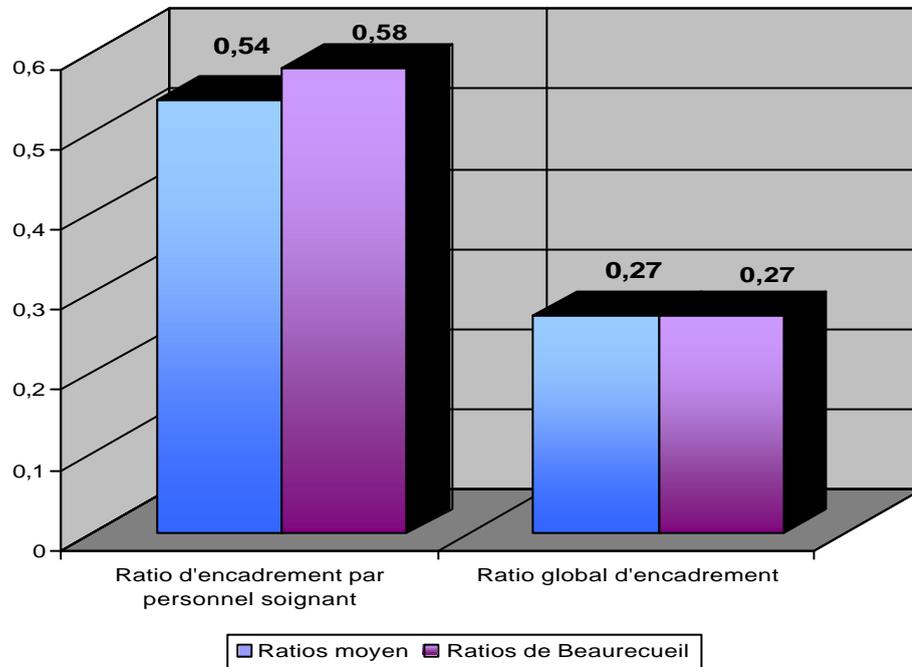
Ce sont ainsi au total 55,71 salariés (ETP) qui interviennent dans la structure auprès des 97 personnes âgées accueillies.

LA REPARTITION DES EFFECTIFS PAR SERVICES

SERVICES	NOMBRE DE SALARIÉS ONAC (ETP)	GRADES	FONCTIONS
service administratif	4	1 secrétaire générale 1 secrétaire administrative 2 adjointes administratives.	Direction Économat / comptabilité Secrétariat / accueil / gestion administrative
service animation	2	2 maîtres-ouvriers	Animation
service soins	25,94	6 infirmières diplômées d'Etat 19 aides-soignantes (AS) 0,6 psychologue 0,34 médecin coordonnateur	Soins infirmiers Soins d'hygiène et de confort Accompagnement psychologique des résidents, familles et personnels Coordination et continuité des soins
services généraux	10,89	7,4 agentes des services techniques (AST) 1 maître-ouvrier 2,49 ouvriers professionnels	Entretien des chambres Sécurité / entretien Entretien / jardinage / cuisine
sociétés prestataires de service	12,88	Cf. détail ci-dessus	Cf. détail ci-dessus
TOTAL GENERAL	55,71		

LES RATIOS SOCIAUX

Ratios techniques (en ETP)



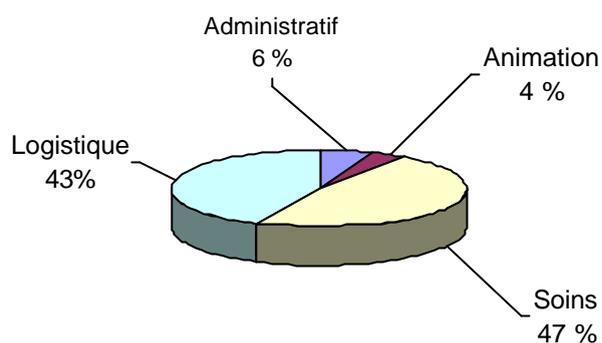
Comparaison avec les ratios du secteur du handicap adulte ¹¹⁰

ÉTABLISSEMENTS	RATIOS GLOBAUX D'ENCADREMENT	RATIOS DE PERSONNELS DE SOINS
FAM	0,97	0,37
MAS	1,03	non indiqué
Château de Beaucecueil	0,58	0,27

