

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES
Promotion 2004
Personnes âgées

**DÉDRAMATISER L'ENTRÉE EN E.P.H.A.D. EN CRÉANT DES PASSERELLES
ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LE DOMICILE**

VWANZA Martine

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - L'ARMÉE DU SALUT INSCRITE DANS LES DISPOSITIFS D'ACTION	
SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE.....	4
1.1 L'HISTOIRE DE L'ARMÉE DU SALUT.....	4
1.1.1 Une Armée sans frontière.....	4
1.1.2 L'Armée du Salut en France face à la « nouvelle pauvreté »	5
1.1.3 Fidélité aux valeurs, pragmatisme et esprit d'entreprise	7
1.1.4 Les sources financières de la Fondation.....	8
1.1.5 La Fondation de l'Armée du salut face à un nouveau défi : la vieillesse	9
1.2 LA MAISON DE RETRAITE « ARC-EN-CIEL » AU CŒUR D'UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ : LA PLACE DE LA PERSONNE ÂGÉE	10
1.2.1 Du vieillard hideux de l'Antiquité à la notion de vieillissement du XXIe siècle.....	10
1.2.2 En 2011, les plus de soixante ans seront plus nombreux que les moins de vingt ans.	12
1.2.3 Les politiques sociales en faveur des personnes âgées en France de 1945 à nos jours.....	13
1.2.4 La loi du 2 janvier 2002.....	17
1.2.5 La politique de la vieillesse dans l'Oise.....	18
2 - LA MAISON DE RETRAITE « ARC-EN-CIEL » : DES PROBLÈMES DE DIMENSION HUMAINE	20
2.1 SON EVOLUTION AU COURS DES ANNÉES.....	20
2.1.1 Son implantation.....	20
2.1.2 Le cadre légal et administratif de l'Arc-en-Ciel.....	20
2.1.3 Un lieu d'histoire.....	21
2.2 LA POPULATION ACCUEILLIE	22
2.2.1 Des personnes de plus en plus âgées.....	23
2.2.2 Des mises sous tutelle plus fréquentes.....	23
2.2.3 Des personnes d'origine modeste	24
2.2.4 Une dépendance qui s'accroît d'année en année.....	24
2.3 L'ÉQUIPE DU PERSONNEL	26
2.3.1 Une équipe de personnel peu formée et sous dotée	26
2.4 DES ENTRÉES TOUJOURS PLUS DIFFICILES A GÉRER.....	27
2.4.1 L'entrée en établissement, une succession de pertes pour la personne âgée.....	28
2.4.2 La souffrance de la famille.....	31
2.4.3 L'inquiétude du personnel.....	33

2.4.4	Un établissement peu adapté et peu agréable ne facilite en rien des entrées sereines.....	35
-------	---	----

3 - DÉDRAMATISER L'ENTRÉE À LA MAISON DE RETRAITE GRÂCE À « DES PASSERELLES DE QUALITÉ » ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LE DOMICILE	38
3.1 LE PERSONNEL AU CENTRE DE LA DYNAMIQUE DU CHANGEMENT	39
3.1.1 Du projet de la Fondation au projet de vie.....	39
3.1.2 L'état des lieux.....	42
3.1.3 Le projet de vie comme repère et lien entre les acteurs.....	42
3.2 LE RÉSIDENT, UNE HISTOIRE DE VIE À POURSUIVRE.....	44
3.2.1 L'entretien de pré-admission.....	44
3.2.2 L'accueil du résident et sa famille.....	46
3.2.3 Un référent d'accueil.....	46
3.2.4 Le journal de vie.....	47
3.2.5 La citoyenneté au cœur du projet d'accueil.....	47
3.2.6 L'accompagnement de fin de vie : une éthique de la vie.....	49
3.3 L'INTERACTION ENTRE LES PERSONNELS, LES FAMILLES, LES BÉNÉVOLES : POUR UNE BONNE PRISE EN CONSIDÉRATION DU RÉSIDENT	50
3.3.1 Le soutien du Siège en 1998 pour élargir l'équipe	50
3.3.2 L'animateur, un rôle primordial dans l'instauration du lien social.....	52
3.3.4 La psychologue.....	55
3.3.5 La famille.....	56
3.3.6 Les bénévoles.....	56
3.4 UNE ORGANISATION CLAIRE POUR TOUS	57
3.4.1 Clarifier la position et la fonction des intervenants.....	57
3.4.2 Les réunions : temps forts de la participation.....	57
3.5 LA FORMATION, LEVIER DU CHANGEMENT.....	58
3.6 ACCUEILLIR DIGNEMENT DANS DES LOCAUX ADAPTÉS	61
3.6.1 Le futur bâtiment.....	62
3.6.2 Le transfert	62
3.7 L'ÉVALUATION.....	64
Conclusion intermédiaire.....	64
3.8 DE NOUVELLES PERSPECTIVES DE PASSERELLES ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LE DOMICILE.....	65
3.8.1 Madame Martin.....	65
3.8.2 Rappels historiques de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire.....	66
3.8.3 Réflexion pour la mise en œuvre du projet dans l'établissement.....	67
3.8.4 Les finalités de ces deux services pour l'Arc-en-Ciel.....	67
CONCLUSION	72

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AMP	Aide médico-psychologique
Angélique	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements
AOFBAS	Association des oeuvres françaises de bienfaisance de l'Armée du Salut
APA	Aide personnalisée d'autonomie
ATIO	Association tutélaire des inadptés de l'Oise
ATO	Association tutélaire de l'Oise
CCAS	Centre communal d'action sociale
COSS	Comité de l'organisation sanitaire et sociale
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CROSS	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGA	Directeur général adjoint
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	Gir moyen pondéré
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement de l'établissement
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé
PSD	Prestation spécifique dépendance
SOP	Syndicat général des organismes privés sanitaires et sociaux
UDAF	Union départementale des associations familiales
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

INTRODUCTION

Au moment où l'Union Européenne dessine ses nouvelles périphéries politico-économiques avec l'arrivée des prochains pays de la zone géographique «Europe », les professionnels de la gériatrie s'interrogent sur l'implication socio-sanitaire liée au vieillissement de la population, sur l'ensemble de ces pays dont l'histoire et la culture varient d'une région à l'autre.

Les conséquences de la canicule sur l'Europe nous montrent combien la prise en compte de la personne âgée est différente selon les pays. Les 15 000 morts de la France parlent d'eux-mêmes. Certes, depuis plus de dix ans la politique en faveur du 3 et 4ème âge a évolué. Seulement, il reste beaucoup à faire. Les réformes de la tarification des EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes) et du statut des institutions sociales et médico-sociales, dans la nouvelle configuration introduite par l'APA (aide personnalisée d'autonomie), devaient permettre aux établissements comme le nôtre de mieux négocier ou renégocier le projet de vie lors de la signature de la convention tripartite. Le drame de l'été a mis en lumière un autre phénomène plutôt culturel : comment vivre dans une société dont la pyramide des âges s'est inversée ? Dans un discours à la Fondation Nationale de Gérontologie, le 31 mai 1989, Théo Braun¹ rappelait que : « *Outre la prise en charge médicale nécessaire, la plus grande attention doit être apportée à la satisfaction des besoins relationnels et affectifs des personnes âgées... Les soins techniques les plus perfectionnés ne viendront pas à bout des problèmes de santé quand la relégation sociale, morale et affective est présente.* »

En tant que directrice de l'établissement dont j'ai la charge depuis 1998 à Chantilly dans l'Oise, j'ai retenu le maître mot pour notre quotidien : « *J'entends ce que l'autre me dit... je suis dans un savoir-être...l'écoute, même dans un soin technique, doit être au cœur de mon action.* »

Pourquoi en arriver-là ? Mandatée par la Fondation Armée du Salut, j'ai trouvé une structure à la limite du supportable sur le plan humain : 14 décès en un an sur 35 résidents, une équipe dans un mal-être, dépassée par la prise en charge de la nouvelle vieillesse : maladie d'Alzheimer, pathologies multiples...et une structure mal adaptée pour accueillir dignement les personnes. D'où un quotidien difficile à vivre pour tout le monde. J'avais l'impression que l'établissement ne faisait que du remplissage. Les résidents semblaient être de passage. Les

¹ Ministre délégué, chargé des personnes âgées.

chambres de trois ou quatre lits ne permettaient pas de vivre dans l'intimité. La personne était réduite à ses besoins physiologiques, ce qui revenait à la nier comme individu et comme citoyen.

Nous savons tous qu'entrer en maison de retraite c'est un drame, un point de « non-retour ». Si rien n'est fait pour réduire ce traumatisme, cette coupure brutale entre le domicile et l'établissement peut devenir humainement insoutenable. Si le rejet dont la personne âgée souffre déjà dans la société est amplifié par l'établissement d'accueil alors qu'il devrait l'aider à assurer sa place, son identité, alors nous allons droit vers un drame humain. Théo Braun, dans sa même intervention du 31 mai 1989, insistait sur l'entrée du résident : « *Dédramatiser l'entrée en institution... Pas d'enfermement, c'est une condition essentielle du maintien de leur vie sociale et de leur dignité* ». D'où le titre de ce mémoire : « dédramatiser l'entrée en E.H.P.A.D en créant des passerelles entre l'établissement et le domicile. »

Humainement et professionnellement, je ne pouvais pas continuer à laisser faire ce qui se passait dans l'établissement. Après une expérience personnelle et une licence en gérontologie, je me suis toujours positionnée face à une personne âgée d'adulte à adulte. Je ne porte jamais un regard de supériorité sur la personne que j'ai en face de moi. Je considère qu'une dame âgée de 90 ans a sûrement plus de choses à m'apprendre sur la vie que moi je n'ai à lui en donner. « *Ne méprise pas un homme parce qu'il est vieux, car certains d'entre nous aussi vieillissent.* »²

Pour amener et conduire le changement de mentalité et la façon de prendre en charge la personne âgée humainement et professionnellement, il m'a semblé nécessaire de donner au personnel un cadre institutionnel en faisant référence au projet de la Fondation Armée du Salut. Ensuite, avec la collaboration d'un centre de formation, un audit a été réalisé avec l'outil « Angélique » pour évaluer les points faibles et forts de l'établissement. Après cet état des lieux, un cahier des charges fut élaboré pour mettre en œuvre la dynamique du changement. Afin de s'approprier cette mutation interne, la question du sens de la vieillesse et de la place que nous réservons aux personnes âgées dans la structure a été posée. Les résistances aux changements que j'avais craint n'ont pas été aussi importantes. L'ensemble du personnel était vraiment en attente de transformation. Tous n'avaient qu'une envie, avancer. Tout n'a pas été facile, mais la communication, le temps

² La BIBLE. Livre 8 verset 6 de la Sagesse, Paris, Cerf, 1988.

que j'ai passé avec eux a permis d'accompagner et de faire avancer les évolutions de l'établissement.

Pendant cinq ans, j'ai conduit cette mutation par un certain nombre d'actions concrètes que nous nommons passerelles pour arriver à dédramatiser l'entrée des résidents, adoucir la culpabilité des familles et professionnaliser l'action du personnel.

Mais seulement aujourd'hui, je m'aperçois des limites de nos initiatives en interne. Nous ne pouvons pas nous contenter d'attendre que la personne âgée vienne vers nous, nous devons aller vers elle en lui offrant des alternatives d'hébergement permanent tels, l'accueil de jour, l'accueil temporaire. Ces dispositifs de proximité innovants et complémentaires à l'établissement et au domicile peuvent donner l'occasion à la personne âgée d'envisager lentement et à son rythme une éventuelle entrée en établissement.

Erratum dans le titre. Le H de EHPAD aurait dû être avant le P.

« Je ne peux voir une souffrance sans me poser deux questions :
quelle en est la cause,
et que puis-je faire pour y remédier. »³

1 - L'ARMÉE DU SALUT INSCRITE DANS LES DISPOSITIFS D'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

1.1 L'HISTOIRE DE L'ARMÉE DU SALUT

1.1.1 Une Armée sans frontière⁴

« Il est trapu, barbu, le visage fatigué par l'âge et aussi par l'investissement personnel... » .
Ce visage pourrait être la photo d'un des résidents que nous allons bientôt accueillir. Mais détrompez-vous, cette description rapide et succincte nous raccroche très rapidement à de l'histoire de l'Armée du Salut.

Ce portrait est celui de William Booth, fondateur de l'Armée du Salut qui a œuvré depuis 1865 en Angleterre. Pasteur méthodiste, il s'engage dans une nouvelle approche du salut et du renouveau pour les populations les plus démunies. Pour lui, s'il faut lutter pour changer les circonstances extérieures de la vie, il est impératif que l'individu soit transformé intérieurement par la puissance de l'Évangile. Il met ce concept en application, prêche le salut par la foi en Jésus-Christ et fonde un mouvement d'évangélisation ouvrière, la « Mission chrétienne ». La détresse matérielle du monde ouvrier amène W. BOOTH et ses collaborateurs à compléter leur action en fournissant aussi une aide de première nécessité. D'où le slogan : « Soupe, Savon, Salut. »

William Booth s'inspire du mode d'organisation militaire. En 1878, la Mission chrétienne devient « Armée du Salut ». Ce nom désigne autant la forme du mouvement que sa mission. Cette métaphore se réfère « à l'armée qui nourrit, éduque, protège » ; et à ses attributs (le drapeau, le bouclier rouge, l'uniforme) qui « permettent la reconnaissance par tous ». Sur ce modèle, s'édifieront une hiérarchie, des règlements, une discipline.

Cette Armée gagne bientôt toute la Grande-Bretagne, puis l'Empire Britannique et le monde entier. Aujourd'hui, l'Armée du Salut est installée dans 110 pays sur cinq continents.

³ BOOTH W, Fondateur de l'Armée du Salut

⁴ DELCOURT R. *L'Armée du Salut*. Paris : Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 2^{ème} édition corrigée, 1989. 126 p.

Elle arrive en France en 1881. D'abord critiquée, jugée extravagante entre autre pour ses formes d'action et son apparence (uniforme), elle gagne progressivement l'approbation du grand public. Pendant la Première Guerre Mondiale, elle créa « les Foyers du soldat » puis durant l'entre-deux guerres plusieurs institutions sociales à Paris et en Province.

La mort de William Booth en 1912 n'arrête en rien l'élan de ce mouvement qui combat la misère sur tous les fronts.

En France, pour assurer la pérennité de l'organisation, l'Armée du Salut crée en 1931 l'association des Œuvres françaises de Bienfaisance de l'Armée du Salut (AOFBAS), reconnue d'utilité publique. Contraintes de cesser leurs activités pendant la deuxième guerre, l'Armée du Salut et l'AOFBAS sont obligées de se réfugier dans la clandestinité. A la Libération, l'Armée du Salut doit trouver un nouvel élan. Son action sera surtout pédagogique auprès de la jeunesse. Elle ouvrira des Maisons d'enfants et des Centres d'apprentissage, en 1960, des clubs de prévention et des établissements relevant de l'éducation spécialisée. L'agrément de ces diverses institutions par les pouvoirs publics favorise le professionnalisme de ces actions.

L'AOFBAS développe ses actions auprès du public en situation de précarité, en partenariat avec les pouvoirs publics, mais aussi avec les acteurs du champ social. C'est ainsi qu'elle est membre fondateur d'organismes tels que l'Union Nationale Inter fédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociales (UNIOPSS), la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS), le Syndicat Général des Organismes Privés sanitaires et sociaux (SOP), la Banque Alimentaire. Toutes ces actions sociales rejoignent les idées fondatrices de l'Armée du Salut : respect, dignité. Par une présence toujours plus affirmée sur le terrain, elle apporte des réponses tant matérielles que morales et spirituelles aux personnes qui, momentanément ou durablement, ont besoin d'accueil, de soutien, d'écoute et surtout de retrouver un peu plus chaque jour leur dignité d'être humain avec le désir de vivre et de trouver ou de reprendre leur place dans la société.

1.1.2 L'Armée du Salut en France face à la « nouvelle pauvreté »

Entrée dans son deuxième siècle d'existence, l'Armée du Salut est confrontée aux maux de la société tels qu'ils se présentent après les années 70 : chômage, pauvreté. Les soupes de nuit renaissent. Elles sont une réponse à une situation d'urgence. Le Mouvement s'inscrit dans les dispositifs de lutte contre l'exclusion, notamment dans le cadre du RMI. L'Armée du Salut est connue pour son action dans la rue envers les déshérités. Mais les efforts déployés couvrent des champs très diversifiés, pour répondre aux besoins matériels, sociaux et psychologiques des personnes en situation de détresse, quels que soient leur origine, leur âge et les causes de leur souffrance. Elle accompagne et porte secours, dans le

respect de chacun, que ce soient les enfants et les adolescents en déséquilibre social, les personnes âgées isolées, aux handicapés quel que soit leur âge, et les familles désespérées... L'Armée du Salut tend à restaurer la personne souffrante dans sa dignité, son humanité, ses droits fondamentaux et sa spiritualité.

Pour aller toujours au plus près des besoins, en 1994, l'Armée de Salut adopte de nouveaux statuts. Les « officiers »⁵ constituent désormais une congrégation reconnue par l'Etat, membre de la Fédération protestante de France. Celle-ci est garante de l'obédience chrétienne du Mouvement, de son éthique, de sa mission d'évangélisation et des actions sociales de proximité qui concrétisent sa dimension spirituelle. La gestion des établissements reste assurée par l'Association des Œuvres Françaises de Bienfaisance de l'Armée du Salut, qui, le 11 avril 2000, devient la Fondation de l'Armée du Salut, reconnue d'utilité publique. Elle participe à une mission d'intérêt général dans le champ de l'action sociale traduite dans ses orientations et le projet de la Fondation. Elle est dotée d'un conseil d'administration composé de 3 collègues :

- ❖ Un collège des membres fondateurs : trois officiers de la Congrégation,
- ❖ Un collège des personnes qualifiées : trois représentants de la société civile,
- ❖ Un collège des membres de droit : deux représentants de l'Etat.

Une équipe de direction générale a été mise en place. A partir de là, une nouvelle répartition des établissements s'est faite en cinq zones avec à leur tête cinq directeurs généraux adjoints.

Les 1 600 salariés de la Fondation, directeurs, cadres, et techniciens, répartis sur 43 établissements, sont tous des professionnels recrutés en fonction de leurs qualifications. A l'embauche, il ne leur est pas posé de question quant à leur appartenance religieuse. Cependant, leur nécessaire professionnalisation rejoint et renforce les valeurs fondamentales de l'Armée du Salut.

« Le personnel constitue un enjeu majeur de la compétence et une force indispensable à la mise en œuvre du projet et des missions. La qualité d'animation des ressources humaines est une responsabilité de la Fondation et de ses cadres de direction.⁶ »

La Fondation se doit de promouvoir le mieux possible ses missions, afin de répondre à la demande, aux besoins. Elle se doit de proposer une forme d'organisation adaptée aux enjeux et aux orientations. C'est ainsi qu'elle a fait le choix d'un système de direction

⁵ Les officiers « se sont les ministres du culte, membres engagés à vie. »

⁶ FONDATION ARMEE DU SALUT. *Le projet de la Fondation*. Direction de la communication et des ressources, 2003. 15 p.

participatif par objectifs. Ethique, projet, innovation, organisation, communication, compétences, qualité constituent les termes du management de la Fondation.

A travers la Fondation, l'Armée du Salut participe à l'œuvre sociale comme partenaire des pouvoirs publics, du réseau associatif et des composantes de la société civile.

1.1.3 Fidélité aux valeurs, pragmatisme et esprit d'entreprise

Il s'agit d'articuler éthique de conviction et de compétences, engagement et savoir-faire, innovation et diversification des formes d'intervention pour mieux répondre aux besoins. La Fondation reste fidèle à ses idéaux, à ses engagements, et à la nécessaire exigence de qualité et de technicité accrues dans les établissements et services. Anticipation, audace, initiative, et responsabilité marquent la trame de la stratégie de la Fondation.

Au cours des cinq dernières années, l'ensemble des actions et des évolutions prennent corps dans le projet de la Fondation. La volonté de répondre au mieux sur tous les fronts demande de la part de la Fondation encore plus d'organisation et de rigueur dans ses actions. Ainsi, pour apporter des réponses adéquates aux besoins du XXI^e siècle, le Président et les responsables de la Fondation ont la volonté d'asseoir une identité, une culture spécifique à la Fondation.

La rédaction du projet de la Fondation, entre 1998 et 1999, a été l'occasion d'une communication et d'un temps de réflexion parmi les cadres de la Fondation. Ce travail de communication interne a permis de mieux comprendre les articulations et les complémentarités dans un dispositif complexe de niveau international. Le projet s'est développé autour de quatre axes :

- ❖ ancrage dans l'histoire et les valeurs,
- ❖ volonté d'innovation et de réponses aux besoins,
- ❖ efficience de l'organisation et du management de la Fondation,
- ❖ articulation du caritatif et du professionnalisme.

Ils ont constitué les thèmes essentiels de la communication et du dialogue entre l'ensemble des salariés.

Très largement diffusé auprès des partenaires, le projet fait figure de référence active et constitue un repère essentiel pour tous (salariés, usagers, partenaires, financeurs....) L'équipe de direction en assure la mise en œuvre et le pilotage par l'intermédiaire des chefs d'établissement.

Sous l'impulsion du conseil d'administration, l'équipe de direction générale travaille à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des usagers dans les établissements et les services.

En 2000, un travail sur la « démarche qualité » a été engagé, piloté depuis le Siège. Cette démarche a permis à l'ensemble des personnels de la Fondation de prendre du recul pour optimiser les ressources et les méthodes de travail. Elle consiste à mettre en œuvre toutes les compétences et tous les savoir-faire, au mieux et au plus près de l'intérêt des personnes accueillies dans les établissements.

De surcroît l'évaluation interne tend à devenir permanente. La Fondation a voulu se soumettre volontairement à la procédure instituée par la loi du 3 juin 1994, en mettant en œuvre un référentiel de certification spécifique aux organismes faisant appel à la générosité publique. La décision de soumettre l'ensemble de la Fondation à une procédure de certification de ses services confirme sa volonté de transparence en matière de gestion financière et de bonne gouvernance de l'organisation.

En 2001, La Fondation a engagé une politique de communication et ressources autour de trois objectifs définis par le Conseil d'Administration :

- ❖ Développer la notoriété et l'image de la Fondation Armée du Salut auprès du grand public. Il s'agit de combler le déficit d'image (une image partielle souvent emprunte d'idées préconçues et de malentendus.)
- ❖ Développer les ressources de la Fondation provenant de la générosité du public en optimisant la qualité de la relation avec les donateurs.
- ❖ Initier et développer une politique de communication interne ; l'objectif est de faire adhérer, participer, fédérer les personnels et faire vivre le réseau des établissements.

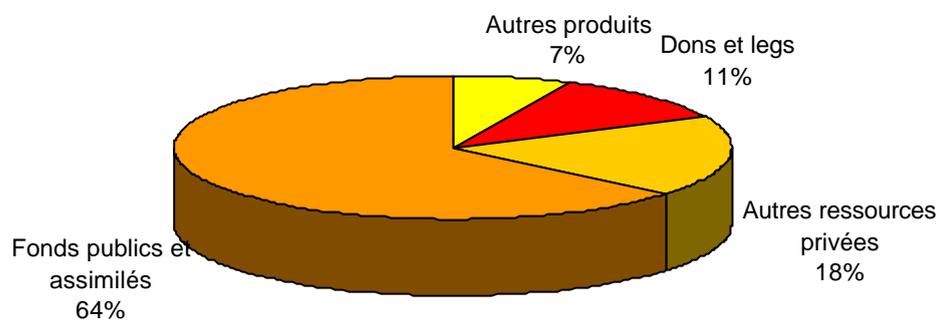
1.1.4 Les sources financières de la Fondation

L'ensemble des actions menées par la Fondation, au travers de ses 43 établissements, entraîne un budget annuel consolidé de fonctionnement de 65 millions d'euros⁷. L'Etat et les collectivités territoriales financent la plupart des établissements par un prix de journée ou une dotation globale, en contrepartie de la mission de service public et d'intérêt général accomplie. Mais d'autres actions dépendent de la générosité de particuliers, notamment des actions d'urgence en hiver, des besoins en personnels non couverts par un prix de journée.

