



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes âgées

**CONSTRUIRE ET FAIRE VIVRE UN PROJET POUR FAVORISER LA
PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES AU SEIN D'UN EPHAD**

Sophie CAMPAGNAC

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier ma famille, mon conjoint et mes enfants, sans qui ce travail ne serait. Au temps qu'ils m'ont concédé pour la bonne cause, au détriment du temps à leur consacrer !

Sans oublier mon tuteur, Véronique Pierson, qui a accompagné ma réflexion et la gestation de mon mémoire. A sa disponibilité et à ses encouragements lorsque l'encre manquait à ma plume !

Enfin, je remercie tous les acteurs de la maison de retraite, qui ont quelque part participé, de façon indirecte, à cette écriture.

Et bien sur, ceux pour qui nous oeuvrons chaque matin et qui ont alimenté ma réflexion.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES PERSONNES AGÉES : UN ENJEU DE COHÉSION SOCIALE	3
1.1 LA MAISON DE RETRAITE LES TILLEULS	3
1.1.1 De l'intention à la réalisation	4
1.1.2 L'évolution de l'établissement	5
1.1.3 Un lieu de vie simple et spacieux.....	6
1.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉSIDANTS.....	7
1.2.1 Une population vieillissante.....	7
1.2.2 Une population hétérogène	9
1.2.3 En perte d'autonomie	11
1.2.4 Des formes de handicaps diverses.....	12
1.2.5 Un sentiment de solitude et d'inutilité sociale	13
1.3 LE VIEILLISSEMENT, UN VÉRITABLE PARADOXE	15
1.3.1 Regards croisés sur la vieillesse.....	15
1.3.2 Dépendance, le poids des mots, le choc des maux	17
1.3.3 La mesure de la dépendance : la naissance de l'outil AGGIR	21
Les principaux reproches faits à AGGIR	22
1.3.4 La place des personnes âgées dans la société, un parcours semé d'embûches	24
1.4 NOS RÉALITÉS ET NOS ENJEUX.....	27
1.4.1 Les manques de moyens humains	27
1.4.2 Une logique médicale et d'assistance.....	29
1.4.3 De l'intégration à une approche sociale et culturelle	31
1.4.4 La Loi du 2 janvier 2002-2 à la croisée d'autres textes	32
1.4.5 Des besoins d'une prise en charge globale	33
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	35

2 LE PROJET DE VIE FAVORISANT LA PARTICIPATION DES PERSONNES AGÉES.....	36
2.1 Les éléments de construction du projet de vie.....	37
2.1.1 La signature de la convention tripartite : un enjeu	37
2.1.2 Sa conception architecturale	39
2.1.3 Chronique d'un chantier : l'auto-évaluation	40
2.1.4 La démarche projet, une volonté commune.....	42
2.2 LE PROJET DE VIE, UNE AFFAIRE HUMAINE	46
2.2.1 De l'accueil au projet de vie individuel	46
2.2.2 L'entrée en institution, des étapes	46
A) La phase de pré-admission	46
B) L'admission	47
2.2.3 Le projet de vie personnel, un outil et non une utopie	48
2.3 LA PARTICIPATION AU CŒUR DE NOS PRATIQUES.....	49
2.3.1 La participation active des résidants	49
2.3.2 La participation des personnes âgées au cœur de la cité	51
2.3.3 L'animation au cœur du projet	53
2.3.4 Un projet de soin intégré.....	56
2.4 FAIRE VIVRE LA DEMARCHE PARTICIPATIVE.....	59
2.4.1 Mobiliser les ressources humaines	60
2.4.2 La formation, un outil au service du projet de vie.....	62
2.4.3 Une charte pour de meilleurs relations dans le travail.....	64
2.5 LE PLAN D'ACTION DU PROJET DE VIE ET SON ÉVALUATION.....	65
2.5.1 Planifier la mise en œuvre du projet de vie	65
2.5.2 Optimiser les finances.....	66
2.5.3 Enclencher une démarche d'évaluation	68
A) La nécessaire démystification de l'évaluation	69
B) Les outils d'évaluation au service des personnes.....	70
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	A
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie – Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANGÉLIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements.
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
BEATEP	Brevet d'État d'animateur Territorial d'Éducation Populaire
CAFAMP	Certificat d'Aptitude à la Formation d'Aide Médico-Psychologique
CAFDES	Certificat d'Aptitude à la Formation de Directeur d'Établissement Social
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CES	Contrat Emploi Solidarité
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
DAS	Direction Action Sociale
DOMINIC	Dotation Minimale de Convergence
DRESS	Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
ETP	Équivalent Temps plein
EVS	Espérance de Vie Sans Incapacité
FNADEPA	Fédération Nationale des Directeurs d'Établissements et services pour les Personnes âgées
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MARTHE	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement
PAUF	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
URIOPSS	Union Régionale Inter-Fédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

INTRODUCTION

Le siècle dernier est marqué par un progrès social indéniable se traduisant par une croissance spectaculaire de notre espérance de vie. Ainsi nous vieillissons plus longtemps grâce aux progrès médicaux et à l'élévation du niveau culturel et éducatif. Néanmoins ce progrès social est voilé par des visions stigmatisantes de la vieillesse, à l'origine des conditions de mise à l'écart et d'exclusion sociale des personnes âgées. Aujourd'hui, les discussions concernant l'hébergement de ces personnes traitent le plus souvent de préoccupations liées à la dépendance, et conduisent à considérer la personne âgée plutôt comme un objet, que comme un individu singulier. En fait, l'hébergement des personnes âgées dépendantes relève d'une double réglementation, instituant une dichotomie entre le secteur social médico-social et le secteur sanitaire.

Prendre soin d'une personne âgée, ce n'est pas seulement assumer l'aide à la toilette ou les soins médicaux, c'est aussi développer des conditions de vie favorisant le maintien des rôles sociaux d'hommes et de femmes que la vieillesse limite. Dans ces conditions d'omniprésence de la dépendance, la prise en compte de la personne âgée s'est orientée vers une simple prise en charge d'un corps sans identité, ce qui freine les possibilités d'investissement dans de nouveaux rôles sociaux et favorise ainsi, l'isolement social et un sentiment d'inutilité sociale. La catastrophe sanitaire, liée à la canicule de 2003 a, certes, révélé des besoins dans le secteur mais a surtout mis en lumière le symptôme d'une société vivant dans le déni du vieillissement et de la mort. S'il paraît évident qu'une partie de la solution se trouve dans un engagement financier plus important, le maintien du lien social reste la base fondamentale de toute société démocratique. Or, l'amenuisement des liens sociaux de proximité renforce l'isolement physique qui constitue le premier facteur de vulnérabilité des personnes âgées.

La maison de retraite que je dirige, n'a pas échappé à l'évolution des personnes âgées et malgré le projet d'établissement initial, construit autour de la citoyenneté des résidents, la perte d'autonomie des personnes âgées est devenue dans le quotidien, la préoccupation majeure de l'institution. Faute de réponses appropriées, une prise en charge assistancielle et médicale s'est installée au détriment d'une prise en charge sociale et culturelle et conduit à un sentiment d'inutilité sociale des résidents. Ainsi, la maison de retraite n'est plus conçue comme une possibilité de rompre l'isolement et de reprendre une vie sociale mais comme l'ultime moyen de prendre en charge la dépendance. Aussi, dans ce contexte de vieillissement, face à la progression de la perte d'autonomie de nos résidents, la médicalisation de la structure, liée à la signature de la convention tripartite,

doit être l'occasion de réaffirmer les valeurs initiales du projet d'établissement, d'intégrer les potentiels de nos résidents pour garantir le maintien de leur rôle social.

Nouvellement nommée directrice de la structure, je dois donc trouver un levier d'actions permettant à l'établissement la nécessaire mutation des pratiques professionnelles et la modification de la prise en charge, dans une démarche de qualité.

Nous émettrons donc l'hypothèse que cette problématique peut trouver sa solution dans l'élaboration d'un projet de vie, recommandé par le cahier des charges de la convention tripartite, que les établissements hébergeant des personnes âgées doivent signer, dans le cadre de la réforme de la tarification. Ce mémoire traitera donc du projet de vie comme moyen de réponse à l'émergence de nouveaux besoins, projet résolument tourné vers une dimension globale de prise en charge. Gérer un tel changement, c'est aussi renforcer le « médico-social » dans un secteur où la dépendance des personnes âgées a souvent trouvé des réponses médicales.

La première partie de mon mémoire sera consacrée à la visite, à travers l'étude de la population, du concept de « dépendance » et des représentations sociales liées au vieillissement. Nous verrons que la composante médicale est certes nécessaire mais pas suffisante, à elle toute seule, pour accompagner la personne et qu'elle peut même, dans certains cas, créer une forme de dépendance. A travers l'étude des politiques sociales spécifiques aux personnes âgées, nous nous efforcerons de démontrer que la manière d'accompagner les personnes âgées dépendantes au sein de notre société est un enjeu de cohésion sociale.

La deuxième partie sera réservée à la construction du projet de vie, à sa stratégie de mise en œuvre, à travers une mobilisation du personnel et à son évaluation. La participation des personnes âgées s'affirme comme un acte de prévention du vieillissement et d'accompagnement au maintien de la citoyenneté, à travers le développement des liens sociaux. Nous verrons qu'engager une telle démarche nécessite des bouleversements parfois culturels dans les pratiques professionnelles. Ainsi, le management doit devenir nécessairement participatif pour créer la cohérence au projet, et surtout pour donner les conditions d'une appropriation collective au changement. Enfin, nous anticiperons une partie de la médicalisation de l'établissement, par la mise en œuvre du plan de formation et de recrutement.

1 LES PERSONNES AGÉES : UN ENJEU DE COHÉSION SOCIALE

L'établissement que je dirige depuis bientôt un an, a réussi le pari, malgré ses besoins financiers, de s'adapter aux politiques sociales en direction des personnes âgées et de répondre aux demandes d'admission de personnes de plus en plus dépendantes, grâce à une volonté affirmée de la part des membres de son conseil d'administration et de son personnel. Seulement confronté à la dépendance, le projet initial de l'établissement s'inscrivant dans une démarche citoyenne de la personne au cœur de la cité, a peu à peu dérivé de son orientation pour répondre aux besoins des résidants. Mais, si la dépendance des personnes âgées est une préoccupation sociétale, il s'avère que sur le terrain, les besoins peuvent être d'une toute autre nature car la vieillesse reflète des nuances et la dépendance n'est pas une fatalité. Aussi, dans cette première partie, je vais vous présenter l'établissement dans lequel j'occupe mes fonctions, pour étayer le point de départ de ma réflexion, dans le cadre d'une approche sociale et culturelle afin de participer humblement au défi de notre société.

1.1 LA MAISON DE RETRAITE LES TILLEULS

Les maisons de retraite sont des établissements médico-sociaux soumis à la loi du 30 juin 1975, réformée par la loi du 2 janvier 2002. Elles hébergent, en chambres individuelles ou collectives, des personnes âgées de plus de 60 ans qui prennent leur repas en commun, selon leur dépendance. « Les pensionnaires » ou résidants, selon le terme usité, acquittent eux-mêmes un prix de journée relatif à leur participation au fonctionnement de l'établissement, ou sont pris en charge par l'aide sociale avec retenue de 90% de leurs ressources, et participation financière de leurs descendants au titre de l'obligation alimentaire¹. » Dans ce cas, le Président du Conseil Général doit habiliter l'établissement à recevoir des personnes bénéficiaires de l'aide sociale et arrêter la tarification journalière des prestations offertes.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées regroupent essentiellement des maisons de retraite, des logements-foyers, auxquels s'ajoutent les unités de soins de longue durée situées dans les hôpitaux. Ils peuvent être publics, privés à but non lucratif ou privés à but lucratif.

¹ THEVENET A. « *Les institutions sanitaires et sociales en France* » Que sais-je ? n° 2319- 4^{ème} édition 1995, p 81

C'est en examinant son histoire, son évolution et les caractéristiques des résidents accueillis que nous allons explorer la maison de retraite « Les Tilleuls » et ainsi appréhender l'enjeu actuel de l'établissement.

1.1.1 De l'intention à la réalisation

Créée en 1990, ouverte en 1991 après un avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), la maison de retraite « Les tilleuls » est un établissement médico-social, géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Murviel les Béziers, petite commune rurale viticole. C'est donc un établissement public administratif communal où les agents relèvent du statut du personnel de la fonction publique territoriale. Les Centres Communaux d'Action Sociale ont été créés par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale, aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé et ont ainsi remplacé les anciens bureaux d'aide sociale eux-mêmes héritiers des bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance. L'établissement est administré par un conseil d'administration dont le Président est le maire de la commune et, par ailleurs, conseiller général.

Le projet de création de la maison de retraite résulte de besoins recensés sur le canton non pourvus localement et d'une forte volonté du CCAS de la commune très mobilisé dans la prise en compte des populations fragiles, notamment les personnes en très grande difficulté. Le CCAS menait déjà des actions sur son territoire, telles la banque alimentaire, l'instruction des dossiers de demande de l'allocation Revenu Minimum d'Insertion et des actions ponctuelles liées à la vie sociale des habitants de la commune, impliquant les associations locales. C'est dans cette dynamique que s'est bâti le projet de la maison de retraite « Les Tilleuls ». Se refusant d'être un lieu d'exclusion sociale, au sens où J-F Bauduret et M. Jaeger décrivent les institutions asilaires² le projet repose sur des valeurs fondamentales :

- la volonté d'une reconnaissance du rôle de citoyen de la personne âgée malgré ses incapacités
- la reconnaissance de la capacité de choix
- le refus de toute marginalisation des personnes
- la lutte contre le sentiment d'inutilité

De même, la mission d'accueil inscrite dans le projet se définissait ainsi : accueillir c'est offrir un domicile. Accompagner une personne c'est réaliser un travail éducatif (écouter,

² Bauderet Jean-François, Jaeger Marcel « *Rénover l'action sociale et médico-sociale* » Dunod 2002, p. 16

structurer, stimuler et animer). Il convient de souligner à la lecture de ces références que le projet s'adressait à des personnes valides et autonomes de 60 ans, désirant entrer en institution et souhaitant sauvegarder une autonomie de vie.

1.1.2 L'évolution de l'établissement

Initialement l'agrément C.R.O.S.S fixait sa capacité d'accueil à 47 lits. Très rapidement, l'établissement s'est retrouvé confronté à des demandes d'admission de plus en plus nombreuses auxquelles il ne pouvait répondre. Aussi, une extension a été réalisée en 1999 qui a porté sa capacité à 52 lits. C'est la raison pour laquelle l'établissement accueille à ce jour 52 personnes âgées, issues de onze communes du canton, avec un taux moyen d'occupation de 99%. A titre de comparaison, le taux moyen, dans le département est de 97%.

Des changements se sont aussi manifestés dans la gestion et la direction de l'établissement depuis son ouverture. Les deux directeurs qui se sont succédés, le premier à partir de 1991, le second de 1998 à 2003, étaient des attachés territoriaux. Lors de ce départ à la retraite, le Conseil d'Administration a souhaité nommer un directeur de formation différente, afin d'appréhender la médicalisation de l'établissement, la mise en œuvre des nouveaux textes réglementaires et la réaffirmation de la dimension sociale et culturelle de l'établissement au sein de la cité. Ma formation CAFDES et mon expérience dans le secteur associatif ont paru être des atouts pour me confier la direction en novembre 2003, sous statut contractuel.

Bien qu'elle soit dotée d'un agrément « Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes » (EHPAD) depuis 2001, la maison de retraite n'est pas encore médicalisée, et c'est le service paramédical libéral qui prend en charge les soins des résidents. Pourtant, la structure avait entrepris les démarches administratives pour signer la convention tripartite, dans le cadre de la réforme de la tarification (décret n° 2001-388 du 4 mai 2001). Il convient de souligner que l'établissement était le premier établissement du département à faire la demande. Initialement prévue, selon une planification départementale en 2002, la maison de retraite devrait théoriquement signer la convention fin 2004 ou début 2005. A titre d'information, dans le département de l'Hérault, un établissement sur dix a signé la convention tripartite contre 20% au niveau national, selon l'enquête sur la tarification des EHPAD menée par l'URIOPSS (Union Régionale Inter-fédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux).

Elle est habilitée pour l'ensemble des lits, à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, comme environ 71% des établissements du département. Son prix de journée, arrêté par

le Conseil Général de l'Hérault est de 40, 02 € Compte tenu de ce prix de journée, et malgré des ressources modestes, seuls huit résidants ont dû avoir recours à cette assistance financière, pour pouvoir s'acquitter de leurs frais de séjour.

1.1.3 Un lieu de vie simple et spacieux

L'étude architecturale a été conçue pour offrir une qualité de vie, calme et tranquille, tout en se situant au cœur de la commune. Son implantation, proche du centre ville, préserve un caractère de continuité avec la vie de la cité et le choix opéré du bâti s'intègre parfaitement à l'environnement traditionnel, offrant des espaces verts agréables.

Son architecture lui permet d'héberger 55 personnes car la maison dispose de 9 chambres doubles et 37 chambres individuelles. Sa capacité d'accueil répond à la volonté associative d'héberger les personnes âgées dans de petites structures afin de favoriser leur adaptation à la vie collective par le maintien possible d'une atmosphère familiale. L'établissement est constitué de deux corps de bâtiments de deux étages, avec des ascenseurs où se situent les chambres. Ils sont reliés par un rez de chaussée où se trouvent les équipements collectifs : cuisine, restaurant, hall d'accueil et salons. L'ensemble se répartit harmonieusement autour d'un patio. Le restaurant et les salons sont les pièces principales occupées par les résidants. Elles ont été aménagées avec des plantes vertes, des couleurs gaies et de grandes baies vitrées pour privilégier la convivialité. Chaque chambre d'une superficie de 20 m² pour les individuelles et de 30 m² pour les doubles est équipée de salle de bains individuelle, de prises de téléphone et de T.V.

Cette description met en évidence plusieurs éléments importants pour le confort de vie des personnes âgées (annexe 1) :

↳ **les espaces privés**, qu'elles peuvent aménager à leur guise, sans être très spacieux, correspondent cependant aux critères préconisés par le cahier des charges de la convention tripartite. Ces espaces leur permettent d'y recevoir des visites si elles le souhaitent. En outre, les salons ont été meublés de manière à recréer l'atmosphère conviviale pour y recevoir leur famille et prendre des repas, si elles le désirent.

⇒ La maison dispose d'une grande surface de réception de la lumière.

⇒ L'ensemble de la maison est accessible par tous. L'immeuble présente l'avantage d'offrir un grand espace de déambulation. De plus des barres d'appui courent tout le long des murs. Les personnes âgées peuvent ainsi se déplacer aisément seules ou accompagnées. Celles que leurs jambes ne soutiennent plus, parviennent, en s'aidant des barres, à évoluer à leur guise dans leur fauteuil roulant. Il n'y a que deux portes d'entrée, par le hall et l'arrière cuisine. En revanche, il existe de nombreux moyens de

gagner l'extérieur, directement depuis les chambres et les espaces collectifs. La maison est ainsi grande ouverte vers l'extérieur et répond tout en répondant au besoin de sécurité des personnes âgées, puisque aucune entrée ne peut se faire sans contrôle.

En résumé, nous pouvons dire que la maison de retraite « Les Tilleuls », dans son implantation, son orientation a été bien conçue quant à l'accueil des personnes âgées qui ont besoin de se sentir en sécurité tout en conservant leur entière liberté de mouvement.

Afin de mesurer les écarts éventuels par rapport à notre agrément, nous allons étudier maintenant les caractéristiques de nos résidants, en partant de l'évolution du vieillissement dans un contexte géographique et culturel plus large.

1.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉSIDANTS

1.2.1 Une population vieillissante

Sans vouloir m'attarder longuement sur le phénomène du vieillissement connu par tous, il est néanmoins indispensable de présenter quelques éléments quantitatifs afin d'appréhender dans un deuxième temps, des aspects plus humains.

Tout d'abord le vieillissement de la population est un phénomène démographique qui compte parmi les avancées indiscutables de notre époque. Comme le souligne Michel Billé « Pour la première fois dans notre histoire, nous avons la chance de vieillir beaucoup. »³ En effet, grâce aux progrès médicaux, à une amélioration de la qualité de vie et à une meilleure protection sociale, les plus de 75 ans constituent 23% de la population mondiale des plus de 60 ans. En 2020, le nombre de personnes âgées dans le monde dépassera le milliard, dont plus de 700 millions dans les pays en voie de développement, selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans l'Union Européenne, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent aussi 23% de la population.

En France, selon le dernier recensement de l'INSEE, 21,3% de la population française a plus de 60 ans, et cette proportion augmente rapidement. Pour donner quelques repères, lors du recensement de 1962 la tranche des plus de 60 ans représentait 13,2%. Et en 2020, la France compterait 17 millions de personnes de 60 ans et plus, soit 1,4 fois plus qu'en 2000.

³ Michel BILLE « *La chance de vieillir* » Essai de gérontologie sociale, L'harmattan 2004, p.9

La tranche des plus de 75 ans connaît l'évolution la plus forte, en 1962 ce groupe représentait 4,9% de la population totale. Il représente, en 1999, 7,7%, soit une progression de 60%⁴. A ce sujet, Franck de Bondt écrit : « le pire est devant nous : chaque année, l'espérance de vie des hommes et des femmes augmente, en France et en Europe, d'un trimestre. Soit d'une année tous les quatre ans et de cinq tous les 20 ans. Au secours ! »

Dans la région Languedoc-Roussillon, le phénomène est amplifié car s'ajoute l'arrivée de nouveaux retraités (80 000 entre 1990 et 1999, le taux le plus important des régions françaises) à la recherche d'un climat plus clément. La forte augmentation des plus de 85 ans constitue un particularisme de cette région où la croissance démographique des 30 prochaines années serait trois fois et demi plus rapide que la moyenne française⁵. Quant aux plus de 75 ans, leur nombre serait multiplié par trois !!!

Le département de l'Hérault est en tête de l'accroissement démographique des départements français depuis les années 1990. L'effectif des personnes de 70 à 80 ans s'est accru de 43% en 10 ans et augmenterait encore de 37% d'ici 2015⁶. L'INSEE prévoit aussi une augmentation de 40% de la dépendance des personnes âgées en Languedoc-Roussillon, d'ici 2015, dont 42,2% pour l'Hérault⁷.

A la maison de retraite, nous retrouvons ce phénomène de vieillissement qui s'est installé progressivement. Lors de notre étude, en janvier 2004, l'âge moyen des résidents, au moment de leur admission, est de 86 ans. Comme ailleurs, il y a lieu de constater une demande d'admission en maison de retraite de plus en plus tardive, à un âge avancé, et qui, de ce fait, entraîne un vieillissement de la population hébergée. En comparant les résultats de l'enquête publiée par la Direction des Résultats et Etudes Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, nous nous situons au-dessus de la moyenne nationale. Ces éléments sont liés aux choix de vie des personnes et aux développements des prestations mises en œuvre pour le maintien à domicile.

Lorsque nous étudions les années antérieures, nous constatons un vieillissement de la population qui s'est inscrit dans un premier temps, de façon progressive et s'est accentué au fur et à mesure des nouvelles admissions par l'allongement de la durée de vie de nos résidents. En 2000, la moyenne d'âge était encore de 82 ans.

L'écart entre la personne la plus jeune et notre doyenne est de 31 ans. La plus jeune a 70 ans et la plus âgée a 101 ans. Notre doyenne se déplace encore avec sa canne,

⁴ INSEE, enquête « *Handicaps-Incapacités-Dépendance* » réalisée de 1998 à 2001

⁵ INSEE, « *Projections de population à l'horizon 2030 en Languedoc-Roussillon* », Repères n°3, Octobre 2001

⁶ INSEE, « *Hérault : principaux résultats du recensement de la population de 1999* », Repères Synthèse n° 20

⁷ MICHEL Claude, INSEE, « *Dépendance des personnes âgées en Languedoc-Roussillon* », Repères Synthèse n°10 septembre 2002

s'exprime de façon très compréhensible et cohérente. Cet écart d'âge important, qui représente une génération, se révèle être paradoxalement, un enrichissement dans la vie quotidienne et source d'entraide stimulante qu'il convient régulièrement d'animer.

La tranche d'âge la plus importante est celle des 86 à 100 ans qui représente 54,72 % de la population. Ces éléments confirment la régulière et significative évolution de la démographie française que nous avons abordée. Ainsi, le phénomène du vieillissement de la population française est présent dans notre établissement. Mais, au-delà de cette notion d'âge, notre population présente d'autres caractéristiques liées à cette vieillesse mais aussi à leur histoire, leur mode de vie et aux regards que l'on porte sur eux. Il convient donc d'analyser leur particularité pour mieux appréhender leurs besoins mais aussi, pour nous interroger, en qualité de citoyen, face au désastre sanitaire et social de l'été 2003.

1.2.2 Une population hétérogène

La population accueillie n'est pas homogène et c'est d'ailleurs ce qui fait le sens de notre action au quotidien, car dans le secteur médico-social, nous avons à faire à des humains, à des individualités, ce qui complexifie notre travail mais à la fois en fait une richesse. En dehors de ces considérations philosophiques, nous accueillons 73% de femmes, avec 14 hommes pour 38 femmes, ce qui est sans surprise, puisqu'elles ont une espérance de vie de huit ans de plus que les hommes. Un homme pour près de trois femmes : cette répartition correspond à celle de la société. Les hommes sont moins sociables, moins intéressés par les activités proposées et plus affligés et démunis dans leur veuvage bien qu'ils soient plus valides. Ils recherchent principalement des prestations hôtelières. Par ailleurs, deux hommes sont séparés de leurs conjointes, placés dans l'établissement car leur état de santé demandait une prise en charge trop importante pour qu'ils puissent être maintenus à domicile. Cette situation pose le problème de la séparation d'époux à la fin de leur vie : que peut-on proposer à un couple, afin de diminuer la souffrance du résidant et celle de son conjoint ?

