

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

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

Promotion 2001 - 2002

LA « BIENTRAITANCE » DES PERSONNES AGEES

FACE AUX NEGLIGENCES BANALISEES EN INSTITUTION

GARCIA Stéphanie

Sommaire

INTRODUCTION	2
1 - LES NÉGLIGENCE EN INSTITUTION POUR PERSONNES ÂGÉES : DE QUOI PARLE-T-ON ?	6
1.1 La maltraitance en institution : la prévalence des négligences	6
1.1.1 Maltraitance - Violence – sévices - abus - négligence : quelles distinctions ?	6
1.1.1.1 L'incontournable définition des concepts	7
1.1.1.2 Les prémices d'une classification reconnue par tous	8
1.1.2 La maltraitance des personnes âgées : un ensemble hétérogène	10
1.1.2.1 Les caractéristiques de la maltraitance envers les personnes âgées	10
1.1.2.2 La réalité de la maltraitance envers les personnes âgées en quelques chiffres	11
1.1.3 Les négligences : un ensemble vaste au contour indéterminé	12
1.1.3.1 De la négligence active à la négligence passive	12
1.1.3.2 Des exemples pour mieux comprendre	13
1.2 L'histoire des institutions hébergeant des personnes âgées : un rôle « pathogène » ?	14
1.2.1 Du mouvoir à l'EHPAD	15
1.2.1.1 La nécessaire réforme de la tarification	15
1.2.1.2 Avant l'institution, le domicile	17
1.2.2 Le renouvellement des pratiques face à la fin de vie et aux démences	18
1.2.2.1 La démence et la fin de vie : quelles particularités dans la prise en charge ?	19
1.2.2.2 Les problèmes éthiques soulevés	20
1.2.3 Les dérives institutionnelles	21
1.3 Les acteurs en présence : l'imparfaite relation triangulaire	23
1.3.1 La personne âgée : un être vulnérable	23
1.3.1.1 Le vieillissement normal: une période de crise	24
1.3.1.2 Le vieillissement pathologique : des questionnements supplémentaires	25
1.3.1.3 L'entrée en institution : un traumatisme	25
1.3.1.4 Le vieux dans la société : un exclu	26
1.3.2 L'ambivalence des familles lors de l'institutionnalisation d'un des siens	27
1.3.2.1 La problématique des familles : faire face au vieillissement de leur parent	27
1.3.2.2 Les familles au sein de l'institution : un comportement variable	28

1.3.3	Le burn out des professionnels _____	29
1.3.3.1	Le puissant soignant face au vieux déchu _____	29
1.3.3.2	L'usure du personnel : une réalité _____	30
1.3.3.3	Les mécanismes de défense : une issue _____	30
1.3.3.4	La formation : le challenge des années à venir _____	31
2 -	<i>LE POINT DE VUE DES TÉMOINS, ACTEURS, VICTIMES DE MALTRAITANCE</i> _____	33
2.1	La méthodologie _____	33
2.1.1	Pour que les personnels s'expriment : l'enquête par questionnaire _____	33
2.1.1.1	Les préalables _____	34
2.1.1.1.1	La définition de l'objet général de l'enquête _____	34
2.1.1.1.2	La détermination des objectifs précis de l'étude _____	35
2.1.1.2	La préparation de l'enquête _____	35
2.1.1.2.1	La liste des informations à recueillir _____	35
2.1.1.2.2	La détermination de la population à interroger _____	35
2.1.1.2.3	La construction de l'échantillon _____	35
2.1.1.2.4	Le choix du mode de collecte _____	36
2.1.1.2.5	La rédaction et le test du projet de questionnaire _____	36
2.1.1.2.6	La rédaction du questionnaire définitif _____	37
2.1.1.3	La réalisation de l'enquête _____	38
2.1.1.4	Les résultats _____	38
2.1.2	Donner la parole aux résidents et aux familles : l'expérience de groupes de discussion _____	39
2.1.2.1	La préparation des groupes de discussion _____	39
2.1.2.2	Le bilan _____	40
2.2	L'analyse des résultats _____	40
2.2.1	Les facteurs de « bientraitance » en institution _____	41
2.2.2	Le respect des facteurs de « bientraitance » _____	48
2.2.3	L'argumentation des réponses _____	51
2.2.4	Les moyens de « bientraitance » _____	53
2.2.5	Les causes de maltraitance _____	54
2.2.6	L'attitude des résidents en institution _____	57
2.2.7	Les conseils à une future Directrice _____	60
2.2.8	La synthèse des résultats : les facteurs de risques _____	62
2.2.8.1	Les facteurs institutionnels _____	62
2.2.8.2	Les facteurs humains _____	63
2.2.8.3	Les facteurs sociaux _____	63

3 - DE LA MALTRAITANCE À LA « BIEN TRAITANCE » : UNE RESPONSABILITÉ DU DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT HÉBERGEANT DES PERSONNES AGÉES _____ 65

3.1 La volonté nationale de lutter contre la maltraitance, au service de la politique de direction d'un établissement _____	65
3.1.1 La réglementation : une opportunité à saisir _____	66
3.1.1.1 La maltraitance dans la rénovation de l'action sociale et médico-sociale _____	66
3.1.1.1.1 Le résident au centre des préoccupations : un nouveau statut _____	66
3.1.1.1.2 La protection des salariés : rompre la loi du silence _____	68
3.1.1.2 La réforme de la tarification : la prévention de la maltraitance par l'engagement dans une démarche qualité. _____	69
3.1.1.3 La réorganisation du travail dans le secteur public : une potentielle source de motivation _____	70
3.1.2 ALMA : un réseau à développer _____	72
3.1.3 Les mesures préconisées par le rapport DEBOUT : quel devenir ? _____	74
3.2 La "bien traitance" des résidents : un souci de l'EHPAD "Curie-Sembres" _____	77
3.2.1 L'accueil : une priorité dirigée vers tous les acteurs _____	77
3.2.1.1 Bien accueillir le nouveau soignant pour mieux accueillir le futur résident _____	77
3.2.1.2 L'accueil du résident : l'importance de la première impression _____	78
3.2.2 La participation à la vie de l'institution : une nécessité _____	80
3.2.2.1 De l'obligation légale à la participation quotidienne des résidents et des familles _	80
3.2.2.2 De la participation à l'implication des personnels _____	81
3.2.2.3 Des outils au service de tous les acteurs _____	83
3.2.3 L'image de l'établissement : un travail de tous les instants _____	83
3.2.4 Les limites à la volonté de « bien traitance » _____	84
3.3 Une politique de direction centrée sur la « bien traitance » des usagers _____	85
3.3.1 Relever le défi de l'individualisation de la prise en charge _____	86
3.3.1.1 Le projet de vie : tout ce qui peut aider les résidents à trouver une raison de vivre	86
3.3.1.2 Le projet de vie individualisé : un idéal à atteindre _____	87
3.3.2 Former, informer et soutenir les personnels : l'importance du projet social _____	88
3.3.2.1 La formation : un axe à privilégier _____	89
3.3.2.2 L'information : la promouvoir par tous les moyens _____	90
3.3.2.3 Le soutien : une nécessité _____	92
3.3.3 Les autres leviers d'action du Directeur _____	92
3.3.3.1 Impulser le changement et donner l'exemple _____	92
3.3.3.2 Gérer son temps : un défi pour le Directeur _____	94

<i>CONCLUSION</i>	95
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	99
<i>ANNEXES</i>	105

Liste des sigles utilisés

ALMA : ALlo MAIttraitance des personnes âgées

AMP : Aide Médico Psychologique

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS : Aide Soignante

ASH : Agent des Services Hospitaliers

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CA : Conseil d'Administration

CANTOU : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles

CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles

CAP : Commission Administrative Paritaire

CE : Conseil d'Etablissement

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CTP : Comité Technique Paritaire

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DPAS : Diplôme Professionnel d'Aide Soignante

DU : Diplôme Universitaire

DUT : Diplôme Universitaire Technologique

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

GIR : Groupe Iso Ressources

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ITS : Institut de Travail Social

MARTHE : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des Personnes Agées

NCP : Nouveau Code Pénal

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

« Est-ce
que nous accepterions pour nous-mêmes ce
que nous faisons, ou ne faisons pas, à nos
vieux aujourd'hui ? »

Geneviève LAROQUE,
Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie

INTRODUCTION

Parler de la « bienveillance » des personnes âgées, c'est partir du constat que la maltraitance existe.

Le problème de la maltraitance des personnes âgées a émergé très tardivement en France, en comparaison avec les Etats Unis, le Canada, la Norvège et la Grande Bretagne où ce problème est pris en considération au début des années 80. Dans ces pays, des actions sur le terrain ont été mises en place : les « abuse centers » aux Etats Unis ou les cellules d'écoute et d'action en Norvège.

En France, c'est en novembre 1987 que la maltraitance des personnes âgées suscite l'attention. Robert HUGONOT, Professeur de médecine gériatrique, est associé à des réflexions sur les « sévices au sein de la famille » dans le cadre d'une commission de travail au Conseil de l'Europe. A cette occasion, il rencontre Ida HYDLE, Médecin gériatre à Oslo, qui a créé en Norvège deux centres d'écoute téléphonique.

R. HUGONOT, sensible à ce sujet, en raison d'observations préalables dans sa pratique clinique, éditera un premier ouvrage, « Violence contre les vieux »¹, dès 1990, dans lequel il émet les premières préconisations face à la maltraitance des personnes âgées.

En 1992, l'Académie Nationale de Médecine met le doigt sur l'importance réelle du fléau social qu'est la maltraitance des personnes âgées et affirme, à l'unanimité, sa volonté d'être associée à ce combat.

En France, un premier centre d'écoute téléphonique spécialisée verra le jour en 1992, au Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble, afin de savoir d'abord si, en France, la maltraitance des personnes âgées existe.

Cette hypothèse confirmée, un projet de réseau d'écoute et de proximité verra le jour en 1995 avec la création d'ALlo MALtraitance des personnes âgées (ALMA), en collaboration avec la Fondation Nationale de Gérontologie par le biais de sa Commission des Droits et Libertés des Personnes Agées Dépendantes, la Caisse Nationale de Prévoyance, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et le Ministère des Affaires Sociales. Six sites expérimentaux sont mis en route au plan national et le siège social de l'association ALMA se situe à Grenoble.

ALMA est d'abord un moyen de réaliser une enquête épidémiologique, c'est à dire d'étudier les facteurs déterminant la nature, la fréquence et la distribution des maltraitements dans la population âgée.

¹ HUGONOT, R. *Violence contre les vieux*. Toulouse : Erès, 1990.

La violence sociale est aujourd'hui très médiatisée et les comportements vis à vis de la maltraitance sont en pleine évolution. Ainsi, après la révolution entraînée par la découverte de ce phénomène, est venu le temps de la prévention de la maltraitance des personnes âgées. « *Si le temps des pionniers dénonçant les maltraitances doit être maintenant considéré comme révolu, il n'y a pas de stratégie bien développée pour enrayer ce fléau* »².

La maltraitance des personnes âgées est devenue un sujet de société . Ce thème « *jusqu'alors le plus tabou et le plus fantasmagique de la gérontologie est en passe d'entrer dans la sphère commune, celle là même où s'élaborent les prises de conscience* »³.

La maltraitance existe à domicile et aussi en institution. Selon R. HUGONOT, « *...dans toutes les institutions, même la mieux organisée, une maltraitance peut apparaître, rare, épisodique, par accident, comme cette listéria gérontophile qui fait clouer au pilori une industrie alimentaire que l'on croyait au-dessus de tout soupçon* »⁴.

La maltraitance naît souvent des interactions quotidiennes entre le personnel et les résidents, les résidents entre eux, les familles et les résidents ou les familles et le personnel. Ces interactions sont d'autant plus fréquentes en institution que le collectif supplante souvent l'individuel. De plus, malgré la volonté des soignants et des familles de bien faire, la personne âgée est parfois « violente ». Ces violences sont alors normalisées sous couvert de soins ordinaires.

Cette forme de maltraitance est beaucoup plus subtile, sournoise et envahissante. Or, « *le climat de maltraitance subtile nécessite un travail de fond de tous les acteurs de l'institution* »⁵.

Cette violence invisible, ces maltraitances quotidiennes, ces « non qualités »...quel que soit le terme choisi... constituent un ensemble vaste. Il est important pour un directeur d'institution gérontologique d'avoir conscience de ces violences normalisées pour mieux les percevoir et mieux les prévenir. Un sens doit être donné à chaque acte réalisé auprès d'une personne âgée. L'absence de pensée sur ce qui se passe dans son établissement peut être source de maltraitance.

² DE SAUSSURE, C. (ed.). *Vieillards martyrs, vieillards tirelires. Maltraitance des personnes âgées*. Chêne Bourg : Editions Médecine et Hygiène, 1999, p. 180.

³ Maltraitance : vers la fin d'un tabou ? *Décideurs*. Janvier-février 2002, n°44, pp.6-7.

⁴ HUGONOT, R. *Existe-t-il des institutions au-dessus de tout soupçon ?* in *Mal traités et mal traitants en institutions gérontologiques*. Actes de la 2^{ème} journée d'étude d'ALMA. 10 février 2000. Grenoble, ALMA France, p.42.

⁵ PAPILLOUD-MORAGA, A., REY, C. *De la maltraitance à la confiance : un projet in Vieillards martyrs, vieillards tirelires. Maltraitance des personnes âgées*, DE SAUSSURE, C.(ed.). Chêne Bourg : Editions Médecine et hygiène, 1999, p.166.

Pour un directeur, la question est « pourquoi existe-t-il des petites violences quotidiennes en institution ? ». En effet, alors que tout le monde semble rempli de bonnes intentions, comment n'arrive-t-on pas, en institution, à atteindre l'objectif de « bienveillance » des résidents ? Qu'est-ce qui fait que l'on bascule d'une volonté de « bienveillance » à une réalité laissant une place à la maltraitance ?

Le choix de ce thème de mémoire n'est en aucun cas dicté par la réalité de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Curie-Sembres » dans lequel j'ai effectué un stage de neuf mois, dans le cadre de ma formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social dispensée par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP).