⁷ Les chiffres indiqués sont ceux de l'année 2001

Par exemple pour notre établissement, la Fondation a financé jusqu'en début d'année 2003, les postes d'infirmières. Près des trois quarts des ressources sont consacrés à l'insertion sociale de personnes en difficulté (sans abri, demandeurs d'emploi, familles, personnes handicapées, réfugiés...) 19 % reviennent à l'action pédagogique au profit de l'enfance et de la jeunesse, 6 % sont affectés aux activités en faveur de personnes âgées et 2 % aux activités médicales et paramédicales.⁸

RÉPARTITION DES RESSOURCES (en 2001)⁹



1.1.5 La Fondation de l'Armée du salut face à un nouveau défi : la vieillesse

Solitude, perte de lien social, éloignement des enfants, la vieillesse n'en finit pas de troubler les esprits. Elle s'allonge d'année en année. La volonté de la Fondation de l'Armée du Salut est de continuer à poursuivre sa mission auprès des personnes âgées dans une démarche de qualité, tout en développant une dimension humaine importante. La Fondation gère trois maisons de retraite dont une à Chantilly, dans le département de l'Oise, que je dirige depuis septembre 1998. Notre mission est donc d'accompagner des personnes âgées de plus de 60 ans. Notre volonté quotidienne est qu'elles puissent vivre dignement et dans le respect de leurs droits, malgré leur dépendance.

⁸ FONDATION ARMÉE DU SALUT. *Et si vous changiez d'idée sur ce qu'est une Armée*. Direction de la communication et ressources, 2003. 20 p.

⁹ Rapport financier de l'année 2001

Dans le projet de la Fondation, il a été employé l'expression « relais ». Le relais signifie « l'endroit où l'on peut s'arrêter pour souffler ou trouver une aide, le passage d'un lieu à un autre ou d'une situation à une autre. Le relais, c'est aussi la transition vers autre chose... Le relais est une structure, un lieu adapté aux publics concernés pour les recevoir dans le respect et la dignité... »¹⁰. C'est dans ce sens que je parlerai de passerelle, notion que je développe dans le présent mémoire.

Le départ vers une maison de retraite se vit souvent comme un drame pour la personne âgée. « *Une déchirure, Une page d'une vie qui se tourne* » : c'est souvent par ces mots que les familles et les résidents nous confient leur détresse.

Ce temps bien particulier dans l'existence d'une personne âgée demande qu'en tant que responsable d'établissement, nous nous efforcions de favoriser la continuité des rapports humains par un accueil de qualité. J'ai voulu mettre en avant le thème de l'accueil, qui représente une véritable transformation culturelle de l'établissement, dans la mesure où l'on est passé d'une conception plutôt familiale et sans repères à une conception plus hôtelière avec une dimension de soins.

1.2 LA MAISON DE RETRAITE « ARC-EN-CIEL » AU CŒUR D'UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ : LA PLACE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Avant d'aborder la vie de l'établissement, il me semble important de présenter, en quelques lignes, l'histoire de la vieillesse, et les mesures conduites sur le plan national et départemental pour tenter d'accueillir plus sereinement les personnes âgées dans les structures.

1.2.1 Du vieillard hideux de l'Antiquité à la notion de vieillissement du XXI^e siècle.

La vieillesse inquiète, voire traumatise les sociétés modernes qui misent l'essentiel sur les valeurs de la jeunesse et du progrès. « *Où se situe la place de ces « vieux » que l'on ne sait même plus nommer ?* » dit Jacqueline Trincaz¹¹. La vieillesse devient l'image de tous les « moins » : moins de ressources physiques, moins de capacités intellectuelles. De plus, pour la première fois depuis l'aube des temps, quatre générations vivent conjointement.

Dans les années 60, on a parlé du troisième âge comme d'une génération très active, mais très vite, cette idée a été balayée par l'arrivée des personnes dépendantes. Le quatrième âge faisait son apparition par rapport à la nouvelle longévité.

¹⁰ FONDATION ARMEE DU SALUT. *Projet de la Fondation*. Paris : Direction de la Communication et des Ressources, 2001. 20 p.

¹¹ Anthropologue et maître de conférences à l'Université de Paris XII.

Depuis l'Antiquité¹², la vieillesse est perçue comme un moment à part dans l'existence humaine. Hippocrate compare cette étape de la vie à l'hiver. Jusqu'au XVe siècle, la vieillesse appartient au domaine des représentations culturelles et des pratiques sociales. Aucun auteur ne s'est accordé sur l'âge à partir duquel on devient vieux. L'apparition des dictionnaires en Europe au XVIIe commence à donner une définition de la vieillesse en partant de la différence entre l'homme et la femme. Les vieillards sont d'ordinaire soupçonneux, jaloux, avarés, incapables d'amitié. Les vieilles sont ratatinées, dégoûtantes.

C'est au milieu du XVIIe siècle que le discours évolue. Les vieux deviennent plus bienveillants ; leur sagesse et leur fraîcheur prennent le pas sur le ridicule. Les grands-parents sont placés au centre de l'éducation.

Au XIXe siècle, l'Europe se transforme : la révolution industrielle, l'exode rural... Les changements qui s'y opèrent ont une influence considérable sur les conditions des vieillards et sur l'idée que l'on se fait de la vieillesse. Les progrès de la science amènent à remplacer le regard sur la vieillesse par un espoir : les maux de la vieillesse peuvent être soulagés. De surcroît, la poussée démographique dans tous les pays européens fait que le nombre des personnes âgées augmente. Simultanément apparaissent les premières victimes de l'évolution économique : les vieux vulnérables et pauvres, en opposition aux riches vieillards des classes supérieures.

Au XXe siècle, l'urbanisation de la société se poursuit. Les progrès amènent le rétrécissement de la cellule familiale. La notion de société patriarcale disparaît progressivement. L'instauration d'une politique de la vieillesse se concrétise dans les pays industrialisés.

Il me semble important de présenter quelques définitions en cours dans le monde de la gérontologie, que j'utiliserai au cours de ce mémoire.

Vieillesse¹³ : « Dernière période de la vie correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence. Le terme s'oppose parfois à celui de sénilité qui est l'aspect pathologique. Classiquement pour l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) l'âge moyen des personnes âgées se situe de 60 ans à 74 ans, celui des vieillards de 75 ans à 90 ans, et celui des grands vieillards au-delà de 90 ans. Dans la conception médico-sociale française, on parle plutôt de troisième âge et de quatrième âge.

« La vieillesse n'est pas un fait statique ; c'est l'aboutissement et le prolongement d'un processus... »¹⁴ Le gérontologue Lansing en propose la définition suivante : « Un processus

¹² COURAU C. Comment on traitait nos anciens. *Historia*, Octobre 2003, n° 682, pp. 12-17.

¹³ GRAND DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE. Larousse. 821 p.

¹⁴ BEAUVOIR de S. *La vieillesse*. Plessis-Trévisé : Gallimard, 1970, 604 p.

progressif de changement défavorable, ordinairement lié au passage du temps, devenant appaissant après la maturité, et l'aboutissement invariablement à la mort. »

Vieillesse : Historiquement, le mot apparaît à la fin du XVI^e siècle et vient du latin senescere, origine de sénescence. Ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie et se marquent par un processus de fléchissement de la vitalité, déshydratation des tissus, ralentissement des fonctions...

Personne âgée ¹⁵ : Cette expression contient la notion de temps vécu et à vivre. Personne, du latin persona, signifie l'individu, le sujet. La personne a une identité. « C'est une personne qui a vécu plus longtemps que la plupart des personnes qui vivent dans sa famille, dans son village...C'est une personne qui sait qu'elle ne vivra pas encore autant d'années qu'elle a déjà vécues. « Personne âgée et vieux » sont des expressions synonymes, leur symbolique reste toutefois différente. Le terme «vieux », qui a la particularité de pouvoir être utilisé comme adjectif, substantif ou adverbe est perçu comme péjoratif et apparaît le plus souvent pour marquer la rupture avec les autres âges : on est jeune, adulte ou vieux »

En définitive, il n'y a pas de vieillards, de vieux, de personnes âgées ; il y a seulement des personnes vieillissantes. La meilleure définition que j'ai trouvée est celle de G. Abraham lue dans le livre de Simone de Beauvoir, la vieillesse.

« Il n'y a pas de vieillissement normal. Il n'y a pas de modèle du vieillissement. La vieillesse est à inventer, la vieillesse est à cultiver. A chacun d'inventer, à chacun de conduire sa vieillesse : sa vie. »¹⁶

1.2.2 En 2011, les plus de soixante ans seront plus nombreux que les moins de vingt ans.

A 47 ans, Montaigne écrit dans *les Essais* qu'il a atteint « un âge auquel peu de gens arrivent » et que « mourir de vieillesse est une mort rare, singulière et extraordinaire ». Il est vrai qu'à cette époque, les épidémies font rage, l'hygiène est inconnue, l'alimentation pauvre et les connaissances médicales très embryonnaires. Vieillir vieux tenait du miracle.¹⁷

¹⁵COUTARD N., LAGSIR M., LEGRIS B. et al. *Vivre le temps*. Mémoire pour la Licence en gérontologie. Université Paris XII, Sciences Humaines Appliquées, 1998, 186 p.

¹⁶ VINCENT T. Faut-il parler de la beauté des vieux. *Revue Gériatrique*, 1993, n° 85, pp.8-9.

¹⁷ MAMOU Y. L'irrésistible allongement de la durée de la vie bouleverse la société française. *Dossier du Monde*, Septembre 2003, n° 18234, pp. 2-3.

Quatre siècles plus tard, le tableau s'est singulièrement modifié. Le dernier recensement de 1999, indique les chiffres suivants : « En 2050, la France métropolitaine comptera 64 millions d'habitants, soit 5 millions de plus qu'en 2000. Mais cette population aura pris des rides. Le nombre des personnes âgées augmente inéluctablement. Les plus de 60 ans représentaient 18 % de la population générale en 1970, 21 % en 2000, soit 12,1 millions de personnes. En prenant en compte l'évolution tendancielle de la mortalité, cette tranche de population regroupera 17 millions de personnes en 2020, dont 4 millions de plus de 80 ans, 7 millions pour ces derniers en 2040. ¹⁸

Les plus de 85 ans, qui étaient à peine 200 000 en 1950, seront près de 5 millions en 2050, soit quatre fois plus qu'en 2000. Les centenaires n'étaient qu'une dizaine en 1900. Ils sont près de 13 000 en 2003. En 2050, ils seront 165 000.

En France, ces dernières années, l'espérance de vie s'est accrue de plus de trois ans. Avec pour conséquence, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Elles sont aujourd'hui plus de 810 000. A l'horizon de 2020, leur nombre pourrait s'élever de 31 %. A ce jour, environ 645 000 personnes âgées résident en maison de retraite. Les femmes y sont près de cinq fois plus nombreuses que les hommes et la moyenne d'âge dans ces établissements atteint les quatre-vingts ans.

1.2.3 Les politiques sociales en faveur des personnes âgées en France de 1945 à nos jours.

Au siècle dernier, et plus particulièrement au milieu des années 40, les politiques s'interrogent sur les conditions de vie des personnes âgées ; la pauvreté frappe particulièrement les plus démunis. En 1945, est généralisé un système de retraite par le biais de la Sécurité Sociale. A partir de 1947, se mettent en place les régimes complémentaires qui existent déjà dans certaines professions. En 1956, la création d'un minimum vieillesse constitue l'indispensable filet de protection, notamment pour les personnes qui ne relèvent pas du régime général. L'aide sociale aux personnes était, jusqu'en 1905, en vertu d'une loi de 1851, laissée à la charge des hospices qui devaient recevoir, dans la limite de leurs possibilités, les vieux, les infirmes et les incurables. La loi de 1905 réalisa un progrès, en rendant obligatoire l'octroi d'allocations ou l'hébergement en hospice de ceux que l'âge ou la maladie rendaient incapables de pourvoir à leurs besoins. Ces deux systèmes se conjuguent. Le premier alloue par le moyen de l'assurance vieillesse, une pension de retraite

¹⁸ LUTZER P. *Etat de la législation en matière de prise en charge de la personne âgée dépendante.* Gérontologie 2003-2, n° 126, pp 11-24.

proportionnelle aux versements effectués. Le second apporte des allocations en espèces supplétives de la première, mais surtout une aide en nature multiforme, soit en prenant en charge le placement des intéressés hors de leur domicile, soit en leur apportant à domicile une assistance matérielle ou psychologique. Dans le cadre de la loi de décentralisation du 22 juillet 1983, le département assure la responsabilité du financement de l'aide sociale.

La prise en charge financière fut une priorité pour cette tranche de la population qui se trouvait dans la misère, mais en même temps, progressivement, il fut constaté que la personne âgée n'avait plus sa place dans la société.

En 1962, Le Rapport Laroque ¹⁹ pose la problématique de la place de la personne âgée et du maintien du lien social entre les différentes générations qui composent la société. *« Il est essentiel de maintenir les personnes âgées dans une société au contact avec les autres générations et d'éviter toute rupture brutale dans leurs conditions de vie. La rupture du vieillard avec son environnement habituel, le changement de résidence et de logement, l'éloignement de ses relations constituent autant de facteurs d'aggravation du vieillissement. »*

Ce rapport a été le point de départ d'une réflexion sur la politique globale de la personne âgée dans la société française. A partir de là, de nombreuses mesures ont été proposées à partir des années 1970. Elles s'orientent autour de trois dimensions :

- ❖ l'intégration sociale des établissements d'accueil,
- ❖ le maintien à domicile,
- ❖ l'adaptation du cadre de l'habitat.

En 1970, la loi du 31 décembre 1970, qui fait de l'hôpital la clé de voûte du système sanitaire, exclut de ses missions l'accueil des personnes âgées et des infirmes. L'hôpital est défini comme un lieu de soins et non un lieu d'accueil.

La loi sociale de 1975, stipule l'obligation de créer des établissements pour accueillir des personnes âgées dans le secteur médico-social. Le dispositif légal issu de ces lois laisse dix années pour transformer les hospices en maisons de retraite ou en services de longs séjours pour personnes âgées dépendantes.

Dès lors, de nouvelles structures d'accueil sont imaginées : foyers-logements, petites unités de vie...

¹⁹ LA DOCUMENTATION FRANÇAISE, *Politique de la vieillesse*, Paris, 1962, 438p.

La circulaire du 7 avril 1982 met l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées. Elle accélère le développement des premiers services d'aides ménagères en faveur des personnes âgées. En 1981 sont créés les services de soins à domicile destinés à différer l'entrée dans les hôpitaux ou en institution.

De surcroît, les personnes accueillies en établissement arrivent de plus en plus tardivement avec une moyenne d'âge de 83 ans.

Seulement, cette arrivée tardive en institution pose la question de l'adaptation des lieux de vie, et surtout de la formation des personnels de ces structures. De plus, le vieillissement de la population pose un problème jusqu'à maintenant peu abordé : le consentement des personnes âgées à l'entrée en maison de retraite.

Le 31 mai 1989, le ministre délégué, chargé des personnes âgées, Théo Braun, lors d'une intervention à la Fondation Nationale de Gérontologie, aborde cette problématique : « *Dédramatiser l'entrée en institution, c'est donc d'abord en ouvrir les portes, dans les deux sens, et pour tout le monde. Pour les personnes âgées, il faut qu'elles puissent à tout moment entrer, mais aussi sortir de l'institution. Pas d'enfermement, c'est une condition essentielle du maintien de leur vie sociale et de leur dignité* »²⁰

Les lieux de vie imaginés dans les années 60 ne sont plus adaptés. Ils deviennent peu à peu des lieux de fin de vie. La dépendance physique s'accroît, s'ajoutant avec les maladies psychiques. La dépendance devient un enjeu important. La modernisation et l'adaptation des lieux de vie deviennent une priorité.

Pour aider les personnes âgées dépendantes à subvenir à leurs besoins financiers, la loi du 24 janvier 1997 crée la prestation spécifique dépendance (PSD), décrets du 28 avril 1997 concernant les modalités d'attribution de la PSD. Cette prestation vient se substituer à l'allocation compensatrice pour tierce personne, qui se révélait inadaptée à la prise en charge des besoins particuliers à ces publics.

Dans le même temps, la loi du 24 janvier 1997 pose les principes de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, intégrant une prise en charge spécifique de la dépendance ; les modes de financement précédents des établissements ne leur permettaient pas d'assumer la perte d'autonomie des personnes accueillies. Le premier objectif de la réforme est de modifier la tarification en vigueur, afin de faire participer les personnes âgées au financement de leur dépendance. Le deuxième objectif est de créer une liaison étroite entre le budget des établissements, et le niveau de dépendance des personnes âgées accueillies. L'objectif est de rationaliser les enveloppes

²⁰ GERONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ, *Ethique, l'entrée en institution, grand âge et société*. La Nef, Paris, cahier n°53, 1990. 119 p.

budgétaires, assurer une bonne adéquation des besoins vers les établissements les moins bien adaptés. En 2000, les hébergements de personnes âgées ont pu commencer des programmes de modernisation avec le soutien des collectivités publiques, notamment les conseils généraux.

La PSD (prestation spécifique dépendance) est très vite critiquée par son côté aspect inéquitable sur le territoire français. En mai 2000, à la demande de Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Jean-Pierre Sueur rend public un rapport qui proposait l'instauration d'un nouveau droit concrétisé par une nouvelle prestation, l'aide personnalisée à l'autonomie (APA). Elle se veut une prestation universelle, égalitaire et personnalisée. Ce rapport a largement inspiré la loi du 20 juillet 2001²¹ définissant « l'aide personnalisée à l'autonomie ». Pour bénéficier de cette aide, la dépendance est évaluée. L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée, sur la demande de la personne ou d'un tiers, attestant d'une résidence stable et régulière en France. Cette personne doit être âgée de soixante ans au moins. (Code de l'action sociale et des familles, article L.232-2 ; décret n°2001, article 1^{er}, J.O du 21.11.01.)

La loi du 20 juillet 2001 définit la notion de perte d'autonomie : toute personne qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

Le degré de dépendance est évalué à partir d'une grille nommée AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources). Il n'est mesuré que ce que peut faire la personne âgée, à l'exclusion de tout ce que font les aidants et, ou les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (ex : lunettes, fauteuil roulant, déambulateur ...)

La grille AGGIR se compose de dix variables dites discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique ; sept variables dites illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie. Pour prétendre recevoir des personnes âgées dépendantes, l'établissement doit être conventionné dès lors que la dépendance moyenne des personnes âgées dépasse un certain seuil. Le GMP (groupes iso-ressources moyen) pondéré doit être supérieur à 300. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999, art. 13.

Une convention est signée entre le conseil général, la Ddass et l'établissement pour une durée de cinq ans. A partir de là, l'établissement est agréé comme EHPAD (établissement

²¹ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie.

hébergeant des personnes âgées dépendantes). Les maisons de retraites simples (sans cure médicale) n'ayant pas signé de convention dans les cinq ans seront dans l'incapacité d'accueillir des personnes âgées des Gir 1-2.

La convention pluriannuelle doit respecter un cahier des charges ; une démarche d'assurance qualité garantit à toute personne âgée en perte d'autonomie accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Une démarche d'évaluation, après signature, est effectuée, en rapport avec le cahier des charges signé entre les trois parties. La périodicité de cette évaluation peut être annuelle ou liée à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle.

1.2.4 La loi du 2 janvier 2002.

La loi du 2002-2 modifie en profondeur l'esprit de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales de juin 1975. Elle est principalement centrée sur les droits de la personne : respect, dignité, libre choix, consentement éclairé, droit à l'information et à la confidentialité, droit à la participation. Cette loi met donc au centre l'usager, dans sa dimension d'individu, acteur de sa propre prise en charge.

C'est la question centrale de la citoyenneté et la place que nous, professionnels, nous avons à lui donner dans nos établissements accueillant des personnes âgées : *« Passer de la logique individualisante au débat citoyen revient à transformer de manière subversive les rapports de domination. L'autre est alors perçu comme l'égal de soi, être humain... »*²²

Cette évolution entraîne donc, dans les institutions, une modification fondamentale et nous amène à penser différemment l'usager. Il devient évident de mettre en œuvre un projet individualisé pour chaque personne accueillie en lien avec le projet institutionnel.

La loi du 2 janvier 2002 ne fait que renforcer la prise en compte du respect de la dignité de la personne âgée abordée dans les différentes réformes du secteur gérontologique depuis 10 ans. La prise en charge des désirs et des besoins relationnels et affectifs des personnes âgées fait partie intégrante de la prévention à la dépendance et des soins qui leur sont prodigués à domicile ou en établissement. Nous sommes tous conscients de l'attention particulière qu'il convient d'attacher aux périodes de ruptures, où la personne âgée devient fragile. L'entrée en maison de retraite devient un enjeu évident pour les responsables que nous sommes. Développer des passerelles entre l'établissement et le domicile devient une nécessité si nous ne voulons pas faire de l'entrée un drame.

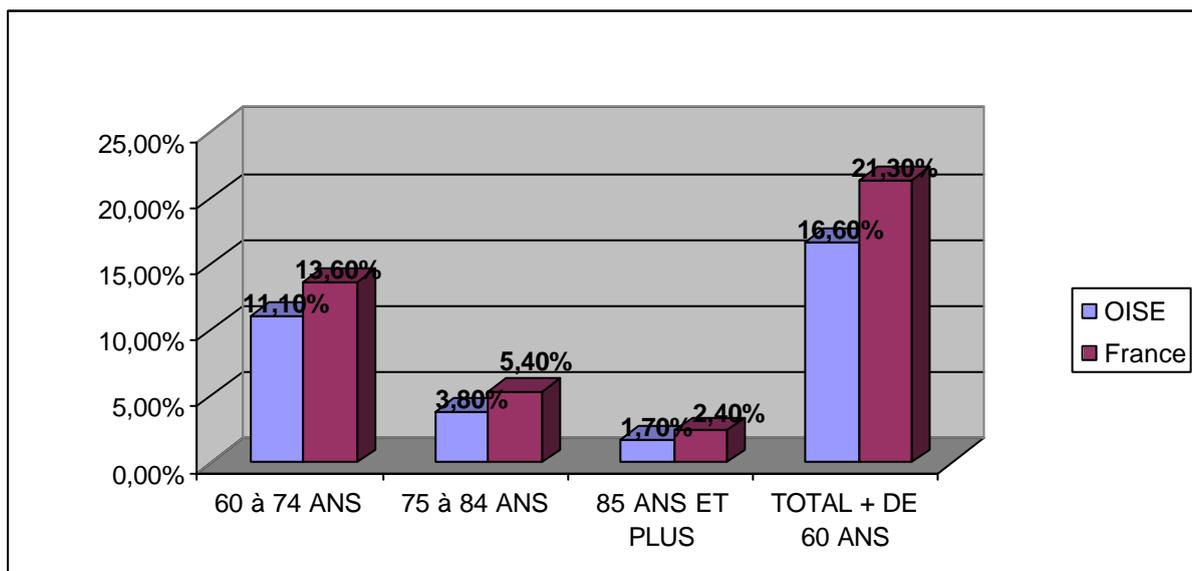
²² JANVIER R., MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, 1999. 212 p.

1.2.5 La politique de la vieillesse dans l'Oise.

Avec ses 693 communes et ses quelques 780 000 habitants, l'Oise est l'un des trois départements qui composent la région Picardie. La position géographique qu'occupe l'Oise à la frontière de l'Île-de-France et de la Normandie voit se côtoyer des secteurs industriels de pointe, des activités plus traditionnelles et une agriculture omniprésente. Point de passage obligé vers le nord de la France et de l'Europe, le département dispose de ressources économiques, culturelles et touristiques particulièrement riches et variées.

Depuis les transferts de compétence issus des lois de décentralisation, (lois du 2 mars 1982 et des 7 janvier et 22 juillet 1983), les conseils généraux exercent une compétence privilégiée en matière d'aide et d'action sociale. La politique des départements est plus particulièrement tournée vers trois populations : les personnes âgées, les personnes handicapées et l'enfance protégée. Il se situe à la quatrième place des départements les plus jeunes de la France. Toutefois, le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans s'est accru de 33 % en 10 ans, soit deux fois plus qu'au niveau national.