Une maison de retraite rencontre beaucoup de mouvements de personnes : 14 personnes sont entrées depuis un an au plus. Ce constat n'est pas anodin quand on le rapproche de la difficulté qu'éprouvent les personnes âgées à s'adapter à un nouvel environnement et à une vie collective non souhaitée. D'autant qu'une entrée en maison de retraite signifie pour la plupart d'entre eux, l'arrivée dans leur dernier lieu de vie

l'antichambre de la mort. « L'histoire liée au passage en institution illustre à elle seule ce que peut représenter une perte pour la personne âgée. »⁸

Pertes de repères, état dépressif, angoisse, agressivité parfois, caractérisent leur comportement des premiers mois et peuvent aboutir à des situations difficiles si elles ne sont pas aidées et accompagnées dans cette démarche. Ce chiffre a également pour corollaire le départ de 14 personnes. Si deux personnes sont parties vivre chez leurs enfants et trois dans un autre établissement, les autres sont morts dans l'établissement. Ces décès sont liés au grand âge. Il est à noter que l'établissement n'a pas eu à enregistrer une augmentation de décès durant la canicule de 2003. Peut-être parce que la climatisation était déjà mise en place dans deux pièces mais c'est sûrement lié à ce que nos résidents sont plus habitués aux grandes chaleurs et se protègent davantage.

La durée moyenne de séjour est aujourd'hui de 5 ans, mais cette donnée est faussée par quelques résidents présents depuis l'ouverture de l'établissement. Selon Anne-Marie Guillemard, le vieillissement est un phénomène qui résulte des origines sociales et des parcours de vie⁹ aussi allons-nous explorer les origines de nos résidents.

L'origine socio-professionnelle de nos résidents se répartit ainsi : 60% du milieu viticole (exploitants ou ouvriers), 30% du secteur commercial, les 10% qui n'ont jamais travaillé étant des femmes. 60% viennent de l'Hérault, 80% du Languedoc-Roussillon et 20% des autres régions. Le fait qu'autant de résidents proviennent d'autres régions s'expliquerait par le regroupement familial lié aux nombreuses personnes venues s'installer dans la région attirées par le soleil. Ce mixage de population apporte un certain dynamisme et entrain dans les conversations, qu'il convient d'exploiter dans une démarche d'enrichissement culturel. Autre constat, 80 % des résidents vivaient seuls à leur domicile avant leur entrée.,

En somme, notre population est hétérogène tant sur leur âge, leur origine sociale, que de leur statut social et familial. Cependant, une caractéristique commune se dégage, liée à l'avancée en âge, celle de la dépendance qui mérite notre attention , au vu des préoccupations nationales que ce phénomène soulève.

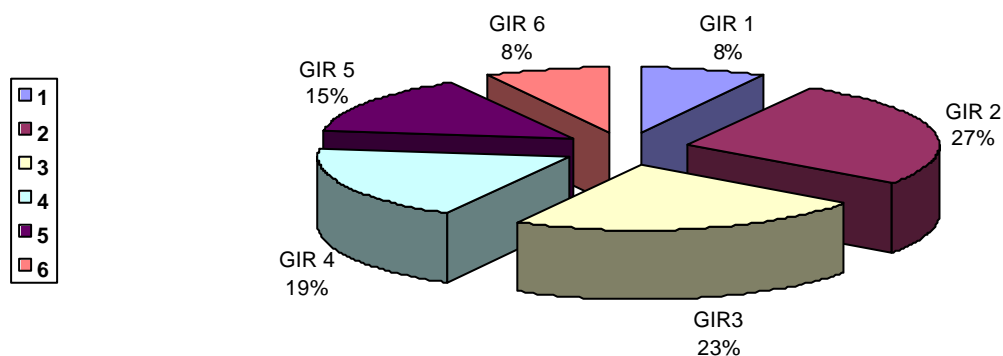
⁸ VERCAUTEREN, R, LABOREL, B., JAHAN F., « *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées* », Érès 1999 p.45

⁹ GUILLEMARD, AM, « *La dynamique sociale des politiques de la vieillesse en France, Gérontologie et Société* » n°41, 1987 p.32

1.2.3 En perte d'autonomie

« Retraite aisée ne rime pas toujours avec vieillesse heureuse. L'image du retraité, resté jeune, dynamique, sportif qui voyage, participe à de multiples activités collectives et dont l'emploi du temps est très chargé, masque quelque fois une autre réalité de la vieillesse, celle du grand âge associée à la dépendance et à l'isolement. »¹⁰ Le grand tournant démographique de nos sociétés a aussi ses revers, le phénomène du vieillissement a mis en exergue un autre phénomène, celui de la dépendance à laquelle notre société doit faire face. Pour ce faire, et notamment anticiper les coûts, le secteur de la gérontologie s'est doté d'un outil d'évaluation de la dépendance qui permet de classer les personnes âgées en catégories : il s'agit de l'outil AGGIR (Autonomie Gérontologie. Groupes Iso-Ressources.) en référence au décret 97-426, du 28 avril 1997, relatif aux conditions et aux modalités de l'attribution de la Prestation Spécifique Dépendance. Parfois contesté, nous verrons plus loin pourquoi, il a l'intérêt de donner une indication sur certaines incapacités des personnes évaluées. Voici la répartition de la population de la maison de retraite :

Tableau des groupes iso-ressources



La classification des résidents, établie par l'équipe, a été validée par la commission départementale qui est venue, en janvier 2004 dans l'établissement, procéder aux contrôles. Elle met en évidence que 77% de la population accueillie, relèvent du GIR 1,2,3 et 4 qui sont les groupes correspondant à un niveau de dépendance important. Parmi elles, 19 personnes relèvent du GIR 1 et 2, dont 14 nécessitent une aide totale

¹⁰ DAVID, M.G., STARZEC, C., « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », Insee première n°447,1996 p.1.

pour la prise en charge à tous les niveaux de vie quotidienne et sont confinées au fauteuil. Nous accueillons donc majoritairement des personnes dépendantes car seulement 12 personnes relèvent des GIR 5 et 6, qui peuvent donc être considérées comme autonomes. Or, comme précisé précédemment, l'établissement n'est pas médicalisé.

On calcule un autre indicateur synthétique en pondérant chaque catégorie, il s'agit du GIR moyen pondéré (G.M.P) qui traduit la dépendance moyenne des personnes accueillies (Titre II, section 3, article 13 du décret n° 99-316 du 24 avril 1999, relatif aux modalités de tarification et financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes). Celui de l'établissement, établi en janvier 2004, est de 600. Pour comparer avec les années antérieures, en 2002 le GMP était de 574 et en 2003 il était de 586. Cette évolution semble correspondre à la tendance actuelle de l'évolution des personnes âgées. Au-delà de ces chiffres et classifications techniques qui permettent néanmoins une analyse quantitative, il convient de mesurer l'impact de la dépendance pour nos résidents et ainsi d'appréhender l'enjeu de notre société.

1.2.4 Des formes de handicaps diverses

« La retraite est une conquête sociale remarquable. Elle est cependant vécue avec désagrément lorsque le corps est ressenti comme une prison où les déterminismes s'engrènent pour bloquer la route des possibles »¹¹ Avec le vieillissement, nombre de personnes âgées sont en butte à des problèmes fonctionnels qui se révèlent pour certains, plus que pour d'autres, sources de perte d'autonomie dans la vie au quotidien.

Dans l'établissement, la perte d'autonomie s'exprime majoritairement par des difficultés de déplacement, ce qui explique que certains restent confinés à l'intérieur et que d'autres ne quittent pas leur fauteuil ou leur lit. Ces dépendances physiques sont souvent associées à une perte de dextérité et de souplesse entraînant des besoins d'aide pour effectuer la toilette et procéder à l'habillage. Nous abordons là, des incapacités propres à l'intimité, et donc une étape difficile à appréhender pour la personne, qui concernent la moitié de nos résidents. L'évaluation révèle aussi des difficultés liées à la prise des repas (se servir à boire, couper sa nourriture) et à l'hygiène de l'élimination (aller aux toilettes et le contrôle des selles et urines).

En outre, on recense de l'incohérence, de la désorientation, de la perte de mémoire et des troubles de la parole qui mettent à mal la communication et donc la relation sociale pour huit personnes. Cela se traduit surtout par des « trous » dans la journée, mais très

¹¹ PERSONNE Michel-« Prendre en charge les personnes âgées dépendantes » Dunod, 2003 p.2

rarement en continu. Nous enregistrons aussi des pathologies lourdes, de la dégénérescence sous forme de démence, dont trois cas de maladie d'Alzheimer.

Nous pouvons donc conclure que nos résidents représentent un groupe hétérogène, avec des disparités importantes qui nécessitent de répondre à des situations très différentes, alors que la maison de retraite est généraliste, non médicalisée pour répondre qualitativement et quantitativement à cette dépendance. D'autant que notre population rencontre d'autres difficultés.

1.2.5 Un sentiment de solitude et d'inutilité sociale

A ces conséquences physiques et psychiques, il faut ajouter des conséquences sociales, telles l'isolement et la solitude résultant notamment de l'éclatement des cellules familiales traditionnelles. Ces éléments aggravent l'impression d'inutilité, la désinsertion sociale qui sont des facteurs d'accélération des manifestations du vieillissement. Certes, vieillissement ne dit pas forcément solitude, mais, même pour qui ne la connaît pas, elle est un horizon redouté. Ainsi, Françoise Giroud écrit : « Quand personne ne s'occupera plus de moi, c'est un autre genre de fatigue qui s'insinuera dans mes vieux os, incoercible celle-là »¹².

Les enquêtes « relations de la vie quotidienne et isolement » de l'INSEE démontrent une particulière vulnérabilité des personnes âgées à la solitude. D'ailleurs, l'épisode caniculaire de l'été 2003 a mis en évidence cet isolement des personnes âgées. Qui ne connaît pas l'histoire d'une vieille dame habitant au quatrième étage sans ascenseur et qui est décédée sans que personne ne s'aperçoive de sa disparition ?

Un des risques principaux de l'avancement en âge est de se couper du monde extérieur, de s'isoler. Il faut donc attacher beaucoup d'importance à tout ce qui menace les relations sociales. Or, les problèmes de dépendance viennent modifier l'investissement social des personnes âgées. A la question « As-tu beaucoup d'amis ? » Alice Sapritch répond : « Non, très peu, car je n'ai plus l'âge de nouvelles amitiés. »¹³

L'étude réalisée par l'INSEE en octobre 1999¹⁴ explique que « ce sont les personnes veuves vivant seules, qui non seulement sont les plus isolées mais aussi les plus sensibles au sentiment de solitude. » L'étude révèle également qu'en 1998, 30% des

¹² GIROUD Françoise, « Journal d'une parisienne. Gai-z-et contents » Le Seuil, 1997, p.8

¹³ SAPRITCH Alice, « Mémoires inachevées » Ramsay, 1977- p. 129

¹⁴ Pan Ké Shon Jean-Louis, « Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel », INSEE Première n° 678, 1999 p.34

ménages était composé de personnes vivant seules contre 26% en 1990. Sous le titre, « De plus en plus vieux, de plus en plus seuls », un rapport de l'INSEE révèle que dans vingt ans, la population des plus de 75 ans augmentera de 50% mais la solitude doublera !

A la maison de retraite, nous faisons le constat d'une sorte de résignation, de honte d'être vieux, de sentiment qu'il n'y a rien d'autre à faire qu'à se laisser aller. Sans stimulation de notre part, ils resteraient assis devant la télévision. La personne vieillissante souffre d'une impression d'abandon, de «déréliction.» Au repli physique correspond le repli psychique : le vieux se terrant, il se désengage, se retire. Il faut prendre en considération le facteur sexe dans ce sentiment de solitude. Les femmes de ces générations, nombreuses dans nos institutions, sont passées directement du foyer parental au foyer conjugal ; elles n'ont eu que très peu d'activités indépendantes, les loisirs se passant généralement en couple. Avec le veuvage, elles abandonnent nombre d'occupations dont leur mari était l'élément moteur. Les pertes sont toujours destructrices, et lorsqu'il s'agit de l'absence de l'autre, c'est sa propre identité qui est remise en cause et qui souffre. Cela se traduit par des silences qui en disent long et quelque fois par des paroles que je me propose de retranscrire.

▷ **A propos des liens** : « Les amis de mon temps sont tous décédés... » (Georgette 88 ans) « Faute de parler à quelqu'un ou d'écouter, on en arrive à se parler, à s'inventer des dialogues. Remarquez, là, on n'est pas contrarié ! » mais « Dès qu'il y a quelque chose, quelqu'un qui vient, là je ne suis plus fatiguée. Alors, on parle de toutes sortes de chose. » (Violette 80 ans)

▷ **A propos des liens familiaux** : « Mes enfants ? Ils ont leur vie, les enfants, le travail et ils habitent loin. Ils viennent me voir quand ils peuvent, mais surtout ils m'appellent. Tous les quinze jours ! » (Louis 85 ans)

▷ **Et la nostalgie du temps des cerises** : « La vie n'est plus pareille : avant, les gens se parlaient, le soir on sortait les chaises dès les beaux jours, les femmes au tricot, les hommes à la pétanque, on papotait, même les vieux étaient là. Maintenant, c'est la télé qui nous parle. » (Colette 79 ans)

Même s'il convient d'écouter, avec précaution, ces propos, probablement chargés de subjectivité, ils ne sont pas inintéressants dans la mesure où ils traduisent l'état de perception des personnes à un moment donné. Pour comprendre ce sentiment d'inutilité, d'isolement, dont souffrent les personnes âgées, nous allons explorer la représentation sociale du vieillissement et celui de la dépendance qui renforce, par les mots et les attitudes, un sentiment de stigmatisation.

1.3 LE VIEILLISSEMENT, UN VÉRITABLE PARADOXE

« Plus de dix mille morts en moins d'un mois, au cours de cet été 2003, une vraie hécatombe en temps de paix. Mais si en fin de compte nous étions en guerre ? Oui, en guerre contre la médiocrité des comportements individuels et collectifs dans une société en pleine déliquescence où les droits ont remplacé les devoirs et où la judiciarisation des relations sociales aggrave les comportements égoïstes et les démarches opportunistes ; »¹⁵

1.3.1 Regards croisés sur la vieillesse

Ce thème a fait l'objet, au cours des siècles, de très nombreux écrits dans la mesure où c'est le futur de tout homme qui se trouve interrogé. A toutes les époques, les « vieux » à la fois rassurent et inquiètent. Selon les époques et les pays, l'accent est mis sur leur laideur, leur « sénilité », leur immobilisme ou au contraire sur leur sagesse, l'expérience de la vie et leur mémoire. Ainsi pour Confucius, la famille doit obéir à l'homme le plus âgé, détenteur de la sagesse et de l'expérience. Tandis que pour Aristote, les vieillards sont hésitants, timorés et avarés « ils sont défiants à cause de leur expérience de la vie... Ils vivent, plus par le souvenir que par l'espoir. » Bref, pour Aristote, l'expérience n'est pas facteur de progrès mais de régression.

Au cours du XVI^e siècle, avec la révolution démographique de la Renaissance, le temps de la vieillesse apparaît comme un repère dans le monde tragique des pauvres. Exclure les vieux en ce temps-là, est synonyme de solution sociale à leurs problèmes.

Plus tard au XVIII^e siècle, les mentalités évoluent. La peur de l'enfer s'estompe et le nombre de personnes âgées, surtout dans les milieux privilégiés, augmente ; l'image des grands-parents commence à s'imposer, on peut découvrir Diderot parler avec tendresse de son père. Pour la première fois la littérature laisse entendre que la vieillesse peut être plaisante.

A la fin du XIX^e siècle, le nombre de gens âgés augmente notablement, la société vieillit et, on accuse ce vieillissement d'être la cause du manque de dynamisme du pays et de sa crispation, sur un passé révolu. Dans cette époque dominée par les

¹⁵ PITAUD Philippe, « Solitude et isolement des personnes âgées - L'environnement solidaire » Eres, 2004, p.7

préoccupations financières, le vieillard qui coûte cher et ne produit pas, est ressenti comme un handicap. Nombreux sont les politiciens et même les médecins qui militent pour que les dépenses de santé soient orientées vers les « jeunes » plutôt que vers les « vieux » ; d'autant qu'à l'époque le soldat a le primat sur le citoyen.

Au siècle dernier, avec la troisième révolution démographique, les vieux composent une tranche d'âge incontournable, dont le critère essentiel d'intégration sociale semble être l'aptitude individuelle à subvenir à sa propre subsistance. Certains auteurs évoquent « une vieillesse invisible » à une époque où la solidarité entre générations demeure essentiellement une affaire privée, s'exerçant à l'intérieur de la famille. Les personnes âgées sont absentes de la scène publique, malgré la volonté d'intégration sociale promulguée par le rapport Laroque¹⁶ en 1962, base de tout ce qui s'est construit autour de la vieillesse. Certes, le vieux n'est plus seulement « un grand- parent protecteur » ou « un vieil homme inquiétant et méchant » mais définir sa place dans la société ne semble pas une priorité. La vieillesse devient un problème social et politique, avec toute la connotation que le terme « problème » peut renvoyer : *problema*, en grec, veut dire littéralement ce qu'on a devant soi, ce qui est jeté devant, d'où l'idée d'*obstacle*. Ce sont ces mêmes mots, *difficultés à résoudre*, qui sont employés par Michel Philibert, lorsqu'il parle de « l'idée de vieillesse comme problème social ».¹⁷

En parallèle, la montée du chômage, notamment celui des jeunes a renforcé un sentiment d'exclusion par l'âge. Les valeurs premières sont force, jeunesse et activité, la mode « jeunisme » s'installe, exploitée d'ailleurs par la publicité. Que dire alors de ces vieux moins dynamiques, moins libres dont le nombre grandit d'année en année ?

L'amélioration sanitaire des gens âgés a eu un impact négatif sur leur image car on les accuse de peser financièrement sur la société et d'obérer le niveau des plus jeunes. A l'effort financier n'a pas correspondu l'effort de fraternité et de compréhension. Régulièrement les médias parlent du coût des soins et des retraites aux personnes âgées..

En fait, la place du vieux est remise en cause puisque la modernité se définit comme une rupture dans le mode de vie et une critique des valeurs traditionnelles. L'accélération du changement des mœurs le fait vivre dans un monde où il a perdu ses repères. Même sans manifestations de dépendance les personnes âgées sont cataloguées de rigides dans leur pensée et vieux jeu dans leur moralité et dans leur pratique.

¹⁶ Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1962), Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par M. Pierre LAROQUE, La Documentation française

¹⁷ PHILIBERT M, « *Le problème du 3^e âge* », compte-rendu d'un débat de Peuple et Culture, 1970

Ces représentations sociales négatives de la vieillesse véhiculent des stéréotypes réducteurs et ségrégatifs qui expliquent le rejet des vieux de la société actuelle.

Les relations entre la société et la personne vieillissante sont complexes comme le sont les sentiments qu'elles éprouvent l'une envers l'autre. Elles trouvent souvent leurs origines dans la représentation démographique (le poids du nombre) et dans l'empreinte médicale accentuant ainsi les distances. Or, les représentations sociales négatives peuvent devenir source de maltraitance, si on ne prend pas garde.

1.3.2 Dépendance, le poids des mots, le choc des maux

L'utilisation du terme de « dépendance » en lieu et place des termes auparavant utilisés, « handicap » ou « invalidité » mérite un approfondissement corrélatif au terme « autonomie », très souvent usité dans le secteur avec sens contraire. Nous verrons si c'est vraiment le contraire ou un autre concept. Tout d'abord, cette notion semble être uniquement française. C'est d'ailleurs ce qu'affirme JM Palach dans son rapport au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : « Rien ne justifie sur le plan conceptuel d'avoir remplacé la notion d'handicap par celle de dépendance que les français sont seuls à utiliser, entraînant des incompréhensions dans les échanges internationaux, professionnels et scientifiques. »¹⁸

Depuis le début des années 1990, ce vocable « dépendance » a été omniprésent et il faut bien le dire « mis à toutes les sauces. » Alors que la dépendance dans le vocabulaire courant est synonyme de lien social et de mutuelle solidarité, ce mot dans le champ de la vieillesse est devenu négatif dans toutes ses représentations sociales. Comment en est-on venu à lui donner un sens aussi stigmatisant, voire effrayant ?

Selon le dictionnaire « *Le Petit Robert* », le mot « dépendance » est un dérivé du verbe latin « *dependere* » qui signifie « être suspendu à », « être rattaché à », « être sous l'influence, sous la responsabilité ». Au Moyen-Âge, le mot impliquait l'idée de soumission mais aussi de relation amicale pour désigner la relation de vassalité entre le seigneur et celui à qui il concédait la possession d'un fief. Puis, « *dépendre* » a commencé à exprimer l'idée abstraite d'une union, impliquant une notion de corrélation,

¹⁸ PALACH J-M. Rapport au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité « *Une Société pour tous les âges* », 1999, p.19

de solidarité. La dépendance est donc liée à une relation tantôt, complémentaire, tantôt, asymétrique intégrant une notion de dominant/dominé.

Dans le champ de la vieillesse, le mot dépendance apparaît en 1973, en France, sous la plume de Y. Delomier¹⁹, médecin-gériatre dans un établissement de long séjour. : « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée les gestes nécessaires à la vie. » « Même si dans son exposé, il évoque l'influence des phénomènes sociaux dans l'apparition de la dépendance, il n'en reste pas moins que sa définition du vocable reste une définition biomédicale incapacitaire »²⁰ Dans son livre Bernard Ennuyer qualifie cette traduction de « *paradigme médical ou biomédical* » qui lie le mot dépendance à l'avancée en âge et la considère comme une incapacité qui assujettit l'aidé à l'aidant et correspond à la conceptualisation de « *la santé des personnes âgées.* »

Nous assistons là, à l'affirmation du tournant médical qui va construire la « dépendance institution » car auparavant les textes parlent de valides, semi-valides et invalides, au détriment d'une notion en sciences sociales, « dépendance-lien social », c'est-à-dire la dépendance à la fois condition et résultante de la cohésion sociale.

Comme le rappelle Norbert Elias « Chaque individu est lié par une foule de chaînes invisibles à d'autres êtres que ce soit par les liens du travail ou de propriété, des liens instinctifs ou affectifs [...] Chaque individu vit constamment dans un rapport de dépendance fonctionnelle avec d'autres individus et cet ensemble de fonctions que les hommes remplissent les uns par rapport aux autres est très précisément ce que nous appelons la société. »

« En écrivant à propos de la dépendance, trop souvent considérée comme un état, nous voudrions communiquer ce qu'elle est pour nous, c'est-à-dire essentiellement une dynamique, un processus relationnel... »²¹

Dans le même ordre d'idée, en qualité de sociologue, Albert Memmi considère que l' « on ne peut pas être dépendant »²² la dépendance « est en somme l'une des bases du lien social »²³, grâce à sa réciprocité, à l'interdépendance.

¹⁹ DELOMIER, Y, « *Le vieillard dépendant-approche de la dépendance* », Revue Gériatrie, n°12, 1973 p.9

²⁰ ENNUYER Bernard « *Les malentendus de la dépendance – De l'incapacité au lien social* », Dunod-2002 p.85

²¹ ENNUYER Bernard, op. Cit., 2002-p.2

De même, Maximilienne Levet, présidente du mouvement la Flamboyante rappelle dans son livre que la dépendance n'est pas un état de la vieillesse : « Tout le long de notre vie nous sommes dépendants, dans différents domaines. En réalité, cette dépendance est plutôt une interdépendance, c'est-à-dire qu'elle rencontre celle des autres et qu'il s'établit un système d'échanges et de réciprocité ; ce qui caractérise et assombrit la dépendance de la vieillesse, c'est notre système actuel fondé sur la productivité, la personne âgée n'a plus rien à offrir en échange de l'aide dont elle a souvent besoin. »²⁴ Ainsi le résidant peut entrer en relation de dépendance réciproque, d'interdépendance et donc de solidarité !

Mais dans le champ qui nous concerne, le terme « dépendance » se confond avec le concept de « perte d'autonomie. » On retrouve ainsi au Journal Officiel du 4 juillet 1985, l'utilisation de certains termes, dont « dépendance » et « perte d'autonomie », tous les deux relevant du domaine médical. Lors des Assises nationales des retraités et personnes âgées, en 1983 la question des définitions est abordée dans le rapport « Autonomie et Dépendance » Le rapport montrait bien les difficultés d'une définition de la dépendance, qu'il ne voulait pas réduire à l'incapacité et que la dépendance ne pouvait être confondue avec la perte d'autonomie.

Le terme « autonomie » a pour étymologie « autos » (soi) et « nomos » (loi), autrement dit « se donner sa propre loi », « s'administrer soi-même », « déterminer librement les règles auxquelles on se soumet » selon le dictionnaire Le Petit Robert. On peut donc en retenir une notion de liberté, d'indépendance, mais pas le contraire de la dépendance. Car l'autonomie absolue n'existe pas.

Kant oppose l'autonomie à l'hétéronomie pour caractériser la qualité morale de la volonté humaine. L'individu érige sa dignité dans le fait de se forger lui-même sa propre loi, qui est la loi de la raison. « La perte d'autonomie serait alors un abandon du projet de vivre, un abandon du gouvernement de sa vie suivant son désir, cet abandon n'étant pas systématiquement corrélé avec une déficience physique ou mentale. »²⁵

L'autonomie et la dépendance ne sont pas à isoler ou à confondre, mais à articuler. Le contexte sémantique semble néanmoins déterminant au vu de l'instauration la loi PSD (Prestation Spécifique Dépendance) qui a précédé à la loi relative à l'APA (Allocation

²² MEMMI Albert, « *La dépendance* », Gallimard, Folio essais, 2001, p.171

²³ MEMMI Albert, op. cit 2001, p.174

²⁴ M. Levet « *Dépendance et lien social* » Revue Gériatrie n°37 p.7

²⁵ Jacques NATANSON « *Indépendance et autonomie* »- Universitaires, Collection Formation/institution p. 12

Personnalisée d'Autonomie). Au-delà de la querelle sémantique, il s'agit d'approches différentes de la personne âgée dans notre société. Sur un plan plus opérationnel, ces considérations amènent à constater que le système sanitaire et médico-social actuel éprouve une certaine propension à privilégier la prise en charge de la dépendance au détriment de la promotion de l'autonomie. Elle donne à penser qu'une offre de soin se révèle le déterminant fondamental de l'état de santé d'une population. Cette approche vient donc stigmatiser la personne âgée comme *incapacité à faire* et *incapacité à être*, dans la confusion permanente entre dépendance et perte d'autonomie.