Il a, notamment, été suscité par une question de R. HUGONOT à ses collègues hospitaliers « *Etes-vous sûr, qu'un jour, ..., un de vos malades âgés n'a pas été aidé à mourir par une aide soignante compatissante ?* »⁶. Comment prévenir ces situations?

Ce mémoire est donc un choix personnel, guidé par un fort questionnement et la volonté de sortir des « *dénonciations manichéennes* »⁷. Cette réflexion m'a d'autant plus motivée que l'apparition de négligences est intimement liée à la mission du Directeur et mérite, de ce fait, une réflexion préalable. Il est aussi référé à mes futures responsabilités de Directeur de structure d'accueil pour personnes âgées et aux objectifs de « bienveillance » des résidents qui seront confiés à mes soins et à ceux de mon équipe.

J'ai choisi de ne pas parler des cas de maltraitance avérés et de m'attacher plus particulièrement aux négligences du personnel envers les personnes âgées. J'ai bien conscience que la réalité est plus complexe. La maltraitance est multiforme : familles, personnels et résidents sont, tour à tour, acteurs ou victimes. Mais, il eut été trop fastidieux de traiter tous ces aspects de la maltraitance, tant le sujet est vaste.

Les facteurs de risques sont les dangers éventuels, plus ou moins prévisibles, qui aboutissent aux situations de maltraitance, de violence, de négligence.

Ils sont multiples et présents dans toute institution.

⁶ HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998, p.60.

⁷ CLERCQ, Y. Les soignants dans la tourmente. *Décideurs*. Novembre-décembre 2000, n°35, pp.22-23.

J'ai dégagé trois axes de réflexion :

- * Les facteurs institutionnels, c'est à dire les risques suscités par l'établissement lui-même, comme par exemple les contraintes du secteur institutionnel gériatrique ou la lente association des personnels au fonctionnement de l'établissement.

- * Les facteurs humains, puisque, en établissement, une relation triangulaire s'instaure entre le personnel, les résidents et les familles.

- * Enfin, le facteur social n'est pas négligeable. Il s'agit de la considération pour les personnes âgées dans notre société.

Je vais m'attacher dans ce travail à confirmer, infirmer et développer ces hypothèses de facteurs de négligences en institution gériatrique. J'ai choisi de m'appuyer sur la réalité de l'EHPAD « Curie-Sembres », localisé dans les Hautes-Pyrénées, que j'ai pu découvrir au travers de mon stage, qui s'est déroulé du 1^{er} septembre 2001 au 30 juin 2002. Cet établissement est composé de 135 lits et de 2 places d'hébergement temporaire, répartis sur deux sites distants de 300 mètres, « la résidence » et « la maison ». Cette expérience s'est située dans un contexte un peu troublé, sur fond de la réforme de la tarification et de la négociation portant sur les 35 heures.

Une première partie, descriptive, situera le contexte de mon étude en présentant les négligences comme une catégorie de maltraitance, le rôle des institutions et les différents acteurs tels que les personnels, les résidents et les familles.

Dans une seconde partie, les facteurs de risques posés seront analysés, au travers d'études pratiques, notamment la réalisation d'une enquête par questionnaire auprès des professionnels de l'EHPAD « Curie-Sembres » et de groupes de discussion associant les résidents et les familles.

Enfin, la troisième partie fera état des leviers d'action permettant à un Directeur d'assurer une politique de « bientraitance » des résidents.

1 - LES NEGLIGENCES EN INSTITUTION POUR PERSONNES AGEES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Dans cette première partie, le phénomène des négligences en institution va être explicité. Elles seront appréciées en regard de l'ensemble générique «maltraitance », dans lequel elles s'inscrivent. Ensuite, le milieu institutionnel gériatrique sera présenté au travers de l'histoire des institutions et des acteurs qui se côtoient. L'objectif est d'apprécier l'ambiance propre au milieu institutionnel, dans lequel se développent les négligences.

1.1 La maltraitance en institution : la prévalence des négligences

La maltraitance est un ensemble vaste qui recouvre une multitude d'actions inadéquates. On ne peut faire l'économie de définir ce concept et de présenter ces situations qui concernent les personnes âgées. Les négligences feront l'objet de la dernière partie. Leur contour est indéterminé, d'autant plus qu'il varie en fonction de l'évaluation que chacun peut en faire.

1.1.1 Maltraitance - Violence – sévices - abus - négligence : quelles distinctions ?

Parler de la maltraitance des personnes âgées n'est pas une chose aisée, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, la maltraitance (ainsi que la « bientraitance ») est un néologisme. Le mot qui se rapproche le plus de ce terme, dans le dictionnaire, est le verbe « maltraiter ». D'autre part, la maltraitance des personnes âgées est sortie récemment de l'ombre. Longtemps, elle est restée taboue. Les premières préoccupations se sont portées sur les enfants, puis sur les femmes. Enfin, lorsque la maltraitance est évoquée, plusieurs termes sont indifféremment utilisés pour décrire des réalités souvent identiques : maltraitance, violence, sévices, abus, négligence.

Il est, avant toute chose, important de définir ce qu'est la maltraitance pour ensuite présenter les classifications existantes.

1.1.1.1 L'incontournable définition des concepts

Selon le dictionnaire Larousse⁸, **maltraiter** signifie « *traiter durement, avec violence* ». Cette définition établit un lien direct entre la maltraitance et la violence.

La **violence**, du latin « *violentia* », est définie comme une « *force intense, impétueuse ; un abus de la force ; une contrainte exercée sur une personne pour obtenir son acquiescement à un acte juridique* »⁹. Le mot violence s'emploie donc tant pour décrire des rapports de personnes à personnes, que pour caractériser des situations (par exemple, une pluie violente), ou des choses (par exemple, des couleurs violentes). Le dictionnaire Robert¹⁰ propose une définition plus restrictive et définit la violence comme « *le fait d'agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté, en employant la force ou l'intimidation* ». Il s'en tient donc à une situation qui met en jeu des personnes et est en accord avec la violence qui concerne celle de mon étude, celle envers les personnes âgées. La violence peut aussi être rapprochée de l'agressivité. C'est ce qu'explique R. HUGONOT¹¹, en définissant la violence comme une forme pervertie d'agressivité. L'agressivité, elle, est naturelle et nécessaire à la survie de l'homme. Le terme violence est donc polysémique et les formes de violences sont multiples.

Pour en revenir à la **maltraitance**, contrairement à la violence, elle caractérise uniquement des rapports d'homme à homme. Son appréciation en appelle nécessairement à la subjectivité et au jugement. Maltraiter quelqu'un s'évalue par rapport à des critères de « *bienveillance* », qui évoluent et varient selon les personnes et les époques. Par exemple, donner une claque à un enfant a été considéré, par certains, comme un principe d'éducation. Aujourd'hui, cet acte est plus facilement assimilé à de la maltraitance. Toute maltraitance est aussi une violence, par laquelle on rabaisse le sujet à la condition de chose.

L'**abus**, du latin « *abusus* », est « *l'usage mauvais, excessif ou injuste* »¹². La notion d'intentionnalité est très prégnante dans ce terme. Les abus naissent des interactions entre des individus. Les abus les plus couramment évoqués dans la prise en charge des personnes âgées sont les abus de pouvoir, d'autorité ou de faiblesse.

Enfin, la **négligence** est décrite, par le dictionnaire Larousse, comme « *le manque de soins, d'application, d'exactitude* ». En droit, la négligence est « *la faute non intentionnelle de celui qui a omis d'accomplir un acte qui lui incombait* »¹³. Cette définition,

⁸ *Le petit Larousse*. Paris : Larousse, 1998.

⁹ Ibid.

¹⁰ *Le nouveau petit Robert*. Paris : Le Robert, 1993.

¹¹ HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998.

¹² *Le petit Larousse*. Paris : Larousse, 1998.

¹³ Ibid.

appliquée aux personnes âgées en institution, indique que les négligences sont plutôt des maltraitances par omission. Elles seront définies dans la suite de cette partie, puisque c'est sur elles que porte précisément mon étude.

L'utilisation d'une définition ou d'une autre peut varier en fonction du degré de permissivité de la société. Elle varie selon les protagonistes en jeu. Ainsi, parlerait-on de maltraitance lorsque sont concernées des personnes qui ont eu, au préalable, des relations. En Norvège, le terme **sérvices** est employé pour décrire des actions centrées sur l'entourage proche.

Tous ces mots ont pour principal point commun de qualifier des actions inadéquates et disproportionnées. Mais, il faut être vigilant à la perte de sens que peut entraîner le fait de mettre tous ces termes sous l'appellation générique de « maltraitance ».

Deux types de distinctions se dégagent au travers de ces définitions : l'intentionnalité ou non et l'action active ou passive. La violence par « manque » est la situation la plus fréquente dans la prise en charge du sujet âgé. La tâche de repérage est alors encore plus rude, du fait de la subjectivité de chacun et du silence des personnes âgées, qui trouvent parfois leur équilibre dans les situations les plus terribles.

Pour ces raisons, la classification des maltraitances prend toute son importance.

1.1.1.2 Les prémices d'une classification reconnue par tous

Il n'y a, actuellement, aucun consensus sur la classification des maltraitances qu'il convient de privilégier. Plusieurs sont utilisées.

La classification internationale, retenue par R. HUGONOT, se décline en six catégories :

✓ **Les maltraitances financières** : le vol, l'extorsion d'argent, le détournement de fonds, les procurations abusives, l'acceptation de pourboires, la privation de ressources en sont des exemples.

✓ **Les maltraitances psychologiques**. Elles se caractérisent par le fait d'ignorer la présence de la personne âgée lors des soins ou de la priver de tout soin, sous prétexte qu'elle est vieille. Le chantage, l'humiliation, les menaces, le harcèlement, l'infantilisation, le tutoiement ou le fait de donner des surnoms sont des maltraitances psychologiques.

✓ **Les maltraitances physiques**. Elles consistent à infliger, sciemment ou non, des souffrances physiques ou à interdire l'accès à des soins de santé de qualité. Pour le personnel, ces moyens peuvent permettre d'accélérer le rythme de travail. Les coups, les fractures, les griffures, l'abus sexuel ou le ligotage constituent des maltraitances physiques.

✓ **Les maltraitements médicaux.** Dans cette catégorie figurent l'excès ou la privation de médicaments, de soins, d'examen ; les ordonnances faites « sur la suggestion de... ».

✓ **Les maltraitements civiques.** Ce sont des atteintes aux droits de la personne. Elles sont aussi appelées violences sociales. Ces abus consistent à retirer à la personne son pouvoir de décision et son rôle social. La manipulation du vote, la restriction ou l'interdiction de visites, la demande abusive de tutelle ou de curatelle en font partie.

✓ **Les négligences, actives ou passives.**

En 1987, le Conseil de l'Europe définit la violence comme « *tout acte ou omission, commis par une personne (ou un groupe), qui porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou physique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un groupe) ou qui compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* »¹⁴. R. HUGONOT distingue alors les maltraitements « par action délibérée de nuire » et celles « par omission ». Les maltraitements par omission seraient le plus souvent exercés en institution. Elles sont plus méconnues et plus dissimulées. Cette distinction est également faite par P. VIVET¹⁵, au regard de la maltraitance des enfants, qui parle de violences « *en bosse* » (action) et « *en creux* » (omission).

D'autres classifications existent, telle que celle proposée par le Pr. Lucien MIAS¹⁶. Elle se décompose comme suit, en six points :

✓ **Les mauvais traitements psychologiques** : dévalorisation, reflets négatifs, jugement ; abus d'autorité ; assaut verbal, menace, chantage ; abus social ; violence par omission.

✓ **Les mauvais traitements matériels** : vol d'argent, de chèques, de pension ; escroquerie.

✓ **Les mauvais traitements physiques** : alimentation inadéquate ; surveillance, soins médicaux, soins infirmiers non donnés lorsque nécessaires ; violence à l'image de soi ; ligoter une personne à un lit, une chaise ; blessures infligées délibérément ; assaut grave, viol, meurtre.

✓ **La violation des droits** : violation du droit à la liberté ; médicaments ou prothèses non fournis ; obligation de consommer des médicaments dans un but non thérapeutique.

¹⁴ HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998, p.5.

¹⁵ VIVET, P.(ed.). *Aimer mal, châtier bien*. Paris : Le Seuil, 1991.

¹⁶ multimania.com/papdoc – Gériatrie en institution : violences en institution.

✓ **Les mauvaises conditions de l'environnement** : chauffage inadéquat ; interdiction de personnaliser l'environnement.

✓ **La mauvaise organisation des soins et des services prestataires** : mauvaise qualité de l'alimentation ; absence d'intimité lors des soins intimes ; laisser une personne toute la journée au lit, par exemple les dimanches et jours fériés.

Ce foisonnement de définitions et de classifications de la maltraitance, avec toutes les nuances lexicales que je viens de présenter, témoigne de la difficulté à définir précisément cette notion. Par exemple, le vol sera classé comme une maltraitance financière dans la classification internationale, comme un mauvais traitement matériel dans le classement cité ci-dessus et comme une violence par action selon la définition donnée par le Conseil de l'Europe. Une classification connue et admise de tous faciliterait le travail sur les maltraitements. Cette multitude de classifications témoigne aussi, et c'est heureux, de la prise en compte grandissante de la maltraitance des personnes âgées. L'étude de ce phénomène révèle chaque jour un nombre de cas de plus en plus important. Je vais maintenant préciser les caractéristiques de la maltraitance, afin de cerner l'ampleur de ce phénomène.

1.1.2 La maltraitance des personnes âgées : un ensemble hétérogène

La maltraitance des personnes âgées se présente sous différentes formes. R. HUGONOT indiquait, lors d'une conférence à Tarbes à l'occasion de l'ouverture d'une antenne ALMA dans les Hautes-Pyrénées en 2002, que des catégories de maltraitements ont été définies pour pouvoir échanger entre professionnels, parler de ce que l'on découvre.

1.1.2.1 Les caractéristiques de la maltraitance envers les personnes âgées

Les maltraitements, quel que soit le public concerné, femmes, enfants, personnes handicapées, personnes âgées ont des points communs. En premier lieu, elles se déroulent tant à domicile qu'en institution et la loi du silence prime, c'est à dire qu'il n'y a pas de plainte des maltraités, ni de leur entourage. En second lieu, les formes de violence utilisées sont les mêmes et ces maltraitements sont associées, coutumières, répétées et périodiques.