POPULATIONS ÂGÉES DE L'OISE COMPARÉES À CELLE DE LA FRANCE²³



L'Oise consacre une part importante de son budget social aux personnes âgées.

²³ CONSEIL GÉNÉRAL DE L'OISE, *Schéma départemental des personnes âgées 2003-2007*. 1vol. 39 p.

- ❖ En investissement : depuis 1988, soixante quatre millions d'euros de travaux d'humanisation des maisons de retraite ont été réalisés grâce aux subventions du conseil général, permettant la réhabilitation.
- ❖ Les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées sont de 17,5 % du budget de la DISS (Direction des interventions sanitaires et sociales) soit vingt trois millions d'euros.

Le schéma départemental prévu par l'article de la loi du 2 janvier 2002 a été élaboré pour le secteur gérontologique de l'Oise en 2002. J'ai participé à ce dernier qui vise trois axes sur les cinq années à venir :

- ❖ Améliorer la circulation et le partage de l'information autour de la personne âgée en développant les CLIC (Centre Local d'Informations et de coordination) ; conçu comme un dispositif de proximité, le CLIC est prioritairement destiné aux retraités et personnes âgées. Il propose une information sur les aides et les prestations existantes ; il aide à la consultation des dossiers d'obtention ; il oriente la personne vers le dispositif d'offres de services appropriés.
- ❖ Assurer l'amélioration de la qualité de la prise en charge par la mise en place des nouvelles mesures de la loi du 2 janvier 2002 et des règlements relatifs à la réforme de la tarification des établissements.
- ❖ Humaniser les structures d'hébergement.

Assez bien doté en maisons de retraite simples, le département manque par contre de structures médicalisées et de dispositifs innovants comme l'accueil temporaire (les personnes âgées séjournent dans les structures de deux jours à 2 mois), l'accueil de jour (accueil à la journée).

La volonté du conseil général est donc de continuer l'humanisation des maisons de retraite, mais aussi d'inciter les chefs d'établissement à développer, en collaboration avec les partenaires du domicile, des structures intermédiaires entre le domicile et les établissements. L'objectif est d'harmoniser les modes de prise en charge afin d'éviter aux personnes âgées de passer du domicile à l'établissement sans y être préparées.

2 - LA MAISON DE RETRAITE « ARC-EN-CIEL » : DES PROBLÈMES DE DIMENSION HUMAINE

Dans cette deuxième partie, après une description sommaire de l'environnement historique et de la politique menée en faveur des personnes âgées, je vais m'attacher plus particulièrement au contexte de la maison de retraite « Arc-en-Ciel » et aux problèmes humains rencontrés pour accueillir dignement la personne âgée dans la structure.

2.1 SON EVOLUTION AU COURS DES ANNÉES

2.1.1 Son implantation

La maison de retraite est située en plein centre ville de Chantilly en face du champ de courses. Au sud de l'Oise, à la limite de l'Ile-de-France, elle est d'accessibilité facile. La ligne directe, gare du Nord, Amiens, et l'autoroute A1, donnent des facilités incontestables pour les visiteurs et les salariés.

Sur 14 730 habitants, 3 000 personnes âgées vivent à Chantilly, établissements, et domiciles confondus.

Le canton de Chantilly dispose de plusieurs structures d'accueil pour personnes âgées. Par ailleurs, les maisons de retraite privées commerciales de ce canton sont des établissements « haut de gamme » qui pratiquent des prix de journée assez élevés, soit une moyenne de 68,60 euros par jour.

Sur la ville de Chantilly, quatre maisons de retraite sont installées soit : 356 places. La maison de retraite « Arc-en-Ciel » est la seule, qui soit conventionnée à l'aide sociale.

2.1.2 Le cadre légal et administratif de l'Arc-en-Ciel

L'Arc-en-Ciel est un établissement du secteur médico-social entrant dans le champ d'application de la loi du 2 janvier 2002. C'est une structure à but non lucratif qui dépend de la Fondation de l'Armée du Salut. Elle est habilitée à l'aide sociale pour l'ensemble des 35 lits et conventionnée à la sécurité sociale pour le budget soins. L'établissement est agréé EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes) depuis le 1er janvier 2003 pour cinq ans. Lors de cette signature en janvier 2003, plusieurs objectifs ont été fixés : embauche de deux aides-soignantes, d'une psychologue, d'un médecin coordonnateur, poursuite de la formation des personnels.

Au premier janvier 2003, le prix de l'hébergement et dépendance de la maison de retraite s'élève à :

Le prix de journée hébergement

	Prix de journée	
	Régime commun	Moins de 60 ans
Hébergement	33,90 €	40,38 €

Le prix de journée dépendance pour les plus de 60 ans.

GIR	Prix de journée		
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 4-5
Dépendances	11,77 €	7,47 €	3,17 €
Participation des résidents		3,17 €	

Sur le plan tarifaire, la logique de la réforme est de procéder, sur une période de cinq ans, à un ajustement du budget de l'établissement dont le montant est lié à l'état de la dépendance et de santé des personnes tout en améliorant la qualité générale. La nouvelle tarification a de fortes incidences sur la répartition des charges entre les budgets de l'établissement. Nous distinguons le prix hébergement qui recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, l'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation. Le tarif dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Il comprend notamment les salaires et charges du psychologue, d'une partie des aides-soignantes et AMP (aides-médico-psychologique) et des ASH (agent de service hospitalier), les charges et les fournitures et matériels spécifiques à la dépendance. Le tarif soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans la structure dont pour l'année 2003 la dotation globale est de 153 675 euros. Les charges communes à répartir entre deux sections tarifaires concernent les charges du personnel relatives aux aides-soignantes et aux AMP qui sont réparties entre la dépendance pour 30 % et les soins pour 70 % ainsi que celles afférentes aux ASH qui se partagent entre le tarif dépendance pour 30 % et le tarif hébergement pour 70 %.

2.1.3 Un lieu d'histoire

Avant d'être la propriété de l'Armée du Salut, la maison de retraite appartient à la comtesse de Lasteyrie du Saillant, née Marguerite Poiret. Au cours de la Première Guerre mondiale, la maison de retraite est le Quartier Général du Maréchal Joffre.

En 1947, l'Armée du Salut se porte locataire. Le contrat de location stipule que la maison doit accueillir des personnes avancées en âge. Le 8 juillet 1975, la Villa Poiret est acquise par l'Association des Œuvres françaises de Bienfaisance de l'Armée du Salut. Depuis 55 ans, cette maison, renommée entre temps « Arc-en-Ciel » a pour mission d'accueillir et d'accompagner des personnes âgées.

Jusqu'en 1975, avant d'être établissement médico-social, la résidence reçoit surtout des personnes de la bourgeoisie anglaise venues du monde hippique, désireuses de se reposer. Après 1975, la demande est différente. L'établissement étant reconnu comme établissement social et non plus comme « hôtel », la demande devient plutôt locale. Le public a progressivement changé, pour s'orienter vers des personnes à faibles revenus. En 1982, une demande d'habilitation à l'aide sociale est demandée suivie en 1984, par le conventionnement sécurité sociale pour le forfait soins.

Jusqu'en 1998, l'établissement est dirigé par des officiers de l'Armée du Salut. Mais le charisme et la bonne volonté deviennent insuffisantes. L'évolution rapide du secteur des personnes âgées n'a pas été prise en compte par les directeurs.

Parallèlement, jusqu'en 1995, la politique de l'Armée du Salut consistait à laisser les directeurs autonomes dans la gestion de leur établissement. Mais certains d'entre eux, certes pleins de bonne volonté, dirigent leur structure comme un budget familial.

En 1995, le conseil général alerte le Siège de la Fondation : la situation financière est mauvaise. En juin de la même année, le siège procède à un audit interne : 60 975 euros de déficit, aucune politique de gestion du personnel, une prise en charge sanitaire des résidents laissant à désirer. Pendant trois ans, la politique du siège se poursuit mais la situation ne fait qu'empirer : plaintes à la Ddass de certaines familles...

C'est dans ce contexte qu'en septembre 1998, je fus mutée en tant que directrice, après avoir fermé, pour des raisons de sécurité, une autre maison de retraite de 25 lits de la Fondation.

2.2 LA POPULATION ACCUEILLIE

L'absence de documents administratifs (compte administratif, rapport d'activité, registre des entrées et sorties des résidents...) ne me permet pas d'avoir une idée du nombre de personnes âgées reçues au cours des dix dernières années à l'Arc-en-Ciel. Je me concentrerai donc sur les statistiques depuis 1999. Nous accueillons, comme les autres établissements, des personnes de plus en plus âgées n'ayant que de faibles revenus.

2.2.1 Des personnes de plus en plus âgées

La population que nous recevons depuis cinq ans, est une population en perte d'autonomie. La moyenne d'âge dans l'établissement est d'environ 83 ans. Les personnes viennent principalement du canton de Chantilly. Au cours de l'année 2002, sur les 42 personnes accueillies, 34 étaient de l'Oise. Les autres viennent soit de départements à plus de 250 km, soit des départements limitrophes (95,93,75...). Ils sont transférés dans l'Oise, essentiellement pour l'une de ces deux :

- ❖ Les enfants habitent dans l'Oise et les parents vivent loin de chez eux : la Manche, le sud de la Loire... Le rapprochement permet aux familles de visiter plus souvent leurs parents. Les trois personnes originaires des départements de la Manche, de la Loire Atlantique et de Bretagne que j'ai accueillies en quatre ans séjournaient déjà en maison de Retraite.
- ❖ Celles qui viennent des départements limitrophes sont des personnes possédant peu de revenus. Elles s'éloignent de la région parisienne pour bénéficier de prix moins élevés.

2.2.2 Des mises sous tutelle plus fréquentes

La loi pose ce principe : tout être humain, qu'il soit mineur ou majeur, Français ou étranger, jouit de droits civils. Cela signifie qu'il est titulaire des droits attachés à sa personne et à son patrimoine. Toutefois, à cette capacité d'avoir des droits ne correspond pas forcément celle de pouvoir les exercer. Ainsi certains majeurs ne peuvent exercer ces droits et doivent être protégés par la loi. Une mesure de protection constitue une garantie pour ces majeurs vulnérables face aux risques d'actes malencontreux. Le choix entre curatelle et tutelle s'opère en fonction du besoin de protection révélé par l'état de la personne.

Comme je l'ai déjà précisé, nous accueillons au sein de l'établissement des personnes de moins en moins autonomes sur le plan physique aussi bien que psychique ; certaines ne sont plus en mesure de gérer leurs biens. Sur l'ensemble des résidents en 2002, 22 personnes sont sous protection :

- ❖ 19 personnes sous tutelle
- ❖ 3 personnes sous curatelle

17 familles ont procuration sur les comptes de leur parent. 3 résidents seulement gèrent eux-mêmes leurs biens.

Trois organismes de tutelle : UDAF (Union départementale des associations familiales de l'Oise), ATIO (Association tutélaire des inadaptés de l'Oise), ATO (Association tutélaire de l'Oise) se partagent 13 dossiers au sein de l'établissement et les 9 autres tutelles sont exercées par des familles.

Les personnes qui arrivent chez nous sont souvent déjà sous des régimes de protection. Toutefois entre 2000 et 2002, j'ai dû procéder à six signalements auprès du tribunal d'Instance, services des tutelles. J'ai enclenché cette démarche pour les raisons suivantes : difficultés de paiements par la famille ; personnes âgées sans famille, en perte d'autonomie sur le plan psychologique.

2.2.3 Des personnes d'origine modeste

La majorité des personnes accueillies dans l'établissement sont d'origine modeste. Le revenu moyen est de 1356 euros par mois.

En 2002, sur les 42 personnes accueillies :

- ❖ onze bénéficiaient de l'aide sociale à l'hébergement, dont 9 de l'aide départementale et deux de l'aide de l'Etat,
- ❖ 12 familles venaient en aide à leur parent pour financer les frais d'hébergement,
- ❖ Les autres, soit 11 personnes, réglait par leurs propres moyens leur frais de séjour.

Les résidents peuvent demander l'allocation logement en fonction de leur revenu.

Sur l'ensemble des résidents, deux personnes pourraient se permettre de séjourner dans une maison de retraite dont le prix de journée est de 53,36 euros.

2.2.4 Une dépendance qui s'accroît d'année en année

Les personnes que nous accueillons sont de plus en plus dépendantes. La mise en place de la nouvelle tarification pour les établissements nous oblige à calculer le GIR (groupe-iso-ressources) de chaque résident, afin que la personne puisse recevoir l'APA pour l'aider à financer sa dépendance.

Dans le cadre de ma première année CAFDES, j'ai effectué un stage au conseil général, dans le service des personnes âgées. Ceci m'a permis de mieux comprendre cette nouvelle mesure en leur faveur.

Evolution du GMP des personnes âgées accueillies entre 2001, 2002 et 01.09.2003

GIR	2001 (31 /12)	2002 (31/12)	2003 (1/09)
GIR 1 : 1000	1	2	3
GIR 2 : 840	4	7	6
GIR 3 : 660	5	8	8
GIR 4 : 420	7	5	8
GIR 5 : 250	6	4	1
GIR 6 : 70	10	7	7
GMP	387	507	527

Les moins de 60 ans ne sont pas girés. L'évaluation est faite sur 33 résidents.

Les chiffres dans la colonne des années représentent, le nombre de personnes par GIR. Les personnes en GIR 1 sont les plus dépendantes et en GIR 6, nous trouvons les plus autonomes. Chaque GIR est multiplié par un coefficient, par exemple le GIR 1 par 1000.

Le GMP sur les trois années n'a pas cessé d'évoluer. Il pourrait être plus important. Seulement la structure, peu conforme et peu adaptée jusqu'en fin 2003, ne nous permettait pas d'accueillir davantage de personnes en GIR 1 et 3.

L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents est effectuée par l'infirmière et le médecin traitant de la personne âgée. En avril 2002, le médecin du conseil général, chargé de l'évaluation de l'ensemble des personnes âgées, s'est déplacé au sein de notre établissement pour le contrôle des GIR. Tous les six mois, l'infirmière me fournit les GIR. Si le GMP évolue très vite, je peux s'il le faut alerter les financeurs. Le GMP doit être fourni lors de la préparation budgétaire.

Cette nouvelle façon de gérer un établissement donne une nouvelle dynamique, car le conventionnement est surtout une occasion unique d'engager une démarche qualité, une réflexion au sein de l'établissement. Il donne l'opportunité d'impliquer les résidents à l'arrivée, autant que faire se peut, la famille, et surtout le personnel, au fonctionnement de l'établissement. Pour la première fois, nous parlons de qualité de l'environnement, de prise en charge des résidents, de professionnalisme en même temps que nous discutons de financements.

L'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie implique de les assister pour leur toilette, le choix de leurs vêtements. Pour les personnes plus dépendantes, la prise en charge est complète du lever au coucher : toilette, habillage, transfert d'un lieu à un autre, change en cas d'incontinence, prise des repas, sont les gestes quotidiens qu'accomplissent les personnels.

Chaque résident peut avoir son propre médecin généraliste. Douze médecins interviennent au sein de l'établissement, ainsi que différentes professions para-médicales : deux infirmières libérales, trois kinésithérapeutes, une orthophoniste...

Quand je suis arrivée en 1998, les hospitalisations étaient très fréquentes, soit en moyenne 15 par an.

2.3 L'ÉQUIPE DU PERSONNEL

2.3.1 Une équipe de personnel peu formée et sous dotée

L'évolution de la gestion des personnels au sein de la Fondation, jointe à la réglementation sociale, a contribué à situer la gestion des ressources humaines parmi les clefs du management des directeurs. De l'agent d'accueil à l'éducateur spécialisé, du cuisinier au comptable, le personnel de la Fondation constitue une véritable « armée de métiers ».

L'équipe de personnel de l'établissement jusqu'en 1999 était principalement composée d'agent de service. La moyenne d'ancienneté en 2003 du personnel de l'Arc-en-Ciel est de 15 ans. La plus ancienne employée a 24 ans de maison. Le personnel est essentiellement féminin (20 femmes contre 2 hommes).

La moyenne d'âge est de 42 ans. 14 personnes ont entre 30 et 48 ans. La plupart des membres du personnel sont domiciliées à proximité, soit environ 15 kilomètres et possèdent un véhicule. La gare à 10 minutes facilite le recrutement pour les personnes qui ne sont pas motorisées.

L'établissement relève de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951. Les formes d'aménagement du temps de travail sont élaborées par quatorzaine sur des journées de 7 heures pour l'équipe de jour et de 10 heures pour l'équipe de nuit.

- ❖ L'équipe du matin commence à 7 heures ou 8 heures et termine à 14 heures 30 ou 15 heures 30.
- ❖ L'équipe de l'après-midi peut commencer à 14 heures 30.
- ❖ Le personnel de nuit assure les horaires suivants : 21 heures à 7 heures.

Les plannings sont établis par mes soins. Avant mon arrivée, le personnel gérait individuellement son planning. Certains prenaient des semaines entières de récupération, ce qui amenait un dysfonctionnement important dans l'établissement.

Les élections de délégués du personnel se déroulent jusqu'à présent normalement selon les règles établies par le Code du Travail. Lors des dernières élections en mars 2003, les délégués ont été élus au second tour.

Aux cours des années, le personnel intervenant à l'Arc-en-Ciel était recruté la plupart du temps sans diplômes. Dans les maisons de retraite, il n'y avait pas de profil particulier, c'étaient souvent des gens peu qualifiés ou ayant interrompu leur scolarité prématurément. Un employé était embauché plus pour leur bonne volonté que par compétence professionnelle.

Entre 2001 et 2003, l'effectif a évolué pour atteindre en 2003, 19,71 ETP (équivalent temps plein) soit un ratio de 0,56. Nous sommes bien en deçà du ratio de la Suisse ou de la Belgique qui est à 1,2 par lit²⁴. De même, le personnel affecté aux soins a un ratio d'encadrement de 0,18 par résident. L'augmentation constante de la dépendance, des accompagnements de plus en plus individualisés obligent l'équipe de soins à établir des priorités, au détriment de certains résidents qui devraient bénéficier d'une prise en charge plus accentuée.

Le drame de l'été 2003 a mis en lumière un problème de fond dans les maisons de retraite : le manque de personnel. On a eu l'impression, avec ces 14 000 morts, que la France venait de découvrir seulement qu'il y avait « des vieux ». Et pourtant, ils sont bien présents, mais ils sont très mal encadrés et très mal entendus, parfois oubliés.

Malgré les efforts de recrutement en personnel formé depuis mon arrivée, parmi les 22 salariés présents dans la maison 6 n'ont aucun diplôme, 6 ont le BEPC. Le personnel peu qualifié est celui de l'hôtellerie et des services généraux.

4 personnes ont un BEP sanitaire, 6 ont un niveau égal ou supérieur au bac.

2.4 DES ENTRÉES TOUJOURS PLUS DIFFICILES A GÉRER

Ouvrir la porte d'une maison de retraite, c'est rencontrer l'évidence, tout ce que la société refuse de voir : des corps usés, des déments qui déambulent, des visages sans sourire, la solitude, la résignation, la soumission, la mort. Parler de la maison de retraite aux

²⁴ BESSE DESMOULINS. La canicule souligne les difficultés de la prise en charge des personnes âgées. *Le Monde*, août 2003, n°18216, pp. 8-9.

familles, c'est entendre la culpabilité, la peur de laisser un proche entre les mains d'inconnus. Discuter avec des personnels de maison de retraite, c'est entendre qu'ils n'ont pas le temps d'écouter les personnes âgées, d'entendre leur souffrance morale, qu'ils ne comprennent pas toujours leur agressivité...

L'entrée devient un enjeu pour le résident, la famille, les membres du personnel et les responsables que nous sommes. Elle provoque crainte, peur, angoisses.

J'aurais pu aborder d'autres sujets qui posent question dans l'établissement que je dirige : la place de la mort, l'accompagnement des familles.

La problématique de l'accueil est venue par un constat que j'ai pu faire après mes six mois d'observation en 1998, suite à ma mutation.

La crainte de l'inconnu pour la personne âgée, la culpabilité des familles et le mal-être du personnel face à une population qui devient de plus en plus exigeante m'ont fortement interpellée humainement et professionnellement. De plus, le nombre de décès en 1997 au sein de l'établissement m'interrogeaient fortement sur la façon d'accueillir et d'accompagner dans la structure.

Pourquoi, l'entrée devient-elle donc un enjeu pour tous ? Pourquoi pose-t-elle un problème institutionnel ? Ne fait-elle pas ressortir la fragilité de l'humain, la peur de la mort quand l'entrée est prononcée, l'inadaptation des locaux, l'absence de prise en compte de la personne pour l'accueillir dignement, l'absence de professionnalisme pour répondre aux nouveaux besoins du 4ème âge. Au cours des chapitres suivants, je vais tenter d'expliquer ce que chacun ressent selon la place qu'il tient dans l'établissement.

2.4.1 L'entrée en établissement, une succession de pertes pour la personne âgée

L'ensemble des demandes reçues au cours de ces cinq ans dans l'établissement émane à plus de 95 % d'un tiers : les familles 55 %, les services hospitaliers 25 %, les médecins traitants et services de tutelles 15 %. Il ne reste que 5 % de personnes âgées qui décident elles-mêmes de rentrer en maison de retraite. Cette faible proportion nous montre bien les conséquences psychologiques et physiques quand la décision est prise par un tiers.

J'illustrerai mon propos par des exemples tirés de la vie de l'établissement.

Madame Dupont, âgée de 85 ans, est entrée en fin d'année 1998 chez nous après plusieurs allers-retours entre son domicile et l'hôpital. L'examen à l'entrée montrait que son état physique était bon pour son âge, mais ses fonctions intellectuelles étaient détériorées. Elle

ne savait plus dire son âge ni d'où elle venait. Elle était en état de démence évoluée. A domicile, ses habitudes de vie n'avaient pas permis de détecter plutôt ce diagnostic.

Quand le médecin de famille dit qu'il fallait trouver une maison de retraite, ce fut pour les enfants une épreuve. Ils avaient du mal à croire qu'une mère qui avait élevé six enfants ne puisse plus gérer son quotidien ; elle qui avait fait face aux obligations familiales avec peu de moyens financiers.

Les enfants ont donc fait des démarches auprès de plusieurs établissements. Après des mois d'attente, Madame Dupont est entrée chez nous. A son arrivée, elle était persuadée de rentrer chez elle après ces mauvais moments, comme elle disait.

Elle est arrivée un lundi de printemps avec un de ses fils. Son regard lointain et effrayé me faisait comprendre qu'elle n'était pas au courant de son entrée en maison de retraite.

Après les présentations et la bienvenue elle a été conduite vers sa chambre. D'emblée, elle a refusé de franchir la porte. « Je ne suis pas chez moi ». Après quelques minutes de négociation, elle a réussi à pénétrer dans son lieu de vie.

Une fois son fils parti, elle n'a pas cessé de déambuler dans le hall d'accueil. L'équipe a dû redoubler de vigilance pour éviter toute fugue.

Les jours suivants ont été forts difficiles. Elle refusait d'être prise en charge pour les soins de nursing, elle refusait de manger. Elle faisait sa valise pendant des journées entières. Elle a mis six mois pour s'adapter. Un soir, assise avec les résidents au salon, elle m'a adressé la parole : « *Pourquoi m'ont-ils mis là ? J'ai tout perdu. Où sont mes affaires, mes meubles ...* » Les questions fusaient. Elle pleurait à grosses larmes. « *Je ne suis rien* ». Cette douleur ne nous laisse pas indifférents. Même avec le temps, nous avons toujours beaucoup de mal à vivre les souffrances morales de nos résidents. Que faire, que dire ? Répéter que l'on comprend son mal-être, son désarroi, est le seul argument... Est-ce vraiment ce qu'elle veut entendre, cette femme de 95 ans ?

Elle est toujours chez nous à ce jour. Régulièrement, ses enfants viennent la visiter. Après chaque départ, elle pleure, déprime pendant quelques jours. « *Je ne suis pas chez moi, eux, ils sont chez eux...* »

Cet exemple nous montre ce que peut être le comportement d'une personne âgée quand elle entre chez nous. Ses réactions sont liées aussi à son parcours de vie. Nous pouvons nous imaginer les suites quand la structure ne prend pas la peine de mettre en place une démarche d'accueil.