Pour ma part, c'est la citation de Bernard ENNUYER que j'emploierai si j'avais à porter une appréciation en terme de représentation de la personne âgée : « L'hypothèse que nous ferons dans cette conclusion, est que les mots dépendance et autonomie renvoient aux modes de relations entre les individus dans notre société, et que les « malentendus » que véhiculent ces mots, ne sont qu'une des manifestations des malentendus qu'il y a entre les individus, que ceux-ci soient pris dans leur qualité de sujet singulier, et là il s'agit d'un malentendu dans la relation à l'Autre, ou que ceux-ci soient pris dans leur qualité de citoyen, ou on pourrait dire de sujet collectif et il s'agit alors des rapports entre individus comme membres d'une collectivité avec ses droits et ses contraintes et du minimum d' « entente collective » nécessaire à la cohésion sociale d'un groupe. »²⁶

Et, pour donner du corps à mes pensées et pratiques professionnelles, je vous propose cette citation d'Armand Touati concernant l'autonomie : « Avant que le sujet inscrit dans la loi n'élabore sa propre stratégie, son projet de vie, avant qu'il ne soit séparé, mais toujours en relation, un long cheminement entre la dépendance et l'indépendance s'impose. L'autonomie s'inscrit dans cet espace, délimité, toujours à conquérir, à construire et à reconstruire. »²⁷

Pris aujourd'hui entre individualisme et solidarité, l'individu est sans aucun doute dépendant et autonome, et ce, de façon paradoxale. Mais la dépendance dans notre secteur, s'illustre aussi par « la mesure de cette dépendance ou son évaluation, et ceci dans l'optique non pas d'évaluer les besoins, mais évaluer essentiellement son impact financier. »²⁸

²⁶ ENNUYER Bernard ibidem, 2002 p. 284

²⁷ A. TOUATI

²⁸ ENNUYER Bernard , ibidem, 2002 p.111

1.3.3 La mesure de la dépendance : la naissance de l'outil AGGIR

En effet, la notion de dépendance a généré un besoin d'outil de mesure (à moins que ce ne soit l'inverse ...) A ce jour, on recense plus de 500 grilles d'évaluation de la dépendance de la personne âgée. Dans les années 1988-1989, les gériatres du Syndicat National de Gérontologie Clinique ont ressenti la nécessité d'un outil commun. L'outil AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) a été développé par les docteurs R. Leroux et JM Vetel, mais est, alors, essentiellement un outil de classification. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a été vivement intéressée par cet outil en vue d'évaluer la pertinence des modes tarifaires appliqués dans les établissements. Après une expérimentation sur un échantillon d'établissements, et malgré les critiques dont il fera l'objet, l'outil est imposé par le Ministère comme outil d'évaluation de la dépendance, à travers la loi du 24 janvier 1997 relative à la PSD.

Ainsi, la grille AGGIR devient l'instrument officiel de la politique publique en matière de gestion des personnes âgées. Elle a pour but de calculer la charge en soins que la situation de la personne âgée génère, à travers l'évaluation de la perte d'autonomie, à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne.

Ainsi, la grille AGGIR comporte dix variables discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et sept variables illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale (annexe 2)

Chaque variable possède trois modalités :

- **A** : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- **B** : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
- **C** : ne fait pas

L'évaluation permet de classer les personnes en six groupes iso-ressources (GIR) :

▷ **Le groupe iso-ressource 1** correspond essentiellement aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe, se trouvent les personnes en fin de vie.

▷ **Le groupe iso-ressources 2** se décompose en deux sous-groupes :

- celui des personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge des activités de la vie courante ;
- celui des personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.

↳ **Le groupe iso-ressources 3** correspond aux personnes âgées ayant gardé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelles.

↳ **Le groupe iso-ressources 4** comprend deux sous-groupes :

- celui des personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules ;
- celui des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

↳ **Le groupe iso-ressources 5** correspond aux personnes qui assurent leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent seules, mais qui nécessitent néanmoins une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

↳ **Le groupe iso-ressources 6** réunit les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

L'utilisation du « girage » (classification du résidant dans un niveau d'autonomie de 6 à 1) devient généralisé et les résultats individuels sont consolidés pour définir le GMP (Gir Moyen Pondéré), servant de base à la tarification des établissements et à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui s'est substituée à la PSD au 1^{er} janvier 2002.

Rappelons que seules les personnes classées dans l'un des groupes 1 à 4, correspondant à un niveau de dépendance important, peuvent prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie. Bien que cette grille présente des limites, il importait de la nommer en tant qu'outil national et, d'en étudier les imperfections.

Les principaux reproches faits à AGGIR

Dès sa présentation au Ministère, le 7 mars 1994, de nombreuses critiques lui sont faites, comme en témoigne le compte-rendu de réunion fait par la DAS : « nécessité de tenir compte de l'environnement dans lequel vit la personne, mais réserves de certains quant au contenu de la grille pour évaluer au mieux la personne âgée dans son environnement ; »²⁹

²⁹ Lettre de la Direction d'action sociale du 18 mars 1994, portant compte-rendu de la réunion du 7 mars 1994

« Le principal reproche fait à cette grille s'appuie sur le fait qu'elle n'envisage pas les dimensions sociales, environnementales et familiales. Elle reste à dominante médicale et ne tient compte d'aucun élément sur l'environnement de la personne âgée évaluée, aussi bien au niveau de l'entourage familial et de la proximité des services qu'au niveau de l'adaptation de son habitat à son handicap. »³⁰ Ainsi, les pathologies psychiques ne sont pas prises en considération telles les agitations, fugues, harcèlements du personnel...

Même critique de la part du Conseil Economique et Social : « La grille AGGIR imaginée par des équipes hospitalières et retenue pour l'expérimentation en cours, souffre de certaines limites : trop sanitaire, elle ne prend pas en compte ou trop marginalement certains aspects sociaux ou environnementaux. »³¹ D'ailleurs, Paulette Guinchard-Kunstler, dans son rapport au Premier Ministre « *Vieillir en France* »³², considère cette grille comme inadaptée aux besoins de la personne à domicile et demande la mise en place d'un comité scientifique d'évaluation de la grille.

L'accent est mis sur l'outil alors que la perte d'autonomie n'a pas été clairement conceptualisée. Il en ressort que c'est le résultat de l'évaluation qui définit le niveau de dépendance, c'est donc l'instrument de mesure qui remplace le concept. Il vaudrait mieux ne pas se contenter de seulement mesurer la dépendance et mener, comme le suggère Béatrice Beaufile « une réflexion plus approfondie sur le concept même de dépendance afin de le « déconstruire », de l'extraire des représentations qu'on en a et qu'en impose le monde médico-rééducatif »

Sur le terrain, l'utilisation de la grille implique de catégoriser radicalement une population plurielle dont chaque individu est unique. Pourtant, la vieillesse demande à être comprise tout autant qu'expliquée. « Elle est une histoire, une géographie, une terre, un continent : elle a ses odeurs, sa couleur, sa matière, son aire, son espace. Il faut pour la comprendre se faire son historien, son géographe, et le patient cartographe de ses terres. »³³ Alors pour aller plus loin dans l'analyse de cette retraite silencieuse et prévenir l'isolement des personnes âgées, je vous propose d'explorer la question de la place des vieux dans la société.

³⁰ SIMON, M., O., GROU, I., LEGROS, M. « *La prestation dépendance : expérimentations – Rapport final du programme d'évaluation de l'expérimentation d'une prestation dépendance* » rapport du CREDOC, 1996 , p.42

³¹ Avis du Conseil économique et social du 13 septembre 1995, quotidien Liaisons sociales, n°91/95 du 21 septembre 1995, p.6

³² Paulette Guinchard-Kunstler, (1999) Rapport au Premier Ministre « *Vieillir en France* »

1.3.4 La place des personnes âgées dans la société, un parcours semé d'embûches

C'est à partir du XVIII^{ème} siècle que les personnes âgées font l'objet d'une assistance médico-sociale, notamment à travers la création de l'hôpital « qui développe le premier traitement de la vieillesse comme groupe social. »³⁴. Néanmoins, Pierre Rosanvallon rapporte qu'en 1873, il avait été envisagé de supprimer le droit de vote pour les personnes vivant dans les hospices, tandis que la loi municipale de 1884 prévoyait que les individus secourus par les bureaux de bienfaisance ne pouvaient pas être élus conseillers municipaux. La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables vient ensuite fixer l'obligation à l'état d'assurer un minimum de ressources aux populations en âge de ne plus travailler et aux indigents. Nous passons à une gestion socialisée de la vieillesse à travers la question des retraites et la création de l'assurance vieillesse dans le cadre des accords du 4 Octobre 1945 sur la sécurité sociale. Il s'agit de prendre en compte la situation sociale des personnes.

En 1956, la création du minimum vieillesse, par le biais du Fonds National de Solidarité, va protéger les personnes qui ne bénéficient pas du régime général. La notion de retraité vient apporter une autre définition de la vieillesse jusque là synonyme d'indigence ou de pauvreté. L'établissement de la retraite va profondément transformer la construction sociale de la vieillesse, en lui donnant une identité et un cadre.

C'est beaucoup plus tard, dans les années 1962 que l'on se préoccupe de leur intégration. Le rapport Laroque qui est la base de tout ce qui s'est construit en matière de politique en faveur des personnes âgées en est une illustration. « Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française aujourd'hui et plus encore celle de demain. »³⁵

A la lecture de ce rapport prônant l'intégration des personnes âgées, il convient de s'interroger sur leur isolement actuel mais surtout sur la maltraitance qu'ils subissent encore. Néanmoins, ce texte a contribué à marquer l'action publique menée en direction des personnes âgées.

Au début des années 1970, le troisième âge apparaît dans la construction sociale des personnes âgées. Le troisième temps de la vie ne consiste plus seulement en la

³³ SALLENAVE, « Conversations conjugales » Pol, 1987, p.3

³⁴ THOMAS Hélène, « *De la vieillesse au troisième âge : vieillesse dépendante et désinsertion politique* »- L'Harmattan, 1996, p.92

³⁵ Rapport Laroque de 1962 p.4

jouissance d'un repos bien mérité, mais plutôt à une inscription dans la vie sociale, par le bénévolat et la participation associative. Le troisième âge a eu son heure de succès et s'est illustré à travers les clubs du troisième âge.

La loi 75-535 du 30 juin 1975 vient renforcer la prise en compte des personnes âgées dans les établissements en les associant au fonctionnement de l'établissement et en humanisant les hospices. La circulaire n° 24 du 20 mars 1978 instaurera ensuite la création des conseils d'établissement, transformés par la mise en œuvre de la loi 2002-2 en conseil de la vie sociale. Dans les années 1980, le terme retraite peut être précédé d'une préretraite, d'une retraite progressive ou d'une période de chômage et intervient, en général, à un âge où les individus sont en bonne santé. Cette période a renforcé le mythe de « l'âge d'or » du troisième âge. A soixante-cinq ans, on n'est pas vieux mais « senior », on est une cible de marketing comme les autres et on s'en va gaiement crapahuter aux Baléares. S'emparant de cette nouvelle image, les médias érigent l'activité comme valeur essentielle, qualifiée par Anne-Marie Guillemard, d' « adulto-centrisme .»

L'avancée en âge va venir modifier la composante des seniors, à travers l'apparition de la dépendance de ceux-ci. La notion d'Espérance de Vie Sans Incapacité (EVSI) institue un nouveau découpage par l'apparition du quatrième âge. Encore appelé grand âge dans les années 1980, le quatrième âge va désigner le groupe social des personnes âgées en termes de pertes d'autonomie, de mémoire, de jugement. De nos jours, quand nous parlons de personne âgée, nous faisons plutôt référence aux gens du quatrième âge. « Quoique nous avons même vu une résidence-service se proposer d'accueillir des personnes relevant du cinquième âge... ! »³⁶

La notion de quatrième âge désigne ainsi ce moment de retrait de l'espace public, marquant la dernière étape de l'existence avant la mort, caractérisée par un retrait des participations sociales et politiques. Il est, rappelle Hélène Thomas, l'âge de la décrépitude et de la désinsertion politique et sociale³⁷. Le 3^{ème} et le 4^{ème} âge se différencient par le critère d'intensité des participations à l'espace socio-public. Le modèle du quatrième âge, construit en négatif du troisième âge, conduit à un statut assisté et dévalorisé, résultante de l'évolution obligée due aux outrages du temps.

Une tendance générale s'installe donc, qui revient, en rangeant les personnes âgées dans une catégorie sociale bien distincte, à renforcer les phénomènes d'exclusion. En réalité, ces catégories n'ont pas de relation avec l'âge chronologique. Pour Hélène

³⁶ AMYOT Jean-Jacques, « *Travailler auprès des personnes âgées* » 2^{ème} éd Dunod 1998, p.48

³⁷ THOMAS Hélène, « *Vieillesse et désinsertion politique* » Paris, L'Haarmattan, 1996, p. 62

THOMAS, ces deux modèles n'ont pas d'âge. Ils permettent surtout de caractériser deux modes de vie de personnes vieillissantes.³⁸

Ce cloisonnement va imposer une division du vieillissement et des aînés, en termes d'âge ou de conséquences liées à l'âge. Selon, H. Bour, « Le vieux n'est pas une catégorie biologique mais une catégorie sociale qui prend un sens différent selon les époques. »³⁹ Ainsi, au fil du temps, les différentes catégories ont remplacé ceux que l'on baptisait tour à tour de vieux, anciens, personnes âgées, vétérans. C'est pourquoi, en référence poétique à la chanson de Jacques Brel et pour éviter ces catégorisations, j'utilise le vocable « vieux » pour désigner ces personnes âgées.

On est donc passé d'une interrogation sociale et collective sur la place des personnes âgées dans la société, à un processus de catégorisation et d'enfermement d'un groupe de personnes uniquement à travers la variable âge, avec une stigmatisation « personne âgée = problème. »

Faute de réel statut, la personne âgée obtient à travers la loi PSD en 1997 la mise en place d'un règlement intérieur dans les établissements garantissant les droits des résidents et leur intimité (annexe 2).

Il faut attendre mars 1998, pour que soit rendue obligatoire la Charte des droits et libertés, rédigée par la Commission Droits et Libertés de la Fondation nationale de gérontologie. Celle-ci met en exergue les droits des personnes âgées pour lutter contre la maltraitance, encore bien trop présente dans notre hexagone. Nous aurons l'occasion d'évoquer ce sujet, quand j'aborderai le personnel de l'établissement.

En somme, il est clair que le vieillissement est un véritable paradoxe qui tantôt exclut, « Ne faut-il pas lire cette stigmatisation et cette relégation des « gens dépendants » comme une offense aux valeurs actuelles d'une société farouchement individualiste qui prône l'indépendance, l'efficacité et en tout cas la nécessité pour l'individu de réussir à s'assumer seul. »⁴⁰, tantôt fait l'enjeu de la cohésion sociale, le rempart contre la fracture sociale, « il n'est pas admissible que le fossé entre les générations se creuse, ni que les personnes âgées soient reléguées dans l'oisiveté parce qu'un culte infantile de la jeunesse les juge dépassés ; »⁴¹

³⁸ THOMAS Hélène, op. cit, 1996, p.58

³⁹ BOUR. H., AUMONT M. « *Le troisième âge, prospective de la vie* » PUF, 1969, p. 13

⁴⁰ ENNUYER Bernard, ibidem, 2002, p.26

⁴¹ FALCO. Hubert, secrétaire d'état aux personnes âgées, Discours à Paris Journée internationale des personnes âgées 1^{er} octobre 2002

Nous allons donc nous pencher sur notre prise en charge, au sein de la maison de retraite et des moyens alloués pour prendre en compte la dépendance de nos résidents, leur sentiment d'isolement mais aussi la malveillance, voire la maltraitance dont sont victimes des personnes âgées et appréhender ainsi la place qui leur est faite.

1.4 NOS RÉALITES ET NOS ENJEUX

Comme la souligné la FNADEP (Fédération Nationale des Directeurs d'Établissements et services pour les Personnes âgées) à l'occasion du colloque organisé le 10 mars 2004, « la maltraitance est la maladie de la tolérance. » 50% des maltraitances seraient dues à des négligences. Mais y avait-il une intention de nuire ? « Personne n'est à l'abri d'une défaillance. Une institution même la meilleure peut être maltraitante » a relativisé le Professeur Hugonot, lors de cette conférence. Reste que la moitié des maltraitances déclarées sont vraisemblablement dues au manque de personnel et qu'en matière de prévention de la maltraitance, l'accent doit être mis sur la gestion des ressources humaines.

1.4.1 Les manques de moyens humains

La maison de retraite « Les Tilleuls » est actuellement dotée de 17,57 postes de travail en équivalent temps plein, occupés par 21 personnes, 19 femmes et 2 hommes. Les moyens humains pour mener notre mission se décompose ainsi :

- 1 ETP directeur
- 1, 54 ETP en secrétariat, comptabilité représenté par 3 personnes, à temps partiel
- 2 ETP agents techniques en cuisine, dont 1 agent qualifié
- 1 ETP ouvrier d'entretien
- 10, 03 ETP agents sociaux (entretien, lingerie, lever...)
- 2 ETP veilleurs de nuit

S'ajoute deux emplois jeunes en animation, en cours de formation (BEATEP), que nous envisageons de titulariser dans l'hypothèse où nous pourrions négocier une augmentation du tarif hébergement, car l'animation de la vie sociale, en dehors des interventions relationnelles en réponse à la dépendance, ressort de la section tarifaire d'hébergement.

Nous avons donc un ratio d'encadrement de 0,33 ce qui, comme le dénoncent de nombreux acteurs, est une faible dotation, au vu de l'accueil de notre population. D'autre part, le ratio des veilleurs de nuit n'est pas conforme à la réglementation en matière de travail de nuit. Nous prévoyons le recrutement de 1,8 ETP sur le budget 2005 pour palier à cette situation. De ce fait, le personnel ne dispose pas du temps nécessaire pour

exécuter ses tâches, d'autant que ceux-ci se retrouvent à effectuer des tâches telles la toilette et le nursing, tâches des infirmières libérales, sur prescription médicale, exécutées uniquement le matin.

Il convient également d'aborder les compétences nécessaires, en termes de prise en charge soin et de dépendance. La qualification est faible, seuls la cuisinière, l'ouvrier d'entretien et deux secrétaires ont une formation correspondant à leur mission. Il faut dire que le recrutement s'est effectué localement et que l'ouverture de l'établissement, dans ce bassin d'emploi sinistré, a été une opportunité pour la commune de recruter des demandeurs d'emploi. De plus, ce secteur est resté longtemps sur l'idée que gérer une maison de retraite résidait à gérer une prestation hôtelière. Ainsi la formation des agents sociaux n'était pas un critère prépondérant. Il suffisait de témoigner d'une motivation à entretenir les locaux et à travailler auprès de personnes âgées pour voir sa candidature retenue. Aujourd'hui, en grande majorité ce sont les agents sociaux qui prennent en charge le quotidien des personnes âgées.

Légalement, le personnel salarié a droit à 5 semaines de congés par an. Le manque de personnel ne permet pas de se passer aisément d'un salarié. Pour rester dans le cadre de notre budget, nous pouvons donc soit ne pas remplacer les agents absents et soumettre ainsi les autres à un rythme de travail accéléré et épuisant, avec des conséquences directes et évidentes sur la prise en charge des résidents, soit anticiper et négocier un budget de remplacement, dans les limites raisonnables, c'est à dire modique et symbolique.

Pour faire face à cette carence, nous avons recours aux contrats CES (Contrat Emploi Solidarité) qui présentent l'avantage de leur moindre coût, mais l'inconvénient majeur de mettre en situation professionnelle difficile des personnes non formées et elles-mêmes en grande difficulté.

De plus, il est à regretter que les pouvoirs publics aient réduit la durée de ces contrats : elle permettait à une personne de développer dans un premier temps des compétences, de s'inscrire sur un rythme de travail, pour enfin se poser et réfléchir à un projet professionnel. Ainsi, lors de l'extension de l'établissement, deux contrats CES ont été titularisés après leur inscription en formation. A l'heure actuelle, la politique consiste à accorder des contrats, d'une durée maximale de six mois. Ainsi, ces personnes ont à peine le temps d'intégrer les bases d'une pratique professionnelle et ce turn-over nous impose d'avoir en permanence du personnel à former.

En somme, nous n'avons pas les moyens nécessaires à une prise en charge optimale et les compétences, suffisantes pour l'accueil de personnes âgées valides, ne correspondent plus aux besoins actuels. Enfin, l'accroissement de la dépendance au

sein de l'institution a augmenté les tâches techniques (entretien des chambres, service des repas...) au détriment d'un rôle relationnel car il a fallu établir des priorités, faute de moyens supplémentaires. Et cette adaptation a généré des changements dans les pratiques professionnelles par méconnaissance, souci de bien faire et par l'emprise du médical, plus présent au quotidien.

1.4.2 Une logique médicale et d'assistance

Grand âge et dépendance sont venus donner de nouvelles orientations aux maisons de retraite depuis quelques années. Les pathologies physiques et psychiques ont conduit à une plus grande médicalisation, transformant souvent l'accompagnement en prise en charge. Il ne s'agit pas de dénoncer cette évolution nécessaire qui répond aux besoins et s'impose progressivement aux EHPAD, mais de prendre en compte également d'autres besoins des résidants.

On peut dire qu'un univers sanitaire s'est créé au sein de l'établissement. Il existait un souci très présent de sécurité des personnes, se traduisant le plus souvent, par le « faire à la place » plutôt que par « aider à faire..» L'organisation du travail ne prenait en compte que les besoins de première nécessité des personnes, tels les toilettes, les levers, les couchers, les repas et la prise de médicaments, d'autant que le soin technique est considéré comme étant prioritaire par les familles des résidants puisque c'est, l'impossibilité de les poursuivre dans le cadre familial qui est à l'origine de la demande d'entrée. Pour le résidant, ayant peu d'occasion de s'exprimer, le soin était le biais de rencontre car le personnel était pris à d'autres tâches. Le relationnel entre les résidants s'instaurait plus généralement avec le personnel soignant extérieur.

Sans rejeter la réponse médicale qui constitue, selon moi, qu'une partie de la réponse dans la prise en charge des personnes âgées, elle présente un inconvénient si on n'y prend pas garde, celui d'être le domaine réservé des spécialistes, c'est-à-dire avec un vocabulaire accessible uniquement à des professionnels avertis. Dès lors, les effets sont évidents à l'égard des bénéficiaires et du personnel non soignant, : ils se retrouvent dans une espèce de « hors-jeu » relationnel dans lequel l'incompréhension empêche de donner un avis, préférant s'en remettre par la force des choses aux médicaux. Ces situations créent un état de dépendance vis-à-vis des spécialistes, qui va à l'encontre d'une démarche pluri-disciplinaire, associant les personnes au projet qui les concerne. Le personnel se sent démuni face à la mutation des problématiques des personnes et se sent exclu de cette prise en charge de plus en plus médicalisée. Cette mutation s'est traduite par le passage du principe de « faire des soins » au lieu de « prendre soin de.»

La reconnaissance de l'autonomie du vieux impliquerait de sortir donc de la logique d'assistance. « Si nous sommes tous dépendants et utilisateurs de services et de professionnels, seuls les vieux, comme les handicapés et certains malades, sont menacés lorsqu'ils utilisent ces services, dans leur autonomie psychique. Ce ne sont plus, comme nous, des utilisateurs, mais des assistés ! »⁴²

A contrario, pris dans le quotidien, dans les tâches matérielles, parfois rituelles et obligatoires, les professionnels ont beaucoup de mal à modifier leurs pratiques car ils ne voient que la dépendance et ne parviennent pas à se mettre suffisamment à distance de leurs habitudes. Une personne accueillie perd, si on n'y veille pas, le contrôle de sa vie, elle a tendance à s'en remettre à l'environnement professionnel. Et répondre dans l'instant à la demande de la personne, « de faire à sa place », rend le projet impossible. On renforce ainsi, avec la meilleure volonté du monde, sa dépendance. D'autre part, les soins de nursing prodigués, la fonction « maternante » du personnel de soin sont facteurs de renversements des rôles et peuvent ajouter à la sensation de perte d'identité.

Alors que les études montrent que le désœuvrement accélère la sénescence, il ne faut pas favoriser un cercle vicieux : « retraite → exclusion sociale → angoisse et repli sur soi → vieillissement accéléré »⁴³

L'intervention des médecins dans l'établissement est tout à fait libre, chaque résidant conserve son médecin traitant ainsi que tous les professionnels de santé. Notre quotidien est ponctué par leurs interventions et leur présence influence l'organisation générale et oriente même les actions, au détriment du rythme des personnes accueillies. Ainsi, régulièrement le lever est ponctué en fonction de l'intervention de l'infirmière libérale, gérant ainsi son emploi du temps, du moins le début de la journée. Ces dérives perturbent l'organisation collective et provoquent des dysfonctionnements pour le personnel et les résidents. Combien de fois, avons-nous attendu la matinée l'intervention d'un soignant qui n'est venu qu'en début d'après-midi ? Ce sont des formes de violence car on ne respecte plus la personne à prendre en charge, partant du principe que celle-ci doit être disponible. Nous allons explorer les politiques sociales mises en œuvre dans notre secteur, pour trouver des réponses à notre cheminement.

⁴² PELISSIER. J. « *La nuit tous les vieux sont gris- La société contre la vieillesse* », Bibliophane-D. Radford, 2003 p. 44

⁴³ TUBIANA. M. « *Le bien-vieillir-La révolution de l'âge* » Fallois 2003, p. 191

1.4.3 De l'intégration à une approche sociale et culturelle

Plusieurs dates font de la vieillesse un enjeu constant et majeur des politiques publiques. On a vu, à travers le rapport Pierre Laroque, que l'intégration des personnes âgées avait été un axe important de la politique de la vieillesse, même si celle-ci s'est révélée toute relative. Pourtant, en dépit des nombreuses propositions et initiatives, la politique de la vieillesse ne s'est pas affirmée comme une priorité des décideurs publics. C'est ainsi que le politologue B. Jobert parle, en la matière, de « non-décision » exemplaire.