Cependant, la maltraitance des personnes âgées présente des particularités. Elle est encore plus taboue, plus inadmissible, plus « impensable » que les autres. Ceci est en

partie lié au tabou de l'interdit de la violence aux parents. Le commandement judéo-chrétien, « tu respecteras ton père et ta mère », en est une parfaite illustration. Elle est influencée par le regard porté sur la vieillesse et sur la mort par notre société. La place accordée à la personne âgée en regard de la notion d'utilité favorise aussi cette maltraitance. Les chiffres qui suivent vont permettre d'apprécier plus précisément ces situations.

1.1.2.2 La réalité de la maltraitance envers les personnes âgées en quelques chiffres

Selon la classification internationale retenue par R. HUGONOT, la répartition des différentes catégories de maltraitements est la suivante¹⁷ : financières (27.7%), psychologiques (26.9%), physiques (15.1%), négligences (15%), civiques (11%), médicales et médicamenteuses (4.2%).

Le rapport du Pr. Michel DEBOUT¹⁸ confirme que les formes de maltraitance les plus fréquemment évoquées sont physiques, psychologiques et financières. Elles sont le plus souvent associées et en cascade.

Quant aux lieux sociaux de la maltraitance, ils figurent dans le tableau suivant :

Lieux ⇨ Années ↓	Institution	Domicile	Famille d'accueil	Autres
1999	27.5	63.5	1.8	7.2
2000	28.6	64.3	1.5	5.6

Tableau ① - Les lieux sociaux de la maltraitance envers les personnes âgées¹⁹.

Le pourcentage des cas de maltraitance en institution doit être rapproché de la répartition des personnes âgées sur les différents lieux de vie. Ainsi, le rapport DEBOUT fait état de 75% des plus de 85 ans qui vivent à domicile. Ceci laisse penser qu'il faut rester très prudent sur le « faible » pourcentage des personnes âgées maltraitées en établissement. De plus, l'évaluation se complique si l'on considère le fait que les maltraitements familiaux pénètrent aussi l'institution.

¹⁷ BUSBY, F., HUGONOT, R. *Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA*. Rapport rédigé à la demande de Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale, 1999.

¹⁸ *Prévenir la maltraitance des personnes âgées*, sous la présidence du Pr. M. DEBOUT, membre du Conseil Economique et Social. Rapport remis à Mme P. GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, 22 janvier 2002.

¹⁹ Ibid.

Au total, le pourcentage de personnes âgées maltraitées²⁰ serait de 5% pour les plus de 65 ans et de 15% pour les plus de 75 ans. R. HUGONOT estime que ce qui est connu représente un cinquième de la réalité, d'autant plus qu'ALMA est un système spécifique de recueil de l'information.

La particularité de la classification des maltraitances est, qu'au sein d'une même catégorie, les situations considérées varient en intensité, du supportable à l'insupportable. Il y a les maltraitances considérées comme licites et normales et celles pour lesquelles on est prêt à prendre des mesures policières ou judiciaires. Certaines maltraitances n'ont pas des conséquences aussi immédiates ou douloureuses que peuvent l'avoir le vol, le meurtre, le viol ou la torture. De par leur caractère non intentionnel, elles peuvent parfois être excusables ou, parce que ces gestes sont banalisés, il est encore possible d'y remédier. L'ensemble que nous allons maintenant décrire, les négligences, reflète cette réalité.

1.1.3 Les négligences : un ensemble vaste au contour indéterminé

Les négligences sont définies comme une catégorie de maltraitance. La distinction n'est d'ailleurs pas toujours aisée. Pour clarifier ce concept, je vais, d'une part, le définir et, d'autre part, l'illustrer au travers d'exemples.

1.1.3.1 De la négligence active à la négligence passive

Deux catégories de négligences existent : les négligences actives et les négligences passives.

Les négligences actives se rapprochent de la violence. Par exemple, c'est le placement autoritaire de la personne âgée, la privation de visites.

Les négligences passives sont, certainement, la catégorie de maltraitance la moins connue mais, très probablement, celle dans laquelle les situations sont les plus nombreuses. Elles concernent tous les aspects de la prise en charge de la personne âgée. C'est alors un manque d'aide dans la vie quotidienne, appelé aussi de la maltraitance par inadvertance. Les domaines concernés sont nombreux : la marche, la prise de repas, la toilette, l'habillement, la prise de médicaments, l'accompagnement aux sanitaires. « Faire à la place de » la personne âgée, par exemple pour gagner du temps, est aussi une négligence passive. C'est l'oubli de la personne, l'indifférence à son égard,

²⁰ Ibid.

oublier qu'elle est chez elle, que sa chambre est son domicile privé, qu'elle est cliente de la structure. C'est aussi imposer des horaires «inhumains », lui parler comme à un enfant, ne pas lui demander son avis, ne pas expliquer les actes réalisés à son encontre.

Les négligences représentent environ 15 % de la maltraitance envers les personnes âgées. Ce chiffre, pourtant important, représente partiellement la réalité. En effet, nombre de négligences sont classées dans les autres catégories évoquées. Une part d'entre elles est ainsi comptabilisée différemment dans les statistiques. Mais, la distinction n'est pas aisée, comme le montrent les exemples ci-dessous.

1.1.3.2 Des exemples pour mieux comprendre

Les cinq exemples qui suivent mettent en relief que toute négligence est une maltraitance :

✓ Le refus d'achat de l'institution pour le compte d'un résident, sous prétexte que cet achat ne présente pas d'utilité particulière : maltraitance financière.

✓ Le fait d'appeler un résident par son prénom : maltraitance psychologique.

✓ La présence d'escarres chez la personne âgée : maltraitance physique.

✓ L'absence de traitement de la douleur lorsqu'un résident se plaint : maltraitance médicale.

✓ La demande abusive de mise sous protection juridique : maltraitance civique.

Il est essentiel d'avoir connaissance de ces négligences passives. La routine ancre ces pratiques dans le quotidien. L'auteur de négligences n'en a alors pas ou plus conscience. Tous les personnels d'une institution peuvent être auteurs de négligences, ne serait-ce que lors d'une intrusion dans une chambre sans frapper ou lorsqu'ils tutoient un résident. D'autres exemples peuvent être donnés, pour en appeler à la vigilance de nous tous. L'apparition d'un seul cas suffit pour instaurer le dialogue à ce sujet.

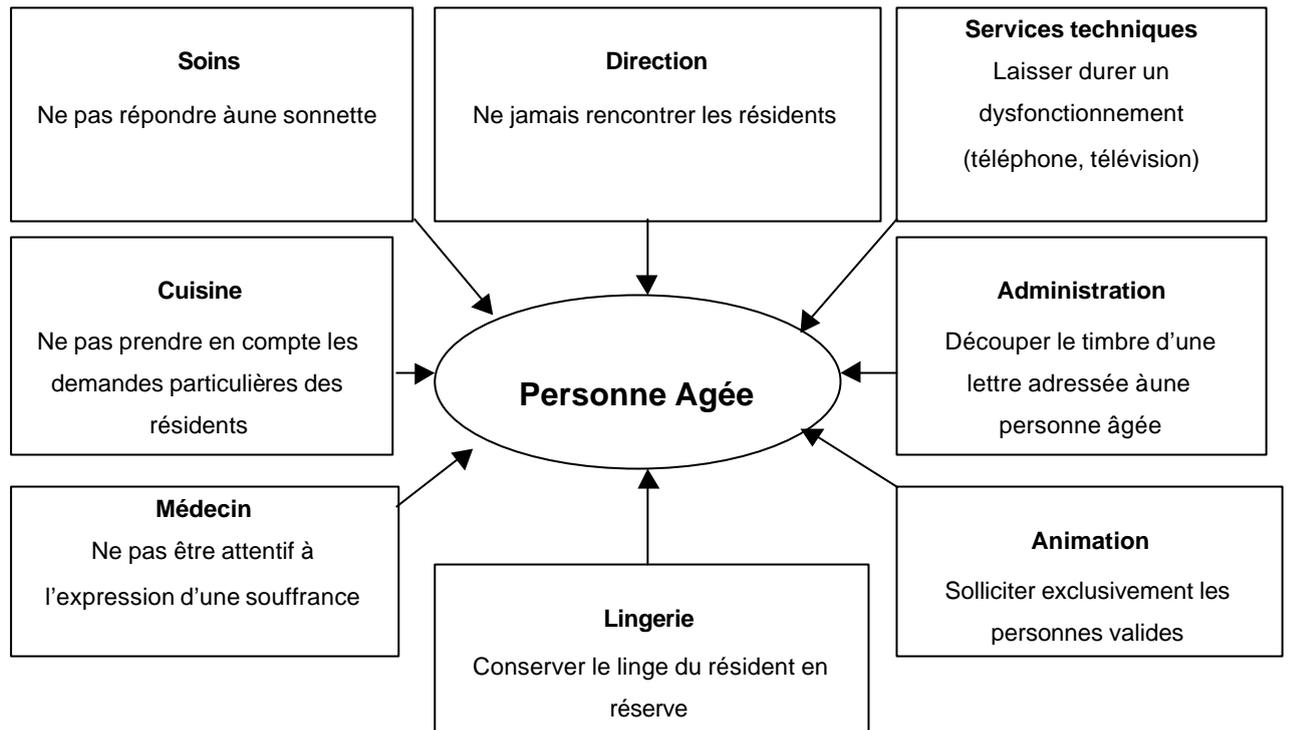


Schéma ① - Les négligences à l'encontre des résidents, l'affaire de tous les personnels.

Nous ne dirons jamais assez, les négligences sont partout et elles constituent des maltraitements mettant à mal le devoir de « bienveillance » de l'institution envers le résident. La frontière est ténue entre certaines négligences et maltraitements.

Suite à ces illustrations de la maltraitance, et la définition plus particulière des négligences, la description du milieu institutionnel gériatrique est incontournable pour poser le cadre de ma recherche.

1.2 L'histoire des institutions hébergeant des personnes âgées : un rôle « pathogène » ?

Les établissements hébergeant les personnes âgées ont un lourd passé qui marque encore les esprits et qui pose la question de savoir si leur fonctionnement n'a pas été « pathogène », c'est à dire néfaste au bon développement de leurs usagers. Ces structures arrivent au bout d'un fonctionnement. La réforme de la tarification devrait donner un nouveau souffle pour prendre en charge des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Ces nouvelles missions ne sont pas sans poser de questions éthiques, qui s'ajoutent à des dérives institutionnelles jamais vraiment résolues.

1.2.1 Du mouroir à l'EHPAD

La particularité des structures pour personnes âgées est qu'elles ont radicalement changé de visage, de l'hôtel dieu, en 549, à nos jours. L'histoire les a conduites de l'accueil des indigents à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Il est donc important de retracer rapidement l'historique de ces établissements, tant il est chargé de sens et marque leur image et leur fonctionnement actuel.

1.2.1.1 La nécessaire réforme de la tarification

Jusqu'au milieu du XXème siècle, l'hôpital qui vient du latin « hospitalis » (maison d'hospitalité) et « hospitale » (hôtel, hébergement), était une maison mise à disposition des pauvres, des malheureux et des pèlerins. Les vieillards, les infirmes et les incurables bénéficiaient du même type d'accueil. « *Pauvreté, vieillesse, maladie, trois handicaps et trois prédicats qui définissent les vieillards que l'hospice a enfermés* »²¹.

Les hospices, dont il est question, avaient pour mission de pourvoir à l'hébergement de ces personnes. Dans les années 1960, les locaux vétustes et les salles communes qui les caractérisent deviennent des situations inacceptables. Le VIIème plan intègre alors dans ses priorités une opération d'envergure : l'humanisation de ces structures, par la suppression des chambres de plus de quatre lits. Un délai de cinq ans est alors prévu. Il ne sera pas suffisant et la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 a reporté la limite de transformation des hospices au 31 juillet 1996.

Parallèlement, la loi du 21 décembre 1941 investit l'hôpital d'une nouvelle mission : celle de soigner et de guérir tous ceux qui le nécessitent. La séparation du secteur sanitaire et social sera consacrée par la loi sanitaire du 31 décembre 1970, qui exclut tout rôle social à l'hôpital. Dans sa lignée, la loi sociale du 30 juin 1975 prévoit la transformation des hospices publics en Unités de Soins de Longue Durée (USLD) qui relèvent du secteur sanitaire, ou, en maison de retraite, établissements sociaux destinés à l'accueil des personnes âgées.

Cette séparation du secteur sanitaire et social va évoluer en raison du public accueilli. La maison de retraite n'héberge plus seulement de jeunes retraités valides et la médicalisation devient rapidement indispensable. La création de sections de cure

²¹ BENOIT-LAPIERRE, N., CEVASCO, R., ZAFIROPOULOS, M. *Vieillesse des pauvres, les chemins de l'hospice*. Paris : Economie et Humanisme, Les Editions Ouvrières, 1980, p.7.

médicale est prévue dès 1975 et leur mise en place est initiée par un décret de 1977²². De plus, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, redonnera la possibilité aux hôpitaux de gérer des établissements sanitaires et sociaux.

Malgré cela, la sous-médicalisation reste un problème dans les établissements hébergeant des personnes âgées. De plus, les structures, qu'elles soient sanitaires ou sociales, tendent à accueillir le même type de personnes âgées. Le critère d'admission repose souvent sur la disponibilité d'une place et n'est pas toujours en corrélation avec l'état de santé de la personne. Or, les moyens des établissements étant différents, une inégalité entre les personnes âgées s'est progressivement développée.

La réforme de la tarification a pour objectif de lisser ces difficultés et de réunir sous la même appellation tous les établissements hébergeant des personnes âgées. Ils sont voués à devenir des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La réforme est encadrée par deux décrets du 26 avril 1999²³, modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001. Les deux autres objectifs de la réforme sont, d'une part, d'allouer aux établissements des moyens en fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies et, d'autre part, de moderniser la gestion budgétaire et financière des structures. Les trois axes principaux de travail qui sous-tendent cette réforme sont la signature d'une convention tripartite²⁴, la réforme de la tarification proprement dite et la mise en place d'une démarche qualité.