La personne âgée, avant d'arriver dans l'établissement, a déjà subi une succession de changements. En entrant à la retraite, elle change d'identité. Le passage à la retraite oblige à

une réorganisation globale de la vie. Puis arrive le départ des enfants, le couple se retrouve seul, face à lui-même. Le corps se modifie, les cheveux blanchissent, la peau se flétrit. L'image que l'on donne aux autres se modifie. Lentement, le sujet âgé glisse vers le « statut » de personne âgée. On ne parle plus d'hommes et de femmes mais d'êtres humains « asexués », comme si les vieux n'avaient plus le droit d'avoir de sexualité, d'ailleurs le terme « personne âgée » est asexué.

La mort du conjoint survient. Cette perte, bien souvent refoulée au fond du cœur, ne se cicatrise pas. La déchirure est grande pour nombre de personnes âgées. Elles n'arrivent pas à se relever de cette épreuve. C'en est une de trop dans un univers où la mort et les pertes deviennent fortement présentes. Les amis proches les quittent. Que leur reste-t-il ? Pourquoi exister encore ? La santé se dégrade. Les enfants prennent progressivement les décisions pour leurs parents. Une chute, une perte de connaissance les amènent à subir des hospitalisations. Les allers-retours deviennent fréquents entre le centre hospitalier et la maison. Au cours de ces séjours, l'absence de visites des proches ne fait que renforcer l'idée d'abandon, de solitude.

Le jour « j » de l'entrée en maison de retraite est pour la personne un moment éprouvant et fatigant. L'inconnu est devant elle. Tout le monde la regarde, les résidents, le personnel. Tout d'un coup elle devient « *une bête curieuse* », expression d'un de nos résidents. Nous lui parlons d'un « *chez soi* » alors qu'elle ne l'a pas choisi. L'inquiétude vient aussi de tout ce qu'elle n'a pas pu prendre, meubles, linge... C'est le vide : « *On me dépouille de tout* ».

Lors des premières heures, des premiers jours, la personne passe par une phase de déni : « *Mes enfants ne m'ont pas fait cela ...* ». Ce sont des réactions instinctives face à une réalité trop dure à supporter. C'est souvent dans cette phase de stress intense que la régression physique est accentuée chez la personne âgée. La désorientation légère peut s'aggraver. L'incontinence urinaire peut surgir. Tous ces signes sont des appels au secours.

Le sentiment de ne plus être rien qu'un objet que l'on place : « *J'ai l'impression d'être une valise* » me cria, un jour, un résident dans sa colère. Le repli sur soi pour certains est une sécurité. La perte de l'identité sociale est vécue aussi comme une déchéance : « *Je ne suis plus rien, moi qui votais, moi qui allais à la Poste chercher ma pension...* ».

Tous ces bouleversements constituent une épreuve, des pertes profondes qui sont plus ou moins traumatisantes et que les personnels doivent savoir gérer.

Nous pouvons remarquer qu'en entrant dans une maison de retraite, les personnes âgées passent par des étapes de deuil. Elisabeth Kübler Ross, psychiatre, a la première

conceptualisé la notion d'étapes dans le deuil par cinq phases²⁵ : le refus, l'irritation, le marchandage : « *Je mangerai que si vous appelez mes enfants pour qu'ils viennent me chercher...* » ; la dépression, l'acceptation. L'acceptation peut être active, c'est-à-dire que la personne accepte cette entrée au bout de quelques jours ou quelques mois, tout en sachant que le consentement se fait souvent par démission, soumission, dans un souci de ne pas déranger continuellement les enfants.

Le consentement peut représenter pour d'autres une forme de renoncement, de résignation. Ils abdiquent. Nous pouvons très rapidement remarquer que la personne entre dans un processus de retrait du monde, de régression, voire vers le syndrome de glissement. C'est-à-dire qu'elle va progressivement se laisser mourir.

L'entrée non préparée, qui se vit dans l'urgence, amène un tel stress pour la personne âgée qu'elle est incapable par moments de nous entendre. Elle est dans son monde. Si elle ne nous a pas vus avant ou si nous n'avons pas pris la peine de la visiter à l'hôpital, elle est parachutée dans un lieu qu'elle n'a même pas visité. Il est normal et humain qu'elle réagisse dans l'agressivité. « *Je deviens un animal, on m'enlève toute mon identité* ».

Alors comment travailler à la continuité identitaire lorsque les conditions d'entrée sont aussi douloureuses ? Comment dédramatiser l'entrée dans cette phase en pleine crise ?

2.4.2 La souffrance de la famille

Les enfants de Monsieur Martin s'étaient engagés, après le départ de sa femme, à le garder avec eux dans leur grande maison à proximité de Chantilly, au fil des mois, Monsieur Martin est devenu agressif et difficile à vivre au quotidien pour sa fille.

Celle-ci, lors du premier rendez-vous, s'est effondrée dans mon bureau. « *J'avais promis à maman que j'allais garder papa jusqu'au bout. Mais aujourd'hui, je n'en peux plus. Son agressivité, sa méchanceté envers moi me font peur. Nous avons dû le transférer à l'hôpital de Clermont ...* » L'hôpital de Clermont est le centre psychiatrique.

Monsieur Martin est atteint d'une démence avancée. Il présente une désorientation temporo spatiale. Il est incapable d'une activité coordonnée correcte. Dans ses moments de lucidité, il pleure, il crie. « *J'ai peur de devenir fou...* ». Cette peur engendre des comportements d'agressivité envers son entourage.

La famille de Monsieur Martin a mis des semaines à nous faire confiance pour la prise en charge du papa. Tous les jours, sa fille venait le voir. Elle interrogeait le personnel

²⁵ KUBLER ROSS E. *Les derniers instants de la vie*. Labor & Fides : Genève, 1975. 135 p.

pour savoir s'il mangeait bien, s'il dormait correctement. Par moments, elle agaçait le personnel par ses réflexions désobligeantes. « *Pourquoi papa a encore son gilet rouge ?... Papa n'a pas eu ses médicaments, il est trop agressif...* ».

Avant de faire le pas pour une entrée, comme d'autres cette famille a sûrement dû visiter des dizaines de maisons de retraite. Pour certaines, le doute les brise : « *Et si c'en était une qui ne traite pas bien les personnes ? Et si maman ne s'habitait pas... ?* » Comment être calme pour faire le bon choix ?

La deuxième étape : comment annoncer la nouvelle à la mère ou au père, comment vivre cette décision prise en famille ? Une déchirure se lit au fond des yeux de certains enfants. Un choc, le déni. Ce n'est pas vrai : « *On ne va pas la mettre ici, on lui avait promis qu'on s'occuperait d'elle...* ». Certaines familles me disent : « *C'est la première fois que je prends une décision qui concerne mes parents, ils ont toujours dirigé leur vie...* ».

D'autres, pour éviter les questions qui font mal, vont mentir à leurs parents : « *Tu vas te reposer quelques jours, ici, maman et nous reviendrons te chercher...* ». La personne âgée n'est pas dupe à ce point. Elle sait ce qui lui arrive, la famille sait aussi que la mère ou le père ne retournera plus chez lui.

Pour la famille, c'est une page qui se tourne. Nous devons l'accompagner pour que l'entrée soit vécue au mieux. Ces moments-là sont souvent les plus difficiles. Tout se trouble dans leur tête. Il est difficile pour certains enfants de voir leurs parents dans cet état de dépendance physique ou psychique. Ils ne comprennent pas forcément ce qui leur arrive. Certains me disent : « *On n'a pas vu venir la vieillesse de maman* ». A partir de ce moment là, ils doivent apprendre à regarder leurs parents autrement. Faire le deuil de la mère courageuse ou du père actif. Les regrets, les souvenirs affluent lors des entretiens. Ces changements brutaux bouleversent la dynamique familiale.

L'éloignement, la vie professionnelle des uns et des autres obligent certains enfants à prendre des solutions dans la rapidité : placer leur parent dans l'urgence, prendre un établissement bien souvent au-dessus de leurs moyens. La vente de la maison de leur enfance est le seul moyen pour faire face aux dépenses de la maison de retraite. C'est un déchirement tellement fort pour des enfants qu'ils peuvent être, lors de l'entrée agressifs envers la maison de retraite. L'ordre familial est modifié. Les enfants deviennent les parents. Le discours tenu par certains professionnels ne rassure en rien sur la vie en établissement. Une famille me racontait dernièrement qu'une aide à domicile obligeait leur mère à marcher en lui disant : « *Si vous ne marchez plus, vous irez en maison de retraite* ». Cette

connotation négative par rapport à l'établissement ne permet pas de mettre en confiance la personne âgée dans le cas d'un éventuel transfert. La crainte, la peur de la maltraitance doit être sans cesse présente à son esprit.

Dernièrement, lors d'un rendez-vous pour une future entrée, la fille d'une dame de 90 ans, m'a demandée de l'accompagner hors de l'établissement. Elle avait besoin de s'exprimer dans un lieu autre que la maison de retraite. Dans la rue, elle s'est effondrée dans mes bras en me disant : « *Pourquoi faire cela à ma mère, pourquoi ? Et papa, que penserait-il de tout cela, lui qui nous a quittés il y a trois ans...* ». Les mots ne sont pas toujours appropriés pour calmer cette douleur qui nous touche.

Même si le placement paraît incontournable, voire vital pour maintenir un équilibre familial, l'entrée en maison de retraite suscite chez certaines familles un sentiment de culpabilité. Elle peut s'exprimer de différentes façons. Par exemple de l'hyper protection, une forme d'agressivité envers le personnel.

« *Le personnel ne prend pas bien en charge mon père, aujourd'hui, il n'a pas été rasé...* »

Ces attitudes témoignent de ce mal-être des familles. Elles ont du mal à comprendre que la mère, le père puisse devenir aussi dépendant. Certains sont renvoyés à leur propre peur:

« *Si je deviens comme ma mère, je demanderai à mes enfants de m'aider à mourir...* »

A l'inverse, d'autres auront une réaction de fuite, d'abandon de la personne à la structure accueillante. Ce geste est souvent pour les enfants une manière de s'épargner de la souffrance causée par l'état du parent âgé et par son vécu. « *Le recours au placement peut être vu comme un essai de séparation préfigurant la séparation définitive et combien menaçante. Le placement peut signifier un essai du système familial pour aménager préventivement des solutions à la crise prévisible de la mort.* »²⁶

2.4.3 L'inquiétude du personnel

Une nouvelle entrée est souvent malheureusement liée au décès d'un de nos résidents. Ces moments sont toujours et pour tout le monde peu faciles à vivre. Selon les affinités que les uns et les autres ont pu établir avec la personne âgée, la douleur du départ sera plus difficile à vivre. Les émotions, les peines, les angoisses suscitées par la confrontation à la mort, interrogent, provoquent, bousculent les personnels. Recevoir, calmer le chagrin des familles demandent de la part des professionnels du courage et de la force intérieure. La proximité physique ou émotionnelle d'une personne dans le deuil nous renvoie

²⁶ PAYE D., STEYAERT M. *Réflexions cliniques à propos de l'hospitalisation des vieillards en crise.* Psychologie médicale, 21/2, Février 1989.

directement à nos propres deuils. Donc, nous sommes fragilisés, plus sensibles au mal-être de l'autre. Dans cette situation psychologique, l'accueil du nouveau résident ne va pas de soi.

L'arrivée de tout nouveau résident nous posait toujours beaucoup de questions. La plupart du temps, nous ne connaissions le futur entrant que par le dossier médical et par ce que la famille avait bien voulu nous en dire. Donc, c'était l'inconnu. Nous découvrons le nouveau visage le jour de l'entrée. Les difficultés pour tous les personnels étaient d'accueillir le plus professionnellement possible, en veillant à rassurer aussi, la personne qui parfois nous déroutait. Seulement le manque de repères pour le personnel faisait que le résident était tout simplement conduit et livré à lui-même dans la structure.

Au cours des premiers mois de mon arrivée, j'ai constaté que les membres du personnel étaient dans un état de stress. L'organisation du travail était si peu claire. Ils perdaient beaucoup de temps à descendre, monter les étages. En fin de journée, ils étaient épuisés. L'absence de lieu pour la pause du midi ne leur permettait pas de se reposer. Certains mangeaient dans leur voiture.

Les conditions de travail rendaient la vie quotidienne très difficile. Malgré leur bonne volonté, ils étaient épuisés. L'insuffisance de formation expliquait aussi la vision, souvent péjorative, portée sur ces vieilles gens fragiles. Des réflexions comme « *il retombe en enfance* » me faisaient peur. Une personne âgée peut perdre probablement la tête, mais elle conserve son histoire de vie. La traiter comme un enfant est une dévalorisation qui entraîne sur elle un regard dévalorisant. Je savais que là aussi, le chemin allait être long pour arriver à faire prévaloir une autre conception de la vieillesse.

Quel discours aussi tenir au résident et à la famille ? Un discours rassurant et positif : « *Ne vous en faites pas tout ira bien...* » ou dire la vérité « *Les heures et les jours qui viennent vont être difficiles, et chacun devra trouver sa place...* ». Le personnel est-il toujours prêt à utiliser les mots justes pour atténuer les angoisses de la personne ou de la famille aux cours des prochains jours ?

Travailler en gérontologie, cela signifie être pris tous les jours par une demande relationnelle intense. Le nouveau résident a particulièrement besoin de nous dans cette phase d'adaptation. Seulement, les personnels n'avaient guère la possibilité de s'arrêter pour l'aider ou le rassurer. Les mots n'étaient pas toujours appropriés pour calmer la douleur, désamorcer la crainte qui est forte pour certains résidents.

La culpabilité peut dans est ce cas troubler le travail : « *Je n'ai pas eu le temps d'aller voir Monsieur Martin...* ». La crainte que j'avais, face un personnel fatigué et si peu préparé à l'arrivée de la grande dépendance, était de passer à côté de choses importantes.

Comment ne pas subir le burn-out alors que l'on ne peut pas partager, mais seulement être dans l'acte du faire ?

Le syndrome d'épuisement, burn-out en anglais, ou encore *kalochi* au Japon, est un état de fragilité psychologique et physique intense qui ne permet plus au personnel en général d'assurer son travail et ses responsabilités professionnelles. Le personnel, sollicité, stressé ne peut plus être en mesure de gérer son propre mal-être. Certains se réfugient dans la fuite, manifestée par des arrêts de travail. De 1998 à 2000, l'absentéisme dans la structure a été relativement important.

Nous avons conscience, tous, à tous les niveaux professionnels et statutaires, que l'entrée est un enjeu pour le résident, la famille et le personnel.

L'accueil ne doit plus être banalisé. Il devient un acte central, « une passerelle », où l'écoute, la dimension d'empathie, le savoir-être de la part des équipes et de la direction doivent devenir incontournables. Il doit permettre au résident d'être encore un acteur de la vie sociale, culturelle, économique.

2.4.4 Un établissement peu adapté et peu agréable ne facilite en rien des entrées sereines

L'établissement n'est plus adapté au nouveau potentiel d'organisation et d'accompagnement des gestes de la vie quotidienne que réclame le « prendre en compte » d'aujourd'hui face à cette nouvelle vieillesse. La vision du mouvoir, véhiculée à travers cette structure, peut entraîner l'exclusion du grand âge.

Dans un article de presse²⁷ en lien avec l'actualité de l'été 2003, Cécilia Gabizon rappelle que 40 % des résidents en maison de retraite n'ont pas de chambre individuelle, 56 % doivent se contenter de salles de bains collectives. Jusqu'en fin 2002, nous faisons partie de ces établissements qui offraient des services peu réjouissants à une population qui n'a pas forcément besoin de marbre au sol, mais d'un minimum de confort digne du XXI^e siècle pour l'accompagner respectueusement dans sa fin de vie.

²⁷ GABIZON C. Un jour férié en moins pour aider les plus âgés. *Le Figaro*. Août 2003 [visité le 27.08.2003]. Disponible sur Internet : <http://www.lefigaro.fr/France>.

La maison de retraite Arc-en-Ciel, malgré son imposante architecture extérieure, n'offrait pas des conditions d'accueil dignes. Les chambres, dont la superficie moyenne était de 15 m², n'étaient pas toutes dotées de cabinet de toilette, ni de wc. Deux salles de bain seulement pour 35 résidents fonctionnait dans la structure. Ceci nous permet d'imaginer les difficultés de gestion de la prise en charge des personnes âgées. Un petit ascenseur, desservait l'ensemble du grand bâtiment. Ce dernier ne pouvait pas accepter des brancards quand une personne du troisième étage, devait être hospitalisée, cela demandait de la part des intervenants extérieurs (brancardiers, pompiers...) des manipulations d'équilibriste pour descendre le petit escalier de secours.

Les locaux collectifs :

- ❖ La lingerie au sous-sol, non accessible par ascenseur, contraignait le personnel à transporter le linge propre et sale, par les escaliers, sur trois étages.
- ❖ Les sols en parquet obligeaient le personnel à fournir des efforts importants pour que les locaux soient propres.
- ❖ La salle à manger de 35 m² nous contraignait à effectuer deux services de repas. Malgré cet aménagement d'horaires, le côté exigü de cette salle amenait bien souvent des conflits entre personnes âgées (trop de bruit pour certains, pas assez de place pour d'autres...) Il suffisait que quelques fauteuils roulants viennent se rajouter, dans la salle de restaurant et plus personne ne pouvait se mouvoir.

Des fuites d'eau, des pannes d'électricité fréquentes, un ascenseur qui tombait en panne, régulièrement avec des personnes âgées dedans m'obligeaient très souvent à faire appel à des sociétés extérieures pour les réparations. Rien n'était adapté. L'absence de sonnette d'alarme dans les chambres nous contraignait à avoir l'oreille très attentive au moindre bruit. Le matériel vétuste, non professionnel ne permettait pas au personnel de fournir un travail efficace.

En tant que directrice de l'établissement, je ne pouvais pas continuer à faire supporter aux personnels de telles conditions de travail. Au cours des cinq ans, en attendant, la réhabilitation de la structure, j'ai essayé d'améliorer le quotidien. Mais la non conformité des locaux ne me facilitait pas la tâche.

Il était plus qu'urgence dans cet établissement d'amorcer un changement tant sur le regard qui était porté sur la vieillesse que sur la structure en tant que telle.

La maison de retraite ne doit plus être une cause de perte identitaire, une source d'insécurité pour tous, un lieu où les personnels eux-mêmes ne trouvent plus de sens à leurs actions. Sinon, nous faisons de ce lieu de vie un endroit d'exclusion tant pour les personnes âgées que pour les personnels.

3 - DÉDRAMATISER L'ENTRÉE À LA MAISON DE RETRAITE GRÂCE À « DES PASSERELLES DE QUALITÉ » ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LE DOMICILE

Il m'a semblé tout à fait réaliste de profiter du projet de restructuration pour mettre en œuvre une politique innovante destinée à dédramatiser l'entrée du nouveau résident dans la structure.

Il me semblait important de donner une place importante à l'information auprès des futurs résidents et des familles. Chacun arrive avec une conception, une image de la maison de retraite bien assez négative. De plus, les personnes âgées, qui souffrent souvent d'image dévalorisée de la vieillesse pensent que la maison de retraite entretient cet état d'esprit. La parole, l'écoute, l'information, l'explication constituent des vecteurs importants pour mieux appréhender les désirs et les besoins des personnes âgées.

Pour appréhender cette phase de la vie, les membres du personnel se doivent aujourd'hui d'être des professionnels de la gérontologie. La vieillesse demande à être comprise tout autant qu'expliquée.

Avant d'aborder les réponses à la problématique de l'accueil, je vais expliquer le choix des mots « dédramatiser », et « passerelle ».

Assimiler l'entrée à un drame est une réalité. C'est vraiment un point de non-retour dans l'esprit des personnes âgées.

En ce début du XXI^e siècle, la vieillesse est tabou. De surcroît, elle n'est pas facile à vivre pour ceux qui se trouvent dans cette tranche de vie et ceux qui la côtoient, familles, professionnels. L'image des établissements n'est pas forcément bien perçue. Jean-François Lacan²⁸ nous le confirme. Un gros travail de communication entre l'établissement et l'extérieur est nécessaire pour montrer, et je me dois d'agir dans ce sens, que l'entrée en maison de retraite ne représente pas « la prison », la rupture avec l'extérieur.

L'action que nous menons se doit de ne pas effacer l'histoire de vie du résident. La prise en compte de leur existence antérieure est primordiale pour continuer à créer du lien social et poursuivre l'existence de la personne âgée que nous accueillons tout en respectant sa perte d'autonomie. Ce sont tous ces actes menés au sein de l'établissement que nous nommons « passerelle » entre l'établissement et le domicile pour donner au futur résident une place qui lui revient dans la société et plus particulièrement dans l'établissement.

²⁸ LACAN J. *Scandales dans les maisons de retraite*. Paris : Albin Michel. 2002. 252. p.

Dans le Petit Larousse, se définit ainsi dédramatiser : « Oter le caractère dramatique, minimiser... »

Et passerelle : « Pont étroit, réservé aux piétons. »

Dans ce qui suit, j'explique dans une première partie, comment par un travail de fond, entrepris depuis cinq ans dans la structure, nous essayons de dédramatiser l'entrée en veillant à maintenir la continuité identitaire du résident par des outils, des méthodes de travail nommées « passerelles ». Dans la deuxième partie, j'aborde les perspectives des futures « passerelles » tournées vers l'extérieur pour aller plus loin dans notre démarche d'accueil personnalisé.

Ce processus de changement et de prise en compte de la personne (le résident, la famille, le personnel) prennent naissance dans les textes de lois mis en œuvre dans le secteur des personnes âgées²⁹, ainsi que la loi du 2 janvier 2002 et les évolutions qui s'opèrent dans la Fondation au travers de son projet.

3.1 LE PERSONNEL AU CENTRE DE LA DYNAMIQUE DU CHANGEMENT

3.1.1 Du projet de la Fondation au projet de vie

Le travail d'une équipe au sein d'une maison de retraite peut devenir usant si, en tant que directrice, je ne veille pas à ré-instaurer ou réhabiliter la dimension du sens. Le projet d'établissement, la formation continue, l'écoute et l'analyse du quotidien avec le psychologue sont des moyens indispensables pour donner le meilleur de nous-mêmes auprès de la personne âgée qui est notre premier partenaire.

Avant d'engager cette réflexion au sein de l'établissement, il a été nécessaire d'abord pour le personnel de trouver une identité institutionnelle, de renforcer la culture interne autour d'un outil : le projet de la Fondation.

Le projet de la Fondation est avant tout une affirmation politique prise par l'organe de décision qui est le conseil d'administration. Il est l'expression d'une éthique et de valeurs qui

²⁹ Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

sont propres à la Fondation. Il affirme une identité et des références liées à l'histoire et l'antériorité qui lui confèrent une légitimité et une place dans l'environnement.

En tant que directrice de la maison de retraite « Arc-en-Ciel », j'ai la responsabilité, par délégation du président de la Fondation de mener et donner du sens à la mission entreprise au sein de cet établissement. La présentation du Projet de la Fondation a été le fondement, la base du travail engagé au sein de la maison. Il me semblait primordial de donner un cadre, une structure pour amorcer le changement à l'Arc-en-Ciel. Connaître l'histoire, l'organisation, les orientations politiques de l'organisme dans laquelle le personnel travaille me semble être le minimum pour commencer un travail approfondi sur l'établissement. Cette action s'est menée en étroite collaboration avec le directeur général adjoint responsable du secteur de la zone, au cours de l'année 1999. La présentation du Projet a été l'occasion d'une communication, nécessaire et attendue par tous. Certains personnels étaient surpris de savoir qu'il y avait un directeur général par exemple. Ce travail de présentation a contribué à asseoir une identité institutionnelle. Le Projet de la Fondation constitue, aujourd'hui, un repère essentiel pour les salariés. Lors d'un recrutement, je remets ce document accompagné du projet de vie.

L'organigramme de la Fondation, accompagné d'une carte de France portant le découpage des cinq zones et la répartition des établissements dans l'Hexagone leur a été aussi présenté. (Voir n°1 annexe)

Engager le changement dans un établissement qui était en marge de la réglementation du secteur, a demandé de ma part de la patience, de la compréhension face à un personnel ancré dans des habitudes et des méthodes de travail dépassées. Ma responsabilité de directrice m'obligeait à agir pour mener cette équipe vers plus de professionnalisme seulement je me devais de conduire cette évolution avec tact et diplomatie.