En raison de ce contexte, en 1999, le Premier Ministre a chargé Paulette Guinchard-Kunstler, d'une mission d'analyse en vue de propositions de réponses à apporter aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le rapport « Vieillir en France » est un véritable tournant, à mon sens, de la politique de la vieillesse car il prend en compte les besoins de la personne et son environnement. Le rapport retient d'ailleurs, la notion de désavantage social ou de handicap plutôt que dépendance. Selon le rapport il s'agit d'un problème culturel, d'une démarche qui consiste à penser ce que chacun, quel que soit son âge, peut apporter à la société. « Dans le domaine des relations humaines, les personnes âgées ont besoin comme tout un chacun d'échange, de vie sociale, et de se sentir utiles, de manière à éviter le désinvestissement, la somatisation et la dégradation. » Ainsi, il s'agit de prendre en compte les besoins dans le domaine de la santé, dans le domaine de la vie quotidienne et dans le domaine de la vie sociale. Le rapport fait le constat suivant : « L'approche essentiellement sanitaire empêche que soit mise en place une réponse gérontologique globale. »

« Il en ressort la nécessité de prendre en compte l'implications des solidarités environnementales, familiales ou extra familiales, les ressources de la personne, sa vie affective, son histoire de la personne, sa vie sociale et sa santé...C'est pourquoi il convient de développer une approche plus sociale, plus psychologique, plus culturelle permettant de rompre avec l'idée que le grand vieillard n'est qu'un grand malade. »

Le rapport souligne aussi la nécessité d'une organisation nouvelle afin de parvenir à une prise en charge globale. « De la place que la société accorde à ses personnes âgées découle le type de réponse qu'elle donnera au problème des personnes âgées en perte d'autonomie. Quelle place, quel rôle, la société donne-t-elle à ses vieux ? Quel regard porte-t-on sur eux ? » Derrière ces questions, c'est un véritable enjeu politique qui s'affirme, « de défis majeurs à relever pour une société plus solidaire. »

La mission souligne également l'importance d'initiatives locales oeuvrant pour le développement de la participation des personnes âgées aux activités sociales et la nécessité pour les établissements d'une d'intégration dans la cité.

Il s'agit d'engager un changement de mentalité pour rompre avec l'image négative du « dépendant » et contribuer ainsi à un changement de regard valorisant le rôle social des personnes âgées. Nous sommes donc invités à un changement de paradigme, quitter « l'objet vieillesse » pour passer à la « personne citoyenne actrice elle-même de sa vieillesse dans la cité avec sa richesse et sa plus-value en lien social et multigénérationnel. »⁴⁴ En somme, quitter le concept d'une politique de la vieillesse pour une politique du vieillissement dans la vie ordinaire de la cité.

Mais au-delà de cette nouvelle approche, des textes fondamentaux, longtemps attendus par les acteurs du médico-social, conduisent à imaginer de meilleures perspectives pour les usagers, mis au centre des dispositifs et des considérations.

1.4.4 La Loi du 2 janvier 2002-2 à la croisée d'autres textes

Avant d'aborder les dispositions de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, véritable changement dans nos pratiques, il me faut présenter les grands axes de la réforme de la tarification dans le secteur des personnes âgées, amorcée par la loi PSD du 24 janvier 1997. Outre le fait qu'il s'agit d'une nouvelle répartition des financements, entre le Conseil Général et l'assurance maladie, par rapport à l'état de santé et de dépendance des personnes âgées, un certain nombre d'obligations pour les établissements ont été fixées.

En effet, une convention pluriannuelle avec le Préfet, le Président du Conseil Général et l'établissement prévoit que pour l'accueil de personnes âgées dépendantes, tout établissement doit notamment préciser ses conditions de fonctionnement tant au plan financier qu'en matière de qualité des prises en charge et des soins, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Si, à première vue, le dispositif paraît compliqué, tant sur le fond que sur la forme, il a le mérite de tenter de répondre à la prise en compte de la dépendance, aux besoins d'informations des personnes et surtout à la satisfaction des résidents. Le détail de sa mise en œuvre sera abordé dans mon projet de direction, car la négociation de la convention sera capitale dans les moyens octroyés et dans la démarche qualité au sein de l'établissement.

Mais, le véritable ancrage de notre réflexion s'inscrit fortement à travers la mise en œuvre de la loi 2002-2, notamment à travers les articles 2 et 3 :

⇒ promotion de l'autonomie des personnes

⇒ cohésion sociale

⇒ exercice de la citoyenneté

⇒ prévention des exclusions

⁴⁴ MARCILLAT. Hervé « *Vieillesse et société, le rendez-vous manqué* » Erès p.62

Ces nouvelles exigences dictées par la loi, peuvent être considérés comme une réponse aux grands débats qui secouent notre société sur les droits et les devoirs de chacun, « le citoyen et la responsabilisation. » En effet, «développer la citoyenneté » permettra la mise en place de nouvelles pratiques et favorisera ainsi l'innovation.

La participation directe de l'utilisateur, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne, est une des priorités de l'exercice des droits et libertés individuels. La loi inscrit dans la pierre, de façon immuable, l'objectif pour l'action sociale «de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux » (les usagers).

L'un des principaux enjeux de la loi est de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif en lui reconnaissant pour ce faire des droits. Ceux-ci sont précisés à l'article 7, ils indiquent notamment que l'établissement doit lui assurer « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins. » Plus qu'une liste de nouveaux outils (livret d'accueil, conseil de la vie sociale, règlement de fonctionnement...), on assiste au passage du règne de l'oral à l'ère de l'écrit. C'est, à mon sens, un véritable tournant culturel qui s'amorce, répondant à de réels besoins déontologiques et éthiques impliquant, un changement de mentalité et donc de pratiques pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Dans cette optique, il convient d'avoir une vision plus large des besoins réels des personnes âgées pour étayer nos constats et ainsi réfléchir aux moyens à mettre en œuvre.

1.4.5 Des besoins d'une prise en charge globale

Les résidents sont, nous l'avons vu, de plus en plus âgées ; certaines encore valides, d'autres dépendantes avec la volonté de terminer leurs jours dans l'établissement. Aujourd'hui, tout est en perpétuel changement et les besoins des résidents suivent la même évolution générale que dans notre société.

Encore faut-il définir le mot « besoin » qui est prétexte à de mauvaises orientations dans les réponses. Car le besoin est souvent confondu avec la demande exprimée par le résident, celle-ci pouvant être en contradiction avec les prestations souhaitables pour le développement de l'utilisateur. « Comme une démarche qualité doit avoir comme fondement une analyse des besoins et que l'objectivité dans ce domaine n'existe pas »⁴⁵, il faut donc rechercher à remettre en cause nos définitions de ces besoins, par une

⁴⁵ P. DUCALET, M.LAFORCADE « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* »-Seli Arslan 2002 p. 92

confrontation et le croisement permanent d'avis et de données. Car se tromper sur la nature du besoin va à l'encontre de nos missions.

En ce qui concerne le schéma départemental 2003-2007 du département de l'Hérault, mis à part la priorité donnée à l'action en faveur du maintien à domicile, la politique adoptée, à partir de l'analyse de l'existant, consiste à favoriser une socialisation le plus longtemps possible et à promouvoir la qualité au sein des établissements.

Sur le plan théorique, plusieurs concepts s'affrontent pour présenter les différents besoins de l'être humain et plus particulièrement de la personne âgée. Dans le secteur, les instruments les plus connus dans ce domaine sont la hiérarchisation des besoins selon la pyramide de Maslow et les quatorze familles de besoins définies par Virginia Henderson. Sans entrer dans le détail, Maslow a surtout insisté sur le fait que les besoins, classés en cinq catégories, doivent être comblés dans cet ordre, comme on gravit les marches d'une pyramide.



Les marches de la pyramide de Maslow

Il en résulte, de ce concept, que la privation des besoins fondamentaux, tels les besoins physiologiques, rend la construction des étages supérieurs impossible. Nous constatons au quotidien que le sentiment de sécurité est important, il s'agit donc de permettre le « chez soi. »

Mais, il faut faire attention à ne pas s'enfermer et ainsi fermer la porte des possibles. Mon expérience professionnelle m'a montré que des personnes ressentaient un besoin de reconnaissance avant le besoin de se nourrir, de se loger, de se soigner... Quoiqu'il en soit, ces besoins, mis en lumière par Maslow, nous rappelle que la personne âgée en face de nous n'est pas un malade, un dément, mais un être humain, un citoyen.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Le contexte du vieillissement et de perte d'autonomie physique et psychique de notre population à la maison de retraite « Les Tilleuls » a conduit à des pratiques d'assistance, de plus en plus empreintes de soin, freinant et handicapant le projet initial de l'établissement, axé sur la citoyenneté des résidents. La dépendance des personnes âgées centralise les actions et l'attention au détriment d'une prise en charge globale et d'un développement des liens sociaux. Nos vieux s'ennuient faute de réponses adaptées et la maison de retraite ne joue plus son rôle social et culturel. Comment donc, alors que nous allons entreprendre la médicalisation de l'institution, dans un contexte réglementaire reposant essentiellement sur la dépendance, réaffirmer le projet initial, prendre ainsi en compte le sentiment d'inutilité sociale des personnes âgées, favoriser leur citoyenneté malgré leur perte d'autonomie et ainsi œuvrer pour un renforcement du secteur médico-social dans la prise en charge des personnes âgées ?

Il faut considérer que la personne âgée rencontre des difficultés d'autonomie mais n'a pas forcément terminé ses possibilités de développement. Il s'agit donc pour les aidants, de passer d'une conduite de « faire à la place » à une conduite d'aide au « faire » ou de « faire-faire ». Car prendre conscience qu'une personne âgée a des possibilités est probablement la meilleure perception que l'on peut avoir d'elle. Et ceci passe par l'élaboration d'un projet de vie favorisant la participation des personnes âgées, qui, en l'occurrence permettra le maintien des liens mais aussi le maintien de l'autonomie. Il s'agit par cette attitude de redonner du pouvoir et de la maîtrise à la personne dépendante afin qu'elle demeure une personne âgée responsable. Il s'agira donc de mener un accompagnement sensible aux tâtonnements de la personne, plutôt que de se focaliser par exemple sur un maternage exagéré. La deuxième partie de mon mémoire reposera donc sur la construction du projet de vie de la maison de retraite « Les Tilleuls » dans le cadre de la mise en œuvre de la convention tripartite, en vue de la médicalisation de l'établissement.

Et comme l'écrit J. M. Miramont « C'est notamment, lorsqu'il y a constat de l'inadéquation entre le fonctionnement de l'établissement et les besoins de la population accueillie que s'entreprind l'élaboration du projet institutionnel. »⁴⁶ En tout état de cause, le directeur n'a pas vraiment le choix d'avoir ou pas des projets. Pour de multiples raisons, avoir un projet est indispensable. Il donne une légitimité au directeur, il permet de ne pas s'installer dans une démarche de gestion pure et donne du sens aux pratiques professionnelles au quotidien.

⁴⁶ J.M. MIRAMONT, D. COUET, J.B. PATURET « *Le métier de directeur : techniques et fictions* » Dunod 1992, p.72

2 LE PROJET DE VIE FAVORISANT LA PARTICIPATION DES PERSONNES AGÉES

« Celui qui ne sait où il veut aller encourt de multiples risques : se perdre sans cesse à son point de départ, s'épuiser ainsi que ceux qui le suivent, puis par lassitude finir par se faire une raison de n'avoir aucun but et se construire une « économie du même », une rationalité de l'identique et de la répétition. »⁴⁷

En ce qui nous concerne, nous souhaitons promouvoir un projet de vie pour les personnes âgées de la maison de retraite, par la réaffirmation du projet d'établissement, en tenant compte du phénomène de dépendance et de l'isolement social que certains de nos résidents subissent. Décidés et éclairés sur les concepts de la dépendance et d'autonomie, nous nous attacherons, dans cette partie, à présenter les éléments de la stratégie à mettre en œuvre, la méthodologie qui en résulte ainsi que les supports utilisés, pour l'atteinte de notre objectif. L'enjeu consiste d'une part, à se saisir de l'opportunité de la signature de la convention tripartite, pour impulser un projet volontaire rétablissant le projet d'établissement initial et ses valeurs fondatrices et ne plus subir une médicalisation, qui, sans avoir été réfléchie au préalable, risquait de le mettre à mal. D'autre part, il nous apparaissait important de conforter notre mission médico-sociale à travers la médicalisation de l'établissement afin de ne pas tomber dans le sanitaire au détriment d'une dimension sociale et culturelle.

En qualité de directrice, il me faut donc définir et proposer une stratégie de construction de ce projet de vie, le doter des moyens nécessaires à sa réalisation et les réajuster si nécessaire, à travers son évaluation. Notre réflexion prospective reposera sur ces trois axes et la nécessité de mobiliser tous les potentiels pour le bien-être de nos résidents. Mais préalablement, nous présenterons les prérogatives de la convention tripartite et de son cahier des charges sur lesquelles va reposer mon hypothèse de travail.

⁴⁷ P. DUCALET., M. LAFORCADE « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales » Dunod, p. 189

2.1 LES ÉLÉMENTS DE CONSTRUCTION DU PROJET DE VIE

2.1.1 La signature de la convention tripartite : un enjeu

Etablir et signer une convention tripartite est devenu obligatoire pour héberger des personnes âgées dépendantes depuis la publication du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, lié à la réforme de la tarification. Celle-ci trouve son origine dans le constat d'insuffisance des équipements dans les établissements pour répondre à la dépendance des personnes âgées et l'incohérence des financements antérieurs puisque la précédente tarification « binaire » ne tenait pas compte de la dépendance des personnes âgées ni du niveau de la dépendance de ceux-ci. Ainsi la réforme de la tarification s'inscrit dans la lutte contre la maltraitance et la prise en compte de la dépendance des personnes âgées.

La réforme s'appuie d'autre part sur un dispositif contractuel de convention tripartite en vue d'une amélioration de la qualité d'accueil et des prestations. Les signataires de la convention sont le représentant légal de l'établissement, le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. La convention tripartite est un dispositif dynamique définissant les droits et obligations réciproques des trois signataires durant cinq ans. En outre elle fixe les objectifs d'évolution de la structure et prévoit les modalités de son évaluation. Le texte fixe le contenu d'un cahier des charges et définit le contenu d'une démarche qualité dans laquelle doivent s'engager les établissements afin d'offrir aux usagers les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Il s'agit de mettre en place une démarche d'assurance qualité reposant sur un certain nombre de recommandations abordant tous les aspects de la vie de l'institution au regard de :

- la qualité de vie des résidants (projet institutionnel, qualité des espaces privés, collectifs...)
- la qualité des relations avec les familles et l'entourage (avant et au moment de l'entrée en institution, au cours du séjour, lors du décès..)
- la qualité des personnels exerçant dans l'établissement (rôle et qualification du directeur, du médecin coordonnateur, de l'infirmière référente et des divers professionnels exerçant dans l'établissement...)
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique, comportant des soins coordonnés (complément entre structures, soutien à domicile, convention avec un établissement de santé, collaboration avec les services de psychiatrie, liens avec le milieu social environnant...)

Le ministère a souhaité dans un premier temps des recommandations plutôt que des normes contraignantes, afin de laisser aux contractants, une « marge d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement. »

Les engagements de ces aspects doivent être matérialisés par un projet d'établissement qui comporte un projet de vie et un projet de soins. De plus, la qualité sera appréciée au regard de la satisfaction des résidents et de leur famille par rapport à l'habitat, la restauration, l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité de la vie sociale. De même, la qualité sera appréciée au vu des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique.

Enfin, les modalités d'évaluation de la convention doivent être proposées dans un rapport formalisé par l'établissement. A cet effet, un guide d'accompagnement ANGELIQUE (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements) outil officiel d'évaluation des établissements pour personnes âgées a été élaboré par la Mission MARTHE (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement) et l'ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique)⁴⁸ afin d'appréhender la démarche.

En fait, la réforme de la tarification s'inscrit dans une dynamique du « bien vieillir » qu'il nous appartient de saisir pour mener à bien nos objectifs qui s'inscrivent pleinement dans ce cadre réglementaire. Initialement tous les établissements accueillant des personnes âgées devaient avoir signé la convention tripartite en 2001, mais compte tenu des problèmes de financement générés, nous avons jusqu'en 2006 pour entreprendre ce chantier. La convention tripartite constitue la pierre angulaire de la réforme et c'est à travers elle que se fera l'équilibre entre d'un côté le niveau des dotations versées par les deux autorités, le conseil général et l'assurance maladie, et d'autre part les exigences de qualité qui incomberont à l'établissement.

Mais, pour la première fois, la qualité fera l'objet d'un lien contractuel entre l'établissement et les pouvoirs publics. En effet, aujourd'hui, dès lors qu'un établissement a reçu une autorisation de fonctionner, son existence n'est remise en cause que pour des faits atteignant une certaine gravité. Or, à l'avenir, l'évaluation de la qualité sera plus fine. Et de son résultat dépendra le renouvellement ou non de la convention sans laquelle, à terme, il deviendra impossible d'héberger des personnes âgées dépendantes. La convention tripartite devient d'une part un dispositif incontournable pour la pérennité de la

⁴⁸ Ministère de l'Emploi et de la solidarité, *Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*-Guide d'accompagnement ANGELIQUE, ENSP juin 2000

structure mais aussi un outil à se saisir pour défendre nos ambitions, en matière d'amélioration de nos prestations au quotidien.

En ce sens, c'est un enjeu pour notre structure, qui doit se fixer des objectifs, à travers un projet de vie, document essentiel de la convention tripartite, au même titre que le règlement intérieur, le contrat de séjour, le livret d'accueil, l'organigramme, la composition du conseil de la vie sociale. En fait, le dossier de demande de conventionnement de l'établissement, outre le projet de convention proprement dite, comprend de nombreux documents administratifs, techniques et financiers.

Nous sommes donc dans un contexte légal où s'exprime la volonté des législateurs de voir les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes repenser les prestations qu'ils offrent dans le souci de garantir les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

C'est donc dans ce cadre que nous allons explorer la construction du projet de vie de la maison de retraite «Les tilleuls » qui est une première démarche nouvelle vers cette qualité de la vie.

2.1.2 Sa conception architecturale

Aujourd'hui l'idée de projet fait partie du discours de tous les acteurs politiques, sociaux, économiques, etc. Plus qu'un phénomène de mode, concevoir un projet semble être devenu une démarche vitale pour le devenir de la société, de ses institutions et des individus qui la compose.

Le secteur sanitaire et social n'échappe pas à la règle, avec le projet d'établissement, le projet éducatif ou de soins... « Le projet assure les conditions d'échapper au déterminisme et exerce une fonction transitionnelle, liant le passé, le présent et l'avenir. »⁴⁹ Et comme l'écrit J.P SARTRE, dans Questions de méthode, « L'enjeu de tout projet est cette conquête de la liberté par l'appropriation du présent pour mieux se jeter à la conquête de demain, pour tenter de maîtriser ce qui est l'objet d'incertitude et donc, de souci ou d'angoisse. »

En d'autres termes le projet est une anticipation, puisqu'il représente ce que sera le futur. Il est une utopie, de l'ordre de l'imaginaire, puisqu'il relève du monde des idées et est, en ce sens, le combustible de la réflexion qui le rendra opérationnel. « Les directeurs ont rendez-vous à la fois avec l'utopie et la compétence. Sans que l'une prenne le pas sur

⁴⁹ P. LEFEVRE « *Guide de la fonction directeur d'établissement* » 2^{ème} édition Dunod 2003 p. 147

l'autre. »⁵⁰ Il s'agit, en effet, d'alimenter notre technicité par nos aspirations pour faire un pas de plus dans nos missions au quotidien. Aussi, pour conforter le besoin de prise en charge globale de la personne, nous estimons devoir associer le projet de vie, le projet de soins et le projet d'animation dans un même projet de vie global, afin que toutes nos pratiques professionnelles soient liées entre elles et soient complémentaires et non juxtaposées. Car, sur la base des engagements, liés à la démarche qualité, dans le cadre de la convention tripartite, les trois projets pouvaient se concevoir indépendamment des autres.

Construire un projet, c'est l'occasion de mettre à plat ce qui se fait sur le terrain pour repenser en profondeur le fonctionnement de l'établissement. Or nous disposons des données de l'auto-évaluation ANGELIQUE effectuée en 2002. En effet, comme précisé dans la première partie, l'établissement s'est porté candidat très tôt pour signer la convention tripartite, accord initialement prévu fin 2002, puis en 2003. A l'heure actuelle, nous sommes toujours en attente, mais avec des espérances sérieuses dans un proche avenir. Néanmoins la démarche ayant déjà été amorcée, les résultats de l'auto-évaluation effectuée sont disponibles bien qu'à réactualiser, en fonction des écarts et des évolutions. Dans cette perspective, l'option est celle d'une gestion participative, impliquant l'ensemble des collaborateurs, car elle paraît être en cohérence avec le finalité de participation de nos résidants. Elle impulse aussi une démarche de projet, où je me situe, non pas au centre, cette place étant celle de nos résidants mais dans les interactions de ses contours, manoeuvrant ainsi tantôt en initiateur, tantôt en animateur et garant du projet. «L'organisation par projets est aujourd'hui légitime et peut être utilisée au service de l'efficacité, du développement des ressources et de la démocratie dans les associations, les établissements privés et publics. »⁵¹

2.1.3 Chronique d'un chantier : l'auto-évaluation

L'auto-évaluation avait été menée par l'ensemble du personnel, sur une période de 6 mois en 2002 (annexe 3), avec l'appui d'un groupe de travail, à travers le référentiel ANGELIQUE. Munie de ces données, il convient de la réintroduire dans notre contexte actuel et de concilier son élaboration avec notre calendrier de chantier.

⁵⁰ Directions - Le mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social n° 10 juillet-août 2004 Dossier Cap sur la fonction de directeur p.27

⁵¹ P. LEFEVRE « Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales », 2^{ème} édition, 2003, Dunod

L'ordre du jour de la réunion des délégués du personnel, au mois de janvier 2004, comportait donc l'étude de la démarche de médicalisation de l'établissement. D'une part, ils ont été invités à se prononcer sur la nécessité de réactualiser l'auto-évaluation, afin que l'analyse de ses résultats soit au plus près des besoins de notre population actuelle. D'autre part, les éléments administratifs liés à la convention tripartite et les pistes de réponses, en terme de moyens humains et financiers qui pourront être alloués, leur ont été communiqués. La reconstitution du groupe de travail qui avait eu en charge le suivi et la mise en œuvre de l'auto-évaluation, groupe formé de quatre salariés dont la cuisinière, une des trois secrétaires et deux agents sociaux, leur a été proposée.. Il s'agissait de faire, de l'élaboration du projet de vie, l'affaire de tous et enclencher ainsi la dynamique, la communication, notamment avec les représentants salariaux, vecteurs positifs à la réflexion et à l'innovation. En effet, la maison de retraite, les délégués du personnel, réélus depuis maintenant 10 ans, sont la cuisinière et l'ouvrier d'entretien, des interlocuteurs donc privilégiés dans ma démarche de projet. De plus, la professionnalisation liée à la convention tripartite nécessitait leur implication, au plus-tôt, pour anticiper le plan de formation 2005, qu'il nous faudra intégrer.

A l'issue de la réunion de cette instance représentative, un groupe de travail a été mis en place pour effectuer la réactualisation de l'auto-évaluation et trois séances organisées en fixant la fin du mois de février 2004 comme échéance. Il m'importe de poser la finalité et d'apporter les règles afin de ne pas laisser de « flou » car les réunions représentent un coût important dans un établissement.

L'auto-évaluation, édictée dans le cadre de la réforme, consiste à faire l'état des lieux à un instant donné, dans le but de déterminer les points forts et les points faibles de l'établissement . Points faibles et forts étaient sensiblement les mêmes que ceux recensés lors de la première étude : en dehors des problèmes de matériels, tels le besoin d'installer des lits médicalisés par exemple, les points faibles recensés, liés à la prise en charge restaient ceux évoqués et détaillés dans la première partie de notre étude . Ceux-ci auraient pu servir comme point de départ, mais il était indispensable de redynamiser la démarche de projet qui s'était, entre temps endormie, à cause des reports successifs de la signature de la convention tripartite. Notons que quelques points techniques et matériels avaient, entre temps, été résolus..

Le résultat final de l'auto-évaluation, qui donne par thème et par mot clé, l'avis collectif du groupe, rédigé par mes soins, a été validé par les membres du groupe de travail lors d'une réunion de restitution en mars. Ainsi les éléments de base, étaient disponibles, même s'il convient de l'accompagner d'une réflexion d'ensemble sur l'évolution, la composition de la population, la demande extérieure, le comportement des résidants et

des familles et les éléments de motivation du personnel pour fixer une stratégie. Oser mettre à plat les dysfonctionnements, les carences et les limites de nos actions et explorer des pistes de travail devenait possible et permettait afin d'explorer des pistes de travail afin de faire émerger un projet de vie correspondant aux attentes de chacun. Je ne reprendrai pas les éléments détaillés de la synthèse, car les items du questionnaire sont d'importance inégale : certains ne sont que le rappel d'obligations légales ou réglementaires existantes (formation incendie de tous les membres du personnel, existence d'un contrat de séjour, conseil de la vie sociale...), d'autres sont des recommandations ou définissent des bonnes pratiques professionnelles. Enfin, quelques items n'ont aucun caractère obligatoire mais portent sur la qualité de vie : bien entendu ce sont ceux-ci que nous avons ciblés pour l'élaboration de notre projet, partant du principe que les autres items répondaient à nos obligations légales de ce fait, impérieuses. De plus, en ce qui concerne les réponses à apporter aux résidants, en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins, telle l'organisation des soins ou le maintien de l'autonomie, par exemple à travers une signalétique de l'établissement ou l'éclairage, ces réponses constitueront le projet de la convention tripartite dans son intégralité.

2.1.4 La démarche projet, une volonté commune

Le projet ne peut être construit indépendamment des personnes qui vont l'animer et devra donc répondre aux attentes et aux besoins de chaque individu de l'établissement. C'est ainsi que le projet, outil technique, devient une démarche humaine.

Il ne peut être la volonté d'une seule personne ; aussi incombe-t-il au directeur d'impulser une dynamique et de concentrer les intérêts de chacun et de chacune, sur la démarche d'élaboration de projet. Pour ce faire, il nous est nécessaire d'accompagner le conseil d'administration et le personnel, dans une prise de conscience de l'inadéquation, entre les besoins de la population accueillie et les réponses apportées.

Le Conseil d'administration devait choisir à faire l'une des deux pistes de travail :

⇒ amorcer la médicalisation de l'établissement en réponse à la dépendance de nos résidants

Cette option est certes, à priori, la moins complexe, dans le sens où nous pouvons nous procurer des références d'expériences effectuées dans d'autres établissements, mais elle ne satisfait que partiellement aux missions qui nous incombent en terme d'innovation et dénature également le projet initial de l'établissement, par une réponse unique à la dépendance.

⇒ enclencher la médicalisation de l'établissement, en prenant en compte les besoins et les potentiels de nos résidants, par une réaffirmation du projet d'établissement au travers une réponse médico-sociale. Cette option est plus complexe car elle suppose d'adapter notre projet au montage de la convention tripartite et nous projette un peu vers l'inconnu, mais en contre partie, elle permet une valeur ajoutée pour les résidants et l'établissement.