Le point de départ de la réforme est la signature d'une convention entre l'établissement, l'Etat et le Conseil Général. Cet engagement s'étend sur une période de cinq ans. Toutefois, l'élaboration d'avenants annuels est possible. La convention est un plan d'action pour l'établissement, pour les cinq ans à venir. De plus, la réforme de la tarification consiste en un changement dans le mode de présentation du budget. Le traditionnel mode binaire, qui se décompose en hébergement et en soins, se transforme en mode ternaire. Dans ce nouveau cadre, les charges sont rattachées selon des règles très précises, en fonction de leur nature, à la section hébergement, dépendance ou soins médicaux et infirmiers. Seule la signature de la convention devait entraîner le changement de tarification, mais, l'arrivée de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a précipité le passage en tarification ternaire. Enfin, la mise en place d'une démarche qualité est un

²² Décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi du 30 juin 1975.

²³ Décret n°99-316 du 26 avril 1999, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et le décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

impératif pour pouvoir signer la convention tripartite et bénéficier de la réforme. La qualité a pour objectif de garantir aux personnes âgées dépendantes accueillies en institution les meilleures conditions de vie, d'accueil et de soins.

Cette réforme est une occasion sans précédent de mise à niveau des moyens des établissements. Cependant, la signature des conventions se fait à un rythme plus lent que celui qui était prévu, et, les moyens attribués varient selon les départements. Pourtant, les acteurs institutionnels espèrent que cette réforme permette de faire face aux nouveaux défis des établissements, et notamment, l'arrivée de personnes de plus en plus dépendantes.

1.2.1.2 Avant l'institution, le domicile

L'évolution des missions des institutions pour personnes âgées est liée à la modification de la structure de la population accueillie. L'espérance de vie, et notamment l'espérance de vie sans incapacité, ont augmenté en raison, notamment, des progrès de la médecine et d'une meilleure hygiène de vie. Les personnes âgées, de plus en plus nombreuses, entrent alors de plus en plus tard en institution et sont, au préalable, prises en charge à domicile.

Le développement du maintien à domicile est une priorité ancienne. Dès 1962, le rapport LAROQUE souligne l'importance de laisser les personnes âgées dans leur milieu de vie, autant qu'elles le peuvent. Depuis, les dispositifs de prise en charge à domicile se sont fortement développés. Des services ont été mis en place, tels que les aides ménagères et les services de soins à domicile. Le programme finalisé du Vème plan renouvelle cette priorité pour éviter l'isolement des personnes âgées. Des clubs et des foyers-restaurants viennent compléter le dispositif existant. Enfin, le VIIème plan situe sa politique dans la lignée des précédents. Les initiatives se multiplient. Téléalarme, téléphone, portage de repas à domicile, programme d'amélioration et d'adaptation de l'habitat favorisent le maintien à domicile.

Cette politique est aujourd'hui encore une priorité, car elle répond au souhait de la majorité des personnes âgées de finir leurs jours chez eux. Dans ce cadre, l'APA, créée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, venue remplacer la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), s'avère plus avantageuse à domicile qu'en institution. Elle permet de financer un plan d'aide adapté aux besoins de la personne. L'initiative va encore plus loin, puisque cette allocation permet de couvrir les dépenses correspondant à de l'accueil

²⁴ 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 n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

temporaire, avec ou sans hébergement²⁵. Ces alternatives à l'institutionnalisation sont des moyens de soulager les aidants à domicile, en adaptant l'offre à la demande des personnes âgées ou de leurs familles.

Ainsi, les personnes âgées recourent à l'institution soit de manière ponctuelle, soit de plus en plus tardivement. L'institution devient progressivement l'unique et l'ultime solution de fin de vie et d'accueil de personnes âgées nécessitant une présence permanente et continue, comme par exemple en cas de démence. Les deux principaux axes de réflexion en institution sont l'accompagnement de fin de vie et la prise en charge des démences dégénératives du type Alzheimer, qui interrogent beaucoup les pratiques professionnelles.

1.2.2 Le renouvellement des pratiques face à la fin de vie et aux démences

Louis PLAMONDON²⁶ indique que les études relatives à la question de la violence envers les personnes âgées « *mettent toutes en évidence que les caractéristiques des victimes dans la communauté sont les suivantes : une grande vulnérabilité physique et psychologique, une dépendance importante aux soins de base, alimentation et hygiène ; une mobilité très restreinte avec une présence d'un handicap physique ou un déficit cognitif qui accentuent la dépendance, donc la vulnérabilité* ».

Les personnes âgées en fin de vie ou atteintes d'une démence dégénérative du type Alzheimer ou syndromes apparentés, répondent totalement ou en partie à cette définition. Ces situations constituent des facteurs de risques supplémentaires de négligence en institution. Il est donc important d'étudier ces prises en charge. Dans un premier temps, je donnerai les axes principaux de chaque prise en charge pour ensuite évoquer les problèmes éthiques qu'elles soulèvent.

²⁵ Article 2 du décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

²⁶ PLAMONDON, L. Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques. *Gérontologie et Société*. La maltraitance. Mars 2000, n°92, p.122.

1.2.2.1 La démence et la fin de vie : quelles particularités dans la prise en charge ?

La prise en charge de la fin de vie et des démences nécessite des compétences spécifiques. Leur principal point commun est qu'elles concernent des personnes dépendantes.

L'accompagnement de fin de vie est de plus en plus fréquent en établissement, du fait de l'âge avancé des personnes qui entrent en institution et qui sont vouées à y rester jusqu'à leur décès. Les soins palliatifs, qui caractérisent cet accompagnement, sont nés de la prise en charge de jeunes malades en phase terminale et consistent en un suivi pluridisciplinaire de la personne âgée et de sa famille, avant et après le décès. Ce sont des soins actifs, basés sur une prise en charge globale de toutes les dimensions physiques, psychologiques, spirituelles et sociales. Ils permettent de reconnaître un statut de citoyen à toute personne âgée, quel que soit son état.

Conformément à la loi, « *les établissements de santé...et les établissements sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs...* »²⁷. Une des composantes particulièrement importante de cet accompagnement est la lutte contre la douleur. Or, chez le vieillard, la douleur est souvent méconnue et négligée. De plus, de nombreux inconforts jalonnent la fin de vie tels que la rétractation musculo-tendineuse, les escarres, les perturbations du transit intestinal ainsi que l'état de la bouche. Les soins de confort sont très importants. La mobilisation, l'hydratation, les massages ou une simple présence sont autant d'actes qui demandent du temps au personnel.

Cependant, l'accompagnement de fin de vie est encore rare dans nos institutions. D'une part, cette prise en charge effraie, car elle est liée à l'idée de la mort. D'autre part, cet accompagnement nécessite des moyens, que les petites structures n'ont pas toujours.

La démence est une diminution irréversible des facultés intellectuelles. C'est « *une altération de la mémoire, de la pensée abstraite, du jugement et de la personnalité* »²⁸. La maladie d'Alzheimer est décrite comme la variété la plus fréquente de démence présénile, mais survenant aussi chez le sujet âgé. Cliniquement, elle est marquée par des troubles de la mémoire, une désorientation spacio-temporelle, de l'aphasie, de l'apraxie et de l'agnosie. Des troubles du comportement accompagnent les démences. 60% des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer présentent au moins un trouble psycho-comportemental, lors de l'évaluation initiale de la maladie.

²⁷ Article 7 de la loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs.

²⁸ GARNIER DELAMARRE. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Editions Maloine, 2002.

Le sujet âgé dément perd sa capacité de raisonnement, son discours devient incohérent. La personne s'oriente mal dans le temps et dans l'espace. Les automatismes les plus simples disparaissent. De ce fait, la personne se néglige, se perd, a des comportements moteurs aberrants, se montre agressive, irritable, impatiente, accusatrice ou dépressive. Par rapport à la sexualité, la personne perd ses limites, elle est désinhibée. Elle peut aussi avoir peur de la solitude, ou répéter de manière incessante des questions relatives à un événement à venir, être agitée et avoir des troubles de l'identification.

La survenue de ces troubles est souvent un motif de placement en institution, du fait de la grande souffrance de l'entourage et de son incapacité à faire face au sujet âgé dément, tant par rapport à l'image qu'il renvoie que compte tenu de la difficulté des situations rencontrées.

Généralement, la personne atteint une dépendance totale, avec une perte du sens de la réalité et de l'identité. La prise en charge de ces personnes devrait relever de la gériatrie-psychiatrie, où le personnel est formé pour mener à bien cette mission. Elles sont nombreuses, à l'heure d'aujourd'hui, à être hébergées en maison de retraite traditionnelle. La cohabitation avec les déments peut rendre la vie insupportable pour les autres résidents et le personnel souffre plus rapidement d'épuisement physique, psychique et de la tolérance. La prise en charge de la démence est, à ce titre, un enjeu du XXI^{ème} siècle.

1.2.2.2 Les problèmes éthiques soulevés

Tant l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées que la prise en charge de personnes désorientées ou atteintes d'une démence dégénérative de type Alzheimer ou syndromes apparentés nécessitent réflexion et formation, pour donner un sens aux actes des soignants.

Un des enjeux éthiques est le recueil du consentement personnel, libre et éclairé, car il est l'élément fondamental de la formation de tout acte juridique. Le respect de ce principe nécessite une capacité décisionnelle intacte, une information complète et véridique, la compréhension de la situation, que le consentement soit volontaire et l'assentiment du patient. Le sujet âgé doit avoir le choix, c'est à dire la possibilité de donner la préférence à une chose, en écartant les autres. Or, dans les deux cas de prise en charge évoqués ci-dessus, l'obtention du consentement libre et éclairé présente une particulière difficulté tant les personnes ne sont généralement plus à même de communiquer. Dans quelle mesure le sujet dément est-il à même de choisir ? Quel crédit accorder à son comportement ? Dans le cas où il semble manifester un refus des soins, par exemple, en arrachant systématiquement la sonde gastrique qui lui est posée, que

faire ? Dans ces situations, il y a toujours un doute quant au désir de la personne. Le consentement libre et éclairé de la personne en fin de vie est un leurre, dès lors que bien souvent l'admission en institution a été la seule alternative, car le maintien au domicile nécessite un minimum d'autonomie. Fréquemment, l'entrée se heurte à la liberté de l'individu.

Les médecins sont, au quotidien, dans une situation délicate car ils doivent à la fois « *soulager les souffrances* », mais éviter « *les obstinations déraisonnables* »²⁹. Chaque situation individuelle est un cas unique où le choix oscille entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Or, ces deux actions sont pénalement sanctionnées. Ce devoir contradictoire qui est fait au médecin l'appelle à la plus grande vigilance, pour ne pas être coupable par défaut, pour avoir renoncé trop tôt, ou, par excès, pour avoir réalisé trop d'investigations.

Le refus de tout dogmatisme et le principe de primauté de la personne doivent commander la prise en charge. De plus, les décisions doivent être légitimées par rapport à la qualité de vie et la dignité de la personne âgée. Il faut, à chaque fois, se demander quels sont les bénéfices pour la personne âgée. L'interdisciplinarité est d'une grande richesse car ces questions sont très délicates et il n'existe pas de réponse toute faite. La famille doit si possible être associée à cette réflexion.

Cette présentation succincte permet de toucher du doigt les difficultés auxquelles est confronté quotidiennement le personnel des institutions. Il n'a pas toujours les moyens d'y répondre. De plus, dans le cadre de la prise en charge en institution, un facteur de risque tenant à l'institution elle-même s'ajoute.

1.2.3 Les dérives institutionnelles

L'organisation collective et la charge de travail favorisent les dérives en institution. Pour aller plus vite, le soignant est tenté, par exemple, d'ouvrir le courrier de la personne âgée, de lui mettre systématiquement des protections, de recourir à la contention, de ne pas prendre le temps de lui demander son avis, de parler à sa place. Il se centre sur sa tâche, méprisant les droits les plus élémentaires des usagers.

Les dérives institutionnelles sont ces facteurs de risque de maltraitance, inhérents à toute institution. J'ai fait le choix de développer le droit au choix et le droit au risque, qui permettent de prendre la mesure du problème.

²⁹ Article 37 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

La charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes³⁰ mentionne à plusieurs reprises « la liberté » de la personne âgée : la liberté de choisir son mode de vie, de communiquer, de se déplacer, de participer à la vie de la société, la liberté de conscience et de pratique religieuse. Or, la notion d'enfermement est liée à l'historique des structures. Du temps des hospices, les « *libertés doivent être compatibles avec les exigences de la vie collective* »³¹. A cet écrit, qui n'est pas choquant, s'ajoute surtout l'arbitraire des paroles d'interdiction du personnel. La sanction type est la consignation, privation de liberté par excellence. Progressivement, les règlements intérieurs sont devenus plus permissifs, en introduisant, par exemple, des libertés de sorties ou de visites.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que l'entrée en institution est souvent commandée par un besoin de sécurité. Le résident ne peut, sans prendre de risque, rester à domicile. Très souvent, l'angoisse de la chute chez le sujet âgé, ou celle de son entourage, motive sa décision de vivre en structure. La mission d'un établissement est bien de protéger la personne. Pour ce faire, il doit en permanence concilier la liberté et la sécurité, en ayant conscience du droit au risque dont est titulaire chaque personne. Mais, les solutions trouvées ont tendance à réduire l'espace vital des personnes âgées. Par crainte de la chute, on enferme, on ligote, on attache. La contention est une des réponses les plus violentes. Elle associe la facilité pour le personnel, qui n'aura plus à se soucier de la personne, et, la pseudo-sécurité pour le résident.

Dans un autre domaine, les personnes âgées, lors de leur entrée en établissement, ont la possibilité, soit de conserver leurs biens, ils en ont alors la pleine responsabilité, soit de les déposer auprès du comptable public ou d'un agent désigné par le Directeur. Bien souvent, les établissements insistent pour que les personnes déposent leurs biens en raison des vols qui se produisent. Or, cette mesure limite l'environnement de la personne, qui se retrouve avec le strict minimum. Je pense notamment aux bijoux, dont la personne est souvent « dépossédée ».

De même, la réglementation prévoit la possibilité de mettre sous protection juridique les majeurs dits incapables. La logique sécuritaire des établissements les pousse parfois à faire une demande de tutelle ou curatelle, par exemple, pour un résident intempérant. Ces mesures, et notamment la tutelle, sont lourdes et par excellence restrictives de liberté.