La responsabilité peut être définie « *comme la capacité à répondre de quelque chose ou de quelqu'un et à se sentir investi moralement. Pour le directeur, il s'agit alors d'être responsable et de disposer d'une délégation de pouvoir, de s'engager et de prendre des risques calculés dans la fonction...* » explique Patrick Lefèvre³⁰.

Malheureusement, les étapes de la démarche du changement visant à un meilleur accueil du résident ne peuvent se livrer clés en main. Il m'a fallu prendre en compte l'environnement extérieur, l'organisation interne, et les différents acteurs.

³⁰ LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1999. pp 124.

L'amorce du changement ne pouvait intervenir que par une adhésion des personnels. Dialogue, communication ont été les maîtres mots de ce travail de fond. Des réunions régulières ont été tenues. J'ai favorisé l'expression des équipes sur les changements envisagés, réuni tous les personnels quels que soient leurs qualifications et leurs métiers, expliquant les points faibles et forts des changements. Je leur ai expliqué que la peur du changement était normale, le droit à l'erreur était aussi entendu. Bien entendu, l'erreur ne doit pas être confondue avec la faute professionnelle. L'erreur est due à l'ignorance ou à la gestion de l'incertitude, la faute professionnelle, au non-respect de règles qui doivent être appliquées.

Il a été nécessaire de faire comprendre les enjeux de la qualité du travail rendu, mais aussi et surtout de commenter ce que tous ces changements allaient apporter à chacun. Chris Arggus, professeur à l'université de Harvard, précise dans ses travaux sur l'apprentissage organisationnel, qu'une démarche d'organisation est souvent guidée par le désir d'apprendre. Par contre, j'ai dû le susciter. A l'Arc-en-Ciel, j'ai trouvé un personnel en quête de solutions nouvelles pour mieux prendre en compte le résident. Pour moi, ce ressenti était important. Même si je déplorais une équipe peu formée, leur volonté d'avancer, de progresser m'encourageait à engager le processus du changement qui, je le savais, allait être long. C'est à ce moment-là que j'ai précisé le style de management que je comptais mettre en place : le management participatif par objectif. Chaque début de trimestre seraient précisés des objectifs à atteindre pour améliorer le travail et la prise en compte des résidents. Je savais qu'il ne fallait pas faire de grands projets, mais donner des points de repères et des actions réalisables.

Je me devais aussi de prendre en compte la culture de l'établissement. Comme le souligne Louis Pierre en citant Renaud Sainsaulieu, la culture est « *le réservoir intériorisé, transmis et soigneusement élaboré par l'histoire d'un ensemble de valeurs, de règles et de représentations collectives qui fonctionnent au plus profond des rapports humains* ». ³¹ J'ai été vigilante à l'histoire et à la culture de l'établissement, afin de les intégrer aux changements entrepris. Mon intention n'était pas de tout changer de l'existant, mais bien de continuer à écrire une page de l'histoire de cet établissement qui existe depuis 1947 au sein de l'AOFBAS puis de la Fondation.

³¹ PIERRE L. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Gap : Seli Arslan, 2002. 317 p.

3.1.2 L'état des lieux

Après cette étape d'identification et de préparation psychologique au changement qui a duré une bonne année entière un état des lieux courant 2000 s'avérait nécessaire. Cette démarche a offert l'avantage d'accomplir la transition entre le présent et le futur. Elle a permis de repérer les points forts et faibles et d'orienter la réflexion autour du projet de vie. Dans le secteur gérontologique est utilisé l'outil Angélique. Cet instrument d'auto-évaluation a été mis en oeuvre dans le cadre de la mission MARTHE (Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement de l'établissement), par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Il se présente sous forme de 147 questions regroupées en quatre chapitres :

- ❖ 1 : attentes et satisfaction des résidents et des familles,
- ❖ 2 : réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- ❖ 3 : l'établissement et son environnement,
- ❖ 4 : démarche qualité.

3.1.3 Le projet de vie comme repère et lien entre les acteurs

Un groupe de pilotage constitué de l'infirmière, d'une aide-soignante, d'un agent d'hôtellerie et de moi-même a permis de fixer les termes du cahier des charges et de formaliser en collaboration avec le formateur une méthodologie de travail.

Le Petit Larousse définit ainsi le mot projet : «Un projet correspond à ce que l'on a l'intention de faire ... »

Le projet « est une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale et médico-sociale fixée par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires. »³²

« La mise en place du projet de vie est d'abord une obligation, mais aussi, il contribue à développer et renforcer les motivations du personnel au travail, en créant une certaine dynamique et une nécessité d'améliorer la qualité des prestations. »³³

³² LEFEVRE Patrick, op. cit., p 151.

³³ VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M-C., CHAPELEAU J. *Construire le projet de vie en maison de retraite*. Ramonville Saint-Agne : Erés, 1993. 217 p.

Le projet de vie est avant tout un projet humain. La première question que l'ensemble du personnel a dû se poser fut « *celle de l'intérêt pour nous de se donner un projet* ».

Dans une première phase, il a été défini les valeurs communes, ce pourquoi du travail auprès des personnes âgées. Le personnel, en mettant en exergue ce qu'il fait, qui il est, a favorisé la construction d'une identité individuelle mais aussi professionnelle. Progressivement, je construisais avec eux le sens de l'action. La démarche a permis de développer un élargissement des savoirs et des savoir-faire. En indiquant un sens à l'action, le projet a joué également un rôle fédérateur et un enrichissement mutuel. Il a favorisé le développement de l'institution « apprenante ». Nous construisions une identité institutionnelle propre à l'Arc-en-Ciel.

La deuxième question qui a été posée était celle de l'intérêt pour les résidents, les familles d'avoir un projet.

Nous étions en train de nous interroger sur la condition humaine en général, et celle des personnes âgées que nous accueillons en particulier. L'ensemble des questionnements prenait source dans les besoins des personnes. L'ensemble du personnel appris à connaître la pyramide d'A. Maslow (besoins organiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime, de réalisation de soi) et pour l'équipe de soins les quatorze besoins définis par de V. Henderson (respirer, boire/manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir...).

Construire un projet pour l'autre, ce fut pour les personnels construire un lendemain, et non plus travailler seulement au quotidien. Seulement pour arriver à engager l'innovation, il faut du temps comme l'écrit Miramon J.M. « *Il y a l'idée de convaincre, de mobiliser. Les routes des projets sont longues et surtout sinueuses, parfois non balisées. Il faut beaucoup de persévérance et de force de conviction pour emmener une équipe jusqu'au terme du voyage...* »³⁴

A partir de ces deux questions, le personnel a commencé à réfléchir et engager des discussions pour mettre en œuvre l'écriture du projet de vie.

Le projet de vie s'est appuyé sur les valeurs déclinées dans le Projet de la Fondation : dignité, respect, écoute, ouverture... En parallèle, l'établissement s'est inscrit dans la démarche qualité qui s'était engagée dans la Fondation. Elle est le prolongement du projet associatif. Cette démarche traduit la volonté de la Fondation et de ses établissements

³⁴ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. *Le métier de directeur, techniques et fictions*. Rennes : ENSP, 1992. Troisième partie, pp. 117-118.

d'améliorer les réponses aux besoins et aux attentes des usagers. A partir de là, le projet de vie s'est orienté autour de trois axes :

- ❖ l'accueil du nouveau résident et son accompagnement.
- ❖ le lien social par le biais d'un service d'animation adapté au résident.
- ❖ le prendre soins qui reprennent le nursing, la prise en charge de la douleur et la fin de vie.

Cette réflexion a demandé une adhésion de l'ensemble du personnel. Comme le personnel n'avait jamais suivi de formation, ni jamais assisté réellement à des réunions de travail, il m'a semblé important d'être épaulée. J'ai donc fait un appel d'offres auprès d'organismes de formation pour nous accompagner dans cette démarche de réflexions et de changements. Par la suite, un groupe de pilotage a été constitué. Il était composé de l'infirmière, d'une aide-soignante, d'agent de service et de moi-même. Un cahier des charges avec le centre de formation a permis de fixer les objectifs. Le directeur général adjoint est venu à la première rencontre. Cet instant a été symbolique mais essentiel pour le personnel.

L'entrée, l'accueil ne devaient plus être considérés comme un acte banal, médical ou administratif, mais bien un moment privilégié, basé sur l'écoute, le partage, la prise en compte du résident et de son environnement familial.

Nous prenons le relais d'une équipe à domicile ou d'une famille dans l'angoisse. Ce lien, cette passerelle se doit d'être le plus rassurant, possible pour la personne âgée et son entourage.

Pour tous, l'accueil représentait un état d'esprit, une attitude à appliquer tout au long du séjour pour dédramatiser l'entrée dans l'établissement.

3.2 LE RÉSIDENT, UNE HISTOIRE DE VIE À POURSUIVRE

3.2.1 L'entretien de pré-admission

Aujourd'hui, dans notre établissement, lors de toute demande faite par téléphone ou par écrit, il est envoyé aux demandeurs un livret de présentation de l'établissement. Ensuite, la famille ou son représentant légal prend rendez-vous auprès de mon secrétariat.

Au cours de cette première rencontre, dont bien souvent la personne âgée est absente, je présente à la famille le projet de vie, la démarche d'accueil des premiers jours et

la manière dont est mis en place le projet individualisé au cours des semaines qui suivent l'entrée.

Ces entretiens de pré-admission, qui durent en moyenne de trois-quarts d'heure à une heure, permettent de clarifier les modalités d'accueil. Je note les informations qu'ils me donnent dans un document récapitulatif (Annexe n°2). Ce temps est également un moment précieux où la dimension humaine, relationnelle et informative est très riche. Il s'agit d'un temps de rencontre, d'écoute, d'échanges sur l'histoire du futur résident et de sa famille. La qualité de la relation qui se noue dès le début avec la famille est déterminante pour l'avenir. Il faut certes entendre le désarroi, la culpabilité de l'entourage, sans pour autant prendre tout au mot. Il est nécessaire de leur faire confiance tout en étant attentifs à l'histoire de vie qui est racontée. La parole de la personne âgée devra aussi être prise en compte dès le jour de son arrivée. La famille sera certes présente, mais à partir de ce moment là, le résident devient notre interlocuteur direct. C'est lui seul, avec son potentiel de facultés restantes, qui nous donnera et fournira des « informations » pour une bonne prise en compte de sa personne.

Lors de cet entretien de pré-admission est remis le dossier administratif, médical, et la fiche des biens personnels qui sont demandés (trousseau, meubles..).

Cette fiche d'identité est remise aux personnels quelques jours avant l'arrivée du résident. Elle permet au personnel de commencer à faire connaissance et de réfléchir à l'organisation d'un accueil personnalisé.

Cette phase devient aujourd'hui un enjeu pour notre établissement, car l'institution n'est plus une fin en soi mais un lieu de prestations de services. C'est pourquoi ce temps d'écoute, mais aussi d'informations au futur résident et/ou à sa famille, doit leur permettre de « sentir » comment nous considérons la personne âgée accueillie et ses ayants droits.

Ce temps incontournable dans la phase d'admission permet de dédramatiser le temps chargé d'émotions de l'entrée elle-même. Ce temps de communication constitue un « pont » entre les personnes de l'extérieur et nous, et il me semble indispensable, pour une prise en compte et une prise en charge ajustées du futur résident.

En tant que directrice, je suis particulièrement attentive à ces instants-là. De cet entretien vont découler une probable entrée, ainsi qu'une image de notre fonctionnement.

La « publicité » de notre structure est bien souvent faite plus par les familles et les personnes qui vont et viennent dans notre maison. Au cours de l'été 2003, j'en ai eu la preuve directe avec la canicule. Nous n'avons eu aucun décès malgré des conditions de

travail difficiles. Les familles nous en sont bien sûr reconnaissantes, elles utilisent ce dramatique fait national ainsi que les professionnels extérieurs pour parler en bien de notre structure.

3.2.2 L'accueil du résident et sa famille

Le jour « j » est un moment chargé d'émotions. Le résident a du mal à nous entendre. Il est plus ou moins effrayé. Il n'a plus de repères. Il s'accroche à ce qu'il peut, sa valise, la main de l'ambulancier, de la fille ou du fils.

Pour essayer de réduire cette tension, nous accueillons la personne âgée et sa famille dans le salon autour d'un café de bienvenue. Ce partage permet d'adoucir l'image institutionnelle souvent trop rigide aux yeux de nos futurs résidents.

3.2.3 Un référent d'accueil

Le personnel a jugé bon d'instaurer un référent d'accueil. Le rôle de cette personne, choisie parmi l'équipe non soignante, permet d'accueillir au jour « j » la personne âgée avec sa famille. Le référent a pris connaissance de la personne au cours de la réunion hebdomadaire. Il conduit le nouveau résident dans son appartement, après avoir partagé « le café d'accueil » avec la famille, quand il y en a une. Son rôle est d'expliquer ce qui peut être essentiel dans la chambre : bouton d'appel, lumière...

Après le départ de la famille, le référent doit veiller à ce que la personne soit rassurée, tranquille, pour éviter toute forme d'angoisse. C'est à ce moment-là que l'enjeu est grand. Une sensation de vide, de désespoir se lisent souvent dans les yeux du nouveau venu.

En fonction de ses capacités physiques ou/et psychiques, le résident peut rester, s'il le désire, dans son appartement. Dans le cas contraire, il est pris en charge par l'équipe d'après-midi.

Le jour même, la personne est bien souvent incapable de savoir ce qui lui arrive. Elle est comme parachutée dans un monde inconnu. Son regard vague et apeuré suffit pour nous dire toute sa détresse. Donc, trop de choses dites en une journée ne serviraient à rien. Le référent d'accueil a pour rôle d'étaler ses présentations aux cours des jours suivants : les autres personnes, les locaux, l'environnement proche : poste, bibliothèque, mairie, magasins...

Le référent a aussi comme fonction de renseigner le personnel d'hôtellerie sur ce que la personne âgée aime manger, boire au petit déjeuner. Toutes ces informations, transmises sur une fiche de liaison, permettent d'éviter des questions à répétition.

3.2.4 Le journal de vie

Le journal de vie est venu au bout d'une année de travail après avoir été présenté au conseil de la vie sociale. Il est né après une discussion entre le personnel et les résidents. Ce document est composé de deux parties : la première partie relate l'histoire de vie du résident. Si celui-ci ne souhaite pas écrire, nous acceptons sa décision. L'autre partie donne le suivi des interventions des personnels : nursing, soins médicaux, kiné, dentiste, coiffeur... En aucun cas, il n'est introduit dans ce document le traitement de la personne et le suivi par le médecin. Les informations médicales sont portées dans le dossier médical qui se trouve dans le bureau de l'infirmière. La personne âgée peut si elle le souhaite écrire, aidée ou non d'un tiers, pour relater son quotidien dans la partie de son histoire de vie. Dernièrement, une famille a fêté l'anniversaire de leur mère. Des photos ont été données pour le « journal » de celle-ci.

3.2.5 La citoyenneté au cœur du projet d'accueil

Dédramatiser l'accueil du résident, cela veut dire aussi lui présenter des informations claires et précises sur le fonctionnement de l'établissement, les conditions d'accueil, de paiement, leurs droits et obligations. Le résident, même en perte d'autonomie, est un sujet de droit. Il est un acteur, un décideur de ses propres prestations. J'ai donc la responsabilité de rompre avec l'idée d'isolement et d'assistanat.

Pour sensibiliser les personnels à ce concept de citoyenneté dans l'établissement, il leur a été présenté La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante³⁵. A partir de cette présentation, le personnel a cheminé sur la notion des droits de l'usager dans l'établissement. Les différents thèmes abordés furent le respect, la dignité, l'intimité, le secret, le droit à la parole... qui étaient déjà dans leur esprit grâce au travail fait en amont par la présentation du Projet de la Fondation et du projet de vie.

A partir de là, les documents : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, ont vu le jour grâce à une collaboration et une implication des personnels dans l'écriture de ces documents. Aujourd'hui, ils comprennent le sens de cette démarche. Pour le règlement de fonctionnement, nous avons fait participer quelques résidents et familles. Il nous semblait important que ces derniers puissent donner leurs avis. Ils sont les premiers concernés. Le règlement est passé devant le conseil de la vie sociale.

³⁵ Cette charte a été établie en 1996 par la Commission droits et libertés de la Fondation nationale de gérontologie

Ces documents, remis quelques jours avant l'entrée, renforcent l'idée que la personne âgée reste avant tout un citoyen qui a des droits malgré ses pertes d'autonomie. Le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour permettent de bien préciser aux personnes accueillies qu'en entrant à l'Arc-en-Ciel elles sont considérées d'abord comme des individus et que nous faisons tout pour qu'elles puissent vivre ce temps avec nous sans que leurs droits soient bafoués.

Lors de l'entretien de pré-admission, et dans les jours qui suivent l'entrée, nous rappelons au résident qu'il peut continuer à recevoir ses amis, sa famille comme il l'entend. J'ai l'impression quand il arrive que tout s'arrête dans son esprit. Le fait de redonner des informations concernant ses droits contribue à dédramatiser l'entrée : « *Ah bon ! Je peux apporter ma télévision... Je peux sortir chez mes enfants autant de fois que je le désire...* »

Le conseil de la vie sociale, qui a vu le jour en 2001 dans notre structure, permet à ce jour de faire remonter des besoins, des remarques, des critiques sur le quotidien. La mise en place du conseil d'établissement qui a pris le nom de conseil de la vie sociale dans la loi du 2 janvier 2002 prend source dans la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui prévoit d'associer les usagers, les familles et les personnels au fonctionnement des établissements.

A la dernière réunion de septembre 2003, par exemple, le représentant des familles a soulevé la question du retour dans le futur établissement. Je peux toutefois remarquer que les familles et les résidents ne se servent pas vraiment de cette instance. Il leur est plus facile de venir nous voir directement en cas de besoin ou de souci sur le quotidien. Il faut probablement du temps aux familles et aux résidents pour s'approprier cette instance. Elle permet d'améliorer, certes la participation des personnes âgées et des familles dans la structure d'autant que ces deux catégories de personnes ont la majorité des sièges dans ces instances. Il n'est pas une fin en soi. Il est par contre un espace de débat, d'échange, de considération de l'autre. Pour l'établissement il faut aussi du temps pour que l'apprentissage de la démocratie fasse son chemin.

Afin de tenir au courant l'ensemble des familles et les résidents du quotidien, de l'avancée des travaux, des projets d'animation... une fois par trimestre depuis 2003, j'écris une « lettre aux familles et aux résidents ». Les réactions ont été positives, ainsi la remarque de cette famille : « *Nous ne savions pas que vous cherchiez une infirmière...* ». Cet outil de communication me permet de les interpeller sur le fonctionnement, sur la vie de l'établissement. Quand, je rencontre un enfant ou que je parle avec un résident, la conversation ne s'arrête pas seulement à l'expression « *Comment allez-vous ?* ». De

nouveau, je constate que j'ai un devoir en tant que directrice d'aller éveiller la curiosité des familles et des résidents.

3.2.6 L'accompagnement de fin de vie : une éthique de la vie.

Aborder ce sujet au cours de la période d'adaptation n'est jamais facile. Mais nous savons que les personnes âgées y pensent, surtout quand elles entrent en maison de retraite. Elles savent très bien que l'établissement risque de devenir leur dernière demeure. D'autant que le discours véhiculé dans la société n'est pas favorable à leur image comme le souligne Olivier Pagès dans son article dans le Monde : « *la vieillesse n'est plus que l'antichambre de la mort – nous oublions au passage qu'il n'y a pas d'âge pour mourir- les vieux ne sont plus que regardés que comme « des futurs ou bientôt morts »*³⁶.

Au sein d'une structure qui accueille le grand âge, la fin de vie est un phénomène quotidien. Elle se conçoit autour d'un projet d'accompagnement de la vie elle-même. C'est d'abord la vie que nous mettons en avant quand le résident arrive chez nous. Toutefois, le résident, à qui nous n'avons rien à apprendre de la vie, sait comme nous qu'il terminera ses jours dans cette structure. La mort ne doit pas être évincée de notre discours. La psychologue est là pour accompagner les uns et les autres dans leurs questionnements.

La mort est un sujet douloureux pour chacun d'entre nous. Qui peut rester insensible et de marbre en pareilles circonstances ?

Depuis quelque temps, je donne aux familles qui le souhaitent la possibilité de rester la nuit auprès de leurs parents en fin de vie. Accueillir une personne âgée en maison de retraite, c'est aussi préparer doucement la famille au départ de l'être cher, en lui laissant du temps pour parler, se confier. Il me semble important de redonner la place qui lui revient en tant que descendants.

Déramatiser l'entrée en maison de retraite, c'est aussi réintroduire des rites funéraires, en permettant à ceux qui le souhaitent, personnels, résidents, d'accompagner le défunt, d'assister à la levée du corps et /ou à l'enterrement. Au cours de ces cinq années, des résidents, accompagnés de membres du personnel, sont allés aux funérailles des personnes décédées au sein de l'établissement.

A la suite d'une conférence donnée à Chantilly en 2003, sur le thème « la fin de vie », j'ai pris contact avec le responsable des soins palliatifs dans l'Oise.

Une équipe itinérante est en train de se mettre en place sur le canton de Chantilly pour épauler les équipes des maisons de retraites dans cet ultime passage. Cette proposition d'aides me semble indispensable. J'ai remarqué que malgré tous les efforts entrepris par nos

³⁶ PAGES O. La vie est mortelle. *Le Monde*, Novembre 2003, n° 18286, p. 14.

équipes, à certains moments de la journée, le résident, et surtout en fin de soirée, est souvent seul. C'est dans ces instants-là que nous avons besoin d'aide, afin qu'il ne soit pas seul avec ses angoisses.

3.3 L'INTERACTION ENTRE LES PERSONNELS, LES FAMILLES, LES BÉNÉVOLES : POUR UNE BONNE PRISE EN CONSIDÉRATION DU RÉSIDENT

Apprendre à connaître progressivement la personne, avant son entrée, durant son installation, et plus tard au cours de son séjour, permet de promouvoir un accueil personnalisé. La notion d'équipe est fondamentale puisque seule sa dynamique permettra au projet de se concrétiser. Chaque membre de l'équipe joue un rôle important dans l'installation du résident. De l'animateur à l'infirmière, du psychologue à l'homme d'entretien, chacun tient sa part de responsabilité pour une bonne adaptation. Seulement l'équipe des personnels n'est pas seule dans cet accompagnement. La famille se doit de jouer son rôle de relais. Nous devons apprendre à travailler avec elle. Les bénévoles sont aussi là pour aider les personnes âgées à trouver leurs repères, leur place dans l'établissement.

3.3.1 Le soutien du Siège en 1998 pour élargir l'équipe

Après un mois de présence, après ma nomination dans cet établissement en 1998, j'ai dû attirer l'attention du Siège sur un manque évident de personnel, d'où une prise en charge des résidents qui était plutôt laissée pour compte. Le personnel allait à l'essentiel : le gîte, le couvert, et le nursing. L'absence d'organisation, des locaux peu adaptés contribuaient à rendre des journées pénibles et fatigantes pour les salariés. L'établissement ne disposant pas de chef de service ou d'adjoint, il me fallait être partout. Le plus urgent pour moi fut de recruter une infirmière pour mettre en place une organisation sur le plan du soin.

Le Siège me donna l'aval pour recruter le personnel nécessaire pour pallier le dysfonctionnement en attendant la préparation budgétaire prévisionnelle de l'année 1999. Les personnels recrutés étaient entièrement financés par la Fondation sur les six derniers mois de l'année 1998. Il m'a fallu négocier ces différents postes auprès des financeurs (conseil général, Ddass) pour avoir une prise en charge totale ou partielle pour le budget 1999.