Pour aider le Conseil d'Administration dans sa prise de décision, l'étude de la population de la maison de retraite, sur les cinq dernières années, a été présentée. Nous avons mis en exergue l'augmentation de l'âge des personnes, lors de l'admission et celle de la dépendance à l'origine de nouvelles pratiques professionnelles s'écartant du projet social initial. Pour ce qui est des besoins de la population, nous avons présenté le sentiment de solitude et d'inutilité sociale de nos résidants à travers quelques témoignages recueillis, en les mettant en relation avec des textes et des recommandations de notre secteur, dont la charte des droits et libertés.

La première étape de la démarche a été de convaincre le Conseil d'Administration de la nécessité de réaffirmer le projet initial de l'établissement pour favoriser la participation de nos résidants au fonctionnement de l'établissement, et ainsi agir sur leur lien social et sur le maintien de leur autonomie. Pour faire un état de l'inadéquation de notre prestation et des écarts en référence au projet d'établissement, nous avons présenté le déroulement d'une journée ordinaire de travail. Puis au travers de trois situations de personnes, j'ai pu exprimer et mettre en parallèle ce qui était fait dans chaque cas et ce qu'il aurait été souhaitable de faire pour tendre vers une meilleure prise en compte des besoins des personnes. Sans pour autant se positionner en tant qu'unique porteur de projet, il importe, néanmoins, d'afficher distinctement la volonté de la direction dans le processus, afin d'éclairer les membres du conseil d'administration, de l'avenir du projet. Ce manque de clarté en amont risquerait de pénaliser le projet lui-même. Aussi ai-je dû défendre ma vision du traitement des personnes âgées, en tant que citoyennes, ce malgré les conséquences physiques et psychiques de la dépendance.

Le conseil d'administration a décidé de rester fidèle aux valeurs du projet d'établissement, a validé cette piste de travail et a demandé sa mise en œuvre. A l'issue du conseil d'administration, le Conseil de la Vie Sociale a été invité à se réunir, pour se prononcer sur nos pistes de travail et pour constituer le groupe de pilotage, chargé de construire et suivre la mise en œuvre de la convention tripartite. Ensuite, le Président a été sollicité pour organiser une réunion de l'ensemble du personnel afin que la démarche projet soit perçue par tous comme une politique institutionnelle.. Pour que la réunion ne génère de dysfonctionnements, nous avons choisi de la placer à un moment de la

journée où nous avons repéré qu'il y avait moins de sollicitations de la part des résidants, c'est à dire après le goûter. Ce créneau horaire se révélait être le plus approprié du fait de la présence plus importante des familles, au sein de la maison de retraite. Nous avons donc informé les familles de l'organisation d'une réunion générale, par courrier.

Le personnel n'a pas semblé dérouté par cette orientation du projet. Il est vrai que sa participation directe à l'évaluation de la première étape l'avait conforté dans la nécessité d'un changement dans les prises en charge. Ces étapes d'information et de concertation ont permis la constitution du groupe de pilotage, composé des 4 membres du personnel, chargés de la réactualisation de l'auto-évaluation, de 2 membres du conseil de la vie sociale et de 2 membres du conseil d'administration. Nous pouvons dire, que cette méthode a mobilisé l'ensemble des parties prenantes de l'établissement, même si, dans sa phase initiale, les salariés ont été quelque peu déroutés par le fait qu'il leur était demandé de s'exprimer sur les personnes accueillies et sur leur propre travail, cette demande leur apparaissait inhabituelle.

Deux priorités se sont dégagées de ce travail collectif et ont été approuvées lors d'un conseil d'administration en mai 2004 :

- ⇒ la nécessité d'une évaluation globale et personnalisée de chaque résidant, en vue d'élaborer des projets individuels
- ⇒ engager la convention tripartite en vue de la médicalisation de l'établissement, en tenant compte de nos points forts et de nos points faibles répertoriés

Le projet s'est ainsi décliné en objectifs :

- travailler sur la place de la personne âgée, sa participation face à une organisation garantissant un juste équilibre entre des paramètres tels que :
 - les soins préventifs, curatifs de confort et d'accompagnement en fin de vie
 - la sécurité à laquelle la personne âgée est en droit de prétendre
 - la qualité des nécessaires rapports à établir avec la personne âgée afin de lui permettre de continuer à élaborer un projet de vie et à reconstruire d'autres repères
- Garantir un projet de qualité qui affirme et fasse vivre des concepts, des valeurs dans une dimension éthique

- Permettre aux personnes âgées de s'approprier les lieux de vie
- Développer les pratiques permettant l'intégration au groupe, la participation
- Aider les relations interpersonnelles
- L'accueil, la sécurisation, le confort, l'animation de la vie, le maintien des capacités physiques et intellectuelles, la citoyenneté sont autant de notions qui doivent guider nos actions

C'est sur ces bases que le projet de vie a été élaboré et ensuite présenté, dans un premier temps, au comité de pilotage puis au conseil d'administration. Il est certain que dans l'idéal, il aurait été plus approprié que le projet de vie soit rédigé par le groupe de pilotage. Cependant, confronté aux échéances et à l'investissement temps que cette méthode nécessitait, car il avait fallu libérer le personnel deux heures hebdomadaires durant deux mois et demi, le comité de pilotage m'a en effet demandé d'entreprendre ce travail. Seulement, notre secteur est souvent confronté à ces paradoxes, qu'il nous faut sans cesse affronter pour répondre aux échéances et à la mission d'accueil au quotidien. Dans ce contexte, j'ai donc traduit le travail mené par le comité de pilotage, par des processus et la mise en place d'outils.

Dans cette phase d'élaboration, je suis allée rencontrer des partenaires pour confronter la mise en œuvre d'outils, de processus et pour vérifier l'opportunité de ce projet. C'est ainsi que j'ai rencontré les agents du CLIC⁵¹ de l'Association Partage de Béziers, le chef de service gérontologique de l'hôpital de Béziers, trois confrères gérant des maisons de retraite dans le département et le service du Conseil Général à qui j'ai d'ailleurs exposé les axes de travail de notre projet. Je tiens, d'ailleurs à préciser que cette initiative a permis de fructueux échanges liés à la dimension sociale du projet de vie. C'était aussi une occasion pour moi de rencontrer ces interlocuteurs, que je n'avais eu qu'au téléphone depuis ma prise de fonction. J'ai ainsi pu vérifier l'attention particulière du Conseil Général à notre projet d'intention.

Quant à la dimension politique, j'ai sollicité mon Président, en qualité de conseiller général et maire, pour recenser les attentes formulées par ses citoyens, en matière d'hébergement de personnes âgées. Cette méthode a permis la construction du projet de vie que je me propose d'exposer ainsi que les éléments de sa mise en œuvre pour lesquels l'établissement est invité à retravailler son organisation. Dans cette perspective,

⁵¹ Centre Local d'information et de coordination

ma stratégie va donc être globale, partant de l'intérieur de la structure, en intégrant l'environnement de nos résidents et celui de l'établissement puisque chaque univers exerce des interactions avec l'autre.

2.2 LE PROJET DE VIE, UNE AFFAIRE HUMAINE

2.2.1 De l'accueil au projet de vie individuel

L'entrée en institution correspond à une phase de crise douloureuse pour la personne âgée, tout autant que pour la famille. Elle représente une véritable rupture traumatique dans la vie de la personne âgée. Pour la famille, cette étape est culpabilisante et provoque du chagrin et de l'angoisse. De plus, l'entrée en institution génère souvent une modification de la sphère psychosociale qui, pour A.-M. Guillemard, conduit « de toute évidence à une problématique en terme de socialisation, ou plutôt de désocialisation, analysable sous la forme d'une séquence accélérée de ruptures spatio-temporelles et de pertes de repères psychologiques et sociaux »

Il en va de même, pour la perte de son espace, de son territoire et des objets qui ont été déterminants pour la personne. De plus, généralement, les entrées se font dans l'urgence : suites d'hospitalisations, familles épuisées... C'est donc dans ce contexte que nous avons construit un processus d'admission, veillant à diminuer les effets de cette étape, où le nouveau résident « peut entrer dans un mécanisme de souffrance qui provoque un repli sur soi et un enfermement dans le souvenir »⁵² Ce processus constitue pour l'équipe un ensemble de règles, d'étapes à mettre en place pour faciliter une bonne intégration à l'établissement.

2.2.2 L'entrée en institution, des étapes

A) La phase de pré-admission

Une des premières phases est la période d'accueil en amont de l'admission. La plupart du temps, cette phase est menée par la famille, mais il nous importe que cette phase soit l'occasion d'une rencontre avec la personne âgée. Nous proposons deux modes de rencontre, soit à domicile si la personne âgée est rétive à venir dans un premier temps à la maison de retraite. Dans ce cas, nous allons au domicile car c'est aussi une occasion de découvrir la personne âgée dans son environnement, et donc de mieux appréhender

⁵² VERCAUTEREN « *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées* » Erès 2002, p. 94-105

son entrée. Sinon, l'entretien se passe dans l'établissement et est suivi d'une visite qui permet de rencontrer les personnels.

L'entretien entre la personne âgée et la direction est très important dans la recherche du consentement à son admission. Il s'agit d'informer le futur résidant de ce qu'il peut attendre du personnel, mais aussi ce que le personnel attendra de lui. Une partie de l'entretien touche à la description des résidants de l'établissement dans l'hypothèse où une personne qu'il connaît ou qui a habité le même village, se trouve dans la liste des résidants. Le traumatisme de l'entrée sera, en effet, moins grand si le repère se construit d'emblée sur une base relationnelle chargée d'affectif. A l'issue de l'entretien, un délai de réflexion est demandé avant de remplir le dossier d'admission et une évaluation de la santé et de la dépendance est faite par le médecin coordinateur. Durant cette période, nous proposons en accueil de jour la possibilité de venir prendre des repas ou d'assister à des animations pour une appropriation progressive des lieux. C'est aussi un temps pour les équipes et la direction d'élaborer le contrat de séjour. Définir alors avec la personne et la famille ce sur quoi s'engage l'établissement en termes de conditions de vie et de soins et leurs limites est essentiel pour le directeur, car c'est sur quoi va reposer la prise en charge et ce dont il sera garant au quotidien.

B) L'admission

Lors de l'admission, le jour le plus approprié est celui où les personnels sont en nombre important pour que l'on puisse prendre le temps d'accueillir, « cueillir la rose » dans une approche individuelle. Les admissions sont des moments difficiles pour la famille et nous souhaitons une disponibilité d'écoute, d'attention. Parce que l'équipe sera attentive, les premiers moments seront moins pénibles et rendront les autres étapes plus faciles. Dès l'admission enregistrée, il s'agira de remettre les coordonnées des représentants du conseil d'établissement afin de permettre aux usagers qui le souhaiteraient de prendre contact avec eux.

Vouloir agir sur les capacités de la personne dépendante est déjà la considérer comme capable d'amélioration ; c'est en même temps pour les équipes une inscription dans une démarche de construction dynamique, plutôt qu'un face à face au fatalisme. Mais prétendre accompagner le résidant dans cette démarche suppose au préalable de connaître l'histoire de la personne.

Il ne saurait y avoir de projet concernant une personne, indépendamment de son histoire. Cette connaissance est un moyen de découvrir les potentialités propres de la personne, à travers des différences qu'elle manifeste. Dans l'idée de collecter un minimum

d'informations concernant les personnes âgées, ce dans l'objectif de mettre en place un accompagnement adapté et personnalisé, nous comptons élaborer un document « Bilan social à l'entrée de la personne » que nous exploiterons dès le mois de novembre. Il s'agit d'acquérir des éléments individuels propres à la personne âgée : ses goûts, ses désirs, ses loisirs, ses centres d'intérêts, pour une meilleure approche de la personne. Connaître, simplement pour comprendre, pour partager, pour échanger autour de ce passé. Cette connaissance est un moyen de découvrir les potentialités propres de la personne afin de l'aider à être actrice de son projet. Ce recueil de données sert de base à l'évaluation car toutes les dimensions de la personne sont prises en considération : état cognitif, communication/audition, vision, humeur, et comportement, bien-être psychosocial, problèmes physiques, fonctionnels, continence, diagnostics médicaux, état nutritionnel, bucco-dentaire, traitements médicaux... Pour remplir ce bilan social, une phase d'observation d'une durée limitée à deux semaines est instaurée. Les données sont recueillies par le référent désigné auprès des différents intervenants professionnels. En effet, le projet de vie se décline par la désignation systématique d'un référent de la personne âgée qui va accompagner son parcours. Celui-ci désigné lors de l'admission, est chargé de recenser auprès des équipes les éléments d'évolution et présente lors des réunions de synthèse la situation de la personne. Il est aussi le liant avec les familles et le personnel, avec pour charge de faire remonter les besoins, les remarques. La désignation du référent se fait à travers une réunion de pré-admission à laquelle un salarié de chaque catégorie professionnelle est invité.

Cette organisation n'est pour autant pas satisfaisante car on ne peut, encore à ce jour, y faire participer les personnels de nuit à cause des contraintes liées à leurs emplois du temps et ce malgré l'impact de leur présence auprès de nos résidents.

Poursuivant notre objectif de rendre actrice la personne âgée, à travers une participation, il nous a semblé important qu'elle s'approprie la structure comme son lieu de vie. C'est donc sur ce deuxième axe que s'oriente notre accueil, en vue de concrétiser le projet de vie individuel de la personne.

2.2.3 Le projet de vie personnel, un outil et non une utopie

Considérer le résident à travers ses potentiels, comme acteur social et non comme objet de soin, non pas encourager l'illusion, mais mobiliser les forces vives, restaurer le tissu social, cela est déjà le signe de la prise en compte de la dimension citoyenne de la personne. Bien que la tentation soit grande de faire à la place ou bien décider à la place, nous n'avons pas à imposer notre point de vue mais à respecter la personne dans ses choix.. Nul ne peut être acteur de sa vie si, par exemple, nous choisissons pour lui ses vêtements. Aussi faut-il être attentif à susciter, à solliciter l'avis, le choix, c'est encore une

occasion de maintenir une autonomie à travers l'affirmation de soi. C'est dans cette perspective que nous mettons en œuvre, avec l'intéressé ou sa famille un projet de vie personnel qui tient compte de ses aspirations, de ses choix d'animation par exemple, d'horaires de repas que nous essayons d'intégrer dans nos contraintes collectives. Ce projet personnel, contractualisé par les trois parties (personne âgée, famille et institution par l'intermédiaire du référent) constitue la base de nos actions au quotidien et servira de support à notre évaluation qui déterminera un réajustement si besoin. Cette phase est intégrée aux dispositifs réglementaires : le livret d'accueil et le contrat de séjour. D'ailleurs, le projet personnel est inséré, en annexe au contrat de séjour.

Considérer la personne âgée, c'est la placer au centre du dispositif. Dans cette optique, des temps de réunion sont mis en place : tout d'abord entre les personnels, à l'instar des réunions de synthèse qu'on rencontre dans d'autres secteurs (notamment le secteur de l'handicap), ensuite entre résidents et personnels, après entre résidents, familles et personnels, une fois par trimestre. Ces échanges permettent des réajustements quand il y a des écarts formulés, de programmer ou proposer des animations extérieures et de prendre du temps à l'écoute de la famille.

Ainsi, le projet de vie de la maison de retraite intervient de façon transversale dans tous les autres projets personnels pour aborder les conditions matérielles ou organisationnelles relevant de la vie dans la structure et des aspects humains. Et les contours du projet de vie sont dessinés par le rassemblement de macros projets, pour lesquels la participation de nos résidents est au centre de nos actions.

2.3 LA PARTICIPATION AU CŒUR DE NOS PRATIQUES

Nous ciblons deux types de participation, celle des résidents eux-mêmes et celle des familles et de leur entourage, à travers une prise en charge globale de la personne. Mais nous allons développer dans cette partie essentiellement celle de nos résidents.

2.3.1 La participation active des résidents

Dans cette démarche, les résidents sont encouragés à conserver des actes de la vie quotidienne, en fonction de leur capacité et des aspirations de chacun. Ainsi, les résidents qui le souhaitent, peuvent entretenir leur chambre, gérer son intendance, participer avec le personnel à divers travaux quotidiens qui ponctuent la vie quotidienne : plier le linge, aider à l'épluchage des légumes, participer à des travaux de couture, dans le respect des consignes de sécurité. Dans cette approche, il faut toutefois différencier « faire » et « participer » pour les personnes. On peut regarder, conseiller, surveiller la cuisson, commenter, voire critiquer. Toutes ces actions sont des formes de participation.

Bien qu'elle ne soit pas régie par une réglementation, nous avons instauré une commission menu où les résidents sont invités à participer à l'élaboration des menus qui seront cuisinés. Cette commission est organisée avec le service restauration et les personnes âgées, dans le but d'une appropriation de leur condition d'accueil. C'est le concret de leur quotidien et ils y sont très attachés. Ainsi, ils suggèrent, commentent, font des propositions pour les menus envisagés. Cet espace d'expression doit leur permettre une réelle implication dans le choix de leur traitement. Cela nous permet également d'ajuster la restauration aux attentes des uns et des autres, tout en tenant compte des équilibres nutritionnels, car le système institutionnel tend à négliger le point de vue des principaux intéressés, qui n'est pas forcément le même que celui qui travaille. C'est le cas, par exemple, de la viande qui peut paraître normalement tendre, mais trop dure pour une personne âgée. Ainsi, il est possible d'améliorer la qualité de l'alimentation proposée, non pas en fonction des critères universels, mais en fonction des critères propres de la parole des personnes accueillies. »⁵³

Il en est de même, à chaque saison, en ce qui concerne le choix et la plantation des fleurs au niveau des espaces verts collectifs. Les résidents peuvent s'inscrire aux matinées destinées à la plantation co-gérées par le personnel d'animation et le service d'entretien. Le travail du jardin et les fleurs pour les femmes suscitent beaucoup d'intérêts. Il est vrai que le travail de la terre a des vertus bénéfiques pour l'homme. Outre la démarche participative dans ces actions de plantations, l'animatrice va rechercher aussi, dans les limites des possibilités du résident, l'effort physique nécessaire pour maintenir des capacités ce, à travers les tâches à exécuter.

Dans le même ordre d'idée, le service de table et le couvert peuvent être mis par les résidents afin de donner du sens à la « vie collective » et bien entendu dans le respect des libertés de la personne. Il s'agit dans ces tâches d'établir un lien social entre les résidents et le personnel en leur redonnant le sentiment d'utilité sociale, ce qui permet de valoriser leurs actions. « Par ailleurs, en les rendant acteurs, on limite les effets négatifs de la collectivité. »⁵⁴

Ces différentes formes de participation à la vie institutionnelle inciteront donc à interroger les pratiques collectives et impliqueront une participation active de l'ensemble du

⁵³ ARGOUD. D - PUIJALON B « *La parole des vieux- Enjeux, analyse, pratiques* » Fondation de France. Dunod, 1999. p. 99

⁵⁴ R. VERCAUTEREN, B. LABOREL, F. JAHAN « *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées* » Eres 1999 p. 240

personnel afin de recréer un climat chaleureux et convivial dans les différentes tâches domestiques. Même si l'animation à la participation quotidienne de la vie de l'établissement est portée par l'équipe animation, elle nécessite une implication de l'ensemble du personnel et du directeur, tant dans son orchestration, que dans son évaluation au quotidien. En effet, le projet de vie repose sur l'équipe, quelque soit la fonction ou le poste et c'est ainsi, par sa multidisciplinarité et ses multicompetences que l'équipe accompagne la démarche à tous les niveaux des prises en charge. C'est l'équipe d'animation qui est chargée d'associer tous les agents à cette dynamique transversale. Edicté par la loi du 2 janvier, le conseil de la vie sociale se substitue au conseil d'établissement. Aussi, dans la perspective de mettre en œuvre au plus-tôt ce nouveau dispositif, nous avons organisé une réunion des résidents et de leur famille dans le but de les informer des nouvelles modalités de cette instance et de l'organisation de la campagne électorale en vue des élections des représentants qui se dérouleront le même jour que les élections des délégués du personnel. Il nous a semblé, en effet, intéressant d'associer les deux obligations réglementaires pour donner du sens à la représentativité dans une dynamique globale. A cet effet, nous souhaitons mettre à la disposition des résidents, des lieux pour échanger et du matériel de papeterie pour l'élaboration de tract. Le suivi et l'accompagnement de la campagne électorale sera pris en charge par l'équipe d'animation.

Accompagner les personnes, c'est veiller à ne jamais rien enfermer dans une routine mais à ouvrir toutes les portes des possibles sans négliger le rythme de chacun. Cette démarche ne peut être menée qu'à plusieurs, en équipe où la parole de chacun doit être écoutée et nous verrons plus loin comment faciliter ces prises de parole. Mais, la participation active des résidents ne saurait se limiter aux murs de l'établissement, il importe aussi qu'elle s'inscrive à l'extérieur pour développer les relations sociales et promouvoir la citoyenneté des personnes âgées dans un environnement.

2.3.2 La participation des personnes âgées au cœur de la cité

« Participer à des activités avec des personnes extérieures à l'établissement permet de maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle et sociale quotidienne en lui donnant des outils pour une représentation positive de soi. A chaque fois, ces activités créent un espace de rencontre, amènent à communiquer. »⁵⁵

⁵⁵ C. HARTWEG, G. ZEHNDER, « *Animateurs et animation en établissements pour personnes âgées-Pratiques gérontologiques.*, Erès, , 2003 p.44

Dans cette logique, le projet ne peut être délimité par le mur de l'enceinte de l'établissement mais doit associer son environnement à notre volonté de promotion du rôle social de nos résidents. Pour s'inscrire dans l'environnement social de proximité de l'établissement le projet doit donc passer par la consolidation et la progression des partenariats. Ceci implique un engagement de l'institution pour que des relations de partenariat, solides et formalisés par une convention puisse se nouer. Dans cette perspective, la municipalité, le CCAS, les écoles, le collège et les associations oeuvrant dans le village, la bibliothèque, ainsi que le club du troisième âge ont été sollicités et invités à s'associer à notre projet. Ces rencontres institutionnelles ont été source d'enrichissements mais aussi de contraintes, dans le sens où cela demandait une disponibilité, un travail de préparation en amont et d'échanges réciproques pour parvenir à des objectifs en commun. Damien Brochier (1997) définit la relation de partenariat comme « l'organisation d'une action conjointe de plusieurs acteurs appartenant à des institutions différentes, qui ne relève pas d'une relation de subordination de l'un envers l'autre. »

Fort heureusement, l'institution était déjà très impliquée dans son tissu social et la municipalité a été partie prenante de cette dimension partenariale, ce qui a facilité les échanges. Nous sommes ensuite passés à une phase de contractualisation des relations, ce qui a permis à chacun d'avoir une certaine garantie de fiabilité et d'engagement. Cette phase a institutionnalisé le projet de part et d'autre et a défini l'organisation d'une complémentarité entre les structures, qui fonctionne selon le degré de l'engagement et d'implication de chacun.

C'est ainsi que ce partenariat a impulsé la création d'un réseau d'échanges réciproques de savoirs, au sein de la commune, qui permet de soutenir des relations de proximité relevant de la spontanéité au quotidien. Le réseau constitué de volontaires, dont des résidents, vient leur signifier la valeur de leur existence sociale, dans la mesure où ils sont appelés à mettre dans l'échange, un peu de ce qu'ils sont. L'animation du réseau, menée par l'équipe d'animation de la maison de retraite et des volontaires du partenariat instauré, a permis ainsi l'échange d'une heure de promenade à l'extérieur, contre le témoignage d'un ancien combattant ayant vécu la Grande Guerre, la lecture quotidienne, contre l'apprentissage du point de croix, l'apprentissage de l'occitan contre l'écriture de lettres... Ces témoignages traduisent cette véritable participation des personnes âgées au sein de la cité. Le processus de mise en place d'échanges, sous de multiples formes, fait intervenir, au-delà de la rencontre des personnes aux statuts, rôles, âges, origines différents, ce qui va bien au-delà de la simple rencontre. Autour de ces rencontres gravite toute une chaîne d'aidants, qui deviennent partie prenante du projet.

Cet outil nécessite néanmoins une forte implication de la direction dans le tissu social local pour alimenter le réseau de forces vives et inscrire l'outil de façon pérenne. C'est ainsi que nous inscrivons notre mission au-delà des murs de l'enceinte de l'établissement et essayons de nous rendre disponible aux diverses invitations du partenariat local, afin de participer au développement local et par la même intégrer la maison de retraite à son environnement. Dans le même ordre d'idée je participe aux travaux, en qualité de membre du conseil d'administration de l'association CLIC Partage à Béziers, ce qui développe les échanges entre partenaires du même secteur et favorise les réflexions sur nos pratiques. En somme, le bon développement du projet nécessite aussi la participation du directeur à son environnement local et institutionnel. S'inscrire dans un réseau de partenaires, c'est déjà accepter de ne pas être tout puissant, c'est accepter de confronter son point de vue à celui ou à ceux d'autres professionnels. C'est aussi, partager, échanger autour d'une situation, c'est donc associer nos regards, pour une meilleure connaissance, en vue d'une meilleure prise en charge. Toutefois, se mobiliser pour le développement de la participation des personnes âgées repose essentiellement sur l'animation qui doit être envisagée comme une véritable prestation de service afin de contribuer au mieux-être, à la qualité de vie au quotidien.

2.3.3 L'animation au cœur du projet

L'animation constitue une réponse privilégiée au développement ou au maintien de la vie sociale des personnes âgées, seulement celle-ci trop souvent se décline en une succession d'activités occupationnelles. La circulaire du 7 avril 1982 prévoit que l'animation « doit être comme un projet élaboré en commun, à des fins non seulement de loisirs mais aussi thérapeutique sachant qu'avec l'avancée en âge et la diminution de l'autonomie, l'animation doit jouer davantage un rôle de soutien avec une ouverture sur l'extérieur. » De plus, dans le cadre de la convention tripartite, le ministère des Affaires sociales indique, dans l'article 5-1 de la loi, que le projet de vie soit en lien avec le projet d'animation.

Ainsi, pour que l'animation puisse viser à l'accomplissement de soi et à la participation sociale, à partir des besoins propres de chaque personne âgée, il faut que celle-ci soit le fil conducteur du projet de vie. Le but n'est plus d'amuser les personnes âgées mais de fournir des réponses adaptées aux besoins et aux attentes collectives et individuelles, de leur permettre de reconstruire leur vie sociale dans le cadre de leur projet de vie.

« L'animation ne peut plus naître du seul sentiment de bien faire. Il faut fixer des objectifs thérapeutiques, sociaux et culturels individualisés. »⁵⁶ C'est d'ailleurs, dans cette perspective, que ce sont réunis, en novembre 2003, les premiers états généraux de l'animation en gérontologie qui visaient à reconnaître la place fondamentale de l'animation auprès des personnes âgées et à fixer ses objectifs en vue de concevoir une charte de l'animation en gérontologie.