³⁰ Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, 1996, Fondation Nationale de Gérontologie in LACAN, J. F. *Scandales dans les maisons de retraite*. Paris : Albin Michel, 2002, p.231.

³¹ BENOIT-LAPIERRE, N., CEVASCO, R., ZAFIROPOULOS, M. *Vieillesse des pauvres, les chemins de l'hospice*. Paris : Economie et Humanisme, Les Editions Ouvrières, 1980, p. 23.

La restriction est aussi présente dans les règlements intérieurs. Par exemple, l'interdiction de fumer dans les chambres est fréquente. Or, ce dispositif va à l'encontre de la notion de domicile privé de la personne âgée. L'actualité a fait état de plusieurs incendies de maisons de retraite, qui ont eu pour départ une cigarette mal éteinte. Un Directeur ne peut qu'être sensible à ces affaires, qui mettent en cause sa responsabilité. Ces circonstances amènent les structures à être très prudentes et à réduire, chaque fois un peu plus, les espaces fumeurs. Les établissements ont conscience d'accueillir aussi des personnes susceptibles de mettre en péril la structure et les autres résidents.

Hormis les restrictions collectives, la réflexion se fait au cas par cas. Par exemple, par rapport à la liberté de sortie, que faire lorsque les personnes sont désorientées ? Lorsque les personnes « fuguent » ? Lorsque le sujet âgé rentre ivre et perturbe le fonctionnement de l'établissement ? L'objectif est de trouver le juste milieu. Ces situations sont sensibles et les intérêts divergents des acteurs ne facilitent pas les réponses.

1.3 Les acteurs en présence : l'imparfaite relation triangulaire

En institution, trois acteurs se côtoient de manière régulière. Comme toute relation, la leur est compliquée, d'autant plus qu'elle se situe dans le contexte de la vieillesse. Les résidents, les familles et les personnels entrent dans une relation toute particulière, appelée la relation triangulaire. La convergence d'intérêt des trois, c'est à dire le bien-être pour le résident, l'implication de la famille et l'investissement du personnel, marque une relation triangulaire réussie. La difficulté d'y accéder vient essentiellement des difficultés éprouvées par chacun des acteurs concernés.

1.3.1 La personne âgée : un être vulnérable

La personne âgée est souvent considérée comme un adulte différent des autres. Ce qui n'est pas le cas et il faut ouvrir à ce qu'elle soit assimilée à un adulte à part entière. Elle a des besoins qui peuvent devenir plus conséquents en cas de pathologie. Elle peut être bouleversée par son admission en institution. Mais, souvent, ce qui nous pousse à dire qu'elle est différente, c'est l'image de la vieillesse.

1.3.1.1 Le vieillissement normal : une période de crise

Les critères de définition du passage de l'âge adulte à la vieillesse sont flous. Plusieurs peuvent être envisagés. Si l'on considère le critère de fin de la vie active à 60 ans, 12 millions de personnes sont concernées. Si le terme de 4^{ème} âge signifie vieillesse, 4 200 000 personnes de plus de 75 ans et 2 300 000 de plus de 80 ans peuvent être comptées. Le vieillissement physiologique commence au début de la vie. La vieillesse est une étape marquée par l'accélération de la dégradation physiologique et psychologique. Le vieillissement est alors défini comme « *une baisse progressive des possibilités d'adaptation tant physiques que psychologiques, c'est à dire une baisse de la marge de sécurité pour réagir aux agressions extérieures* »³². Avec l'avancée en âge, l'équilibre peut devenir précaire et basculer vers la perte d'autonomie.

La vieillesse est plurifactorielle et certaines conséquences de la vieillesse nous concernent tous : la fin de l'activité professionnelle, la modification de son corps, le départ des enfants et l'accès à la grand-parentalité ainsi que l'éclaircissement de son réseau relationnel. Le vieillissement est un processus lent et naturel. Vieillir c'est accepter que l'on a pu être autre à certains moments de sa vie et accepter que l'on continue d'être soi-même, tout en étant différent.

Rappeler que la personne âgée est un être humain à part entière est loin d'être superflu. A ce titre, et comme nous tous, elle dispose de droits et de devoirs. Ses besoins sont aussi ceux définis par Abraham Maslow³³. De plus, le sujet âgé a des besoins qui lui sont propres. L'entrée en institution est une étape fondamentale, qui se situe dans un contexte propre à la vieillesse. C'est un « virage » à ne pas manquer, pour ceux qui le vivent et pour tous ceux qui les accompagnent. Cette phase est toute particulière, car les personnes âgées sont prises, selon la théorie freudienne, entre Eros, qui les pousse vers une dynamique de vie et, Thanatos, qui tend vers la passivité. Elle doit être négociée prudemment car le sujet est marqué par la crise de la sénescence, considérée comme une seconde crise d'adolescence et des deuils successifs. Les frustrations sont multiples et l'angoisse de castration omniprésente. Le narcissisme ne peut qu'être blessé. L'heure est aussi à la relecture de sa vie.

Les personnes âgées peuvent être considérées comme des adultes plus vulnérables, qu'il est nécessaire de protéger. Le code pénal prévoit une protection spécifique pour les personnes d'une « particulière vulnérabilité ». En parallèle, de

³² CAUSSE, M. *Le vieillissement somatique normal et les principales pathologies liées à l'âge*. Cours du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées Santé Protection Sociale et Vieillesse, Université de Grenoble, 2001-2002.

³³ THIEBAUD, D. *Le sel de la terre*. Paris : La psychologie pour tous, Les lices, 1998, p.120.

nombreuses chartes ont émergé, telle celle de la Fondation Nationale de Gérontologie. Elles témoignent de l'intérêt porté aux personnes âgées, de la nécessité de rappeler formellement ces valeurs et d'assurer leur protection.

Ces composantes du vieillissement normal se compliquent en cas de vieillissement pathologique.

1.3.1.2 Le vieillissement pathologique : des questionnements supplémentaires

En cas de démence, les comportements agressifs et perturbateurs sont très fréquents. Il peut s'agir de cris poussés par des patients déments, souvent de façon inappropriée et surtout incompréhensible. La réponse que peut, dans ce cas, apporter l'institution est très délicate. La solution médicamenteuse est un échec et la mise à l'écart du « crieur » peut être considérée comme une punition, une maltraitance. Seule une présence rassurante atténue parfois les cris. Mais, se pose alors la disponibilité du personnel.

Une autre attitude fréquente des patients déments est l'opposition à tous les moments de la vie quotidienne. Que ce soit au moment de la toilette, du repas, ces résidents peuvent être opposants voire violents.

Pour trouver des réponses adéquates, la formation, l'observation et le travail en équipe pluridisciplinaire doivent être favorisés. D'autant plus que les soignants ont tendance à culpabiliser de devenir eux-mêmes violents.

Que le vieillissement soit normal ou pathologique, l'entrée en institution n'est pas une décision anodine.

1.3.1.3 L'entrée en institution : un traumatisme

Comment ne pas être « secoué » par son entrée en institution lorsque toute sa vie rentre dans une valise ?

Lorsqu'une personne vient vivre dans un établissement, c'est souvent qu'elle n'avait plus la possibilité de rester à son domicile. Selon R. MOULIAS l'entrée en établissement est conditionnée par « *une série de rejets successifs au bout desquels le malade va échouer dans un établissement* »³⁴. Cette décision, qui a souvent un caractère définitif, est motivée par l'impossibilité de se prendre seul en charge pour les actes élémentaires

³⁴ MOULIAS, R. *Violences en institution in Oui, des personnes âgées sont maltraitées ! Alors ? Que faire ?* Journées d'information et de réflexion. 13 et 14 septembre 1996. ALMA France, Grenoble. p. 77.

de la vie quotidienne, la nécessité de soins particuliers, la mise en danger de soi ou d'autrui et l'impossibilité de l'entourage d'assumer une présence permanente et continue.

La personne âgée est très rarement désireuse de cette nouvelle vie. C'est en terme de déracinement que l'on peut appréhender l'entrée en établissement : dépendre de personnels inconnus, investir de nouveaux lieux, se plier aux règles de la vie en collectivité, côtoyer des personnes que l'on n'a pas choisies, renoncer à certaines habitudes qui ne sont pas compatibles avec la vie en collectivité. C'est une épreuve d'adaptation que l'on fait subir à la personne âgée. Or, « *la caractéristique de la vieillesse est la transformation du syndrome d'adaptation en syndrome d'épuisement* »³⁵.

Enfin, pour finir de dresser le tableau de la personne âgée, parler de son image est indispensable.

1.3.1.4 Le vieux dans la société : un exclu

La personne âgée a, de plus, une mauvaise image. Il faut quand même distinguer les « vieux-jeunes », c'est à dire les seniors qui sont l'appât de tous les publicitaires, des « vieux-vieux », qui eux sont dans nos institutions.

Socialement, la personne âgée est mal considérée. Cette vision de la vieillesse a varié au cours du temps. Au XVII^{ème} siècle, les personnes âgées présentent la particularité de cumuler un double handicap : la misère et l'incapacité de travail. On les enferme alors avec les infirmes et les incurables. Au XVIII^{ème}, cette vision change. Ce siècle est une sorte d'avènement du vieillard. Il est le symbole de la bourgeoisie, de la stabilité familiale et garant de l'accumulation des biens. Mais, au XIX^{ème}, la poussée démographique, l'industrialisation, l'exode rural et l'urbanisation poussent de nombreux vieux vers les hospices. Certains parlent de « *peuple silencieux* » ou de « *continent gris* »³⁶, sur ses besoins et ses aspirations.

Du sage, porteur d'expérience qu'était le vieillard en d'autres temps et en d'autres civilisations, les personnes âgées sont considérées, en France, comme des « boulets », à la charge de la société. Elles sont de plus en plus nombreuses, avec une espérance de vie qui ne cesse de croître sous l'impact croisé des progrès de l'hygiène et de la médecine, de la sécurité sociale et de l'amélioration des conditions de travail et de vie.

Plusieurs débats politiques et sociaux ternissent l'image de la personne âgée. D'une part, le problème du financement des retraites leur est, en partie, attribué. Le nombre d'actifs ne permettra pas de financer les retraites à l'horizon de l'an 2010, avec l'arrivée à

³⁵ HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998, p. 98.

³⁶ PREDAZZI, M., LORIAUX, M., VERCAUTEREN, R. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*. Toulouse : Erès, 2001, p.7.

l'âge de la retraite des générations de l'après guerre. Le ratio cotisants-retraités était de 3.98 en 1956, de 1.59 en 1995, et cette tendance ne s'infléchit pas. En 1990, il y avait 13.5% de personnes de 65 ans et plus. Elles étaient 15% en 1995 et il est prévu qu'elles soient 25% en 2015. D'autre part, la vieillesse a un coût, notamment en terme de soins. Les personnes âgées sont consommatrices de biens médicaux et à ce titre, on a tenté de leur attribuer le « trou » de la Sécurité Sociale. Enfin, le financement de l'APA, est une préoccupation actuelle majeure, en regard de sa montée en charge.

La personne âgée est un être vulnérable. Tant sa constitution physique que psychologique et sa place dans la société l'exposent à des comportements négligents à son égard. Nous allons maintenant voir que les familles des sujets âgés sont aussi en proie à des difficultés.

1.3.2 L'ambivalence des familles lors de l'institutionnalisation d'un des siens

Les familles ont des problématiques qui leur sont propres face à leur parent âgé, qui sont amplifiées lorsque celui-ci entre en institution.

1.3.2.1 La problématique des familles : faire face au vieillissement de leur parent

Le vieillissement et la dépendance d'un parent ne sont pas sans résonance sur sa famille. Les familles sont amenées à faire un travail de deuil, dont le but est de se détacher progressivement de ce qui a disparu. Ce peut être la personne, ou la perte de certaines facultés qui la rend différente. Si la dépendance est soudaine et temporaire, les familles ont encore confiance en l'avenir. La relation à leur parent est modifiée et il faut penser un plan d'aide. En cas de dépendance psychique (détérioration intellectuelle, démences dégénératives...) le besoin d'aide des familles est important. La situation est plus compliquée car, souvent, dans un premier temps, il y a un déni de la maladie. Les familles sont ensuite en proie à une crise identitaire car ils deviennent le parent de leur parent, qui ne les reconnaît même pas. L'angoisse de l'hérédité de la maladie se pose aussi, dans le cas de démences. Enfin, pour les familles qui prennent en charge leur parent âgé à domicile, il y a un risque d'épuisement, d'isolement et de perte d'identité.

L'ambivalence des familles est très marquée lorsque leur parent âgé devient de plus en plus dépendant. Elles sont alors prises entre un désir de vie, qui semble tout naturel, pour un être qui nous est cher et un désir de mort, face à ce parent qui ne ressemble plus

en rien à la personne connue auparavant. La famille peut se demander, tout au long de l'accompagnement, si cette vie vaut la peine d'être vécue.

L'espace de parole et de pensée est très difficile entre la personne âgée et sa famille. De plus, les familles s'investissent différemment dans la prise en charge de leurs aînés. La solidarité familiale est modifiée, les familles éclatées ou dispersées géographiquement sont plus nombreuses, le travail des femmes se développe et les enfants appartiennent souvent au 3^{ème} âge. En milieu rural, ces caractéristiques ne sont pas aussi marquées, ce qui n'empêche pas une relation particulière entre la famille et l'institution

1.3.2.2 Les familles au sein de l'institution : un comportement variable

Les familles en difficulté par rapport à leur parent déchargent souvent leur agressivité sur les soignants, en s'appuyant sur des soucis matériels. C'est ainsi qu'il y a, très souvent, en institution des plaintes par rapport au linge perdu.