ÉVOLUTION DU PERSONNEL AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

	2001	2002	2003
<u>Administration</u>			
▪ Directeur	1	1	1
▪ Comptable	0,62	0,72	0,90
▪ Secrétaire CEC*		1	1
<u>Service hôtellerie</u>			
▪ Agents d'hôtellerie	3,70	4,03	4,33
▪			
<u>Service soins</u>			
▪ Infirmier	1	1,5	1,5
▪ Aide soignante	2	2	3
▪ Veilleuses	2	2	2
▪ AMP*			1
▪ Psychologue			0,20
▪ Médecin coordonnateur			0,14
<u>Service Vie sociale</u>			
▪ Animateur EJ *	0,81	0,81	1
<u>Services généraux</u>			
▪ Lingerie	1	1	1
▪ Cuisine	1,84	1,84	1,84
▪ Maintenance CEC*	0,80	0,80	0,80
TOTAL	14,77	16,70	19,71

Source : récapitulatif des bilans d'activité de l'année 2001, 2002. Pour l'année 2003, situation au 30.09.2003.

*CEC : contrat emploi consolidé, EJ : emploi jeune. AMP (aide médico-psychologique). Par décret du 26 avril 1999 l'article 6, une nouvelle profession destinée à améliorer les soins auprès des personnes âgées est entrée par la grande porte dans le monde gérontologique institutionnel. L'AMP participe à l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes. Sa tâche est double, l'une concerne l'hygiène, le confort, l'assistance dans les gestes de la vie quotidienne, et l'autre est une intervention sur l'éveil, l'écoute.

L'équipe de soins a donc été renforcée par une infirmière. Les aides soignantes pratiquaient des actes qui ne relevaient pas de leurs compétences : prise de sang, piqûres, préparation des médicaments...

Dans une maison de retraite « les soins infirmiers » sont surtout liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. « Soigner », dans ce sens, se différencie de « traiter ». Nous sommes plutôt dans le curatif. Par ailleurs, éducatrice de santé, l'infirmière peut former, éduquer le personnel soignant. Au cours de ces cinq ans, l'équipe s'est agrandie doucement. En 2004, deux aides-soignantes supplémentaires seront recrutées. L'équipe de soins est considérée comme pivot dans l'accompagnement. Elle fait le lien entre les différents intervenants supervisée par le médecin coordonnateur, arrêté du 26 avril 1999 définissant le cahier des charges des conventions tripartites.³⁷

Mais le soin ne doit pas devenir l'acte central de la journée. La personne âgée n'est pas un malade en soi, elle est dans le cycle du vieillissement et la vieillesse n'est pas une maladie.

Comme, je le dis ci-dessus chacun joue un rôle important dans l'accompagnement du résident. L'équipe d'hôtellerie souvent dans un esprit de dévalorisation doit être encouragée. Les agents de service pensent souvent qu'ils ne sont là que pour « faire ». Toute une conduite de révalorisation auprès d'eux a été engagée pour leur expliquer l'importance et la place qu'ils tiennent dans la structure. Le premier clin d'œil qu'aura un visiteur en entrant dans l'établissement sera de regarder s'il est présentable, propre... Tout dépend de l'équipe d'hôtellerie et de son investissement. Le bien-être d'une personne âgée et son intégration dans la structure ne passe pas seulement par le soin, il vient aussi par un environnement agréable à vivre chambre propre, table bien mise...

L'homme de maintenance comme me le disait une résidente dernièrement « est mon sauveur ». L'homme d'entretien a été recruté d'abord en CES (contrat emploi solidarité) puis son contrat a été poursuivi en CEC. Il doit être discret et prévenant car il intervient régulièrement dans les chambres. En 2004, il sera embauché définitivement dans le cadre de la nouvelle maison.

Jusqu'en 2002, je n'avais pas de secrétaire. Le travail de secrétariat prenant beaucoup de place de plus en plus, j'ai donc recruté une secrétaire en CEC.

3.3.2 L'animateur, un rôle primordial dans l'instauration du lien social

Depuis de nombreuses années, le Ministère de la Santé a mis en place une politique incitative en vue de dynamiser la vie en collectivité. Le premier congrès national sur

³⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelles prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

l'animation remonte à 1966 et définit l'animation : « *Une action dans ou sur un groupe, une collectivité ou un milieu, visant à développer la communication, à structurer la vie sociale...* »

L'animation a été rendue obligatoire dans les établissements gériatriques par la loi du 30 juin 1975, précisée par la circulaire n° 24 du 20 mai 1978 dont le préambule est le suivant :

« *Le bien-être physique et moral des personnes âgées résidant en établissement ne se limite pas au gîte, au couvert, à l'entretien. Les personnes âgées malgré leur âge et leur handicap, ont besoin de continuer à participer à la vie sociale, de se sentir présentes à leur époque et de conserver la plus grande autonomie possible.* »

La circulaire du 7 avril 1982 précise, « *L'animation doit être conçue comme un véritable projet, élaboré en commun, à des fins non seulement de loisirs, mais aussi de thérapeutique.... Elle n'a de sens que si elle se situe dans un contexte d'ouverture sur l'extérieur.* »

En 1987, le Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale, dans la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante dit à l'article 7: « *La personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités économiques, artistiques, ludiques, culturelles* ».

L'animation à l'Arc-en-Ciel est gérée par un animateur en contrat emploi jeune depuis 2001. Dans le cadre de la signature de la convention tripartite, il est passé à plein temps et en CDI. L'animation a fait l'objet au sein de l'établissement d'un projet d'animation. L'ensemble de l'équipe et moi-même considérons que c'est l'affaire de tous, c'est un projet commun : administration, personnels de toutes les catégories, résidents, familles, bénévoles. Chacun à sa place, à son niveau doit contribuer à insuffler la vie. L'animation, c'est pouvoir redonner aux personnes âgées le ou les rôles sociaux dont elles se sont peu à peu vus dépossédés. Faire communiquer des personnes qui en ont perdu l'habitude, stimuler celles qui se renferment, retisser le lien social, telles sont quelques-unes des interventions de l'animateur et des personnels auprès des personnes âgées. Car la mort sociale intervient souvent avant la mort psychologique.

Lors de toute entrée d'un nouveau résident à l'Arc-en-Ciel, un bilan est réalisé avec l'ensemble de l'équipe, au cours de la réunion hebdomadaire, afin d'exercer un suivi rapproché de la personne. Ce temps de rencontre du personnel permet de faciliter l'adaptation du nouveau résident, de veiller au respect de ses besoins. Chacun selon sa fonction, son statut, peut remarquer des faits importants, prendre en compte des demandes

que le résident exprimera à une personne bien précise dans l'établissement. J'envisage dans les prochains mois que le résident ou son représentant légal assiste à cette rencontre, afin de mieux écouter, et peut-être mieux comprendre, ce que le résident peut vivre. Je souhaite que ce temps de partage soit un moment d'échanges.

A partir de ce bilan, l'animateur commence doucement à prendre contact avec le nouveau résident. Une fiche animation permet de recueillir les souhaits, les désirs manifestés par la personne âgée. Bien souvent, l'animateur se trouve sans réponse ou avec des réponses telles que : « *Je ne suis plus bonne à rien...* ». Un temps d'écoute, d'observation, est très important pour créer doucement du lien.

C'est à ce moment-là que le rôle de l'équipe est primordial. Chacun à son niveau peut stimuler, encourager le nouveau résident.

L'animation a dû aussi s'adapter aux publics de plus en plus âgés au cours des années. L'animation nous rapproche du sens étymologique, venant du latin anima : l'âme. L'animation actuelle consiste avant tout à donner une âme à l'établissement en développant au quotidien des actions reposant sur la revalorisation des personnes âgées, le plaisir, le désir. Elle ne doit pas être considérée comme un passe-temps, mais s'inscrire comme complémentaire dans le projet individualisé. C'est-à-dire que nous ne ferons pas les mêmes actions avec une personne en perte d'autonomie physique et une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'histoire de vie de chacun sera prise en compte dans le processus d'accompagnement. Ainsi, à l'heure actuelle, nous avons une personne qui pendant des années est allée vendre des fleurs au marché. Chaque mercredi, autant que faire se peut, l'animateur conduit cette dame au marché de la ville. Il n'est pas rare qu'elle ramène quelques fleurs. Un autre adore la lecture ; nous l'avons inscrit à la bibliothèque municipale ; régulièrement, il s'y rend seul.

Pour d'autres pour qui les déplacements sont plus difficiles, nous avons mis en place avec la bibliothèque municipale un contrat de prêt de livres déposés une fois par trimestre dans l'établissement. Une centaine de livres sur des sujets divers sont à la disposition des résidents.

Pour d'autres, depuis quelques semaines, à la suite d'une réunion avec les résidents, une promenade est organisée pour les bons marcheurs dans les bois qui entourent la commune de Chantilly. Elle ne manque pas de succès.

Claudine Babey-Rodriguez insiste sur la fonction de l'animation : « *L'animation se définissant par une démarche qui par des désirs de la personne met l'accent sur la continuité identitaire. Pour favoriser cette continuité, la communication entre les résidents, entre les*

résidents et le personnel et au sein de l'équipe soignante doit être une préoccupation permanente ». ³⁸

Je pense que nous avons le devoir en tant que directeur, de bousculer les idées reçues sur les vieux. Ce sont des personnes à part entière qui ont des envies comme tout le monde. Seulement, leur perte d'autonomie les contraint à limiter leurs déplacements cela les amène à ne plus rien oser demander, à ne plus oser aller de l'avant. Un petit coup de pouce peut redonner à certains envie de vivre et de se dire qu'ils sont encore bons à quelque chose. L'expérience du 14 juillet 2003 nous en a donné la preuve. Une sortie fut organisée pour se rendre au défilé du 14 juillet sur les Champs-Élysées. J'ai pu obtenir une dizaine de places dans les tribunes officielles le long de la grande avenue. 7 hommes et une femme ont pu assister au défilé. 2 membres du personnel et moi-même les avons accompagnés. Leurs visages étaient radieux. Un monsieur, sans hésitation, nous a cité les différents régiments qui passaient devant nous. L'un d'eux, tout heureux, nous a dit :« *Aujourd'hui mon cœur a vibré comme en 1945...* ».

3.3.4 La psychologue

L'une des grandes nouveautés de la réforme de la tarification des EHPAD est la place faite aux psychologues. Lors de la négociation avec la Ddass et le conseil général, en fin 2002, ce poste a été difficile à obtenir. Son coût est imputé au tarif dépendance.

Dans l'arrêté du 26 avril 1999 le poste de psychologue est reconnu comme nécessaire au soutien des équipes compte-tenu de l'aggravation de la dépendance physique et psychique des personnes âgées accueillies dans nos structures. Il est l'un des meilleurs interlocuteurs pour les écouter. Il peut, par son approche, nous aider à dédramatiser l'entrée, aider l'intéressé à s'adapter dans le nouveau lieu de vie, écouter son mal-être face au vieillissement. Il a aussi pour fonction d'aider les familles par des entretiens.

Son intervention auprès du personnel a pour but de le soutenir, en particulier lors des épreuves qui peuvent se présenter.

La mission de la psychologue au sein de l'Arc-en-Ciel a été principalement d'accompagner les personnes âgées aux différents changements vécus depuis un an. Elle soutient l'équipe dans les moments difficiles (décès) et accompagne les nouveaux résidents, pour les aider à vivre au mieux leur entrée à l'Arc-en-Ciel.

³⁸ BABEY-RODRIGUEZ C, *Les personnes âgées en institution, vie ou survie*. Paris : Seli Arslan, 1997. 191 p.

3.3.5 La famille

Comme je l'ai déjà dit, la famille est un acteur important dont il faut tenir compte pour créer le lien entre le résident et l'établissement. Le temps de l'écoute des enfants doit faire partie de notre travail. Nous devons apprendre à les intégrer dans le fonctionnement de l'établissement. Une fille d'une de nos résidents, par exemple, tient une fois par mois un atelier « cuisine ». Mais, il est clair qu'il est encore difficile de les intéresser au quotidien. Les familles s'en tiennent aux visites. Mille raisons peuvent expliquer ce comportement de retrait : la peur de leur propre vieillesse, la peur de la mort que véhiculent les maisons de retraite. Je pense que nous avons un devoir de faire de la structure un lieu de vie. Plusieurs pistes de partenariat sont en cours de négociation pour mettre en place des conférences trimestrielles au sein de l'établissement, suivi de repas. La salle balnéothérapie sera mise à la disposition des familles qui le souhaite. Nous devons faire de notre maison un lieu où les personnes ne viennent pas par contraintes mais plutôt par envie et plaisir. Les week end, les familles qui le souhaitent pourront organiser un repas familial. Il leur sera mis à disposition la « salle des rencontres » où est installée une kitchenette. Il est nécessaire et important de créer du lien entre tous et particulièrement vers les familles si nous ne voulons pas que la vieillesse soit perçue que négativement par les enfants. Reconnaître la réalité de la vieillesse et de la plainte, c'est autoriser l'environnement familial à vivre et à retrouver son identité.

3.3.6 Les bénévoles

La Fondation de l'Armée du Salut a environ 1200 bénévoles. Ils sont peu présents au sein de la structure.

Selon la définition du dictionnaire, un(e) volontaire est une « une personne bénévole qui offre ses services par simple dévouement »³⁹. Un(e) bénévole est une personne « qui fait quelque chose sans obligation et gratuitement ».

Pour continuer à créer du lien, il me semble important de poursuivre le développement de l'action des bénévoles. J'ai donc pris la décision d'intégrer cette action dans les objectifs 2004. Un couple d'officiers à la retraite prendra en charge ce service, sous ma responsabilité. Une charte est en cours d'élaboration au sein de l'établissement. Pour cela nous faisons référence à la Déclaration universelle sur le volontariat adoptée le 16 décembre 1983 par le Parlement européen. Nous avons ensuite l'intention de mener une campagne de sensibilisation au sein de Chantilly.

³⁹ Rey A., Rey-Debove J. *Le nouveau Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Paris, 1993.

3.4 UNE ORGANISATION CLAIRE POUR TOUS

3.4.1 Clarifier la position et la fonction des intervenants

Dédramatiser l'accueil, c'est aussi permettre aux résidents, aux familles de se repérer dans l'établissement par rapport à l'organisation. Plus le cadre est précis, moins les zones de doute existent pour les différents acteurs de la maison de retraite.

Dans le cadre du travail sur le projet de vie, les personnels ont réfléchi au meilleur moyen pour distinguer la fonction de chacun. Quatre services sont apparus officiellement dans la structure.

- ❖ Administration.
- ❖ Hôtellerie (comprend le service des cuisines, de la lingerie, d'entretien)
- ❖ Soins aux personnes.
- ❖ Vie sociale (animation, partenaire des activités).

A partir de là, il a été distingué la fonction de chacun, sa place dans l'établissement. A partir de là, les fiches de poste ont pu être écrites. L'organigramme de l'établissement a suivi.

Afin que le résident puisse se repérer et savoir à qui il s'adresse, les services hôtellerie et soins ont des tenues de couleurs différentes : vert pour les infirmières, jaunes pour les aides-soignants et AMP, saumon pour les agents d'hôtellerie. Les autres personnels : animateur, psychologue portent leur tenue de ville. Par contre, tout le monde porte un badge avec sa fonction et son nom.

Dédramatiser l'accueil, c'est aussi permettre aux résidents et aux familles de savoir que les personnels se réservent des moments d'échanges réguliers, pour améliorer le quotidien, l'organisation du travail, afin de mieux accompagner le résident.

3.4.2 Les réunions : temps forts de la participation

C'est ainsi que depuis 2001, des réunions, des temps de transmissions jalonnent notre quotidien, toujours dans le but de mieux accompagner les personnes. Chacun y apporte ce qu'il sait de la personne et l'image qu'il en a. C'est un lieu d'élaboration des objectifs et des actions à mettre en place par rapport à tel ou tel résident. Nous sommes dans une prestation pluridisciplinaire où interviennent plusieurs personnes : agent d'hôtellerie, animateur, aide-soignante... La réunion doit être suivie d'effets évaluables et observables. A ce titre, les décisions sont consignées dans un document accessible à tous. L'écrit dans ce cas-là, reste le lien entre les équipes.

- ❖ A 14 heures tous les jours, une réunion de transmissions entre les équipes du matin et de l'après-midi est réalisée. Elle permet aux personnels de cibler ou recadrer l'accompagnement des résidents. Cette demi-heure d'échanges est dirigée par l'infirmière.
- ❖ Tous les lundis après-midi à 14 heures, une réunion est tenue par mes soins avec l'ensemble des équipes afin de faire le point sur la vie de l'établissement, au cours de la semaine passée. Cette rencontre permet aussi de se donner des objectifs à court terme pour la semaine à venir. Depuis juillet 2003, la psychologue assiste à cette réunion. Ce temps de rencontre permet d'élaborer des projets individualisés. C'est à partir de là qu'il peut être demandé à l'animateur ou à la psychologue de prendre en charge plus particulièrement une personne, ou tout simplement de contacter une famille car le résident s'inquiète de son absence.
- ❖ Une fois par mois, je rencontre successivement les équipes d'hôtellerie et de soins pour faire le point et tenter d'apporter des améliorations.

La mise en pratique de l'écrit a été une période difficile dans l'établissement. Certains par crainte d'être jugés (fautes d'orthographe...) n'osaient pas écrire. Lors des transmissions, j'ai donc demandé que l'écriture se fasse à deux. Progressivement, maintenant, je vois des membres du personnel prendre plus facilement le crayon. Mais il faut du temps de la patience avec des personnels souvent marqués par le souvenir de l'échec scolaire.

3.5 LA FORMATION, LEVIER DU CHANGEMENT

« La formation est un acte promotionnel de l'organisation et des ressources humaines. Elle permet de créer le lien entre les besoins de l'institution et les besoins des personnes. C'est dans une articulation individuelle/collective que peuvent être envisagées une politique et une dynamique de formation, qui viennent servir et accompagner des évolutions et des transformations dans un triple mouvement de développement de la technicité, de la socialisation et du changement culturel »⁴⁰.

La formation dans le secteur gérontologique est récente. Avec l'arrivée de la grande dépendance, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la

⁴⁰ LEFEVRE P. op.cit., pp.245-246.

récente évolution des textes bouleverse le fonctionnement des établissements. La bonne volonté ne suffit plus pour répondre à ces changements. Le personnel, au quotidien, doit faire face à la souffrance, au désarroi, à la culpabilité de l'entourage, au mal-être, à la mort. La gérontologie devient une spécialisation.

Pour répondre au mieux aux attentes des uns et des autres, et aussi savoir se protéger, la formation devient un outil indispensable à la gestion des ressources humaines.

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 qualité des prises en charge est fonction surtout du professionnalisme et de l'organisation du travail qui repose sur des programmes de formation visant à atteindre une qualification reconnue...* »⁴¹.

En tant que directrice et par délégation, j'exerce une responsabilité morale, juridique et technique vis-à-vis du personnel. Je considère la formation comme un levier pour l'amélioration du quotidien auprès des personnes âgées. Elle perfectionne le niveau de connaissance et d'aptitude du personnel et permet d'intégrer plus facilement les progrès techniques et l'évolution de la prise en charge des personnes accueillies. Le potentiel humain est une ressource stratégique. Certes, il représente une charge financière importante dans le budget de fonctionnement soit plus, de 70 %, mais il est surtout une ressource grâce à leur implication dans la vie de l'établissement et aux compétences qu'il apporte.

Depuis fin 1998, je fais de la formation une priorité dans la structure. Des aides exceptionnelles ont pu être accordées par l'intermédiaire d'Uniformation⁴². Nous avons pu bénéficier d'une aide exceptionnelle en plus de notre budget de formation pour l'année 2000 soit au total : 13 720 euros, pour accompagner l'ensemble du personnel aux changements institutionnels.

Le plan de formation formalise, chaque année, au sein de l'établissement l'ensemble des actions de formation retenues en fonction des orientations de l'établissement. La formation améliore les pratiques de tous les jours. Elle encourage les membres du personnel à donner des réponses adaptées aux besoins des personnes âgées, réfléchir à la démarche d'accueil. La formation en interne a permis de canaliser les tensions de l'équipe aux cours de ces mois de changements. Elle lui a permis de se positionner progressivement dans le fonctionnement, de s'interroger et de rompre avec la routine.

⁴¹ Circulaire DHOS-DGAS n°2001/506 du 23 octobre 2001 relative à la formation et à la qualification des personnels des établissements accueillant des personnes âgées à l'occasion de la mise en place de la réforme de la tarification.

⁴² Organisme Paritaire collecteur

Après la formation en interne de fin 1999 à 2002, j'ai lancé un programme de formation qualifiante. Ainsi, l'animateur embauché en emploi jeune dans le cadre des 35 heures vient de terminer sa formation de BEATEP (Brevet d'animateur technicien de l'éducation populaire) avec l'option « Animation des personnes âgées et retraités de la vie sociale » ; un agent de service est parti en début septembre 2003 en formation d'AMP (aide médico-psychologique). De nouveau, cette formation de 13 930 euros est financée par une aide financière exceptionnelle (AFE). Un autre agent d'hôtellerie partira en formation en 2004 pour devenir maîtresse de maison.

Notre engagement dans l'accompagnement des personnes âgées jusqu'au bout de leur vie demande aussi des personnels formés. Pour 2004, les équipes de nuit suivront donc une formation « sur l'accompagnement de fin de vie ». J'ai privilégié ce personnel car il est tout particulièrement confronté aux crises d'angoisse, de peur des personnes âgées face à la mort.

La formation mise en place au sein de l'établissement depuis 1999 a permis d'engager le changement, de mettre en place un cadre de travail au travers de procédures, de méthodes de travail innovantes, de développer des compétences.

Aujourd'hui, je souhaite aller plus loin. Il est nécessaire que l'ensemble du personnel qui travaille auprès des personnes âgées dans la structure développe « l'écoute active ».

Cette technique de communication est un outil de base permettant de bien comprendre les messages verbaux et non verbaux exprimés par les différentes personnes pour y répondre de manière constructive et ouverte. C'est une manière d'écouter et d'entendre l'autre. Les exemples ne manquent pas pour montrer que les personnels ne sont pas toujours aptes à répondre aux résidents « *Elle ne m'écoute pas, elle ne comprend ce que je veux...* » disent très couramment certaines personnes âgées de l'une ou de l'autre employée. Que se soit sa fonction, chacun, de la lingère à l'homme d'entretien en passant par l'infirmière, chacun doit répondre à des questions de nos résidents ou décoder des situations.

En tant que directrice, je me sens responsable de la qualité des relations et de services au sein de l'établissement. Dans les années à venir, la politique de formation à l'Arc-en-Ciel va continuer à se développer en corrélation avec les politiques du secteur, les orientations du projet d'établissement, l'évolution de la vieillesse des personnes âgées, les besoins en compétences des membres du personnel.

L'ensemble des actions menées depuis 1999 dans la structure pour améliorer l'accueil du résident est clairement défini dans le livret d'accueil que nous lui remettons. Nous voulons faire de cet outil de communication un document vivant. Nous souhaitons qu'il soit plus qu'une simple plaquette d'information, mais bien qu'il transmette la réalité du quotidien. Le résident qui arrive avec toutes les appréhensions que nous savons, doit pouvoir au cours des heures passées dans sa chambre lire ce document et y trouver autant d'informations qu'il en attend. Aujourd'hui, ce livret évolue, grâce aux réactions des familles et des résidents.

3.6 ACCUEILLIR DIGNEMENT DANS DES LOCAUX ADAPTÉS

La Fondation de l'Armée du Salut qui avait commencé depuis 1995 à réfléchir sur un projet de réhabilitation devait absolument poursuivre cet effort. D'autant qu'un mois après mon arrivée, plusieurs administrations sont intervenues pour des contrôles : l'administration de la concurrence et de la répression des fraudes et, les services vétérinaires et la commission de sécurité.

La commission de sécurité cantonale donnait un avis défavorable à la poursuite de l'activité. Le directeur général de la Fondation dut intervenir auprès du Préfet pour démontrer qu'un projet était en cours.

En six mois, un projet architectural fut présenté au conseil d'administration de la Fondation. En étroite collaboration avec mon supérieur hiérarchique, j'ai travaillé sur ce dossier plusieurs mois, jusqu'au passage en Cross le 15 décembre 2001.

Mais avant d'obtenir l'avis de la commission régionale d'organisation sanitaire et sociale (Cross), le dossier a dû être présenté auprès des Bâtiments de France, en raison de l'histoire et du caractère architectural du bâtiment.