Il y a encore quelques années, on définissait l'animation comme étant celle du quotidien. « Aujourd'hui, l'animation se doit de rassembler et fédérer toutes les énergies et les sensibilités au bénéfice du projet de vie de la personne. » a exprimé Richard Vercauteren, sociologue, lors de ces rencontres. Dans cette logique il faut se donner les moyens pour que l'animation soit réellement une prestation de service intégrée au projet et par voie de conséquence se doter d'une équipe. Car « les animateurs travaillant dans les maisons de retraite sont souvent seuls dans les établissements. Ils n'ont pas la possibilité de structurer (ou de s'intégrer dans) un véritable service d'animation et fonctionnent de façon isolée par rapport aux autres secteurs ce qui est générateur de souffrance. »⁵⁷

Se contenter d'une seule animatrice risque de limiter l'organisation des actions uniquement aux jours ouvrables. De plus, l'animation se doit d'être transversale et doit donc associer tous les agents à cette démarche. Dans cette perspective et dans le cadre de la négociation de la convention tripartite, je préconise la titularisation des 2 emplois-jeunes, en qualité d'animatrice pour 0,70 ETP chacune, qu'il me faudra négocier auprès du conseil général, car ce choix aura un impact sur le prix de journée à charge des résidents. Cette organisation favoriserait une animation de 5 heures par jour, sept jours sur sept.

L'équipe sera chargée de superviser le programme d'animation et de mettre en oeuvre des actions en interne et en externe, en partenariat avec le tissu local associatif. D'autre part l'équipe participera pleinement aux réunions mises en places sur la prise en charge du résident, afin de passer par «un repérage d'activités possibles en lien avec les capacités de la personne, car si l'activité n'est pas adaptée, le risque est grand soit d'accentuer le sentiment d'échec de la personne, soit de donner un peu plus le sentiment de ne plus faire partie d'un groupe social. »⁵⁸ Il m'appartiendra donc, en ma qualité de

⁵⁶ C. HARTWEG, G. ZEHNDER «*Animateurs et animation en établissements pour personnes âgées* » Politiques gérontologiques - Erès 2003 p.27

⁵⁷ V. DALE, C. BADEY-RODRIGUEZ « *L'évolution des pratiques d'animation à Genève* » Gérontologie et société n° 96 2001 p. 43

⁵⁸ C. HARTWEG, G. ZEHNDER op. cit 2003 p. 41

directrice de préconiser et d'animer la concertation, de créer une articulation entre les différents professionnels, afin de concilier les différents points de vue.

L'animateur, de part sa formation, demeure le plus apte à coordonner, réaliser et évaluer l'animation. Il n'en demeure pas moins nécessaire que l'animation, au service des résidents soit l'affaire de tous, en participant à l'animation par des suggestions, des idées. Car l'animation est avant tout une conception de la vie en établissement. C'est pourquoi l'équipe et la direction doivent mettre en place une véritable culture et développer une capacité d'observation et d'évaluation des personnes dans une approche globale. L'animation sociale est un outil pour atteindre cet objectif, en ce sens qu'elle stimule les échanges sociaux et s'inscrit, à travers le loisir, la culture dans une démarche d'intégration interactive entre un individu et son environnement.

La tentation était grande, il faut l'avouer, de nommer, comme cela se fait ailleurs, l'équipe d'animation, les « agents de convivialité », mais nous avons opté pour une appellation plus professionnalisante, faisant référence plutôt à de la technicité, sans pour autant inhiber le rôle essentiel de la convivialité dans nos rapports au quotidien. D'ailleurs, à ce sujet, nous allons nous référer aux « dix commandements de l'animation en institution du grand âge »⁵⁹ dans l'élaboration du projet d'animation.

- 1) « L'animation en institution est l'affaire de tous »
- 2) « L'animation doit respecter l'identité du vieillard »
- 3) « L'animation doit se faire avec les vieillards mais pas à leur place »
- 4) « L'animation n'est pas figée mais évolutive »
- 5) « l'animation est non seulement occupationnelle, mais aussi créative »
- 6) « L'animation doit envahir tous les espaces de vie de l'institution »
- 7) « L'animation est un ensemble d'actions relevant d'un projet unique »
- 8) « L'animation doit être proposée et non imposée »
- 9) « L'animation ne doit pas noyer les potentiels individuels dans les activités de groupe »
- 10) « L'animation doit mettre en valeur et non en situation d'échec le vieillard auquel elle s'adresse »

Mais facteur de changement, l'animation peut provoquer des remises en cause profondes des conceptions usuelles, faire émerger un sentiment d'insécurité et des résistances professionnelles, notamment avec le personnel soignant, composante à

⁵⁹ E. DE LAROCHELAMBERT « *Les institutions du grand âge et leur gestion* » Gérer la santé ESF

intégrer, lors de la mise en œuvre du projet soin et, de surcroît, lors du recrutement du personnel soignant. «Comme toutes les professions nourries de relation, d'écoute, de propositions, les professions relatives à l'animation sont profondément et essentiellement subversives : elles subvertissent la vie quotidienne car elles cherchent à ranimer le désir au détriment de la résignation, de l'acceptation sans réflexion ; elles subvertissent l'organisation car elles introduisent, même avec prudence, un des grains de désordre de la spontanéité, elles subvertissent elles-mêmes en se voulant force de proposition et de choix mais non force de contrainte. »⁶⁰

2.3.4 Un projet de soin intégré

La difficulté consiste à bâtir un projet de vie, et ses macros projets sur des notions essentielles telles que la vie, le respect, sans pour autant s'éloigner d'objectifs opérationnels, pragmatiques tels la prise en charge des soins et de la dépendance.

La prise en charge médicale, certes doit être assurée mais il conviendra d'être vigilant car comme nous l'avons démontré, le risque est de faire d'un problème personnel une affaire de spécialistes. Aujourd'hui, le projet de vie construit en interaction avec le projet de soin oblige les équipes à se centrer sur la personne dans sa globalité.

« Le médecin coordonnateur est une pièce essentielle du nouveau dispositif, puisque son recrutement est une condition *sine qua non* de la signature des conventions tripartites. Pourtant, de nombreuses hypothèques restent à lever, qu'elles concernent les difficultés de recrutement, de formation ou de pratique professionnelle de ce praticien. »⁵³

L'établissement n'ayant pas, à ce jour, de projet soins formalisé, celui-ci sera élaboré, sous la responsabilité du médecin coordinateur en l'année A+1, c'est à dire en 2005, si les échéances liées à la signature de la convention tripartite sont respectées. En l'absence d'éléments plus précis quant à l'échéance, j'é mets cette hypothèse.

Conseiller technique du directeur, le médecin coordonnateur est l'interlocuteur médical de l'institution vis-à-vis des professions médicales et paramédicales, des différentes administrations et de l'assurance maladie. Ses missions qui font l'objet de l'annexe II de l'arrêté du 2- avril 1999, comprennent notamment : l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins de l'établissement, la coordination avec les autres partenaires de soins, l'organisation et la permanence des soins, l'avis sur les admissions et l'évaluation des soins. Au vu de ces missions et de la nécessité de maîtriser le projet de soins intégré au

⁶⁰ G. LAROQUE « *Editorial- L'animation en institution* » Revue Gériatrie et société n° 96 2001

⁵³ LOUIS P. « *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées* » Seli Arslan 2002, p. 243

projet de vie, j'ai proposé au conseil d'administration le recrutement du médecin, sous la forme de vacation (8 mensuelles), régie par une convention intégrant l'adhésion au projet de vie. Afin de ne pas heurter les susceptibilités des médecins libéraux, qui exercent au sein de la maison de retraite, il a été proposé au conseil d'administration de solliciter l'hôpital de Béziers pour envisager un détachement d'un praticien hospitalier qui répond aux critères, c'est-à-dire une compétence en gériatrie acquise. A défaut, la contrainte d'opérer un choix, quant aux médecins libéraux de proximité, c'est à dire parmi ceux qui suivent nos résidents, risquait de mettre à mal le bon relationnel que souhaite garder l'établissement. Au stade actuel, la négociation avec le directeur de l'hôpital est en cours car en parallèle, nous construisons ensemble une convention partenariale pour les hospitalisations de courte durée de nos résidents, suite aux rencontres, dans le cadre de nos recherches pour l'élaboration du projet de vie.

Tous les médecins libéraux exerçant dans l'établissement devront eux aussi signer une convention avec l'institution qui intégrera les éléments obligatoires liés à la convention tripartite, notamment l'obligation pour le médecin de tenir le dossier médical de ses patients conformément au dossier type qui aura été défini par l'établissement et son adhésion au projet de vie de l'établissement. En conséquence, nous préconisons de réunir, en septembre, tous les médecins libéraux dont l'ordre du jour sera :

- une présentation officielle du projet de vie
- une information liée à la signature de la convention tripartite et à la qualité des soins donnés aux résidents
- le projet de convention

Enfin, pour anticiper sur les besoins en personnel, dans le cadre du projet soin, je dois intégrer l'évolution possible, voire souhaitée de la composition de la population de l'établissement pour la durée de la convention, soit cinq ans. Deux options s'offrent en termes de stratégie : soit maintenir la situation actuelle en maîtrisant le GMP, soit permettre l'accès à des personnes plus dépendantes, grâce aux moyens nouveaux que nous allons obtenir. Certes l'option du maintien du GMP actuel correspondrait aux attentes des professionnels, par crainte du changement. Mais, il faut faire face à une contrainte majeure, celle du vieillissement de la population actuelle d'une part et des demandes d'admission en âge de plus en plus avancé. Aussi, il faut donc profiter de la réforme pour répondre à la demande et, par conséquent, anticiper une augmentation du GMP, compte tenu du projet que l'on envisage de mener.

Aussi, dans le cadre de la convention tripartite, en référence à notre GMP actuel et de l'augmentation prévisible de celui-ci, nous avons prévu le recrutement de :

- 4 ETP infirmières
- 0,14 ETP de psychologue
- 0,43 ETP de kinésithérapeute
- 3 ETP aide-soignants
- 3,54 ETP aide médico-psychologique

soit 11,11 ETP de plus que l'effectif actuel

En tenant compte de la vacation du médecin coordonnateur, nous obtiendrons un ratio d'encadrement de 0,57. Comparé aux normes optimales qui sont de l'ordre de 0,60, en matière d'accueil de personnes âgées dépendantes, nous nous situerions, dans l'hypothèse de recrutement de veilleurs de nuit pour respecter nos obligations (1,8 ETP), à un ratio de 0,61 soit un ratio correct pour mener à bien notre mission

Dans le contexte de pénurie d'infirmières que le pays connaît actuellement et en référence aux difficultés rencontrées par les établissements pour recruter des infirmières, au regard des salaires proposés, se pose la question du choix entre infirmières libérales et salariées. Dans l'option infirmière libérale, une forfaitisation des prestations devrait s'appliquer et obligerait à surveiller et éventuellement contenir les interventions dans une logique de maîtrise des dépenses de santé. En effet, dans ce contexte, l'assurance maladie fait jouer aux directeurs d'établissement, à qui il faudrait les compétences requises pour évaluer et contrôler ces interventions, un rôle qu'elle a actuellement du mal à tenir. Il vaut mieux donc opter pour un statut salariat. Aussi avons-nous présenté lors du dernier conseil d'administration en vue des procédures de recrutement, une demande d'octroi de primes que les collectivités territoriales peuvent accorder au personnel afin que des propositions de salaire plus attractives soient apportées. Ces dispositions, approuvées par le conseil d'administration vont ainsi, me permettre de consolider des équipes autour du projet de vie. Nous verrons plus loin les choix opérés quant aux profils des soignants (aide-soignant et aide-médoco-psychologique).

Le recrutement du psychologue s'effectuera sur la base d'un projet bâti à partir de l'inventaire des actions à mener : soutien aux résidents, groupes de paroles, groupe d'examen de la pratique quotidienne...

Néanmoins dans le cadre du recrutement des différents intervenants, il faudra impérativement intégrer le projet soin dans le cadre du projet de vie, ce qui nécessitera lors des premières rencontres une présentation de notre projet. Ainsi, il est prévu d'organiser, en amont des différents entretiens individuels une réunion des candidats afin

de présenter les éléments du projet de vie. Cette phase d'information permettra ainsi d'anticiper l'entretien de recrutement dans lequel il s'agira d'évaluer non seulement des compétences mais aussi une adhésion au projet de vie où le soin gériatrique n'est pas seulement technique mais renvoie à la notion de *prendre soin*. Ce projet inclut ainsi une dimension relationnelle, impliquant l'écoute active, le respect et souligne la nécessité de la participation du résidant aux soins qui le concernent, afin qu'il en devienne sujet et pas seulement objet. Par ailleurs, cette dimension relationnelle tient compte de la pluridisciplinarité du projet, qu'enrichit l'ensemble du personnel, afin de contribuer à l'amélioration de l'autonomie, élément favorable à l'efficacité de nos soins.. Mais ces orientations nécessitent, au-delà du recrutement un management au quotidien que nous nous proposons de détailler.

2.4 FAIRE VIVRE LA DEMARCHE PARTICIPATIVE

Le concept de projet s'avère également très en vogue dans le domaine des ressources humaines, avec le management par projet. Au-delà d'une simple technique, le management par projet peut constituer « une opportunité forte pour développer de nouveaux modes de relations entre des personnes. Il peut apporter une transformation profonde des comportements et des modes de coopération entre les hommes et les femmes qui travaillent à notre compétitivité. (...) Cette opportunité est essentielle pour faciliter l'émergence de l'innovation, de la création de valeur à tous les niveaux de (notre) entreprise, dans une démarche volontaire, en permettant la mutualisation des compétences et des moyens au bénéfice de tous et de nos partenaires. Le management est en fait très souvent synonyme de changement de culture. »⁶²

L'intérêt de favoriser la démarche de projet est multiple. Elle permet, en outre, de lutter contre le cloisonnement du travail en équipe et d'intégrer la notion de participation tant au niveau de nos résidants qu'au niveau des professionnels. En cela, elle donne une valeur ajoutée au projet de vie, dans sa cohérence aux valeurs initiales de l'établissement qui ont permis ce chantier.

⁶² Xavier BARON « *Gestion des ressources humaines et gestion par projet* » p.614

2.4.1 Mobiliser les ressources humaines

« La réactualisation du projet d'établissement est l'occasion rêvée de faire le point sur la mobilisation et l'adéquation des personnes vis-à-vis de leur fonction.»⁶³ Ainsi, à travers la démarche projet, nous nous proposons d'agir auprès du personnel, dans un objectif de cohésion autour du projet en repérant et anticipant les besoins qui vont se révéler. Bien entendu, cette démarche s'inscrit dans le cadre des directives de la convention tripartite, à savoir une amélioration de la qualité du personnel à travers le développement des qualifications. Il faut dire qu'une conception séculaire s'est inscrite dans le secteur, qui veut que travailler auprès des personnes âgées ne nécessite pas de compétences ou de qualifications particulières, seulement de la bonne volonté.

Le projet qui a pour objectif de développer la participation des résidents, et par là même de prolonger le maintien de l'autonomie, va représenter des changements d'esprit chez les différents acteurs. Comme dans toute organisation, cela va générer des freins et des résistances au changement qu'il convient d'identifier afin de les gérer. Pour cela, il est indispensable, dans une équipe, de travailler autour des mêmes valeurs, de les débattre et de les construire pour se construire une culture commune. Ces temps de concertations vont aussi conduire les professionnels à «penser la complexité à travers l'interaction d'une pluralité de paramètres tous aussi essentiels les uns que les autres.»⁶⁴ Le personnel est le principal fondement, sur lequel s'appuyer pour assurer la réussite d'un projet de vie.

Dans un premier temps, à travers la démarche projet, je vais accompagner le travail d'équipe. La modifications de ses pratiques professionnelles motive fortement le personnel, ce qui est atout majeur dans la réalisation de ces objectifs. « Le travail d'équipe est nécessaire pour permettre une approche de la personne âgée qui ne se réduise pas à une reconstruction de son identité globale à posteriori grâce à des informations morcelées recueillies par les différents intervenants, mais qui se situe sur le registre du repérage et de la compréhension de l'ensemble des besoins de la personne »⁶⁵

En concertation avec le personnel, l'horaire de travail a été modifié afin de dégager le temps nécessaire à l'organisation de réunions. Malgré le souhait initial de les organiser avec l'ensemble du personnel, le besoin permanent de personnel a conduit à mettre en œuvre des réunions d'équipe, d'une durée de 1 heure, tous les quinze jours. Une

⁶³ J. René LOUBAT « *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social* » Dunod- 1999 préface

⁶⁴ BOUTINET « *Le travail d'équipe* » Dunod- 1999 p.77

⁶⁵ DALE , BADEY-RODRIGUEZ-« *Repenser les organisations* » Revue Gérontologie n°1 » n°43 2001-p.16

alternance est mise en place afin que chacun puisse être présent au moins une fois par mois.

Pour pallier l'absence des uns, un compte-rendu de la réunion est distribué à l'ensemble du personnel. La réunion d'équipe permet au manager d'avoir une vue globale des problèmes et d'évaluer le climat social dans la visée d'un réajustement si nécessaire. « Car l'ambiance conditionne beaucoup la valeur du travail, d'où l'importance d'un bon climat social lorsque l'on envisage d'améliorer la qualité du service. »⁶⁶ Cela permet aussi de collecter des informations provenant de points de vue différents.

Au-delà du recueil d'information, temps nécessaire à la bonne marche de la collectivité et à la communication institutionnelle, la réunion est animée pour être un lieu d'échanges entre les personnes, un espace de développement de culture commune afin de renforcer la cohésion des professionnels autour du projet de vie. De même, travailler sur la notion de responsabilité, de l'équipe et de chacun dans l'équipe, remet sur les rails des motivations qui avaient disparu. Rendre l'environnement stimulant et sécurisant, en s'organisant, en prenant du temps pour se réunir, pour communiquer, en aidant chacun à se situer dans le groupe, à comprendre sa place, son rôle, à l'accompagner dans ses pratiques, reste un élément incontournable pour mobiliser les acteurs. Car c'est la mise en condition du personnel qui détermine le succès du projet. Pour cela, est prévu, en amont de chaque réunion, un questionnement du personnel par rapport à l'ordre du jour. Mais vouloir mobiliser le personnel implique une clarté dans le discours, l'explicitation de la signification et de l'utilité de notre projet, d'association des personnes aux choix qui les concernent en laissant plus de place à leur investissement, leur créativité.

C'est en ce sens où, en ma qualité de directrice, je deviens une animatrice du projet pour développer la motivation, un ressort interne, et travailler sur la notion de responsabilité de chacun. Mais pour cela, je dois, en parallèle, me doter d'outils pour entreprendre ce changement culturel en vue de favoriser l'esprit d'équipe, la communication et la cohésion de chacun autour du projet de vie. Car, pour certains, il n'est pas encore aisé de s'exprimer en réunion, par manque de confiance en soi et de connaissances. Je vais donc, en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, utiliser la formation professionnelle comme levier au changement et au développement des capacités professionnelles.

⁶⁶ Pierre LOUIS op. cit. 2002 p. 120

2.4.2 La formation, un outil au service du projet de vie

La formation relève de politiques et de dispositifs réglementaires en vue de créer des liens entre les besoins de la structure et les besoins des salariés. C'est donc dans cette articulation individuel/collectif que doit s'envisager une dynamique de formation autour du projet de vie.

La formation me semble être un outil, un instrument mais surtout un investissement stratégique, un élément de la politique du personnel, au service du projet et par voie de conséquence au service de la personne. En ce sens, la formation constitue un levier de management et de changement essentiel tant au niveau de la compétence que du développement d'une culture professionnelle et d'une culture d'établissement. D'ailleurs le ministère de l'Emploi et de la Solidarité considère la qualification des personnels des établissements accueillant des personnes âgées comme un outil nécessaire à la démarche d'amélioration de la qualité. La signature de la convention tripartite sera donc l'occasion de procéder à l'évaluation des compétences.

C'est dans ces articulations que doit être envisagée la mise en place du plan de formation, qui doit être un levier dynamique de l'appropriation du projet de vie, afin d'accompagner les transformations nécessaires à sa mise en œuvre. La formation doit être non seulement un outil au développement de la technicité mais aussi un outil accompagnant le changement culturel, un enrichissement et une prise de recul pour le personnel. En amont, c'est la préparation au changement : changer d'esprit afin de développer un esprit d'équipe où chacun doit évoluer selon ses compétences, adopter un langage commun et s'approprier la nouvelle culture. Il faut aussi tenir compte de l'épuisement du personnel car le travail auprès des personnes âgées est éprouvant : « Le déficit éprouvé face à des vieillards qui ne peuvent représenter des modèles d'identification satisfaisants va entraîner une profonde souffrance. »⁶⁷

Dans cette configuration, nous nous fixons deux objectifs :

⇒ la démythification du phénomène de dépendance et le développement de la confiance en soi

⇒ le développement des compétences par la qualification professionnelle

Comme le souligne J.J Amyot⁶⁸, « les professionnels de la gérontologie ont des besoins de formation croissants parce que ce secteur est en pleine mutation : diversification des structures, élargissement du champ de la prise en charge, qui s'étend de l'extrême

⁶⁷ BADET-RODRIGUEZ « *Les personnes âgées en institutions : vie ou servie* » Seli Arslan 1997, p. 141

⁶⁸ J.J AMYOT « *Travailler auprès des personnes âgées* » Dunod 2^{ème} édition p. 145

dépendance physique et psychique au soutien social et économique, multiplication des acteurs et des métiers. »

Pour ce qui concerne les actions de formation non qualifiantes, on optera pour des actions de formation en intra, d'une part pour mieux appréhender les coûts et l'absentéisme qui en découle et d'autre part pour proposer aux deux établissements du canton l'intégration de leur salarié.. C'est ainsi, que le projet de trois demi-journées de formation sur le plan de formation 2004, qui n'avait pas été utilisé dans son intégralité, a été présenté aux représentants du personnel. Ce projet approuvé, nous avons mis en place, en septembre, 2004, des actions axées sur la dimension « équipe et prise en compte des résidants » sous la forme de mise en situation, où le personnel se mettait « dans la peau » du résidant, dans des situations de la vie de tous les jours. Ces actions, auxquelles ont participé les agents sociaux, ont été animées par un psycho-thérapeute en petit groupe pour pallier les besoins du service

L'appropriation des connaissances spécifiques liées au phénomène de dépendance passe par des formations à thèmes précis. Nous avons pu repérer les manques, à travers l'auto-évaluation. J'ai donc inscrit une formation collective de l'ensemble du personnel, répartis en trois groupes, sur deux demi-journées, entre novembre et décembre. Ces actions portent sur le phénomène du vieillissement et ce d'une manière transversale, tous métiers confondus afin d'une part de ne pas renforcer les velléités corporatistes encore tenaces et d'autre part de confirmer que la prise en charge était bien l'affaire de tous et qu'il n'y avait pas de domaine réservé à certains et prohibés à d'autres puisque tous les acteurs étaient réunis. Cette action de formation émane du travail en partenariat au sein du CLIC de Béziers et du service gérontologique du CHU de Béziers.

Les objectifs de cette formation :

- ⇒ comprendre les besoins spécifiques des personnes dépendantes
- ⇒ connaître les attitudes sécurisantes pour les accompagner
- ⇒ apporter l'estime de soi par l'écoute et le toucher

Mais la formation professionnelle c'est aussi un outil pour la qualification professionnelle et dans notre secteur cela devient un outil incontournable au vu des directives de la convention tripartite. D'ailleurs, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité considère la qualification des personnels des établissements accueillant des personnes âgées comme un outil nécessaire à la démarche d'amélioration de la qualité. La signature de la convention tripartite sera donc l'occasion de procéder à l'évaluation des compétences des personnels et de pérenniser éventuellement des contrats précaires à travers la qualification professionnelle.

Il était nécessaire de procéder à un choix de type de formation. Dans la perspective de médicalisation, la première logique aurait été d'opter pour une formation d'aide-soignante. Plusieurs problèmes se posaient : les pré-requis nécessaires au concours d'entrée, la durée de la formation et son coût. De plus, intégrer des professionnels qualifiés et, si possible expérimentés, pour une opérationnalité immédiate, était souhaitable. Après étude, le choix s'est porté sur la formation d'aide médico-psychologique. Le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (Cafamp), destiné aux personnes qui participent à l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes, au sein d'équipes pluri-professionnelles et sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical, a semblé être la réponse la plus appropriée à notre contexte, dans le sens, où le champ d'intervention sanitaire et sociale, apportait un volet complémentaire, mais sans renforcer pour autant le champ médical qui allait se développer au sein de l'établissement. En effet la mutation actuelle de notre secteur doit inviter à nous interroger sur nos compétences techniques et relationnelles et ainsi de trouver un juste équilibre entre les deux missions. De plus, l'assurance maladie envisage, dans le cadre de la convention tripartite de financer le remplacement du personnel en formation CAFAMP.

Dans cette perspective, il convient d'étudier les possibilités de pérennité du personnel sous contrats aidés dans la mesure où des agents sociaux pourraient entrer dans ce type de formation qualifiante. Cette stratégie permettrait en outre de concilier formation, promotion interne et résorption d'emplois précaires. Cette action pourrait d'ailleurs être menée dans le cadre de la validation des acquis professionnels qui devrait offrir une perspective professionnelle aux personnels non qualifiés et à ceux ayant un emploi précaire. Mais l'outil formation ne saurait se substituer à un engagement de la part du responsable pour faire vivre la démarche participative.

2.4.3 Une charte pour de meilleurs relations dans le travail

La compétence professionnelle d'un responsable, à quelque niveau que ce soit, est de savoir dynamiser et augmenter les ressources de ses collaborateurs directs. Et le terme « ressource » souvent usité en management s'inscrit tout d'abord dans sa sémantique. Selon le Petit Larousse, le terme « *ressource* » se définit ainsi : ce qu'on emploie dans une situation fâcheuse pour se tirer d'embarras, moyens dont on dispose et « *ressources naturelles* » l'ensemble des potentialités qu'offre le milieu. Dans cette logique de sens et de cohérence de projet, il était important d'établir mon management sur des dimensions éthiques basées sur le respect de la personne et le développement des potentiels de chacun. La même logique de démarche initiée au projet de vie et des outils mis en œuvre, conduit à s'engager dans ce que l'on pourrait appeler une « éthique » de la démarche projet. Pour cela, nous avons mené une recherche

documentaire sur les différentes chartes professionnelles du secteur. Deux chartes ont retenu notre attention : la charte de vie pour de meilleures relations dans mon travail de Jacques Salomé(annexe 4) et la charte de l'innovation et du changement préconisée par la Fondation de France (annexe 5) Ces deux chartes seront étudiées lors d'un conseil d'administration et présentées au conseil de la vie sociale.