Les familles interviennent différemment au sein de l'institution. Très souvent, elles sont dans le « trop » ou le « pas assez ». Il y a des familles présentes voire étouffantes. Elles sont tous les jours auprès de leur aîné, lavent le linge, l'aident à prendre le repas. Elles sont, en quelque sorte, irréprochables et, en contrepartie, sont à l'affût du moindre faux pas de la part du personnel, dans la prise en charge de leur aîné. Il y a même des familles qui prennent en charge d'autres résidents, ce qui leur permet de réinvestir les lieux après le décès de leur parent. D'autres « brillent par leur absence ». Elles peuvent être loin géographiquement. Les visites sont alors espacées, ce qui n'exclut pas un lien affectif fort. Il existe aussi des familles résolument fâchées avec leur parent, pour des histoires qui ne regardent qu'elles, mais qui concernent l'institution lorsqu'elles la pénètrent. C'est le cas, par exemple, lorsque le Département décide, lors d'une demande d'admission à l'Aide Sociale, que les enfants soient solidaires de la dette de leurs parents auprès de l'établissement d'hébergement. Cette demande soulève de véritables histoires familiales, qui impliquent l'établissement puisque le créancier défaillant le prive d'une partie du prix de journée et que l'issue est souvent une action en justice.

Il n'y a pas de famille idéale, idéale au regard de l'institution. Les relations entre les familles et le personnel sont difficiles. Elles sont biaisées par la culpabilité qu'éprouvent la plupart des familles et leur difficulté à trouver une place dans l'institution : la culpabilité de l'aidant qui n'a pas pu mener à bien sa mission jusqu'au bout, faute d'énergie, de savoir-faire ou de disponibilité ; la culpabilité des enfants investis dans une vie professionnelle et qui ne peuvent accueillir leur parent à domicile. Une difficulté particulière est le non-dit familial sur le placement de la personne âgée.

Face au fantasme de toute puissance des soignants, le narcissisme des familles est blessé, notamment pour les familles qui ont du renoncer, par sagesse, à la prise en charge à domicile de leur parent âgé. La triangulation est d'autant plus difficile à mettre en place que les familles ont la crainte de perdre l'affection de la personne âgée au profit des soignants. C'est le fantasme du rapt de leur parent âgé par les soignants. C'est vrai que, souvent, on peut entendre dans la bouche des soignants l'appellation « nos résidents », ou des paroles comme « il est bien sauf lorsque sa famille vient ».

Les familles ont un rôle difficile à jouer en institution. Elles ont du mal à se situer. Elles ont besoin d'aide et les professionnels doivent prendre en compte ce mal-être qui peut mettre en échec une prise en charge.

Pour terminer la présentation des acteurs de la relation triangulaire en institution, les difficultés des professionnels vont être évoquées dans la partie qui suit.

1.3.3 Le burn out des professionnels

L'exercice professionnel en gériatrie est difficile, notamment, en regard de ce qui a été évoqué plus haut sur l'image des établissements ternie par le fait que le secteur est peu reconnu et le public accueilli a mauvaise presse. De plus, peu de moyens sont accordés pour accompagner ces personnes jusqu'au bout de leur vie. Il en résulte une charge de travail importante, laquelle, selon l'avis de nombreux professionnels, excède celle des services de soins actifs. La compensation dans le secteur gériatrique se joue en termes humains et le choix d'y travailler n'est pas simplement le fruit du hasard.

1.3.3.1 Le puissant soignant face au vieux déchu

J'ai évoqué plus haut le fantasme de toute puissance de certains soignants. Choisir de se confronter à des personnes âgées ne se fait pas par hasard. La relation de dominant-dominé s'installe facilement entre « *un sujet âgé déficitaire, fragilisé par un vieillissement pathologique, le dépossédant partiellement de ses moyens intellectuels...et un sujet jeune, actif, investi d'une mission soignante particulière : aider à vivre dignement et permettre de mourir proprement* »³⁷. Des pulsions sadiques peuvent naître de cette relation et le narcissisme des soignants est valorisé par la mission qui lui incombe. Mais,

³⁷ TROUILLOUD, M. *Le sadisme ordinaire à propos de certaines conduites soignantes en psychogériatrie : du sadisme mortifère au sadisme thérapeutique*. Diplôme d'Etudes Approfondies de Psychologie et Psychopathologie Cliniques : Université Lumière, Lyon II, 1998, p. 1.

cette toute puissance, en gériatrie, a ses limites face à une vie qui ne saurait être éternelle. Cette impuissance renouvelée au quotidien favorise l'usure du personnel.

1.3.3.2 L'usure du personnel : une réalité

Le burn out se définit³⁸ comme « *une perte de motivation, un effondrement psychologique causé ou accompagné par une résignation au manque de pouvoir, par la perception que quoi que l'on fasse on ne peut rien changer* ». Ce phénomène est réservé aux professionnels ayant une relation, un contact avec des personnes. L'accumulation de stress conduit au burn out.

Les sources de stress sont nombreuses en gériatrie. Il peut s'agir de difficultés relationnelles avec son entourage professionnel (collègues, familles, direction) ou d'un manque de moyens qui entraîne une surcharge de travail, une mauvaise organisation, des locaux trop anciens et une difficulté pour répondre aux demandes des familles et des résidents. Mais, en gériatrie, c'est surtout la nature même du travail qui engendre du stress. Quotidiennement, les soignants sont confrontés à la souffrance du patient, à des comportements perturbés, à une exigence constante, ils ont un sentiment de non-reconnaissance et d'impuissance face à la vieillesse qu'on ne guérit pas et la mort qui est inéluctable.

Un sentiment de fatigue extrême, des symptômes de dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût pour le travail et un désintéret pour autrui sont les symptômes du burn out. Les conséquences sont alors une baisse de la performance au travail, une augmentation de l'absentéisme et du turn over, avec, in fine un risque très élevé de négligence envers les personnes âgées.

Certains arrivent à mettre en place des mécanismes de défense qui permettent, momentanément, de faire face.

1.3.3.3 Les mécanismes de défense : une issue

En plus de l'usure qu'il génère, le travail en gériatrie a longtemps été considéré comme une punition ou un choix fait « à défaut de... » par les professionnels. Dans cette situation, très vite, ils sont amenés à mettre en place des mécanismes de défense, tels que la prise de distance, qui se concrétise par « faire beaucoup pour les résidents sans

³⁸ TYRRELL, J. *Stress au travail en milieu gériatrique et le syndrome du burn out chez les soignants*. Cours du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées Santé Protection Sociale et Vieillesse, Université de Grenoble, 2001-2002.

rien faire avec eux », l'entrée dans un processus de déshumanisation, de réification des personnes âgées, la recherche de soins techniques et l'hospitalisation systématique en fin de vie.

La pénurie de personnel soignant modifie les règles du marché. L'offre est supérieure à la demande, ce qui permettra, les responsables d'établissements l'espèrent, aux professionnels de venir désormais travailler en gériatrie par choix.

En sus, la formation est un moyen donné aux personnels pour faire face à leurs responsabilités.

1.3.3.4 La formation : le challenge des années à venir

Le travail en gériatrie n'a, jusqu'à présent, pas fait l'objet d'exigences particulières de la part des financeurs, tant publics que privés, en terme de formation des professionnels. Ainsi, on peut voir des « maîtresses de maison » s'improviser directrices de Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles (CANTOU), des médecins exercer sans spécialité gériatrique et des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) qui découvrent le milieu des personnes âgées au travers de 105 heures de stage et de 90 heures de cours théoriques sur 2240 heures de formation.

L'autre particularité de ce secteur est que le personnel est souvent sous-qualifié. Par exemple, dans l'EHPAD « Curie-Sembres » on a recensé, conformément à l'homologation des diplômes de l'éducation nationale, la Directrice de niveau II (maîtrise), neuf IDE de niveau III (BTS-DUT), un adjoint des cadres hospitaliers de niveau IV (bac), trente six agents de niveau V (CAP-BEP) et vingt cinq agents des services hospitaliers de niveau VI (sans qualification). La composition du personnel de cet établissement reflète largement la réalité des institutions accueillant des personnes âgées. Les glissements de fonctions sont alors fréquents et indispensables au bon fonctionnement d'un établissement.

La réforme de la tarification³⁹ recommande vivement la formation du personnel et le pourcentage de personnels qualifiés est considéré comme un indicateur de qualité de vie. Les établissements ont trois ans pour répondre à ces exigences de formation qui concernent aussi le médecin. Il est ainsi « *souhaitable que le coordonnateur ait une réelle compétence en gériatrie* »⁴⁰.

³⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁴⁰ Ibid.

Le travail auprès des personnes âgées n'a malheureusement pas bonne presse. A mon niveau, je le vois lorsque je parle de ma profession, la réponse est souvent « ah !...tu ne pouvais pas faire autre chose ? ». Si ce travail est de plus en plus difficile en regard du public accueilli, on peut espérer que la réforme de la tarification entraîne une mise à niveau des effectifs qui allègerait la charge de travail, permettrait de prendre en considération la souffrance des soignants et de réaliser une prise en charge de qualité.

Chacun des acteurs dans une institution est en proie à des difficultés qui lui sont propres, ce qui parasite la relation triangulaire. La triangulation crée un espace qui ne peut être investi qu'après un travail de partenariat. Souvent, c'est seulement en fin de vie qu'elle est renforcée. Le travail, voire la vie auprès des personnes âgées est usant, angoissant et source de difficultés psychiques. Ces relations, non-relations ou interférences entre les partenaires de la prise en charge, sont source de négligences.

A la lumière de ce qui a été dit dans cette partie, plusieurs expériences mettent en jeu les résidents, les familles et les personnels dans la suite de ce travail. L'avis de ces partenaires de la prise en charge va permettre de préciser ce qu'est la « bienveillance » du résident, les causes de négligences et les moyens de les prévenir.

2 - LE POINT DE VUE DES TEMOINS, ACTEURS, VICTIMES DE MALTRAITANCE

Les informations concernant cette partie ont été recueillies tout au long de mon stage au sein de l'EHPAD "Curie-Sembres".

Pour étudier le phénomène des négligences en institution, il est indispensable de connaître le point de vue des acteurs de la relation triangulaire. Il s'agit des personnels, des résidents et des familles. Cette étude pratique a été réalisée à l'aide de plusieurs outils : le suivi des transmissions, une enquête auprès du personnel et des groupes de discussion avec les résidents et les familles. Le suivi quotidien des transmissions m'a permis de relever des exemples qui seront utilisés dans l'analyse des résultats. Nombreux sont ceux, et c'est naturel, qui témoignent des comportements des résidents. J'ai aussi réalisé une enquête par questionnaire relative à la « bienveillance » des résidents auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement. Enfin, deux groupes de discussion (un sur chaque site de la structure) ont été mis en place. Outre ce travail « intra muros », j'ai également communiqué avec un résident d'une autre maison de retraite. Il a pris l'initiative de s'associer à mon étude en diffusant le questionnaire auprès de résidents et de familles. J'ai choisi d'exploiter ces données, qui portent sur les réponses de deux résidents et deux familles, même si cet « échantillon » est différent de celui constitué par les professionnels.

2.1 La méthodologie

2.1.1 Pour que les personnels s'expriment : l'enquête par questionnaire

Le point de vue des professionnels a été sollicité par le biais d'une enquête par questionnaire, auprès des personnels de l'EHPAD «Curie-Sembres », dans lequel j'ai réalisé mon stage.

La méthodologie de l'enquête par questionnaire retenue se déroule en 17 étapes⁴¹, qui peuvent être regroupées comme suit, en quatre parties :

⁴¹ AUDIGIER, G. *Marketing et action commerciale*. Paris : Dunod, 1992, p.25.

① LES PREALABLES

- ⇒ Définition de l'objet général de l'enquête,
- ⇒ Moyens disponibles,
- ⇒ Recherches préalables,
- ⇒ Détermination des objectifs précis de l'étude.

② LA PREPARATION DE L'ENQUETE

- ⇒ Liste des informations à recueillir,
- ⇒ Détermination de la population à interroger,
- ⇒ Construction de l'échantillon,
- ⇒ Choix du mode de collecte,
- ⇒ Rédaction et test du projet de questionnaire,
- ⇒ Rédaction du questionnaire définitif.

③ L'ENQUETE

- ⇒ Formation des enquêteurs,
- ⇒ Réalisation de l'enquête,
- ⇒ Contrôle des enquêteurs et des réponses obtenues.

④ LES RESULTATS

- ⇒ Codage des questions,
- ⇒ Dépouillement des questionnaires,
- ⇒ Analyse des résultats,
- ⇒ Rédaction du rapport d'étude.

Dans le cadre de mon travail, certaines étapes ne seront pas développées car elles ne sont pas adaptées à mon étude. Il s'agit des moyens disponibles, car je n'avais pas de budget pour cette étude, des recherches préalables qui apparaissent dans d'autres parties et notamment dans la bibliographie et de la formation des enquêteurs, ainsi que leur contrôle et celui des réponses obtenues, qui sont sans objet.

Je vais maintenant détailler la méthodologie proposée ci-dessus, appliquée à mon étude.

2.1.1.1 Les préalables

La définition de l'objet général de l'enquête

Le but de l'enquête est de connaître le point de vue des professionnels au sujet des négligences en institution, en regard de la « bientraitance » des résidents.

La détermination des objectifs précis de l'étude

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- ⇒ Confirmer, infirmer, compléter les hypothèses émises, c'est à dire les facteurs de risques de négligences envisagés,
- ⇒ Déterminer des moyens d'amélioration et de prévention de ces situations,
- ⇒ Mesurer l'impact de l'attitude des résidents sur les négligences,
- ⇒ Donner des axes d'action du Directeur pour parvenir à la « bienveillance » des personnes âgées en institution.

2.1.1.2 La préparation de l'enquête

La liste des informations à recueillir

Les informations à recueillir sont les suivantes :

- ⇒ Les principaux facteurs de « bienveillance »,
- ⇒ Les moyens de respecter ces facteurs,
- ⇒ Les causes faisant que ces facteurs ne sont pas respectés,
- ⇒ Les attitudes des résidents,
- ⇒ Le rôle du Directeur.

La détermination de la population à interroger

Le personnel des institutions accueillant des personnes âgées, tant interne qu'externe, constitue la population mère. Cette population est marquée par sa variété, tant du point de vue de l'âge que du sexe et du niveau socio-professionnel.

La construction de l'échantillon

Il existe des méthodes d'échantillonnage probabilistes ou empiriques. Pour ma part, j'ai fait le choix d'interroger l'ensemble du personnel d'une structure. Cette décision a été orientée par le fait que la « bienveillance » et la maltraitance sont des sujets sensibles et qu'il existe très certainement des institutions où le sujet est encore tabou. A cela, se sont ajoutées des contraintes de temps. Je n'ai donc pas pris le risque de solliciter d'autres établissements.