¹¹⁰ Direction générale de l'action sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité, INFODAS, «Le financement des établissements et services sous compétence de l'Etat», « n°70 résultats synthétiques 1999 », novembre 2000, pp. 127 et 156

Ratios de structure

(Arrondis)

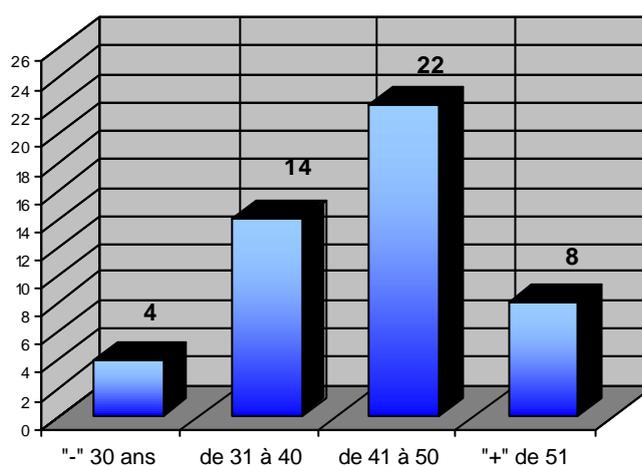


Comparaison avec les ratios de structure moyens

SERVICES	RATIOS DE STRUCTURE (Pourcentages habituels) ¹¹¹	RATIOS DE STRUCTURE Au Château de Beaurecueil
service administratif, direction	de 5 à 15%	6,4%
services logistiques (entretien, sécurité, ménage, jardinage et restauration)	de 15 à 30%	43%
services de proximité (médicaux, paramédicaux, animatrices)	55% et +	50,6%

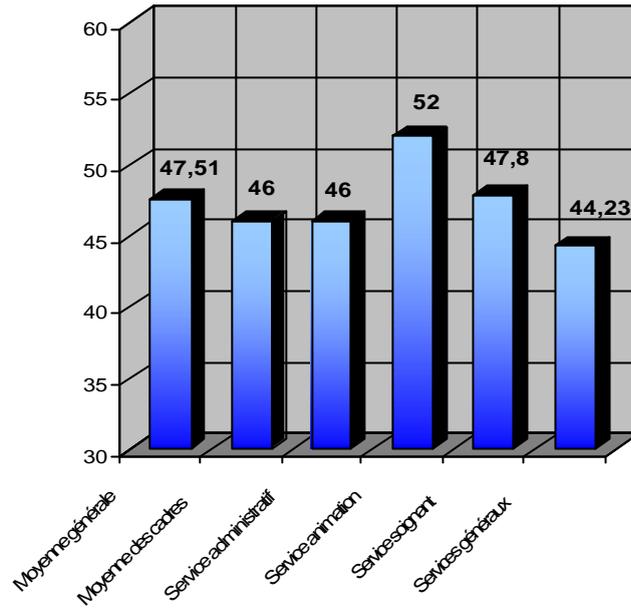
L'ÂGE MOYEN DES SALARIÉS DE L'OFFICE

La répartition des salariés par tranches d'âge



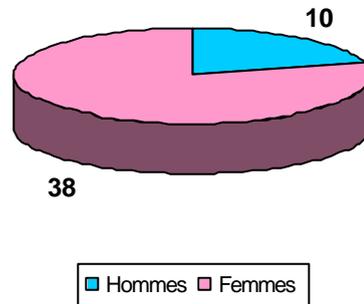
¹¹¹ COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., *Le métier de directeur : techniques et fictions*, éditions ENSP, Rennes, 2001, p. 218