Maintenant, nous allons explorer la viabilité de nos hypothèses de travail, en vu de l'amélioration de la qualité pour nos résidants et la mise en œuvre de la médicalisation de la structure. Car au stade où nous en sommes, il convient en effet de planifier nos actions, d'optimiser nos moyens et d'anticiper l'évaluation du projet de vie.

2.5 LE PLAN D'ACTION DU PROJET DE VIE ET SON ÉVALUATION

La phase de définition des actions et des objectifs recherchés ayant été établie, les acteurs et leur mobilisation ayant été examinés, il convient maintenant d'évaluer en détail les moyens nécessaires à leur mise en place, en temps et en finances.

2.5.1 Planifier la mise en œuvre du projet de vie

Echéances	Actions	Contenus
Janvier 2004	Réunion des délégués du personnel	?étude de la démarche de médicalisation ? réactualisation de l'auto-évaluation
Fin janvier 2004	Reconstitution du groupe de travail de l'auto-évaluation	? réactualisation de l'auto-évaluation de 2002
Fin janvier 2004	Conseil d'administration	? présentation du canavas administratif de la convention tripartite ? présentation des besoins des résidants ? présentation des deux pistes de travail ? choix des orientations
Février 2004	Conseil de la vie sociale	? information ? consultation ? constitution du groupe de pilotage
Mars 2004	Réunion de l'ensemble du personnel	? Information générale des objectifs et des méthodes
Mai 2004	Conseil d'administration	? restitution des travaux du groupe de pilotage ? vote

Echéances	Actions	Contenus
Mai- juin 2004	Elaboration du projet de vie	? contacts partenaires ? groupe de pilotage
Mai-juin 2004	Formalisation du projet soin	? contacts Hôpital Béziers
Fin juin 2004	Réunion groupe de pilotage	? présentation du projet de vie
Fin juin 2004	Conseil d'administration	? présentation projet de vie ? adoption
Juillet 2004	Réunion délégué du personnel	? modification des horaires ? réunion équipes
Juillet 2004	Réunion partenaires locaux	? présentation du projet ? construction du réseau d'échanges réciproques de savoirs
Septembre 2004		? mise en place actions de formation
Septembre 2004	Réunion personnel para-médical	? présentation du projet de vie

2.5.2 Optimiser les finances

En cette année 2004, nous n'avons pu bénéficier de toutes les mesures du plan « Vieillesse et solidarités » qui a fait suite aux évènements de la canicule 2003, notamment en ce qui concerne les mesures relatives au remplacement durant l'été, celles-ci étant réservées aux établissements ayant signé la convention tripartite. De plus, la maison de retraite ayant déjà deux pièces climatisées, nous n'avons pas pu bénéficier de l'aide pour l'achat d'appareils rafraîchissants.

La négociation de la convention tripartite est un processus de longue haleine entre les financeurs et l'établissement, de la rédaction du projet jusqu'à la signature finale. Le rôle du directeur vise à obtenir les dotations les plus importantes possibles pour améliorer la qualité de l'établissement.

A la conviction que la qualité à atteindre doit déterminer le niveau des financements que le budget doit être construit et défendu pour y parvenir, s'oppose l'approche des financeurs dans une logique de répartition de budgets, limitée par le montant des sommes à répartir et le nombre d'établissements bénéficiaires.

Dans le cadre de ce mémoire, nous aborderons uniquement le volet du projet de vie, notamment l'impact des recrutements sur les différents budgets (soin, hébergement et dépendance) et non la partie matérielle et immobilière, encore à l'étude à ce jour. Cette

partie liée à l'investissement de lits médicalisés, d'un agencement d'une salle de soins et de fournitures médicales nécessite une planification que nous opérerons après l'étude, de façon progressive.

L'analyse financière révélant un FRI à conforter, un bon taux d'endettement (30,3%), un taux d'apurement de la dette correcte (1,98) et une vétusté globale des immobilisations de 30,9%, l'établissement pourra en toute quiétude suivant un plan de financement pluriannuel entreprendre ces investissements. Pour autant il nous faut étudier les ressources financières du plan d'action proposé.

L'impact financier sur les trois sections tarifaires, tenant compte d'un taux d'occupation de 99% qui tient compte des données des années précédentes et des recrutements prévus se révèle ainsi pour le groupe II :

Tableau Incidences des recrutements

ETP	Postes	Section hébergement	Section dépendance	Section soins
1,4 ETP	Animateur	32 963 €		
1,8 ETP	Veilleur de nuit	47 768 €		
4 ETP	Infirmière			1 62 542 €
0,43 ETP	Kinésithérapeute			12 588 €
3,54 ETP	AMP		(30%) 40 807 €	(70%) 98 550 €
3 ETP	Aide-soignante		(30%) 41 966 €	(70%) 97 922 €
0,14 ETP	Psychologue		4 034 €	
Total :		80 731 €	96 807€	540 959€

En conséquence, mon budget représente 938 417 € alors qu'il s'élèverait à 582 185 € sans la médicalisation.

Sur ces bases, j'ai calculé l'enveloppe «soins de ville » de l'établissement, que j'ai intégrée à la dotation actuelle pour la comparer à la DOMINIC (dotation minimale de convergence), instrument de mesure pour faire converger les budgets des établissements. La DOMINIC se définit comme le niveau minimal de ressources d'assurance maladie auquel peut prétendre l'établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. La dotation est située entre DOMINIC et DOMINIC+ 35% ce qui permet une marge de négociation auprès de l'assurance maladie. Ces éléments financiers engendrent un prix moyen d'hébergement de 42,94 € soit une augmentation de 7,3% sans compter le ticket modérateur de 3,73€. Au vu de cette augmentation

considérable pour le résidant qui verra sa facture augmenter d'environ 90 € par mois, je compte négocier avec le Conseil Général, la prise en charge à 30 % des animateurs, sur la section dépendance. car cette section recouvre aussi des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne. Compte-tenu de notre GMP, de la négociation par la qualité du projet et de nos obligations quant aux veilleurs de nuit, cette hypothèse me semble être cohérente et entendable de la part de nos interlocuteurs. Cette piste de travail permettrait de faire baisser d'autant la charge des résidants qui ne voient pas leur retraite augmenter autant.

En ce qui concerne les charges de formation sont en partie imputables sur le PAUF (Plan Annuel d'Utilisation des Fonds), des actions proposées gratuitement par le CNFPT et des crédits complémentaires, dans le cadre de formation qualifiante d'AMP accordés par l'assurance maladie.

2.5.3 Enclencher une démarche d'évaluation

L'évaluation, dans le secteur des personnes âgées est soumise à deux réglementations : la loi du 2 janvier 2002 et le décret lié à la réforme de la tarification. C'est une petite révolution dans le secteur social et médico-social et une chance pour les résidants. L'enjeu est de taille, car les textes conditionnent le renouvellement de l'autorisation de fonctionner aux résultats d'une évaluation en deux temps, interne, puis externe, réalisée tous les 7 ans. D'ailleurs, le directeur des professions sociales au ministère des Affaires sociales n'a pas hésité à affirmer à son sujet : « Un établissement qui n'aura pas monté ses outils d'évaluation sera pour nous un établissement suspect. »⁶⁹

Chaque directeur va devoir se poser la question de savoir si dans l'établissement dont il a la responsabilité, la qualité des services rendus et des pratiques permet une évaluation satisfaisante garantissant la continuité de l'activité. Pour ce qui nous concerne, la signification de l'évaluation se tiendra dans le fait d'apprécier les écarts observables entre les pratiques et les objectifs inscrits dans le projet. « Le moment de la mise en place de l'évaluation est largement tributaire de l'objet visé. Dans la mesure où le projet est formalisé, la mise en place de l'évaluation pourra être immédiate. Dans ce cas, l'évaluation agira comme un système à la fois, permanent et ponctuel d'évolution du

⁶⁹ TREMENTIN J. « *L'évaluation : contrôle ou recherche de sens ?* » Lien social n°477 du 11 mars 1999

projet. »⁷⁰ Par là, on cherche à savoir si les moyens sont bien en adéquation avec les objectifs recherchés.

A) La nécessaire démystification de l'évaluation

Cet état d'esprit, communément appelé démarche, n'est pas aussi aisé à insuffler au sein de l'établissement que je dirige, même si la démarche d'auto-évaluation, menée à travers l'outil ANGELIQUE, a permis quelques ouvertures et a brisé des glaces. En effet, lors de l'auto-évaluation, les personnels ont découvert ce qu'ils faisaient déjà, au niveau de la qualité, sans le savoir. Toutefois il reste néanmoins des réticences, des freins qui se confortent à l'idée du jugement de valeur, au contrôle et donc par voie de conséquence au dénigrement qu'il convient de prendre en compte. Aussi faut-il faire accepter le processus évaluatif comme un mécanisme différent du contrôle. Car quel que soit la méthode et les outils utilisés dans cette démarche d'évaluation de qualité, il y a tout d'abord une culture à développer pour permettre une appropriation de la part des professionnels. Car si l'évaluation est interprétée comme un moyen de contrôler les pratiques, nous n'atteindrons pas nos objectifs qui résident à nous interroger pour nous améliorer. Aussi, pour démystifier la démarche et dépasser les craintes du personnel, nous allons organiser des réunions de chaque service.

Il s'agira de donner à chaque acteur le rôle qui lui revient, de façon que l'évaluation corresponde à sa pratique. Ce principe reposera sur la transparence quant aux finalités, ce qui contribuera à la légitimer. Car il s'agit d'entrer dans la démarche qualité en lui donnant un sens pour y faire adhérer le personnel et non pour uniquement appliquer des textes. L'importance dans cette démarche, est la dynamique et l'implication des acteurs, de manière transversale, chacun donnant son avis sur tout. Mais, avant de se lancer, dans cette démarche, il conviendra, de démêler le terme « qualité » qui recouvre différents sens (au-delà des critères qualité répertoriés dans le cahier des charges de la convention tripartite et des obligations imposées par la loi du 2 janvier 2002). Ces deux textes qui créent l'obligation sans imposer de définition.

Dans cette phase de démarche d'évaluation, j'envisage un conseil extérieur, à travers l'appui d'un stagiaire en formation, qui pour préparer un DESS en psychologie, a sollicité un stage aux Tilleuls en 2005. Car même si les acteurs connaissent très bien leur terrain, un regard extérieur permet de mesurer si les actions s'intègrent ou non dans une politique institutionnelle et de mettre en perspective l'ensemble de la chaîne : lorsqu' « on est la tête dans le guidon », on a besoin de la surélever pour anticiper les dénivellations de

⁷⁰ VERCAUTEREN, R. J.CHAPELEAU « *Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite* » Pratiques du champ social .Erès 2003, p.44

terrain, les tournants et les risques, dans l'optimisation d'un bon voyage. Sa mission consistera à enclencher la démarche collective d'évaluation à travers l'usage de l'écrit. En effet, nous avons tendance à vivre dans nos établissements au travers une culture orale, où l'habitude, le système D, la méthode miracle ou l'historique des relations, gèrent la nature et la qualité des échanges. Passer de ce fonctionnement à une culture écrite, où nous devons écrire justement ce que nous faisons, faire ce que nous avons écrit et en vérifier l'efficacité, entraîne de fait un accompagnement à la démarche. C'est en ce sens où le travail en amont doit s'inscrire au quotidien pour le personnel afin que cette pratique devienne familière et que la démarche se révèle féconde.

B) Les outils d'évaluation au service des personnes

Mais il ne s'agit pas de s'enfermer dans un processus qui peut d'ailleurs être lourd, mais de choisir les modes d'action dont les effets seront les meilleurs. Confrontée à l'échéance de la mise en œuvre de la convention tripartite au sein de notre établissement et à la bataille d'outils et de méthodes d'évaluation, élaborés dans le secteur, j'ai besoin d'analyser leurs usages et leurs pratiques. Car le risque est grand, si on n'en prend pas la mesure, de tomber dans le piège de la seule exécution, selon l'injonction légale et ainsi de minorer l'évaluation, au détriment de l'utilisateur mais aussi du projet mis en œuvre et de ses différents acteurs. J'ai donc proposé au personnel d'aller rencontrer d'autres professionnels de maison de retraite en vue d'une étude des outils d'évaluation mis en œuvre. Car le défi, pour nous professionnels, consiste à se doter d'outils d'évaluation pertinents, issus des pratiques quotidiennes sur le terrain et acceptables par tous.

Dans le secteur des personnes âgées, les outils ne manquent pas, outre l'outil « ministériel » Angélique, nous disposons en outre de la méthode d'évaluation Eva, élaborée par la Fédération hospitalière de France, d'une norme Afnor et d'un référentiel qualité « établissements d'hébergement pour personnes âgées » initié par les syndicats professionnels Synerpa et Fnacppa. Car même si, pour s'inscrire dans la signature de la convention tripartite, l'outil Angélique a été utilisé, rien n'empêche de constituer un outil plus propre à notre établissement.

Parallèlement, en attendant le retour du choix opéré quant à l'outil, je compte mettre en place une enquête de satisfaction, qu'il nous appartiendra d'intégrer dans nos futurs processus afin de réaffirmer les droits de nos résidents et d'évaluer la pertinence de notre projet. L'utilisation de cet outil témoigne d'une volonté de meilleure prise en compte de la parole des usagers, ainsi que celle de leurs familles et permet une photographie de la

qualité des prestations offertes. La prise en compte de la parole des résidants, à travers une enquête de satisfaction ne nécessite pas une méthodologie complexe et coûteuse. Elle est surtout le résultat d'une prise de conscience, par les personnels eux-mêmes des effets engendrés par un travail routinier qui ne permet pas toujours de les entendre : ceci suppose une grande capacité à accepter de se remettre en cause. D'autre part, l'enquête interne de satisfaction peut permettre une appropriation des démarches entreprises pour que la parole se traduise en action. Dans cette perspective, la participation du personnel et du conseil de la vie sociale à l'élaboration du questionnaire d'enquête est prévue. Pour cela, le conseil de la vie sociale sera sollicité en vue de la constitution d'un groupe de pilotage. Après sa présentation, des membres du personnel pourront s'y inscrire. La constitution de ce groupe doit rester une démarche libre et volontaire, mais pour que la participation de tous les acteurs soit réelle, des critères doivent néanmoins être ciblés. . Aussi, le comité de pilotage sera constitué : d'une personne de l'équipe administrative, une personne de l'équipe cuisine, une de l'équipe entretien, une de l'équipe surveillance, une de l'équipe animation, une de l'équipe soignant et une de l'équipe médicale.

Sa mission consistera à :

- établir les délais de mise en œuvre du questionnaire, les et modalités de dépouillement
- les modalités de synthèse
- à l'élaboration du questionnaire et de ses modalités de remplissage,

A la fin de l'enquête, il est envisagé de rédiger un rapport, sur la base d'un descriptif de la méthode employée, d'une reprise de chaque question avec les réponses apportées par les résidants, d'une synthèse globale donnant les tendances et les solutions préconisées tant sur le plan quantitatif que qualitatif, qui sera présenté au conseil d'administration, au conseil de la vie sociale en vue d'une validation. Ce rapport sera ensuite, présenté à l'ensemble du personnel dans l'objectif de mesurer les écarts avec nos objectifs initialement fixés, de réajuster si besoin est, à travers un plan d'action qu'il s'agira de construire ensemble.

De mon côté, je compte évaluer le climat social par une analyse des principaux indicateurs de dysfonctionnements sociaux à travers une étude de l'absentéisme, des accidents du travail, du turn-over, de la conflictualité et la participation lors des réunions de travail. Il s'agira, également d'évaluer l'ensemble de la démarche de projet, auprès du personnel, à travers les entretiens annuels d'évaluation, à partir de septembre 2005, ce qui permettra d'anticiper les besoins de formation pour l'année 2006.

En parallèle, nous allons mettre en œuvre des grilles d'évaluation des besoins du résidant, du respect du résidant et des pratiques individualisées (annexe 6.)

Nous allons mettre en place des boîtes à idées à tous les étages pour que les résidants et les familles puissent donner leur avis, suggérer et commenter leur prise en charge. Le contenu de ces boîtes sera recensé et complètera nos évaluations.

Mais, à mon avis, l'évaluation de la qualité n'intéresse pas seulement les usagers et les professionnels, mais également les tutelles, au-delà de l'aspect obligatoire. L'évaluation permet à chaque structure d'exprimer sa spécificité auprès des financeurs et par la même l'évaluation des besoins. Cette question des moyens est particulièrement vitale dans un contexte où la maîtrise des coûts constitue un mot d'ordre permanent. Il s'agira donc dans un troisième temps de convaincre nos interlocuteurs afin que cette qualité ne soit pas faussée, car à un moment donné, on butte sur les questions de moyens, notamment en matière d'effectifs mais aussi en matière de prise en charge de l'évaluation en elle-même.

CONCLUSION

Notre société vit un progrès historique quant à l'espérance de vie et au nombre de personnes âgées. Si cette situation interpelle quant à la place que nous devons donner à nos vieux, comme directrice d'établissement elle nous interroge sur l'accompagnement offert dans nos structures. L'entrée de plus en plus tardive en maison de retraite s'accompagne de pathologies physiques et psychiques sévères qui renforcent la stigmatisation d'une vieillesse absente. Or, le concept médicalisé de la dépendance induit le passage d'une vie autonome à une vie individualiste. Mais, pour exister réellement, l'autonomie doit se nourrir de dépendance ou plus exactement d'interdépendance. Ainsi, nos vieux se retrouvent confrontés, au sentiment d'inutilité sociale, leur vie relationnelle se réduit, si bien que la solitude devient la contrepartie de l'indépendance où vieillir, c'est souvent mourir seul dans la plus grande indifférence.

Il est donc nécessaire de réhabiliter la dépendance dans son acceptation de lien social, permettant à la personne âgée de rester « debout », citoyenne malgré ses pertes d'autonomie, vivante malgré son silence.

La fragilisation des liens invite donc, non pas à une résistance visant à freiner les changements mais à une résilience utilisant cette fragilité même pour innover, créer, inventer de nouvelles donnes sociales, familiales, de nouveaux rapports entre les individus développant ainsi la notion d'appartenance. C'est ainsi que le projet de vie favorisant la participation des résidents a trouvé tout son sens dans la médicalisation prochaine de la maison de retraite. Il est vrai que de longue date, le concept de « participation » est au cœur de l'action des travailleurs sociaux et a constitué un impératif plus ou moins explicite pour éviter que ne se creuse un fossé entre une société qui donne, à travers les travailleurs sociaux et l'allocation de prestations, et des personnes *assistées*, à qui l'on attribuerait un rôle purement passif de bénéficiaire.

Si l'accompagnement est essentiel dans le travail social, la participation est la base de l'action sociale, car sur le plan institutionnel, les usagers sont reconnus comme parties prenantes de leurs structures.

Le souci d'obtenir l'adhésion et la participation des différents acteurs caractérise le concept de gouvernance qui tend à revivifier la démocratie et à la faire évoluer en lui redonnant tout son sens. La cohésion sociale est donc appelée sur l'autel des valeurs fortes de ce début de ce siècle. Et, au vu des événements catastrophiques de l'été 2003, nous ne pouvons qu'espérer l'inscription du secteur des personnes âgées dans le cadre de la prévention des exclusions au niveau des Politiques de la Ville, sans pour autant dénigrer la nécessaire amélioration financière des EHPAD. En effet, la notion de territoire

semble être un élément important de la cohésion sociale qui nécessitera de la part des directeurs un travail de partenariat plus ouvert. Mais ces souhaits ne sauraient se réaliser, sans une réelle prise de conscience de chacun d'entre nous au quotidien.

Marcel Mauss avance que l'homme est soumis « à la triple obligation : donner, recevoir et rendre. »⁶⁵ Selon lui, ces trois actions forment le socle de sociabilité et le don crée un rapport interpersonnel qui engage ou maintient les individus dans une relation de réciprocité continue où chacun est alternativement donateur et donataire. « Sil n'y a pas d'échanges, le groupe se désagrège. »

Pour renforcer cette idée, Godbout, parle ainsi de l'homme moderne : « Pseudo-émancipé du devoir de réciprocité, croulant sous le poids de l'accumulation de ce qu'il reçoit sans rendre, il devient un infirme. Un être vulnérable, fuyant le cycle donner-recevoir-rendre, de peur de se faire avoir, aseptisant le cycle en rapports unilatéraux, objectifs précis, alors que rendre c'est donner, c'est chaque fois, faire exister la société, toute société. »

« Le vieux, qualifié de dépendant sera l'objet d'une charité publique, chargé pour la collectivité et privé de rôle social ; ou bien il sera considéré comme un acteur qui prendra soin de lui dans un échange valorisant sa place, son vécu et son image, si inquiétante soit-elle pour les autres générations. »⁶⁶

⁶⁵ MAUSS. Marcel, « *Essai sur le don* » 1924

⁶⁶ VEYSSET-PIUJALON, « *Etre vieux : de la négation à l'échange.* ». Autrement, 1999, p.89

Bibliographie

Avis du Conseil économique et social du 13 septembre 1995, quotidien Liaisons sociales, n°91/95 du 21 septembre 1995

Bauderet JF, Jaeger M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation. Pour comprendre la loi du 2 janvier 2002*. Paris : Dunod 2002, 322 p.

David, MG., Starzec, C. *Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans*. Insee première n°447, 12 p..

DELOMIER, Y. *Le vieillard dépendant-approche de la dépendance*.Revue Gérontologie, n°12, septembre 1973 , 35 p.

ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance – De l'incapacité au lien social*, Paris :: Dunod. 2002 ,330 p.

GIROUD Françoise, *Journal d'une parisienne. Gai-z-et contents*. Paris : Le Seuil, 1994, 427 p.

GUILLEMARD, AM. (1987, *La dynamique sociale des politiques de la vieillesse en France, et Société »* n°41, 284 p.

GUINCHARD-KUNSTLERT P. *Rapport au premier Ministre : Vieillir en France*. Paris : La Documentation Française, 1999. 169 p.

Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1962), Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par M. Pierre LAROQUE, La Documentation française

INSEE, enquête *Handicaps-Incapacités-Dépendance* réalisée de 1998 à 2001

INSEE, *Projections de population à l'horizon 2030 en Languedoc-Roussillon*, Repères Synthèse n°3, Octobre 2001

INSEE, *Hérault : principaux résultats du recensement de la population de 1999 »*, Repères Synthèse n° 20

Lettre de la Direction d'action sociale du 18 mars 1994, portant compte-rendu de la réunion du 7 mars 1994

Levet M.

MEMMI A. *La dépendance*, Paris : Editions Gallimard, 2001. 222 p. Folio essais

MICHEL C. INSEE, *Dépendance des personnes âgées en Languedoc-Roussillon*, Repères Synthèse n°10 septembre 2002

NATANSON J. *Indépendance et autonomie*- Collection Formation /Institution Paris : Edition Universitaires 157 p.

Pan Ké Shon Jean-Louis, *Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel*, INSEE Première n° 678, 1999

PALACH JM, *Rapport du comité de l'année internationale des personnes âgées : Une Société pour tous les âges* Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000. 85 p.

PERSONNE Michel- *Prendre en charge les personnes âgées dépendantes* Paris : Edition d. Dunod, 132 p.

PHILIBERT, M. 1970, *Le problème du 3^e âge*, compte-rendu d'un débat de Peuple et Culture

PITAUD P. *Solitude et isolement des personnes âgées- L'environnement solidaire* Collection « Pratiques du champ social » Edition Eres, 2004, 259 p.

SALLENAVE, *Conversations conjugales* Paris : Edition POL 1987, 80 p. ;

SAPRITCH Alice, *Mémoires inachevées* Paris : Edition Ramsay, 1990- 278 p.

SIMON, M.-O., GROU, I., LEGROS, M. (1996) « *La prestation dépendance : expérimentations – Rapport final du programme d'évaluation de l'expérimentation d'une prestation dépendance* » rapport du CREDOC,

THEVENET A. *Les institutions sanitaires et sociales en France* n° 2319- 6^{ème} édition Collection Que sais-je ? 2002, 128 p.

THOMAS Hélène, (1996) , « De la vieillesse au troisième âge : vieillesse dépendante et désinsertion politique »- L'Harmattan,

TOUATI A. *Cultures et personnalités* Collection Forum – Paris : Edition Hommes Perspectives/journal Psychologique 1989, 180 p.

VERCAUTEREN R., LABOREL B., et JAHAN F., *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées* Collection « Pratiques du champ social » 1999- Edition Erès 271 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation de l'établissement.....	III
Annexe 2 : Droits des personnes âgées en institution.....	IX
Annexe 3 : Extraits de l'auto-évaluation	X
Annexe 4 : Charte de vie pour de meilleures relations dans mon travail Jacques Salomé.....	XX
Annexe 5 : Charte de l'innovation et du changement.....	XXII
Annexe 6 : Grilles d'évaluation	XXIII

Foyer Résidence

“Les Tilleuls”



**3, allée des Tilleuls
34490 MURVIEL-LES-BÉZIERS**

Tél. 04 67 76 80 80

Fax 04 67 37 92 64

Bonjour et bienvenue au Foyer Résidence "Les Tilleuls".

- ✓ Vous faire découvrir notre Résidence,
- ✓ Faciliter votre installation,
- ✓ Tel est le but de ce livret d'accueil.

Le Foyer Résidence "Les Tilleuls" est un établissement public géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Murviel-Les-Béziers.

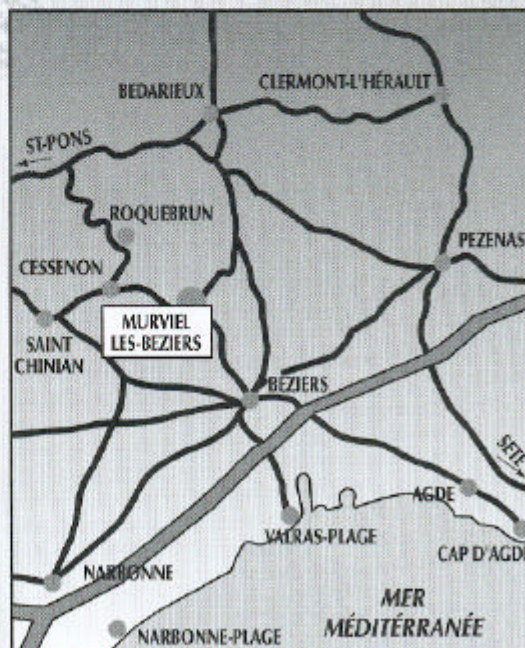
Il a ouvert ses portes en 1991 et des travaux de mise en conformité ont été réalisés en 1999 pour la sécurité et le confort des résidents.