La structure de l'échantillon est identique à celle de la population cible. L'enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des personnels et des intervenants extérieurs de l'EHPAD « Curie-Sembres ». L'échantillon constitué est composé de 89 personnes : 75 agents de l'établissement et 14 intervenants extérieurs (médecins libéraux, coiffeuses,

kinésithérapeutes, diététicienne, pédicure podologue, sophrologue, psychologue, ergothérapeute et psychomotricien).

Le choix du mode de collecte

J'ai choisi de réaliser une enquête par questionnaire auto-administré. Les avantages de ce mode de collecte de l'information sont les suivants : le respect de l'anonymat, l'absence d'influence de l'enquêteur et le temps de réflexion laissé aux enquêtés pour remplir le questionnaire. En revanche, cette méthode présente des inconvénients : le taux de réponse est généralement peu élevé (environ 10 %), il faut laisser un délai de remontée des réponses qui est relativement long (de 2 à 3 semaines) et la préparation doit être très soignée, pour faciliter la compréhension et susciter des réponses. Pour cette dernière raison, j'ai réalisé un courrier explicatif joint au questionnaire, présentant l'intérêt et le contexte de l'étude.

Les moyens utilisés pour remettre le questionnaire aux personnes concernées ont été variés. J'ai privilégié la remise directe, de la main à la main. A défaut, j'ai utilisé le système de courrier interne avec une information, par le biais des transmissions, pour le personnel soignant interne. Les agents en arrêt maladie sur la période d'enquête ont reçu le questionnaire par courrier postal avec une enveloppe-réponse timbrée. Pour les intervenants extérieurs que je n'ai pas pu contacter directement, j'ai également transmis le questionnaire par voie postale.

La rédaction et le test du projet de questionnaire

Le test a pour objectif de vérifier la clarté des formulations, la compréhension des questions et de déceler les points manquants. Le test a été réalisé auprès de trois professionnels de structures publiques ou privées accueillant des personnes âgées. J'ai fait le choix de m'adresser à des personnels extérieurs à l'établissement afin de ne pas modifier la composition de la population à interroger.

J'ai donc contacté un Directeur de structure privée, un Adjoint Technique de restauration dans un centre hospitalier et un Agent des Services Hospitaliers d'une maison de retraite publique.

Tous ont formulé la même remarque en ce qui concerne la question II : il était souhaitable de proposer une cotation intermédiaire entre « oui » et « non ». J'ai donc introduit cette nuance dans mes propositions de réponses en faisant figurer dans le questionnaire « oui », « un peu » et « pas du tout ».

De plus, le Directeur « test » m'a proposé un item supplémentaire à la question I, à ses yeux très important : « prendre le temps de l'écoute vraie ». J'ai ajouté cet item dans la mesure où je n'avais pas abordé la notion d'écoute dans mes propositions.

La rédaction du questionnaire définitif

Le questionnaire (cf. le questionnaire en annexe 1) a été élaboré en utilisant la technique de l'entonnoir. Celle-ci permet d'être, au fur et à mesure des questions, de plus en plus précis. Les questions les plus impliquantes se situent ainsi à la fin du questionnaire.

J'ai fait le choix de cibler la « bientraitance » car il est communément admis qu'il faut éviter les termes à consonance négative, susceptibles de « contaminer » le point de vue des enquêtés. Le point de départ est donc la « bientraitance », pour délier les langues et déculpabiliser les personnes interrogées. L'esprit général de l'enquête est : « qu'est-ce qui est bien, en termes de bonnes pratiques, pour que la personne âgée soit bien ? ».

L'en-tête fait apparaître les repères de la situation d'enquête et des blocs logiques de questions ont été déterminés. Les questions I, II, III et IV permettent de travailler sur les facteurs de « bientraitance », que chaque personne interrogée aura choisis. La question V traite de l'attitude des résidents, dans le sens positif ou négatif. La question VI concerne les conseils que l'on peut donner à un Directeur d'établissement pour personnes âgées.

J'ai utilisé des questions ouvertes, à choix multiples et à classement. Les questions fermées, qui sont pourtant d'utilisation facile, ne se prêtaient guère à mon étude qui vise des comportements et des attitudes complexes. La question I est une question à classement. Elle est facile à dépouiller et sert de voie d'entrée pour la suite du questionnaire. Les propositions de choix de réponse ont été formulées grâce aux données de la littérature relative, d'une part, à la prise en charge de la personne âgée et, d'autre part, aux négligences les plus courantes à son égard. La question II est une question à choix multiples. Très rapidement, elle permet de situer l'avis de la personne interrogée sur les facteurs de « bientraitance » retenus à la question I. J'ai privilégié les questions ouvertes, en les encadrant par un certain nombre de réponses à fournir (par exemple, « pouvez-vous citer deux moyens... »), car elles laissent une grande liberté de réponse et fournissent un nombre important d'informations. La difficulté est ensuite leur dépouillement (questions III, IV, V, VI).

2.1.1.3 La réalisation de l'enquête

Un courrier explicatif qui situe l'enquêteur, l'enquête et l'assurance d'avoir un retour sur les résultats a été joint au questionnaire, comme je l'ai précisé plus haut (cf. le courrier en annexe 2). Une enveloppe-réponse a aussi été fournie pour faciliter la tâche de la personne interrogée et garantir la confidentialité.

La période d'enquête s'est déroulée du 21 mai au 7 juin 2002, soit un délai de deux semaines et demi. Pendant la dernière semaine d'enquête, j'ai réalisé une relance auprès du personnel soit de vive voix, soit par le biais des transmissions informatiques.

2.1.1.4 Les résultats

44 personnes ont répondu à l'enquête, dont 9 par la voie postale. Le pourcentage de réponses est proche de 50%, ce qui est supérieur à la moyenne traditionnellement considérée pour ce type d'enquête.

Dans un premier temps, j'ai codé les questionnaires, de 1 à 44 afin de faciliter la synthèse. J'ai ensuite élaboré une trame de dépouillement sur le logiciel Excel (Cf. le document de dépouillement des questionnaires en annexe 3).

J'ai inventorié très précisément tous les résultats fournis par les réponses à la question I. En effet, celle-ci permet de hiérarchiser les facteurs de « bienveillance », qui seront repris dans la partie suivante du questionnaire. Dès la question II, j'ai choisi d'étudier les cinq principaux facteurs de « bienveillance » cités.

Les résultats ont été communiqués au personnel (cf. la fiche de résultats de l'enquête transmis au personnel en annexe 4), par écrit, le 25 juin 2002. Comme pour la diffusion du questionnaire, la remise directe a été privilégiée. A défaut de pouvoir rencontrer personnellement certains professionnels, ces résultats ont été envoyés par la poste.

En accord avec la demande formulée dans le courrier joint au questionnaire, une aide soignante s'est portée volontaire pour commenter les résultats. Certains points de son analyse figurent dans le commentaire ci-dessous.

Je vais maintenant présenter, succinctement, la méthodologie suivie pour la mise en place des groupes de discussion.

2.1.2 Donner la parole aux résidents et aux familles : l'expérience de groupes de discussion

2.1.2.1 La préparation des groupes de discussion

Cette démarche, qui vise à prendre en compte la parole des résidents et de leurs familles, est en accord avec l'exigence qui est faite actuellement aux professionnels dans leur pratique.

Pour mettre en place cette animation-discussion, l'animatrice, en formation d'Aide Médico Psychologique (AMP) et l'IDE coordonnatrice ont été associées à cette démarche. Elles ont notamment été chargées de constituer les deux groupes de cinq à sept résidents et/ou familles. J'ai choisi de déléguer ce travail car ces personnes avaient une meilleure connaissance des résidents et des familles que moi. La consigne était que les groupes soient mixtes, tant du point de vue de l'âge, que du sexe, de l'autonomie et de la date d'entrée dans l'établissement. La constitution de deux groupes a été justifiée par le fait que l'établissement est composé de deux sites (« la maison » et la « résidence »). Pour les résidents, le choix s'est, d'un côté, réalisé sur la base de leur autonomie et, d'un autre côté, sur leur volonté de participer. Pour les familles, la sélection s'est faite naturellement en fonction de leur disponibilité. Nombreuses sont celles qui ont été touchées par l'invitation à cette réunion, mais qui n'étaient pas disponibles (travail ou vacances).

Parallèlement à la constitution des groupes, ces professionnelles ont été chargées de la partie « communication », c'est à dire d'informer oralement les familles et les résidents concernés de la date, de l'heure et du sujet pour lequel ils ont été sollicités. Cette communication a été réalisée sur la base d'une fiche technique dont les grands axes ont été validés ensemble.

L'animation-discussion a eu lieu le 16 juillet 2002. Un groupe s'est réuni le matin à 10 heures. L'autre groupe s'est rencontré l'après-midi à 14 heures 30. Le groupe du site « résidence » était constitué de trois résidentes, deux résidents et le fils d'une dame hébergée dans l'établissement. Le groupe du site « maison » était constitué de quatre résidentes et de la fille d'une d'elles. Chaque réunion a duré environ 1 heures 30.

L'idée directrice pour animer le groupe était de partir de l'enquête réalisée auprès du personnel. Il s'agissait de présenter les résultats, de connaître leur avis et, sur cette base, de leur laisser l'entière liberté de s'exprimer sur ce sujet. (cf. la fiche technique de mise en place de groupes de discussion en annexe 5).

2.1.2.2 Le bilan

Les résultats obtenus ne sont pas du tout les mêmes d'un groupe à l'autre. Je pense que la variété dans la composition des groupes est à l'origine de cette disparité. J'ai enregistré, après avoir obtenu l'accord des participants, l'ensemble des débats. Le groupe de la « résidence » était plus attentif. Les participants se sont attachés à répondre à mes questions. Le groupe de « la maison » était très dissipé. Aucune question n'a pu être menée à son terme. De suite, les paroles s'enchaînaient sans lien direct avec la question. Il a fallu beaucoup d'énergie pour recentrer les débats...ce que nous n'avons pas fait, tellement il était important, semble-t-il, pour ces personnes de s'exprimer. Le lien de parenté entre deux participantes (mère et fille) a aussi perturbé le déroulement de la discussion.

Cette expérience est très riche d'enseignement. J'ai pu noter plusieurs points. D'une part, dans l'ensemble, « les vieux, c'était les autres ». Cela vient peut-être du fait que des résidents autonomes ont été sollicités pour participer. Cette attitude montre que le personnel se tourne plus facilement vers les personnes autonomes, peut-être est-ce par peur de la dépendance ? D'autre part, il a fallu à plusieurs reprises rappeler que cette discussion avait une vocation générale et ne concernait pas spécifiquement l'EHPAD « Curie Sombres ». Cette attitude montre que les résidents et les familles sont très prudents dans leurs critiques à l'encontre de l'institution, peut-être est-ce par peur des représailles ? Enfin, les personnes âgées et leurs familles se sont très bien prêtées à cet exercice de discussion. Elles ont été très bavardes et parlaient sans retenue, malgré l'enregistrement. Cette situation a fait émerger un nouveau besoin. L'animatrice, vu la participation des résidents et des familles, a émis l'idée de mettre en place des discussions, basées sur le volontariat, et organisées régulièrement dans l'établissement.

Sur la base de ces expériences auprès du personnel, des résidents et des familles, une seule et unique synthèse a été réalisée, qui part de la trame du questionnaire.

2.2 L'analyse des résultats

Le commentaire de chaque question associe les résultats de l'enquête auprès du personnel et ceux des résidents et des familles. Les transmissions, les commentaires de l'aide soignante et les réflexions des groupes de discussion viennent en appui de l'analyse des résultats. Toutes les remarques qui figurent entre guillemets et en italique retranscrivent des paroles de résidents, de personnels, de familles ou sont des extraits de l'entretien ou des transmissions.

2.2.1 Les facteurs de « bientraitance » en institution

L'aide soignante qui a commenté les résultats a confirmé qu'il était très dur de prioriser les facteurs de « bientraitance », car, tous ceux qui étaient proposés dans le questionnaire ont leur importance dans la prise en charge des personnes âgées.

Les principaux facteurs de « bientraitance » cités par le personnel, ainsi que leur ordre de priorité, sont retranscrits dans le tableau suivant.

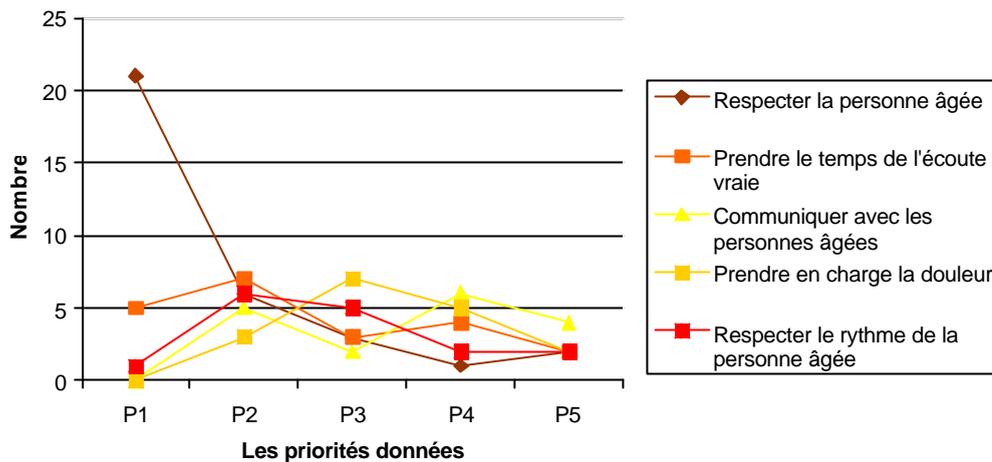
Priorités ⇒ Facteurs de « bientraitance » ⇓	P ⁴² 1	P2	P3	P4	P5	Total en nombre	Total en %
Respecter la personne âgée en tant que personne	21	6	3	1	2	33	75
Prendre le temps de l'écoute vraie	5	7	3	4	2	21	47.7
Communiquer avec les personnes âgées	0	5	2	6	4	17	38.6
Prendre en charge la douleur des personnes âgées	0	3	7	5	2	17	38.6
Respecter le rythme de la personne âgée	1	6	5	2	2	16	36.3

Tableau ② - Les principaux facteurs de « bientraitance » cités par le personnel.