Le projet a reçu l'approbation du conseil général en début 2001. Le financement de ce projet est constitué d'un apport de la Fondation de 28,59 % ; d'un prêt Crédit Foncier de 40,17 % ; d'une subvention du conseil général de 6,80 % ; d'un prêt de la CRAM de 9,12 % ; d'un prêt CNAV de 9,89 % (prêts sans intérêt) ; d'un prêt GNOSSAL de 5,43 % pour un projet de 5 339 239 euros terrain compris.

Les subventions et des emprunts sans intérêts viennent atténuer l'incidence des travaux quant aux prix de journée. L'établissement étant conventionné à l'aide sociale, il doit pouvoir ainsi préserver l'accueil de toutes les couches de la population et maintenir un prix de journée compatible avec une gestion équilibrée de l'établissement soit d'environ 55 euros par jour.

3.6.1 Le futur bâtiment

La mission première de l'établissement est l'accueil permanent. Il est donc important de poursuivre l'objectif du projet de vie dynamique à travers le projet architectural. Pour l'Arc-en-Ciel, il semblait nécessaire de modifier le regard que l'on porte sur l'accueil des personnes âgées en établissement. Il devenait impératif de rompre avec l'image triste de la structure.

Le futur bâtiment comporte cinq niveaux : sous-sol, rez-de-chaussée, trois étages. Les chambres sont toutes individuelles. La superficie de chaque studio est de 25 m² en moyenne. Chacun est doté d'une salle de bain complète, avec douche au sol. Un dispositif de rail au plafond discret permet l'installation en cas de nécessité d'un système de levage et transport des personnes ayant perdu temporairement ou durablement leur mobilité. Chaque lieu privé possède un coin tisanderie. Le logement doit permettre au résident de vivre dans un confort digne afin de préserver son intimité en lui laissant la liberté d'apporter ses meubles. Trois salles à manger, un salon de coiffure, une salle de kinésithérapie, de détente, des salons d'accueil permettront de recevoir respectueusement les personnes âgées. Par cette rénovation urgente et obligatoire, les contraintes institutionnelles sont diminuées.

3.6.2 Le transfert

Il avait été convenu avec l'architecte, en début d'année 2001, de réaliser les travaux en plusieurs tranches pour réaliser une « opération tiroir » tout au long de la construction. Cette solution permettait pendant le chantier le maintien des personnes âgées dans les lieux. Il s'est avéré que le CODIS (Direction Départementale des Services de Secours et de Lutte contre l'Incendie) de Beauvais, n'acceptait pas cette solution. L'étroitesse des lieux, avec la grue et le matériel de chantier mettaient en danger les personnes. Cette nouvelle a fort perturbé le début des travaux ainsi que les résidents, les personnels, les familles. Toujours en étroite collaboration avec le directeur général adjoint, j'ai recherché un lieu d'accueil. Nous avons mis cinq mois avant de trouver une réponse.

Dans la ville de Chantilly se trouve le Centre Gériatrique Condé, comportant un service de soins de suite et de longue durée, et une maison de retraite de 80 lits. La directrice du Centre avait la possibilité de nous accueillir dans la maison de retraite, au niveau du 3^{ème} étage. Ce dernier n'était plus utilisé pour des raisons de sécurité. La Fondation Armée du Salut a donc engagé des travaux importants, d'un montant de 76 224 euros. Pendant six mois, j'ai supervisé le chantier. Une commission de sécurité eut lieu sur le site du troisième étage au cours de l'année 2003 pour s'assurer que les évacuations en cas d'incendie étaient respectées.

Afin de préparer le transfert, un certain nombre de dispositifs ont été mis en place. Les familles et les résidents ont été tenus au courant régulièrement par courrier et réunions. Les résidents qui ne voulaient pas suivre, ont eux-mêmes cherché d'autres lieux. Une seule personne sur 35 résidents est repartie chez ses enfants. L'ensemble de l'équipe s'est investi pour la préparation de ce transfert pour le 16 décembre 2002.

Une équipe de vingt bénévoles nous a épaulés le jour du transfert. A ma demande, les familles ne sont intervenues que l'après-midi pour rassurer les leurs. Certains résidents pensaient que les enfants n'étaient pas prévenus de ce déplacement.

Sur le plan administratif, une convention a été signée avec le Centre Gériatrique Condé et la Fondation Armée du Salut, stipulant le coût du loyer, l'organisation du travail en commun... La directrice du Centre et moi-même avons travaillé à cette dernière avec avant qu'elle soit présentée aux deux conseils d'administration.

Les équipes des deux structures ont pu se rencontrer quelques semaines avant, pour faire connaissance.

Le résultat de ce transfert est globalement positif. Aucun décès de résident n'a eu lieu contrairement à ce que nous craignons. L'équipe est très fière de ce résultat. Plusieurs familles regrettent de ne pas retrouver « l'âme de la maison Arc-en-Ciel » malgré nos efforts. La grandeur du bâtiment, le peu d'espace de lieux communs pour nos rencontres ne facilitent pas les échanges. Chacun, du résident au personnel en passant par les familles, a dû faire des efforts pour retrouver ses marques, s'approprier des locaux, recréer une ambiance pour que tous puissent vivre ces quelques mois sans trop de stress, d'angoisse.

Il est évident que le déplacement de l'activité d'un établissement n'est pas sans conséquence sur l'organisation quotidienne. Un gros travail d'encadrement de ma part a été fait pour remettre en place une organisation temporaire. C'est au bout de trois mois que l'activité a repris forme. Il m'a fallu avec l'équipe revoir le déroulement des journées, retravailler les plannings afin de nous adapter aux horaires du Centre Gériatrique Condé, surtout pour les repas des résidents.

Le travail dans le bâtiment de l'Arc-en-Ciel n'était pas terminé. L'homme d'entretien, quelques bénévoles et moi-même avons vidé complètement les locaux pendant quinze jours pour laisser place à l'entreprise générale. Tous les meubles qui pourront être repris ont été transférés dans un garde-meubles. Nous avons réalisé plus de deux cent cinquante cartons. L'établissement n'avait pas la possibilité de payer ce surcoût financier dans le budget de fonctionnement : déménagement, garde-meuble, lavage du linge à l'extérieur. La Fondation nous vient en aide à hauteur de 45 734 euros.

Le retour vers le site Arc-en-Ciel est prévu courant mars 2004. Il est évident que tout le monde l'attend avec impatience.

Cette phase de travaux indispensable permettra, nous l'espérons, d'accueillir dignement les résidents.

3.7 L'ÉVALUATION

Les premières évaluations ont été initiées au XVIII^e siècle par Dupont de Nemours, ministre de Turgot, pour connaître le prix moyen des hôpitaux et hospices de Paris. L'évaluation en travail social n'a cessé de se développer ces quinze dernières années pour constituer un ensemble de savoirs et de méthodes.

La loi du 2 janvier 2002 fait de l'évaluation un point de passage obligé pour les établissements.

Au cours de l'année 2004, nous reprendrons l'outil ANGELIQUE pour évaluer le travail fait au cours de ces cinq ans avant le transfert définitif vers le nouvel établissement.

La mise en place du questionnaire de satisfaction élaboré au quatrième trimestre de 2003, dans le cadre de la démarche qualité, me permet de mesurer les services de l'établissement auprès des résidents. (Annexe n°3)

Sous la rubrique « *si vous aviez eu le choix* » nous avons intégré la notion d'accueil de jour et d'accueil temporaire. Nous avons ainsi pu nous rendre compte que sur les 35 questionnaires remis, 6 personnes auraient bien aimé profiter d'un service intermédiaire avant l'entrée.

Conclusion intermédiaire

Tout le processus sur ce changement a permis de rassembler les membres du personnel autour de la personne accueillie.

Cette amélioration du quotidien en lien avec la démarche qualité de la Fondation permet de dédramatiser l'entrée dans la structure des nouveaux résidents. Grâce à ce travail et une attitude qui se situe davantage dans le registre de la prise en considération que de la prise en charge nous avons beaucoup moins de décès soit 5 décès par an.

Seulement, je pense que nous pouvons aller plus loin. Il me semble nécessaire de profiter de l'opportunité offerte par le projet de restructuration de la maison de retraite et de l'élan que les personnels ont pris depuis cinq ans pour continuer à mettre au point une politique innovante par la diversité des formes d'accueil et d'hébergement au sein de la résidence : ouvrir l'établissement sur l'extérieur pour être complémentaire du domicile pour essayer d'améliorer encore l'entrée des nouveaux résidents.

Lors de mon stage de direction dans le cadre du CAFDES, je me suis rendue dans un établissement qui avait quinze places d'accueils temporaires et un service d'accueil de jour. Ce temps de stage m'a permis de confirmer l'intérêt du projet. Si nous pouvons introduire ces deux nouveaux dispositifs, ils permettront de travailler sur l'entrée du nouveau résident encore différemment.

3.8 DE NOUVELLES PERSPECTIVES DE PASSERELLES ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LE DOMICILE

Le travail élaboré au sein de l'établissement pour dédramatiser l'accueil doit se poursuivre en développant en amont avant l'admission des formules d'accueil souples et innovantes comme l'accueil de jour, l'accueil temporaire.

Ces deux dispositifs viennent en complément du maintien à domicile. Ils deviennent des services de proximité pour les habitants de la ville. Ils peuvent devenir des outils de prévention et d'aide aux aidants.

L'établissement, aujourd'hui, doit s'ouvrir sur l'extérieur. Il ne doit plus être considéré comme un lieu d'exclusion où la personne âgée ne va plus que par contrainte, et la famille par peur. Dans ce nouveau type de structure, la personne sait qu'elle retournera chez elle. Cette nouvelle approche entraîne une nouvelle mentalité des personnes âgées et des aidants vis à vis de la maison de retraite. Tous les faits et gestes vus dans la maison de retraite vont être rapidement enregistrés.

La publicité n'est plus faite dans ce cas par les professionnels mais par les personnes âgées elles-mêmes ou leurs familles. C'est un point fort pour la maison de retraite.

3.8.1 Madame Martin

L'idée de travailler sur des nouveaux dispositifs ouverts vers l'extérieur vient bien sûr du bilan de l'évaluation que nous faisons, six mois après l'entrée avec le questionnaire. Mais aussi d'une expérience que l'établissement a vécue en 2001.

Madame Martin est âgée de 82 ans, légèrement désorientée. Le tuteur m'avait contactée pour avoir une place en urgence. Madame Martin troublait le voisinage. Elle se promenait la nuit dans la cité et sonnait à toutes les portes pour retrouver son chemin.

Ses revenus ne lui permettaient pas de séjourner dans une maison de retraite non conventionnée. De plus, le désir du tuteur était qu'elle reste sur Chantilly. Nous étions le seul établissement pouvant l'accueillir du fait de son budget.

Pour épauler l'association d'aide à domicile à la journée, nous avons conclu avec la directrice et le tuteur, que Madame Martin pouvait venir passer la journée à l'Arc-en-Ciel en attendant qu'une place se libère. L'idée première était bien d'occuper Mme Martin la journée au lieu de la laisser seule à domicile.

Progressivement, elle s'est repérée dans l'établissement. Elle a participé aux différentes activités : atelier mémoire, gym, sorties...

Le troisième mois, une place s'est libérée, Madame Martin a définitivement intégré l'établissement. Le transfert en douceur nous a montré tout le bienfait du travail que nous avons effectué avec cette personne. Elle connaissait les lieux, les membres du personnel. Elle avait même déjà pris des habitudes. Le personnel, quant à lui, a trouvé cette entrée plus facile. Progressivement, chacun avait pris connaissance de sa manière d'agir dans la structure.

Le personnel a trouvé cette expérience enrichissante et importante pour un placement en douceur. Lors d'une réunion d'équipe, un membre du personnel a suggéré, si nous en avons la possibilité, de renouveler cette expérience. Pour l'équipe entière, cette entrée a été vécue de façon différente. Moins de stress, approche de la personne en douceur, prise de contact de sa part à son rythme aussi.

3.8.2 Rappels historiques de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire

Si l'on en croit les analyses historiques, le concept d'accueil de jour provient de la psychiatrie. « Les premiers programmes sont en effet associés à ces services : Moscou en 1932 et Montréal en 1946. C'est en effet dans ce cadre qu'est née l'appellation 'hôpital de jour' qui jusque dans les années soixante-dix englobait aussi bien des traitements psychiatriques que non psychiatriques. »⁴³.

En France, l'accueil de jour est ponctué en trois périodes. La première vague de « centres de jours », essentiellement à caractère thérapeutique et expérimental, apparaît dans les années 1960 et 1970. Entre 1970 et 1980, ils se développent avec des visées diverses (sociale, thérapeutique).

La première expérience date de 1965 avec l'accueil de jour du XIIIe arrondissement. Dix ans après, à la faveur d'une large réflexion, du programme finalisé du VIe plan, d'une circulaire ministérielle et de documents de la CNAV, quatorze centres de jour se créent à

⁴³ DOCUMENTS-CLEIRPPA. *Les accueils de jour*. cahiers n°1, janvier 2001. 32 p.

titre expérimental. Il est considéré que les structures exerçant une activité d'accueil de jour à titre principal et de manière permanente relèvent, au même titre que l'hébergement permanent et temporaire, de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002.

L'accueil temporaire est né dans les années quatre-vingts dans le secteur rural. L'hiver pour les personnes âgées en zone rurale est souvent long et éprouvant. Certaines structures ont perçu ce problème. Au fil des années, ce concept s'est développé pour répondre aux périodes des vacances des enfants ou dans l'attente d'une place en maison de retraite.

« Ces deux services proposés à la personne âgée sont, entre autres, de restaurer le lien social, rompre l'isolement, réapprendre à vivre en société. Ils permettent aussi de préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique de la personne par l'entretien et la stimulation des fonctions cognitives au travers des échanges, des activités ludiques, manuelles. Au niveau de la famille, ils permettent de soulager les aidants dans leur prise en charge au quotidien, les aider à exprimer leurs difficultés pour leur permettre d'entretenir ou restaurer la relation avec la personne âgée »⁴⁴.

3.8.3 Réflexion pour la mise en œuvre du projet dans l'établissement

L'étude préliminaire que j'ai faite auprès du service social de la mairie de Chantilly et les orientations dégagées dans le schéma gérontologique de l'Oise me confirment que ces deux dispositifs deviennent une nécessité dans la politique locale en faveur des personnes âgées du canton. A ce jour, il n'existe aucun accueil de jour sur le canton. Trois établissements pratiquent l'accueil temporaire pour 10 lits au total. Cette capacité d'accueil est insuffisante au vu de la demande croissante à certaines périodes de l'année.

Le principe fondateur lié à l'existence du centre de jour et de l'accueil temporaire est d'affirmer sa complémentarité avec le dispositif d'aide à domicile.

3.8.4 Les finalités de ces deux services pour l'Arc-en-Ciel

L'accueil de jour relève des dispositions du code de l'action sociale et des familles. Comme ce service sera rattaché à notre structure une demande d'extension devra être soumise pour autorisation préalable au comité de l'organisation sanitaire et sociale (Coss), nouvelle nomination de cette structure dans la loi du 2 janvier 2002 au lieu du Cross et arrêté du président du conseil général.

⁴⁴ GUIDE METHODOLOGIQUE, *Pour le maintien à domicile*, CRES de Bretagne, 2001. 35 p.

Quant aux deux lits d'accueil temporaire, l'autorisation a été demandée lors du passage en Cross pour l'extension et la réhabilitation de la structure.

La circulaire DGAS, n°241 du mai 2001, précise que le financement d'une structure d'accueil de jour applique la réforme tarifaire. Qu'il fonctionne uniquement en accueil de jour ou non, l'établissement entre dans la réforme des EHPAD à partir du moment où il accueille des personnes âgées dépendantes.

Notre finalité première est de travailler sur l'entrée en maison de retraite qui peut arriver à un moment ou un autre. Il est important dans cette phase, de communiquer, d'écouter, d'expliquer que vivre dans un établissement, ce n'est pas tout perdre, c'est aussi exister, continuer à vivre, mais avec la sécurité et l'intervention de tiers en cas de besoin.

Ces deux dispositifs visent aussi à rompre l'isolement et aider les personnes à rester le plus autonomes possible chez elles, créer du lien social, maintenir un lien avec l'extérieur et préserver une qualité de vie personnelle et sociale.

Pour les familles, c'est leur permettre de se ménager des temps de répit, découvrir que d'autres familles ont les mêmes problèmes, accepter l'éventuelle entrée sans culpabilité, apprendre à dédramatiser ces moments souvent éprouvants. C'est aussi soulager les familles, les accompagnants familiaux, le plus souvent le conjoint, qui vivent au jour le jour, 24 h/24 et 365 jours par an les multiples et inexpliqués troubles du comportement de leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer. Démotivation et indifférence, irritabilité et agressivité alternent selon les heures et les jours, bien plus perturbants pour la famille que les personnes atteintes de la mémoire.

La proposition de confier son père, sa mère ou son conjoint à un accueil de jour amène la famille à prendre du recul face à une situation souvent tendue à domicile.

Le personnel apprend à connaître progressivement le futur résident, l'intégrer lentement dans la vie de l'établissement, sans que cette phase soit stressante pour l'équipe.

L'acte central est de répondre à la crise que chacun peut vivre lors de l'entrée dans la structure. Comme nous l'avons vu précédemment, l'entrée en établissement reste un moment marquant dans la vie de la personne âgée. L'être humain semble se dégrader, se replier sur lui-même. La soumission, le regret, la perte, sont les mots qui reviennent sans cesse au cours des conversations.

Donc les accueils de jour et temporaire doivent nous permettre de préparer cette phase en douceur. Mais pour engager un travail, principalement avec l'accueil de jour, nous avons à mettre en œuvre un projet de vie de service spécifique. Pour chaque personne accueillie, la mise en place d'un projet de vie personnalisé respectera son quotidien, ses volontés, son état de santé. Le projet doit reposer sur une prise en charge globale. Les liens entre ce qui se passe à domicile et en établissement sont importants pour une meilleure qualité d'intervention.

Le projet avec le résident en perte d'autonomie sur le plan psychologique ou/et physique sera orienté principalement sur l'acceptation de sa fragilité, de son image, des pertes successives au cours des années. Ce temps hors du domicile permettra de le remobiliser dans le quotidien, à travers des rencontres et des activités stimulantes. Cet accueil devient donc une activité complémentaire des services intervenant à domicile ; une alternative, une solution, une passerelle entre le maintien à domicile et l'entrée en institution.

Les personnes qui viennent dans ces lieux de vie souhaitent parler, se rencontrer, même si elles ne le disent pas ouvertement. Les personnes âgées sont assez pudiques. Ces journées devront offrir des moments récréatifs, de valorisation ou de restauration de l'identité sociale. Les ateliers qui seront proposés peuvent être de nature différente selon les moments de la journée dans la semaine, et les personnes accueillies.

- ❖ Ils seront à vocation occupationnelle et ludique : cuisine, pâtisserie, sorties, jeux de société, chants....
- ❖ D'autres à vocation intellectuelle. Le but est de faire travailler la mémoire, et de faciliter l'expression orale par le biais de photo-langage, jeux de société, groupes de paroles.
- ❖ D'autres peuvent être orientés davantage vers le maintien physique. De la gymnastique douce, de la marche, des sorties, des soins d'hygiène seront réalisés.

Les différents ateliers seront intégrés au sein de l'établissement, ainsi le personnel de l'accueil de jour travaillera en étroite collaboration avec celui de la maison de retraite. Ainsi, la salle de balnéothérapie, l'atelier Snoezelen qui seront mis en place dans le cadre du nouveau projet de réhabilitation, profiteront aux personnes âgées de ces deux dispositifs. Le concept de Snoezelen vient de Hollande. Les implantations françaises datent du début des années 1990. Tout d'abord indiquée dans l'accompagnement des personnes

polyhandicapées, cette recherche s'ouvre aux publics des maisons de retraite. Le terme « Snoezelen » est la contraction de deux mots néerlandais qui signifient : renifler pour « snuffelen » et somnoler pour « doezelen ». Dans l'esprit des auteurs, ces mots suggèrent une sensation de langueur. C'est de cet état de langueur, dans lequel les excitations sensorimotrices habituelles se transforment, où les enjeux d'acquisition cognitives ou de performances corporelles et fonctionnelles sont absents que le sujet va pouvoir laisser émerger une relation au monde. Ce n'est ni une thérapie, ni de la rééducation. Snoezelen appartient à cet état d'esprit privilégiant la qualité d'accompagnement et aidant la personne âgée à vivre mieux sa perte d'autonomie. Cet atelier est financé en partie par le conseil général de l'Oise. Pour eux, c'est une innovation. Pour mener cette activité, nous allons signer un contrat d'animation avec l'association européenne S.I.E.L BLEU⁴⁵. Les 2 heures d'intervention seront aussi financées par le département de l'Oise.

Le but sera de montrer que vivre en établissement, ce n'est pas perdre son identité, ne plus rien faire, mais au contraire, peut-être découvrir d'autres choses que l'on n'a pas eu l'occasion de vivre auparavant.

Nous ne prétendons pas faire des miracles mais il me semble nécessaire et essentiel aujourd'hui d'humaniser davantage nos lieux de vie pour casser cette image de souffrance « de mouvoir ».

Le principal est de dédramatiser le passage entre et le domicile l'établissement. Au cours de ces ateliers divers, la parole, l'écoute seront le maître-mot de l'accompagnement. Parler, pour démystifier les idées reçues sur la vie en établissement, mais aussi travailler sur la notion de perte et de deuil. Apprendre à quitter un lieu cher à la personne pour faire le pas vers la maison de retraite. Cette phase de deuil ne doit pas se faire dans la violence.

L'accueil temporaire des deux lits prévu dans le cadre du nouveau projet de réhabilitation fonctionnera dès l'ouverture du nouvel établissement en mars 2004. L'accueil ne pourra toutefois pas excéder quatre mois pris en deux fois.

L'accueil de jours sera ouvert 3 jours par semaine : les lundi, mercredi, vendredi. Un partenariat sera mis en place, pour le transport, avec le minibus de la ville destiné aux personnes âgées.

L'accueil de jour sera organisé pour accueillir 3 personnes par jour. Aux côtés de ces personnes reçues en accueil de jour interviendront la psychologue, une aide médico-psychologique et une équipe de bénévoles. Certains bénévoles, de par leurs activités

⁴⁵ S.I.E.L. BLEU : Sport, Initiative Et Loisirs

professionnelles, possèdent déjà une solide expérience auprès des personnes âgées. Les bénévoles non formés qui voudront intervenir suivront une formation dispensée par la psychologue de l'établissement.

Ces deux dispositifs seront évalués au bout d'une année d'existence : L'évaluation portera sur les aspects quantitatif et qualitatif.

Pour l'accueil de jour : Nombre de personnes accueillies, fréquence, plages horaires privilégiées, les jours d'ouverture correspondent-ils aux besoins, le nombre de personnes accueillies est-il satisfaisant par rapport au prix de journée supporté par la structure.

Les objectifs que nous nous étions donnés : « dédramatiser l'accueil », sont-ils atteints ? Quel impact l'accueil de jour a-t-il sur les personnes accueillies, les familles, le personnel ? Le comportement, les gestes de la vie quotidienne, la communication de la personne âgée se sont-ils améliorés depuis son entrée en accueil de jour ? L'accueil de jour a-t-il une mission intercommunale ?

Pour conclure, je citerai volontiers pour cette troisième partie, un extrait de l'article du Dr Madeleine Caussé, médecin coordonnateur⁴⁶ citant Saint-Exupéry : « *'Les hommes construisent trop de routes et pas assez de ponts...'* Le centre d'accueil de jour me paraît comme un pont jeté entre deux rives. Pour aider au passage de ce qui reste à faire, de ce que l'on veut encore faire, pour accompagner les désirs, pour être bien, pour sortir des voies toutes tracées. »

⁴⁶ CAUSSE M. Le centre de jour de Saint-Martin d'Hères. *Documents-Cleirppa*, Janvier 2001, n°1, pp 18-19.