L'établissement est à 14 km de Béziers, entre mer et montagne.

Il est situé en lisière du village et domine la plaine, près de la place du marché et des principaux commerces.

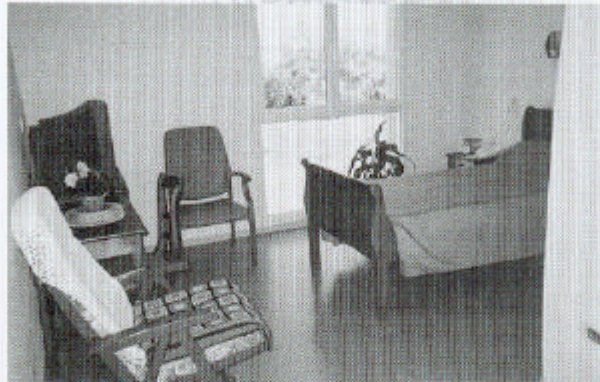
L'établissement et l'ensemble du personnel sont à votre disposition pour rendre votre séjour le plus agréable possible.

Vous êtes ici chez vous et vous conservez avant tout votre liberté personnelle.



La présentation de l'établissement.

Le Foyer Résidence "Les Tilleuls" a une capacité d'accueil de 52 lits. Les chambres sont à 1 ou 2 lits (superficie 20 et 30 m²) avec salle de bains individuelle.



Elles sont équipées de prises de télévision et de téléphone. Le mobilier comprend un lit, une table, un chevet, un placard penderie, une chaise et un fauteuil.

Vous pouvez si vous le désirez personnaliser votre chambre en apportant vos propres meubles.

L'admission

Le Foyer Résidence reçoit des personnes autonomes de plus de 60 ans. Lors de votre entrée, un dossier vous sera remis.

Il comprend divers formulaires que vous voudrez bien remplir et nous retourner dans les meilleurs délais.

Le contrat de séjour et le règlement intérieur devront être lus attentivement et signés.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au secrétariat ouvert du lundi au samedi de 9 heures à 12 heures et de 13 h 30 à 17 heures.

Les frais de séjour

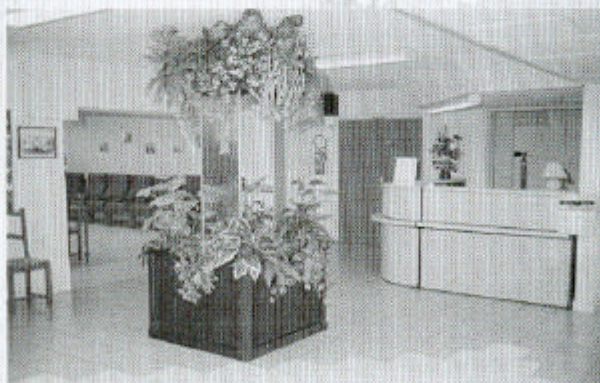
Aucune caution n'est demandée lors de l'admission.

Au 1^{er} janvier de chaque année, un arrêté du président du Conseil Général fixe les prix de journée applicables à l'établissement.

Les frais de séjour sont payables mensuellement à terme échu au Trésor Public.

Il comprend :

- l'hébergement,
- les repas,
- l'entretien des chambres,
- le lavage du linge personnel,
- la fourniture de produits pour l'incontinence,
- tous les services mis à la disposition des résidents.



En fonction des revenus une Allocation Personnalisée au Logement peut être attribuée par la C.A.F. ou la M.S.A.

La Prestation Spécifique Dépendance et l'Aide Sociale peuvent être octroyées aux personnes dont les revenus sont insuffisants.

La sécurité et les soins

Le personnel de l'établissement veille sur votre sécurité 24h/24 et 365 jours par an.

Toutes les chambres sont équipées d'un appel malade.
Chaque résident a le libre choix de son médecin, infirmier, pharmacien, kiné, transport sanitaire, pédicure...

La vie quotidienne

La restauration :

Les petits déjeuners sont servis en chambre à partir de 7 h 30.
Les repas sont pris en salle de restaurant.
Ils peuvent être pris en chambre qu'à titre exceptionnel et momentané (prescription médicale).



Le déjeuner est servi à 12 heures et le dîner à 19 heures.
Un goûter réunit tous ceux qui le désirent en salle de restaurant vers 16 heures.

Les repas sont réalisés par le service restauration de l'établissement. La cuisine traditionnelle et familiale peut être adaptée aux besoins de chacun.

Le linge :

Le linge hôtelier est fourni par le Foyer Résidence. Chaque résident apporte son linge personnel préalablement marqué.

L'ensemble du linge est entretenu par la blanchisserie de l'établissement.

Les prestations annexes :

Le ménage est effectué régulièrement par les agents de l'établissement. Un agent de maintenance assure toutes les réparations courantes.

Le coiffeur :

Il y a un salon de coiffure dans l'établissement. Comme pour les soins, le choix du coiffeur est libre.

Le culte :

Le résident est libre de recevoir le ministre du culte de son choix. Une salle de culte est à sa disposition.

Les visites et sorties :

Vous pouvez recevoir vos familles et amis aux heures qui vous conviennent.

Le service du restaurant est ouvert aux familles et amis. Vous pouvez sortir librement, nous vous prions toutefois d'informer le personnel en cas de départ prolongé ou d'absence à un repas.

Les animations et les loisirs :

Des activités ludiques sont organisées tous les jours par le personnel de l'établissement et des intervenants extérieurs (ergothérapeute, professeur de gymnastique) favorisant ainsi le maintien de l'autonomie des résidents.

Des sorties, promenades et des excursions sont programmées tout le long de l'année.

Droits des personnes âgées dépendantes en institution

Secrétariat d'État chargé de la Sécurité Sociale

Le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie :

logements-foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de soins de longue

durée, etc.

1 Tout résidant doit bénéficier des dispositions de la charte des Droits et Libertés spécifique aux

personnes âgées dépendantes.

2 Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables et sans

son accord.

3 Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résidant doivent être

respectées.

4 Le résidant a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.

5 L'institution devient le domicile du résidant. Il doit y disposer d'un espace personnel.

6 L'institution est au service du résidant. Elle s'efforce de répondre à ses besoins.

7 L'institution encourage les initiatives du résidant. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.

8 L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du

résidant. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résidant doit en être préalablement informé.

9 L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités.

Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, horaires de visite souples, possibilités d'accueil pour quelques jours.

10 Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.), le résidant doit retrouver sa

place dans l'institution.

11 Tout résidant doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la

part de son revenu qui reste disponible.

12 Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

signalétique de l'établissement

2. Capacités en places au 31 décembre de l'année N-1

					Total	
Raison Sociale de l'établissement : FOYER RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES " Les Tillents "					Nombre de places en accueil de jour	/
					Nombre de places en hébergement temporaire	/
Code FINESS géographique (8 chiffres + clé) 0340787530	Places à temps complet	non médicalisées	soins courants	Section de cure médicale	Soins de longue durée	
Adresse : 3, Allée des Tillents 34490 MURVIEL les BEZIERES	autorisés	52				52
Téléphone : 04.67.76.20.20 Fax : 04.67.77.92.64	installés	52				52
Entité éventuelle de rattachement :	financés					
Nature juridique de la structure Etablissement Public	Dont habilités aide sociale	52				52
Nom du gestionnaire de l'établissement C.C.A.S. de MURVIEL les BEZIERES						
Identification du propriétaire des locaux OPHLM HERAULT MONTPELLIER						

Taux d'occupation au 31/12/N-1 : 99,06 % (en lits)

Coefficient d'occupation moyen en N-1 : (en %)

Nombre de personnes en première admission en N-1 : 20

3 – Descriptif de l'établissement

L'établissement est-il implanté en milieu urbain (ville / village)? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Existe-t-il un plan d'accès à l'établissement ? NON		L'établissement dispose-t-il :		
		Nombre des places de stationnement		92	oxygène en poste fixe (mural) NON	
Il existe une signalétique extérieure : oui		Dont nombre à proximité immédiate de l'établissement ?		12	oxygène mobile oui	
Aux abords de l'établissement		Dont nombre accessibles aux personnes circulant en fauteuil roulant		92	Aspirateur de mucosités NON	
Intégré à la signalétique routière ou urbaine <input checked="" type="checkbox"/>		Dont nombre gratuites		92	Electrocardiographe NON	
L'établissement		L'établissement dispose-t-il de :		Couverture de survie NON		
- est implanté à moins de 500 mètres de commerces	<input checked="" type="checkbox"/>	une pharmacie à usage intérieur (préciser la date de l'arrêté d'autorisation)		NON	Source d'énergie (groupe électrogène, ...) NON	
- est accessible par les transports en commun par une navette ?	NON	- un local pour les soins		oui	Existence de points d'eau permettant un lavage des mains respectant les règles d'hygiène oui	
- si oui selon quel rythme journalier ?	/	- un cabinet médical		oui	Nombre de ces points d'eau 8	
- est de plain pied ?	NON	- une salle de kinésithérapie/ergothérapie (éventuellement polyvalente)		NON	Plans à jour pour l'alimentation en eaux oui	
Nombre d'étages	2	Dispositifs de prévention de quelques risques dans le cadre des dispositifs réglementaires		oui	Plans à jour pour l'évacuation des eaux usées oui	
Nombre d'ascenseurs dans l'établissement	2	Un diagnostic de présence d'amiante a-t-il été réalisé ?		oui	Plans à jour pour l'évacuation des eaux pluviales oui	
Nombre d'ascenseurs accessibles en fauteuil roulant	2	La prévention des risques de légionelloses est-elle prise en compte ?		oui	De sources d'eau non potable NON	
					Si oui sont-elles clairement signalées ?	/

4. Descriptif de la population accueillie	NOMBRE DE RESIDENTS Au 31/12/N-1 1999	Mouvements (suite)	Du 1/1 au 31/12/N-1
Caractéristiques des résidents		DONT nombre de séjours en court séjour (hors psychiatrie)	31
Origine géographique :		DONT nombre de séjours en psychiatrie	
Du département d'implantation de l'établissement	50	DONT nombre de séjours en service de soins de suite et de réadaptation	
Du canton ou de la ville d'implantation de l'établissement :	31	Affections / Dépendance Faire la synthèse des données, recueillies de façon anonyme, en respectant les règles de confidentialité	Nombre de résidents au 31/12/N-1 ou le jour de l'évaluation
Des cantons limitrophes :	19		
Du ou départements limitrophes :	2	Sortant à l'extérieur (du bâtiment), seuls ou accompagnés	44
Nombre de bénéficiaires d'aides légales :		Ne pouvant marcher seuls	8
Aide Sociale du département	6	Confinés au lit et au fauteuil	0
Aide Sociale d'autres départements	1	Désorientés/déments	6
Prestation Spécifique Dépendance du département	3	Porteurs d'une sonde gastrique	0
Prestation Spécifique Dépendance d'autres départements	-	Nécessitant une aide au repas (c'est à dire B ou C sur l'item alimentation de l'outil AGGIR)	12
Aide personnalisée au logement ou allocation logement	40	Incontinents bénéficiant d'une prise en charge adaptée (catalogue mictionnel, accompagnement aux toilettes, rééducation)	0
Mouvements	Du 1/01 au 31/12/N-1	Porteur de système absorbant sur les 24 heures	15
Durée moyenne de séjour des résidents	2, ans 7 mois	Porteur de système absorbant de nuit seulement	1
Nombre de transferts vers une autre structure	5	Porteur de sonde urinaire à demeure	1
DONT Vers un autre EHPAD	1	Soumis à une contention physique	0
Vers un service de soins de longue durée	-	Ayant eu une fracture secondaire à une chute au cours de l'année écoulée	?
Vers le domicile	3	Recevant des antalgiques de type opiacés	?
Nombre de résidents décédés dans l'établissement	7	Ayant des escarres survenues dans l'institution	0
Nombre de résidents décédés hors de l'établissement	4	Ayant des escarres survenues hors de l'institution	0
Nombre de séjours de personnes âgées en hospitalisation	31	Recevant plus de 3 médicaments par jour	?

9 - Gestion prévisionnelle des emplois

		Fonction	diplôme référent titre	nombre de diplômés	autre	
					Nombre d'agents	Diplômes
Nombre de départs à la retraite par fonction dans les 5 ans à venir :		direction	CAFDES / autres diplômes de direction sanitaire ou médico- social	/	/	/
direction - administration :	1	infirmières	DEI	/	/	/
animation :	/	aides-soignantes	DPAS	/	/	/
soins :	/	AMP	CAFAMP	/	/	/
personnels techniques :	/	Hôtellerie - Restauration	CAP - BEP - BTS	1	1	CAP
autres :	/	Personnels techniques (agent d'entretien, électricien,....)	CAP - BEP - BTS	1	1	CAP
Problèmes éventuels à signaler		Autres fonctions				

1 - Méthode

Méthode employée	Cochez	Date	Personne(s) et/ou service responsable(s) de l'évaluation	Personnels participants (nombre et qualité)
AUTO-EVALUATION	<input checked="" type="checkbox"/>	25/04/2001	Directeur	Tous les agents de l'établissement soit : 19 agents
EVALUATION EXTERNE (éventuellement)	<input type="checkbox"/>			
AUTRE précisez :	<input type="checkbox"/>			

2 - Outil(s) utilisé(s)

Outil	Précisez
AUTO-EVALUATION	Outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD
EVALUATION EXTERNE (éventuellement)	
AUTRE (précisez)	

3 - Résultats de l'auto-évaluation

Attentes et satisfaction des résidents et familles

- Accueil et admissions = globalement la structure correspond aux exigences. Quelques points sont améliorés en 2001 après le recrutement du médecin coordonnateur. D'autres tels que la remise du LI et du CS lors de la pré-admission peuvent recevoir une réponse immédiate et ponctuelle.
- Droits et libertés = en ce qui concerne les réclamations, satisfaction, un registre et une boîte à suggestions sont mis à disposition des résidents et des familles. L'information sur le fonctionnement de l'établissement sera améliorée dans l'année à venir.
- Restauration = un dispositif permettant de recueillir les attentes et besoins des résidents et de leur famille sera mis en place en 2002.
- Vie sociale = un projet d'animation écrit sera mis en place dès 2002.

Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins

- Maintien de l'autonomie = l'évolution de ce point est liée à l'embauche d'AMP, AS, IDE et du médecin coordonnateur.
- Organisation des soins = elle sera mise en place dès l'application de la réforme.
- Aide soins spécifiques = l'évolution de ce point est liée à l'application de la réforme.

Etablissement dans son environnement

Ouverture sur l'extérieur : En 2002, l'établissement fera des conventions avec l'Hôpital de Beziers pour l'accueil et la prise en charge des résidents en service de médecine, de chirurgie, consultations gériatriques et psychiatrique ainsi que pour des problèmes spécifiques tels que la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs.
Dans la mesure où des chambres sont disponibles, il sera possible de pratiquer l'accueil Ten Personne.

Démarche qualité

Dès 2001, l'ensemble de intégrant, seront associés à la démarche qualité. Il est prévu une réunion par trimestre avec les agents de l'établissement afin d'améliorer la qualité de l'hébergement au niveau des services hôteliers et de restauration. Dès la mise en place de la réforme, éventuellement en 2001, l'établissement s'attachera les services d'un qualificateur en ce d'élaborer un projet global de qualité de service.

5 - Actions d'amélioration de la qualité EN COURS (à la date de l'évaluation)

Nature du problème	Objectif	Action envisagée	Responsable	Délais de réalisation (précisez une date)
Eviter l'accès de la cuisine aux agents de service	Séparer le secteur café - Four micro-ondes	mise en place d'un sas	Directeur - Agent technique	mars 2003
Amélioration de l'entretien des sols	Avoir des surfaces propres et de qualité	Achat d'une autolaveuse - d'une monobrosse à vitesse rapide à chaque chambre changement de la bande de lavage.	Directeur - Agent technique -	juin 2004

7 - Points faibles

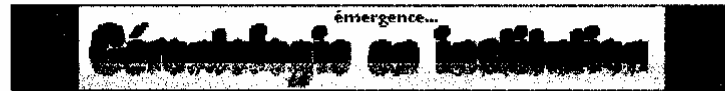
Les points faibles	Analyse et commentaires
Réclamations - satisfactions	Actuellement les remarques sont enregistrées par le secrétariat - un registre sera tenu à disposition des résidents et des familles.
Conseil d'établissement.	Nous rencontrons des difficultés pour renouveler les représentants des familles. La plupart des membres ne comprennent pas le rôle du conseil d'établissement.
Information	Actuellement l'information entre les usagers et véhiculée par lettre ou message. Une réunion de tous les usagers pourrait être envisagée dans l'avenir.
Préoccupations - Maintien de l'autonomie - Projet de vie.	Ces points font l'objet d'une concertation avec les agents. L'évolution est liée à l'embauche d'AMP, AS, IDE et médecin coordonnateur. Ensemble, tous les agents mettront en place un projet de vie.
- Projet de vie de chaque résident.	Actuellement chaque résident a toute liberté de mener son projet mais formalisé. Celui-ci pourrait être formalisé lorsque l'équipe, ASM, AS, IDE, médecin coordonnateur sera constituée.

4 - OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES - CONCLUSIONS

Depuis la création de l'établissement en 1991, toutes les réunions de personnel ont traité de la qualité de l'hébergement au Foyer Residence. Avec la mise en place de la méthode HACCP en cuisine et en salle de restauration depuis 1998, le personnel a été encore plus sensibilisé sur la démarche qualité et c'est une de nos principales préoccupations. Lorsqu'on fait la synthèse de la grille d'auto-évaluation, la majorité des points reçoitent une réponse positive. Ce n'est pas pour cela que nous devons les considérer comme des points forts car ils peuvent toujours être améliorés. Quant aux points faibles, ils touchent surtout la communication et les relations. Ces points peuvent être traités pour le plus part sans aucun souci. Tous les points concernant les soins sont revus lors du passage à la nouvelle tarification avec le personnel paramédical et le médecin coordonnateur et des projets sont formalisés. De plus, les objectifs décrits aux pages précédentes ne sont pas exhaustifs. D'autres objectifs apparaîtront au cours des cinq prochains années et feront l'objet de nouvelles fiches de projets, au fur et à mesure des auto-évaluations.

Charte de vie relationnelle

Retour



Charte de vie pour de meilleures relations dans mon travail

Jacques Salomé

- 1- Quelle que soit ma fonction, quel que soit le poste que j'occupe, quelle que soit mon ancienneté, j'ai besoin d'être reconnu comme une personne.
 - 2- J'ai aussi besoin d'être valorisé, gratifié dans ce que je fais.
Oui, j'ai besoin que quelqu'un me renvoie de temps en temps une image positive, pour dépasser mes limites.
 - 3- J'ai besoin d'être informé, consulté parfois, pour tout ce qui concerne l'évolution de mon travail, de mon poste, de mes responsabilités.
 - 4- J'ai besoin d'un positionnement clair, constant et cohérent de la part des personnes en autorité, pour tout ce qui touche à mes devoirs (mes engagements envers l'équipe, l'institution ou la société dans laquelle je travaille).
 - 5- J'ai besoin également d'un positionnement sans ambiguïté sur mes droits (engagement de l'institution ou de la société à mon égard).
Je ne veux pas être l'objet de la fluctuation des désirs et des peurs de chacun, au moindre malentendu, à la moindre divergence, à la moindre maladresse ou au moindre incident.
 - 6- J'ai besoin que mon point de vue soit entendu, même s'il n'est pas toujours retenu, ou pris en compte.
 - 7- J'ai besoin de rendre compte de mon travail et d'avoir une écoute pour en évaluer les possibles.
 - 8- J'ai besoin d'être passionné dans mon travail, d'avoir des buts, des projets et même de conserver la possibilité de rêver à des changements.
 - 9- Je voudrais rappeler que c'est huit heures ou plus de ma vie que je vends chaque jour en travaillant. Et que je suis sensible à la qualité de vie de ma vie durant ce temps, car elle se répercutera sur l'ensemble de mon existence et de mes relations.
- Si chacun de ces points peut être entendu et vécu sur mon lieu de travail, vous pouvez être assuré que je collabore au maximum.

À cette charte de vie pour de meilleures relations dans mon travail correspond une :

<http://membres.lycos.fr/papidoc/12chartesalome.html>

18/09/04

ANTI-CHARTE DE VIE RELATIONNELLE.

- Quand je ne suis pas reconnu
- Quand je me sens critiqué et jugé
- Quand mon point de vue n'est pas entendu
- Quand je ne reçois aucune gratification et valorisation
- Quand je ne suis qu'un exécutant
- Quand je m'ennuie
- Quand je ne peux me reconnaître dans... l'incompétence de mes supérieurs.

Je deviens alors un exécutant bête et passif, parfois même con et méchant... (même si je ne le montre pas toujours au grand jour).

Source: MÉTHODE E.S.P.E.R.E, Jacques Salomé, formateur en relations humaines.

- **La qualification professionnelle d'un responsable**, à quelque niveau que ce soit, est de savoir **dynamiser et augmenter** les ressources de ses collaborateurs directs.
- **La pathologie relationnelle d'un responsable**, à quelque niveau que ce soit, est de saper ou diminuer les ressources de ses collaborateurs, en restant préoccupé de sauvegarder les relations de pouvoir au détriment des relations d'autorité.

Éditique : Équipe soignante SDLD - CH Mazamet

Retour

Innovation

Innovation

Charte de l'innovation et du changement



1. - **Organiser « la fertilisation croisée »** en favorisant sa propre créativité et en l'enrichissant au contact de celle des autres.
2. - **Favoriser une « veille théorique »**, observatoire de l'innovation, permettant de susciter des vocations et des expérimentations.
3. - **Favoriser la généralisation du changement personnel**, par le biais de la communication interne.
 - o « Le contrat se substitue à la contrainte, la responsabilité remplace l'obéissance ».
 - o Si les soignants ne vivent pas l'autonomie, il leur est impossible de concevoir celle des résidents.
4. - **Favoriser le développement personnel du soignant par un programme de formation continue** visant à modifier ses comportements.
 - o - Le rôle des ressources humaines dans la pratique de l'innovation.
 - o - La qualité totale, l'esprit d'équipe et la gestion du changement.
 - o - La sensibilisation à la communication, à la relation, à la motivation et à la responsabilisation.
5. - **Décloisonner les esprits** en identifiant clairement les facteurs de résistance au changement (statuts) qui enferment l'individu sur lui-même et l'empêchent de s'ouvrir aux autres.
 - o « La routine est la mort la plus sûre » A. Camus.
6. - **Revoir en permanence notre représentation de « l'ordre établi » et de l'organisation.** Redéfinir ensemble le projet, redessiner sa carte cognitive chez chacun et éviter sa déformation en carte de re-jet.
 - o « Ce sont nos images mentales qui dictent nos comportements »
7. - **Dépasser les rivalités de personnes** en développant l'esprit d'équipe et la solidarité. L'équipe possède une dynamique interne qui la tire vers le haut ou vers le bas.
 - o « Il n'y a pas d'équipe performante sans confiance et respect mutuels ; sans projet qui fasse appel aux élans, aux valeurs... »
8. - **Rester simple et concret.** Progresser par petites victoires successives.
9. - **Sensibiliser les « familles-clientes », aux enjeux du changement.**
 - o En faire des alliés, en travaillant sur une « communauté de valeurs ».
10. - **Communiquer les acquis à l'extérieur afin d'éviter d'en être exproprié par « subtilisation créatrice ».**
 - o « Pour avancer la tortue doit sortir la tête, même si elle risque de se la faire couper »

Annexe 6 : Grilles d'évaluation

Grille d'évaluation des besoins du résident (grille n° 10)

Les six premières questions font l'inventaire des capacités et des désirs du résident qui pourraient, à un certain moment, correspondre à des besoins à satisfaire.

N°	Questions	Oui	Non
1	Le résident est interrogé sur ses pratiques antérieures		
2	Un recensement est effectué des « capacités à faire » du résident		
3	Un recensement est effectué des désirs de « continuer à faire » du résident		
4	Un recensement des aptitudes à participer ou à animer est effectué		
5	Un recensement des éléments du mode de vie du résident est effectué		
6	Tous les recensements sont consignés sur un outil central		
7	Une grille de la dépendance est bâtie dès l'entrée		
8	Une réunion d'équipe permet d'analyser les besoins recensés du résident		
9	Le fichier du résident consigne les marques de l'évolution du résident		

N°	Questions	Oui	Non
1	Le personnel assure un rôle de conseil auprès du résident pour s'habiller ou se coiffer		
2	La personne incite le résident à se changer pour les fêtes ou autres grandes occasions		
3	Le personnel sollicite le résident pour se déplacer à toutes les occasions (repas, promenades, visites, etc.)		
4	Le personnel incite le résident à faire son lit		
5	Le personnel incite le résident à assurer son hygiène personnelle		
6	Le personnel sollicite le résident pour entretenir sa chambre		
7	Le personnel incite le résident à avoir des plantes et à s'en occuper		
8	Le personnel marque son respect à l'égard du résident à différents niveaux : - vouvoiement systématique du résident - en employant des termes non infantilisant pour lui parler - en utilisant les termes : Monsieur, Madame		

Grille n° 11. Evaluation du respect du résident

N°	Questions	Oui	Non
1	L'heure du lever est identique pour tous les résidents		
2	L'heure du coucher est identique pour tous les résidents		
3	L'heure du repas est identique pour tous les résidents		
4	L'accueil du matin fait l'objet d'une pratique individualisée		
5	Les résidents peuvent recevoir des invités dans leur chambre		
6	Les résidents peuvent inviter leur famille (ou aînés) à un repas		
7	Les repas pris avec les invités (famille, amis) sont servis dans un lieu spécifique		
8	Il existe un lieu de culte dans la structure		
9	Il existe un lieu œcuménique		
10	Il existe un lieu différencié par religion		
11	Le personnel a mis en place un moyen d'accompagner les résidents dépendants à l'extérieur		
12	Les résidents arrivant tardivement peuvent obtenir un « repas rapide »		
13	Le résident a toute latitude pour gérer son argent		
14	Un accompagnement de la fin de la vie est prévu		

Grille n° 12. Evaluation des pratiques individualisées