Les moyennes d'âge par services

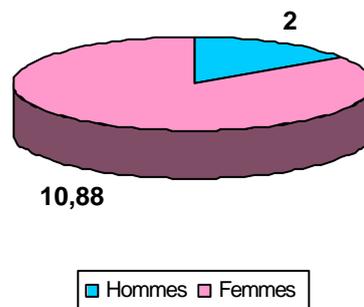


LA RÉPARTITION HOMME / FEMME DES EFFECTIFS

Répartition des salariés de l'office



Répartition des salariés des sociétés prestataires de services



L'ORGANIGRAMME DU CHÂTEAU DE BEAURECUEIL

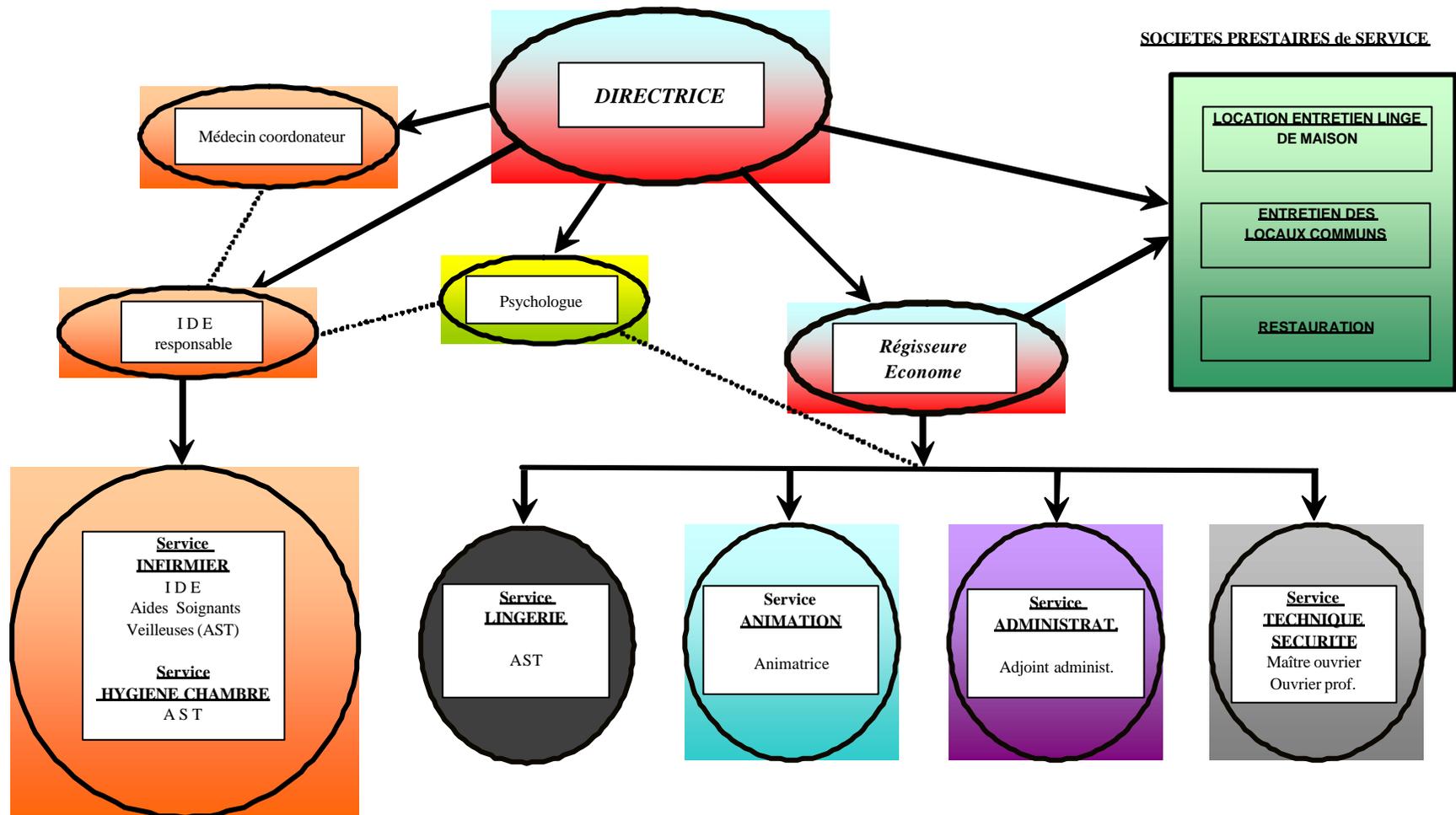


TABLEAU SYNOPTIQUE DES ACTIONS ENVISAGÉES