CONCLUSION

A l'heure, où je conclus ce mémoire, le plan « vieillissement et solidarités », initialement prévu le 1er octobre a été reporté à une date ultérieure. Les associations du secteur gérontologique ont tenu à rendre publiques leurs propositions sous l'intitulé « les huit propositions des établissements pour personnes âgées » : la création d'un droit universel compensant les situations de handicap, financé par la solidarité nationale, l'amélioration des ratios de personnel dans les établissements, le développement de l'offre d'hébergement, l'adaptation du bâti, le renforcement du travail en réseau entre les différents intervenants, le développement d'une véritable complémentarité entre le domicile et l'établissement, et la création d'instances nationales de suivi de la politique en faveur des personnes âgées.

Ces huit points ne sont qu'une ébauche des orientations pour cette France vieillissante et fragile. Certes, il est urgent, en effet, que les personnes âgées puissent matériellement vivre dignement et accéder aux aides et aux soins nécessaires, quels que soient la période de l'année et le temps qu'il fait. Tout cela est-il pour autant suffisant ? Il ne suffit pas de donner les moyens matériels pour maintenir le désir de vivre, pour être regardé. Notre peur de la vieillesse dans la société nous a conduits à l'évincer complètement. C'est le sens de la fin de vie, de la vieillesse qu'il est bon de reconsidérer, en même temps que la dimension matérielle. L'expérience que j'ai vécue à l'Arc-en-Ciel m'a démontrée qu'il y a un gros travail à réaliser dans nos structures sur la communication, la formation auprès des acteurs. La vision encore péjorative portée sur ces vieilles gens fragiles n'aide en rien leur prise en compte.

La démarche que j'ai menée en collaboration avec le centre de formation et la Fondation Armée du Salut m'a permis d'engager et d'amener le personnel à porter un autre regard sur la personne âgée. Apprendre à reconnaître ses droits, son statut, son histoire de vie, c'est lui redonner la place qu'elle mérite. Le projet de vie, pensé et travaillé par les personnels, crée le lien, la passerelle entre l'établissement et le domicile grâce à une prise de conscience collective des salariés. Il marque les étapes des évolutions qu'a connue et connaît l'institution dans toutes ses dimensions. Les différents acteurs ont découvert les richesses de ces transformations qui ont permis de mettre en avant une nouvelle culture. Il est vrai que les demandes des résidents sont encore limitées. Cependant, la mise en place d'instances d'expression, d'enquêtes de satisfaction conduit à des attitudes plus ouvertes de leur vie dans l'établissement. Cette nouvelle politique, fondée sur l'écoute, la prise en considération constitue un tournant majeur dans la perception générale que les salariés

peuvent avoir de leur propre action. Il est cependant nécessaire de ne pas s'enfermer dans l'illusion. Ce travail profond et de qualité demande du temps, de la patience et du respect envers les personnels. Les équipes doivent se former avec des compétences professionnelles spécifiques à la gériatrie, à la prévention, à la réactivité à l'événement. Un tel changement institutionnel n'est réel que s'il est proposé, examiné, pensé, réfléchi, puis assimilé par l'ensemble des personnels. Le temps que j'ai passé auprès des membres du personnel me fait dire aujourd'hui que l'idée du changement est réellement enclenchée dans la structure. Elle doit se poursuivre tous les jours. Rien n'est définitivement acquis. D'autant que les populations que nous accueillons elles aussi évoluent vite dans leurs pathologies.

Au cours de ces cinq ans, la structure s'est ouverte sur l'extérieur par des activités d'animations tournées vers la ville. Aujourd'hui mon intention est d'intégrer encore un peu plus l'établissement dans la vie locale, ce qui permettrait de prolonger le travail engagé dans la structure : l'accueil personnalisé. Cette dimension d'ouverture de l'établissement vers la cité permettra de développer une synergie à l'échelle du territoire local. S'impliquer dans la vie d'une commune, d'un canton ou d'un regroupement de communes, c'est travailler en étroite collaboration avec les élus, les associations, les commerçants... Cette nouvelle façon de penser et d'agir relève de l'art du « faire ensemble ». Le secteur gériatrique, riche de son expérience, doit être le promoteur non pas du plus, du meilleur, mais de l'autrement. Il doit sortir d'une logique institutionnelle pour réinventer et s'adapter aux besoins de la population vieillissante. Telle est la décision des responsables de la Fondation Armée du Salut, animés d'une volonté permanente d'adaptation aux attentes de la société. Ancrée dans les valeurs annoncées par son fondateur William BOOTH, elle poursuit son combat en répondant au plus près à la détresse de tout homme.

Tant que des femmes pleureront, je me battraï.
Tant que des enfants auront faim et froid, je me battraï.
Tant qu'il y aura dans la rue une fille qui se vend, je me battraï.
Tant qu'il y aura des hommes en prison,
et qui n'en sortent que pour y retourner, je me battraï.
Tant qu'il y aura des vieillards abandonnés à leur solitude,
je me battraï.
Tant qu'il y aura un être humain privé de la lumière de Dieu
Je me battraï
Je me battraï,
Je me battraï,
Je me battraï.

William BOOTH

Fondateur de l'Armée du Salut (discours prononcée en 1912)

Bibliographie

OUVRAGES CITÉS

- BABEY-RODRIGUEZ C. *Les personnes âgées en institution, vie ou survie*. Paris : Seli Arslan, 1997. 189 p.
- BEAUVOIR de S. *La Vieillesse*. Plessis-Tréville : Gallimard, 1970. 604 p.
- DELCOURT R. *L'Armée du Salut*, Paris : Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 2^{ème} édition corrigée, 1989. 25 p.
- JANVIER R., MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, 2002. 211 p.
- KÜBLER-ROSS E. *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides : Genève, 1975. 135 p.
- LACAN J.F. *Scandales dans les maisons de retraite*. Paris : Albin Michel, 2002. 252 p.
- LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1999. pp 124.
- MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B. *Le métier de directeur techniques et fictions*. Rennes : ENSP, 1992. Troisième partie, pp. 210.
- PIERRE L. *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*. Gap : Seli Arslan, 2002. 319 p.
- VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN MC., CHAPELEAU J. *Construire le projet de vie en maison de retraite*. Ramonville, Erès, 1999. 217 p.

DOCUMENTS CITÉS

- ARRÊTÉ du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- BESSE DESMOULIERES. La canicule souligne les difficultés de la prise en charge des personnes âgées. *Le Monde*, Août 2003, n°18216, pp. 8-9.
- CAUSSE M. Le centre de jour de Saint-Martin d'Hères. *Documents-Cleirppa*, Janvier 2001, n°1, pp 18-19.
- CIRCULAIRE DHOS-DGAS n°2001/506 du 23 octobre 2001 relative à la formation et à la qualification des personnels des établissements accueillant des personnes âgées.

CONSEIL GÉNÉRAL DE L'OISE, Schéma départemental des personnes âgées 2003-2007. 1 vol. 39 p.

COURAU C. Comment on traitait nos anciens. *Historia*, septembre 2003, n° 682, pp. 12-17.

COUTARD N., LAGSIR M., LEGRIS B. et al. *Vivre le temps*. Mémoire pour la Licence en gérontologie. Université Paris XII, Sciences Humaines Appliquées, 1998, 186 p.

DÉCRET du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

DOCUMENTS-CLEIRPPA. *Les accueils de jour*. Cahier n°1, janvier 2001. 32 p.

FONDATION ARMÉE DU SALUT. *Le projet de la Fondation*. Direction de la communication et des ressources, 2003. 15 p.

FONDATION ARMÉE DU SALUT. *Et si vous changiez d'idée sur ce qu'est une Armée*. Direction de la communication et ressources, 2003. 20 p.

GABIZON C. Un jour férié en moins pour aider les plus âgés. *Le Figaro*. Août 2003 [visité le 27.08.2003]. Disponible sur internet : <http://www.lefigaro.fr/France>.

GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ. *Ethique, l'entrée en institution, grand âge et société*. La Nef, Paris, cahier n°53, 1990. 119 p.

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE, *Pour le maintien à domicile*, CRES de Bretagne, 2001. 35 p.

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE. *Politique de la vieillesse*, Paris, 1962, 438 p.

LOI du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

LUTZER P. Etat de la législation en matière de prise en charge de la personne âgée dépendante. *Gérontologie* 2003-2, n°126, pp 11-24.

MAMOU Y. L'irrésistible allongement de la durée de la vie bouleverse la société française. *Dossier du Monde*, Septembre 2003, n° 18234, pp. 2-3.

PAGES O. La vie est mortelle. *Le Monde*, Novembre 2003, n° 18286, p. 14.

PAYE D., STEYAERT M. *Réflexions cliniques à propos de l'hospitalisation des vieillards en crise*. Psychologie médicale, 21/2, février 1989.

Rey A., Rey-Debove J. *Le nouveau Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Paris, 1993.

VINCENT T. Faut-il parler de la beauté des vieux. *Revue Gérontologique*, 1993, n° 85, pp.8.

Liste des annexes

Annexe I : Carte de France présentant la répartition des établissements de la Fondation Armée du Salut – **Annexe 1 non publiée**

Annexe II : L'entretien de pré-admission

Annexe III : Questionnaire de satisfaction

2E ANNEXE

ENTRETIEN DE PRE - ADMISSION

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu _____

Situation familiale Marié(e) Veuf (ve) Célibataire

Divorcé(e) Autre

Profession ou activité exercée

Si non veuf(ve), conjoint(e) résidant à : _____

Religion : _____

MOTIFS D'ENTREE

Famille oui non

Amis oui non

Nombre enfants _____ dont _____ habitant à proximité : ville

Personne référente

N° de téléphone :

Fixe :

Portable :

Maison de retraite Arc-En-Ciel
5 boulevard de la Libération
60500 CHANTILLY

3E ANNEXE

A renseigner par les résidents

Savoir si nos résidents sont satisfaits nous intéresse au plus haut point. Nous avons donc initié cette enquête de satisfaction qui s'inscrit dans la logique du projet de vie de l'établissement. Les réponses que vous fournirez resteront strictement confidentielles, vous n'avez aucune indication nominative à mentionner.

La synthèse des résultats nous permettra d'améliorer la qualité des prestations que nous vous proposons et de rester au plus proche de vos souhaits.

Votre appréciation actuelle nous intéresse...

A – L'ACCUEIL

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Avant votre entrée

Avez-vous pu visiter l'établissement	Oui	Non
Obtenir les renseignements que vous souhaitiez	Oui	Non
Rencontrer les membres du personnel	Oui	Non

2- L'accueil au moment de votre entrée vous a semblé :

Très Chaleureux Chaleureux Moyen Mauvais

3- A votre entrée, vous a-t-on remis les documents suivants :

Règlement Intérieur	Oui	Non
Contrat de Séjour	Oui	Non
Livret d'Accueil	Oui	Non

4- Etes-vous satisfaits de l'accueil qui est réservé aux personnes qui viennent vous rendre visite ?

Oui Non

B – COMMUNICATION et INFORMATION

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Etes vous satisfait des informations qui vous sont données sur :

Les animations ou sorties prévues	Oui	Non
Le fonctionnement de l'établissement	Oui	Non
Les visites des médecins ou infirmiers	Oui	Non

2- Quel type d'informations supplémentaires souhaiteriez vous éventuellement obtenir et par quel biais ?

C – LES REPAS

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Vos déjeuners et dîners sont-ils satisfaisants :

En quantité	Abondant	Normal	Insuffisant
En qualité et en variété	Très bonne	Bonne	Mauvaise
Sur la chaleur des plats	Trop chaud	Normal	Trop froid
Sur leur heure de service	Trop tôt	Normal	Trop tard

2- Vos petits déjeuners et goûters sont-ils satisfaisants :

En quantité	Abondant	Normal	Insuffisant
En qualité et en variété	Très bonne	Bonne	Mauvaise
Sur la chaleur des plats	Trop chaud	Normal	Trop froid
Sur leur heure de service	Trop tôt	Normal	Trop tard

3- Etes-vous satisfait du menu de remplacement au repas proposé, en respect de vos goûts ?

Oui Non

4- Votre table et vos voisins de table vous conviennent-ils ?

Oui Non

D – LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Etes vous satisfait des activités et des animations qui vous sont proposées :

Sur la variété des activités	Très bonne	Bonne	Mauvaise
Sur l'ambiance des animations	Très bonne	Bonne	Mauvaise
Sur leurs heures	Trop tôt	Normal	Trop tard
Sur l'écoute de vos envies	Très respectées	Assez écoutées	Déconsidérées

2- Vos relations avec les autres résidents sont- elles :

Très bonnes Bonnes Normales Mauvaises

3- L'établissement vous donne t-il les moyens de pratiquer le culte de votre choix ?

Oui Non

4- L'établissement vous donne t-il les moyens de participer à la vie civile (élections, fêtes, manifestations diverses...) ?

Oui Non

E – LES LOCAUX

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Votre logement est- il

Confortable	Oui	Non
Adapté à vos besoins	Oui	Non

2- Etes-vous satisfaits

De la propreté et de l'entretien des locaux	Oui	Non
Du nombre d'espaces communs (salons, salle de télévision, toilettes...)	Oui	Non
De leur accessibilité	Oui	Non
De leur intimité ou de leur tranquillité	Oui	Non

F – LES SOINS

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Etes-vous satisfaits

Des soins qui vous sont délivrés et de la surveillance médicale	Oui	Non
Des heures de toilette	Oui	Non
Des intervenants extérieurs :		
Médecin	Oui	Non
Infirmières de ville	Oui	Non
Kinésithérapeute	Oui	Non

2- Le personnel de l'établissement :

Est- il compétent	Tout à fait	Assez	Pas du tout
Est- il gentil	Tout à fait	Assez	Pas du tout
Est- il disponible	Tout à fait	Assez	Pas du tout

G – VOTRE IMPRESSION GENERALE

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Donnez nous votre appréciation du cadre de vie général de l'établissement sur:

Le plan visuel	Très Joli	Joli	Normal	Mauvais
Le plan olfactif (odeurs)	Très bon	Agréable	Normal	Désagréable
Le plan auditif	Très bruyant	Bruyant	Normal	Silencieux
La température des locaux communs	Très chaud	Chaud	Normal	Froid
La température de votre logement	Très chaud	Chaud	Normal	Froid

H - SI VOUS AVIEZ EU LE CHOIX

Au lieu de l'accueil permanent, auriez-vous choisi ?

L'Accueil de jour

L'Accueil Temporaire

2- D'une manière générale êtes-vous satisfaits de l'établissement et qu'en pensez vous ?

B – Le futur établissement “ Arc en Ciel ” après les rénovations

1- Disposez-vous d'informations suffisantes sur le futur établissement “ Arc en Ciel ”

(Entourez la réponse qui vous correspond)

Oui Non

2- Pour vous quelles sont les informations les plus importantes à connaître pour faciliter votre adaptation au futur établissement “ Arc en Ciel ”?

(1 = information très prioritaire, 2 = un peu moins etc...)

Les nouveaux locaux (chambres, disposition générale...)

L'attribution des chambres

Les conditions du déménagement

3- Qu'attendez vous du futur établissement “ Arc en Ciel ” après les rénovations?

C- Le Centre Gériatrique de Condé

1- Disposez-vous d'une information suffisante sur l'établissement qui va vous accueillir : Le Centre Gériatrique de Condé ?

(Entourez la réponse qui vous correspond)

Oui Non

2- Pour vous quelles informations sont les plus importantes pour faciliter votre adaptation au Centre Gériatrique de Condé?

(1 = information très prioritaire, 2 = un peu moins etc...)

Les nouveaux locaux (chambres, disposition générale...)

L'attribution des chambres

La qualité des soins

Les conditions du déménagement

3- Avez-vous des suggestions pour permettre d'améliorer les conditions du déménagement dans le Centre Gériatrique de Condé?

Questionnaire de Satisfaction

A renseigner par les membres du personnel

Ce questionnaire, au delà du fait de cerner la satisfaction générale des conditions actuelles de travail, permettra d'appréhender les questionnements de chacun et, par là même, les points à clarifier dans le cadre de la formation.

Nous avons donc initié cette enquête de satisfaction qui s'inscrit dans la logique du projet de vie de l'établissement.

Les réponses que vous fournirez resteront strictement confidentielles, vous n'avez aucune indication nominative à mentionner.

La synthèse des résultats pourra faire l'objet d'une réunion ou d'un compte rendu écrit. Cette synthèse permettra d'améliorer la qualité de nos conditions de travail autant que des prestations que nous proposons à nos résidents.

Votre appréciation des conditions de travail actuelles nous intéresse...

1- Depuis combien de temps travaillez-vous dans la structure ?

.....

2- Quelle fonction occupez-vous ?

.....

A – Appréciation globale

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Avez-vous le sentiment que votre travail répond aux attentes des personnes âgées de manière :

Très satisfaisante

Assez satisfaisante

Insatisfaisante

Très insatisfaisante

2- Avez-vous le sentiment d'exercer une profession utile au sein de l'établissement ?

Tout à fait

Assez

Peu

Pas du tout

3- De manière générale, appréciez vous le métier que vous exercez ?

Oui

Non

B- L'organisation et les outils de travail

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Pensez-vous que vous disposez du matériel nécessaire à un travail de qualité au niveau :

Des soins

Oui

Non

De l'entretien et du ménage

Oui

Non

De l'animation

Oui

Non

Des moyens de communication :

Réunions (briefing, synthèse...)

Oui

Non

Boîtes à idées

Oui

Non

Affichages

Oui

Non

Cahier de transmission

Oui

Non

Protocoles écrits en cas:

D'apparition d'escarres

Oui

Non

De décès

Oui

Non

D'hospitalisation d'urgence

Oui

Non

De demandes de renseignements

Oui

Non

2- Vos horaires de travail vous conviennent-ils ?

Parfaitement

Relativement

Difficilement

C- L'ambiance de l'établissement

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Votre participation à l'animation vous semble-t-elle :

Très satisfaisante

Assez satisfaisante

Insatisfaisante

Très insatisfaisante

2- La qualité des animations proposées vous semble-elle correcte ?

Oui

Non

3- Quelle est votre opinion sur vos relations avec :

(Notez de 1 à 5 : 1 = Relations très satisfaisantes et 5 = Relations très insatisfaisantes)

Les résidents

Les familles

Vos collègues

L'encadrement et la direction

4- Avez-vous des suggestions concernant l'amélioration de la qualité de l'établissement dans lequel vous travaillez ?

Votre appréciation sur le changement à venir...

A- Les déménagements

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Disposez-vous d'informations suffisantes sur les raisons des déménagements ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous préciser la nature de l'information dont vous disposez ?

2- Comment cette information vous-a-t-elle été donnée :

Oralement, par la direction	Oui	Non
Par une note interne ou un affichage	Oui	Non
Par courrier	Oui	Non
Par une réunion d'information	Oui	Non
Informellement (bruits de couloirs)	Oui	Non

B – Le futur établissement “ Arc en Ciel ” après les rénovations

1- Avez vous des informations sur le futur établissement “ Arc en Ciel ”

(Entourez la réponse qui vous correspond)

Oui Non

2- Quelles sont les informations les plus importantes à connaître pour améliorer votre adaptation ?

(1 = information très prioritaire, 2 = un peu moins etc...)

Les nouveaux locaux (chambres, disposition générale...)

L'attribution des chambres

Les conditions du déménagement

3- Qu'attendez vous du futur établissement “ Arc en Ciel ” ?

C- Le Centre Gériatrique de Condé

1- Disposez-vous d'une information suffisante sur l'établissement qui va vous accueillir : Le Centre Gériatrique de Condé ?

(Entourez la réponse qui vous correspond)

Oui Non

2- Quelles sont les informations les plus importantes à connaître pour faciliter votre adaptation ?

(1 = information très prioritaire, 2 = un peu moins etc...)

Les nouveaux locaux (chambres, disposition générale...)

L'attribution des chambres

Les conditions du déménagement

3- Vous estimez-vous suffisamment informé des conditions et du déroulement du déménagement ?

Oui Non

4- Avez-vous des suggestions pour permettre d'améliorer les conditions du déménagement dans le Centre Gériatrique de Condé?

Questionnaire de Satisfaction

A renseigner par les familles

Savoir si nos résidents et leurs familles sont satisfaits nous intéresse au plus haut point. Nous avons donc initié cette enquête de satisfaction qui s'inscrit dans la logique du projet de vie de l'établissement.

Les réponses que vous fournirez resteront strictement confidentielles, vous n'avez aucune indication nominative à mentionner.

Ces données nous aiderons à améliorer la qualité de service que nous vous offrons et de répondre au plus près de vos attentes.

Votre appréciation actuelle nous intéresse...

A – L'ACCUEIL et la COMMUNICATION INTERNE

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Depuis combien de temps votre parent est-il résident de la maison de retraite ?

Date d'entrée :

2- Qu'est ce qui vous a décidé à choisir cet établissement ?

3- Avant l'entrée de votre parent avez-vous pu prendre connaissance:

Des renseignements que vous souhaitez	Oui	Non
Des membres du personnel	Oui	Non
Des services proposés	Oui	Non
Du fonctionnement de l'établissement (horaires, organisation...)	Oui	Non

4- L'accueil général, vous semble-t-il :

Très Chaleureux Chaleureux Moyen Mauvais

5- Vous sentez-vous libre de rendre visite à votre parent et de sortir avec lui :

Oui Non

6- Etes vous satisfaits des informations qui vous sont données sur :

Les animations ou sorties prévues	Oui	Non
Le fonctionnement de l'établissement	Oui	Non
Les visites des médecins ou infirmiers	Oui	Non

7- Quel type d'information supplémentaire souhaiteriez vous, éventuellement, obtenir et par quel biais ?

B – LES REPAS

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Lorsque vous venez déjeuner ou dîner dans l'établissement, êtes vous satisfait des repas sur :

Leur qualité et leur variété	Très bonne	Bonne	Mauvaise
L'heure du service	Trop tôt	Normal	Trop tard

2- Etes-vous satisfait de la qualité du service des repas :

Oui	Non
-----	-----

C – LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Connaissez-vous les activités proposées aux résidents :

Oui	Non
-----	-----

2- Y avez-vous déjà participé :

Oui	Non
-----	-----

3- Souhaiteriez-vous y participer d'avantage :

Oui	Non
-----	-----

4- Etes vous satisfait des activités et des animations qui sont proposées :

Sur la variété des activités	Très bonne	Bonne	Mauvaise
Sur l'ambiance des animations	Très bonne	Bonne	Mauvaise
Sur leurs heures	Trop tôt	Normal	Trop tard

D – LES LOCAUX

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Le logement de votre parent est- il

Confortable	Oui	Non
Adapté à ses besoins	Oui	Non

2- Etes-vous satisfaits

De la propreté et de l'entretien des lieux communs	Oui	Non
De la propreté et de l'entretien des chambres	Oui	Non
Du nombre d'espaces communs (salons, salle de télévision, toilettes...)	Oui	Non
De leur accessibilité	Oui	Non
De leur intimité ou de leur tranquillité	Oui	Non

E – LES SOINS

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Etes-vous satisfaits

Des soins qui sont délivrés	Oui	Non
De la surveillance médicale	Oui	Non

2- Votre avis sur le personnel de l'établissement :

Le personnel est- il compétent	Oui	Non
Le personnel est- il gentil	Oui	Non
Le personnel est- il disponible	Oui	Non

F – VOTRE IMPRESSION GENERALE

(Entourez la réponse qui vous correspond)

1- Donnez nous votre appréciation du cadre de vie général de l'établissement sur:

Le plan visuel	Très Joli	Joli	Normal	Mauvais
Le plan olfactif (odeurs)	Très bon	Agréable	Normal	Désagréable
Le plan auditif	Très bruyant	Bruyant	Normal	Silencieux
La température des locaux communs	Très chaud	Chaud	Normal	Froid
La température des chambres	Très chaud	Chaud	Normal	Froid

2- D'une manière générale êtes vous satisfaits de l'établissement et qu'en pensez vous ?

Votre appréciation sur le changement à venir...

1- Vous trouvez-vous suffisamment informé sur les raisons des déménagements ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser la nature de l'information dont vous disposez ?

2- Vous estimez-vous suffisamment informé des conditions et du déroulement des déménagements ?

Oui Non

3- Disposez-vous d'une information suffisante sur Le Centre Gériatrique de Condé ?

(Entourez la réponse qui vous correspond)

Oui Non

4- Avez vous des informations sur le futur établissement " Arc en Ciel " après les rénovations ?

(Entourez la réponse qui vous correspond)

Oui Non

4- Avez-vous des suggestions pour permettre d'améliorer les conditions des déménagements ?