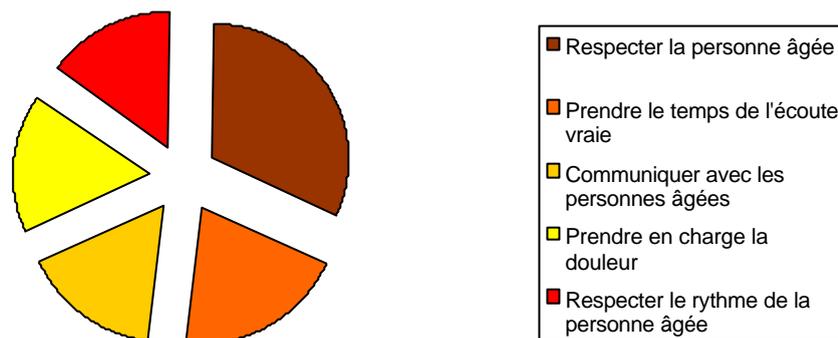
Ces résultats peuvent être visualisés sur les deux graphiques suivants.

⁴² P : Priorité.

Graphique 1 - Les facteurs de "bienveillance" définis par les professionnels



Graphique 2 - La part des principaux facteurs de "bienveillance" définis par les professionnels



Les principaux facteurs de « bienveillance » évoqués sont génériques et diffus. Ils correspondent au discours très convenu sur la prise en charge des personnes âgées.

Le personnel place en première position, sans équivoque, **le respect de la personne âgée**. C'est à la fois la priorité numéro une évoquée et le facteur de « bienveillance » cité par 75% des personnes ayant répondu à l'enquête. Cette notion de respect de la personne âgée en tant que personne est d'autant plus intéressante que la base d'un travail de qualité auprès des personnes âgées est de considérer celles-ci comme des humains à part entière, malgré, parfois, leur « inhumanité ». Selon l'aide soignante interviewée, le respect de la personne âgée entraîne tout le reste. A l'occasion du groupe de discussion, les personnes ont tenté de mettre un mot sur le terme « respect ». Il a été défini, parfois avec difficulté, par les mots « *politesse* », « *parler* », « *s'occuper* », « *entourer* », « *être gentil* ».

L'importance donnée par le Directeur sollicité pour le test du questionnaire pour **l'écoute vraie** se confirme. Près de 48% des réponses portent sur cette notion. Les personnels ressentent donc la nécessité d'être à l'écoute de la personne âgée. L'écoute vraie s'oppose à l'écoute artificielle, « *à la sauvette* », comme a pu l'exprimer une résidente. Souvent, les personnels pris dans leur rythme de travail fixent leur attention sur les tâches mesurables comme la toilette, la douche, l'accompagnement aux sanitaires. Or, les personnes âgées sont dans un temps de vie et demandent souvent à être écoutées par rapport à leur histoire ou pour faire part d'une douleur.

Une part importante des réponses est aussi consacrée à la **communication avec les personnes âgées**. Cette communication évolue vers des modes moins traditionnels que le simple usage de la parole, notamment avec l'accueil de personnes démentes en institution.

La **prise en charge de la douleur** est le quatrième facteur de « bienveillance » évoqué. C'est une des composantes de l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées. Ces deux facteurs représentent, au total, 70% des réponses. A l'heure actuelle, comme je l'ai dit plus haut, l'accompagnement de fin de vie est une priorité dans la prise en charge des personnes âgées en établissement. Au travers de ses réponses, le personnel manifeste sa compréhension voire son implication par rapport à ce nouvel enjeu.

Enfin, **le respect du rythme de la personne âgée** est un facteur de « bienveillance » important. Il souligne la nécessité d'individualiser au plus la prise en charge en établissement. C'est une des contraintes majeures en institution. Une famille estime qu'il faut « *trouver un rythme acceptable pour tous, c'est à dire pour les personnels et les résidents* ». Pourquoi lever un résident à 7 heures 30 s'il a l'habitude de faire la grasse matinée ? L'organisation prime parfois sur les besoins du résident et les personnels ont, de leur côté, le sentiment de chronométrer tous leurs actes.

Les cinq facteurs de « bienveillance » évoqués correspondent aux préoccupations des établissements accueillant des personnes âgées. Les trois premiers sont en accord avec la dimension relationnelle du travail auprès de ces personnes, qui s'oppose à la notion technique qui guide le travail en service de soins actifs. Les réponses des personnels interrogés mettent l'accent sur des points sensibles en établissement, qui méritent d'être approfondis. Les notions vastes telles que le respect, l'écoute, la douleur et le rythme ont été privilégiées par rapport aux points plus précis tels que « la toilette », « la douche », « l'alimentation », « l'animation » ou « le linge ».

Les autres facteurs cités par le personnel sont les suivants. Ils sont assortis d'une explication sommaire permettant de situer chacun d'eux en regard de la « bienveillance ».

- ✓ Accompagner les personnes en fin de vie (14)⁴³

Cet accompagnement, nous l'avons vu, est lié à la prise en charge de la douleur.

- ✓ Respecter la liberté de la personne âgée (11)

La liberté de la personne âgée est multiforme. C'est, par exemple, celle d'entrer et de sortir, de recevoir les visites qu'elle souhaite. Ces notions passent par la définition d'un règlement intérieur plus ou moins permissif. La question de la liberté se pose pour des personnes en perte d'autonomie qui ont tendance à s'égarer lorsqu'elles sortent ou pour des personnes particulièrement agitées, dont la prise en charge s'accompagne de mesures restrictives de liberté telles que les barrières au lit, la contention...

- ✓ Accueillir les personnes âgées dans l'institution (11)

L'entrée en établissement est une étape à surmonter pour chaque personne âgée. Un accueil digne de ce nom permet de donner une chance supplémentaire à la personne de s'approprier sa nouvelle vie et de mieux vivre la transition domicile-institution.

- ✓ Prévenir les chutes (10)

De par leur constitution physique ou psychique, les personnes âgées sont plus sujettes aux chutes que d'autres adultes. La prévention permet de réduire le nombre de chutes ou d'en dédramatiser les conséquences pour la personne âgée.

- ✓ Proposer une réponse individualisée (10)

Le fonctionnement d'une institution est soumis aux incontournables impératifs de l'organisation collective. Longtemps, les aspirations propres à chaque personne ont été bafouées. La conception actuelle de la prise en charge des personnes âgées tend vers une individualisation portée à son maximum.

- ✓ Faire attention à l'alimentation (10)

Les problèmes de dénutrition et le manque d'hydratation sont très importants chez les personnes âgées. Le repas est un temps privilégié dans la journée du résident, source de bien-être et de santé.

- ✓ Être formé à la connaissance de la personne âgée (9)

Les personnels qui travaillent auprès des personnes âgées n'ont, dans l'ensemble, pas de formation spécialisée. Or, nous l'avons vu, les personnes âgées ont des besoins qui leur sont propres, ce qui rend la prise en charge spécifique.

- ✓ Faire des toilettes de qualité (8)

La toilette est un moment privilégié entre le personnel et la personne âgée, au-delà de l'aspect strictement lié à l'hygiène. La notion de temps est indispensable pour mener à bien cette mission.

- ✓ Doucher régulièrement les personnes âgées (7)

⁴³ Nombre de fois où ces facteurs ont été cités.

Ce qui est vrai pour la toilette, est aussi vrai pour la douche. C'est aussi un sujet sensible, car deux problèmes contradictoires sont en présence. Certaines personnes âgées refusent souvent la douche, par manque d'habitude. Au regard d'autres, le nombre de douches par semaine est insuffisant.

- ✓ Faire le lien avec les familles (6)

Les familles doivent être considérées comme des partenaires du soin. Le personnel a donc aussi pour mission de faire le lien avec les familles.

- ✓ Accompagner les personnes âgées aux WC (6)

Cet aspect de la prise en charge des personnes âgées ne doit pas être négligé et s'oppose à une politique de mise systématique de protections. Cet accompagnement est indispensable pour que les personnes restent continentales le plus longtemps possible. Cette tâche représente donc une réelle charge de travail pour le personnel.

- ✓ Leur prescrire un traitement adapté (4)

Le traitement doit être adapté à chaque personne et évalué régulièrement, ce qui justifie une présence médicale dans l'établissement. La difficulté est de trouver un juste milieu entre la multiplication déraisonnable de médicaments, parfois proche de la contention médicale, et le défaut de traitement.

- ✓ Respecter le domicile privé de la personne âgée (2)

La chambre du résident est son domicile privé. Avant d'y entrer, toute personne doit frapper. Pour les personnes les plus autonomes, certains établissements leur délivrent une clef. Le respect de ce domicile passe aussi par celui de la décoration.

- ✓ Proposer des animations riches et variées (2)

La mise en place d'animations dans les établissements pour personnes âgées est un concept relativement récent. Les animations proposées doivent être adaptées aux goûts des personnes et ne pas être infantilisantes.

- ✓ Prendre soin du linge (2)

Cela concerne tant le lavage que le rangement du linge. Même s'il est entretenu gracieusement, c'est une source de conflits. Il est important d'y prendre garde car il s'agit, bien souvent, des derniers effets personnels du résident.

- ✓ Prendre des précautions en matière de contention (1)

La contention consiste à attacher la personne. C'est aussi le simple fait de mettre des barrières au lit. Elle est parfois utilisée comme un moyen de contenir les personnes âgées agitées ou de prévenir les chutes. Avant de la pratiquer, le personnel doit s'entourer de garanties en recherchant le consentement de la personne, en informant sa famille et en obtenant une prescription médicale.

- ✓ Prévenir les escarres (1)

Chez les personnes âgées dont la mobilité est réduite, notamment en fin de vie, l'apparition d'escarres est fréquente. La prévention doit être développée car le traitement est long, les chances de réussite sont minimales et elles entraînent gêne et douleur. Pour ce faire, les soins de confort doivent être privilégiés.

✓ Favoriser les visites de la personne âgée (1)

La personne âgée est un être bio-psycho-social. A ce titre, elle peut avoir besoin, comme toute personne, d'une vie sociale.

✓ Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement (1)

La place grandissante donnée aux usagers dans les institutions leur permet de participer aux choix qui les concernent, par exemple par le biais des instances où ils sont représentés (Conseil d'Administration, Conseil d'Etablissement,...).

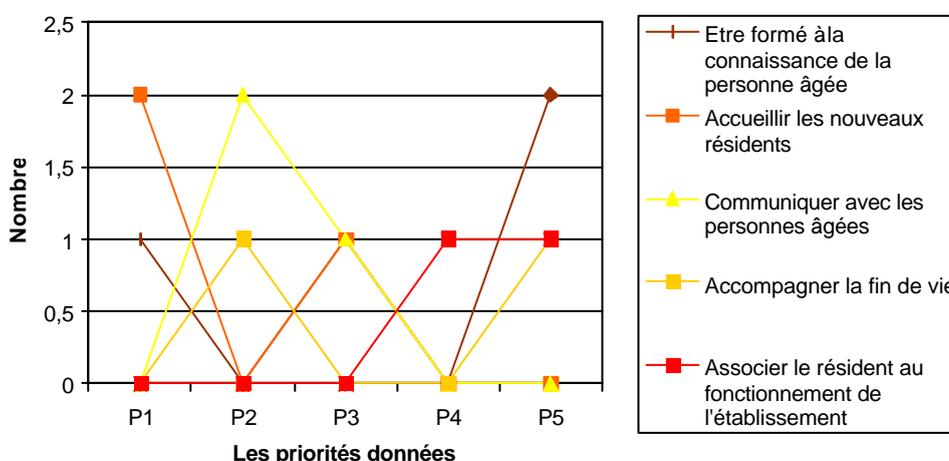
Deux facteurs de « bienveillance » n'ont pas été cités : mettre les personnes sous protection juridique, si nécessaire et proposer des services à l'intérieur de l'institution.

Trois mesures de protection juridique existent : la tutelle, la curatelle et la sauvegarde de justice qui est transitoire. Par facilité, les familles ou les institutions font parfois des demandes abusives. Elles sont, dans certains cas, perçues comme telles par la personne âgée, souvent par mauvaise compréhension.

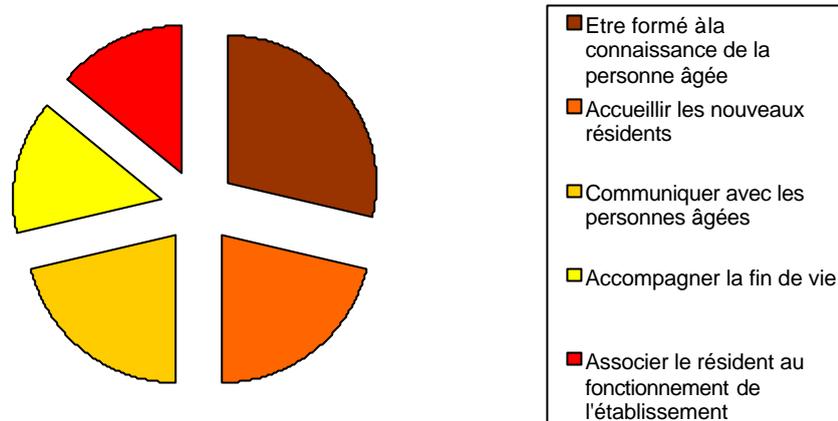
La mission des établissements est de plus en plus hôtelière. Coiffeur, pédicure, petite boutique à l'intérieur de l'institution permettent à la personne âgée de tendre vers la vie la plus normale qui soit.

En ce qui concerne les familles et les résidents, les résultats diffèrent de ceux des professionnels, comme le montrent les deux graphiques suivants.

Graphique 3 - Les facteurs de "bienveillance" définis par les résidents et les familles



Graphique 4 - La part des principaux facteurs de "bienveillance" définis par les résidents et les familles



Les résidents et les familles interrogés ont, dans leurs réponses, en commun avec le personnel les deux facteurs suivants : **communiquer avec les personnes âgées** et **l'accompagnement de fin de vie**.

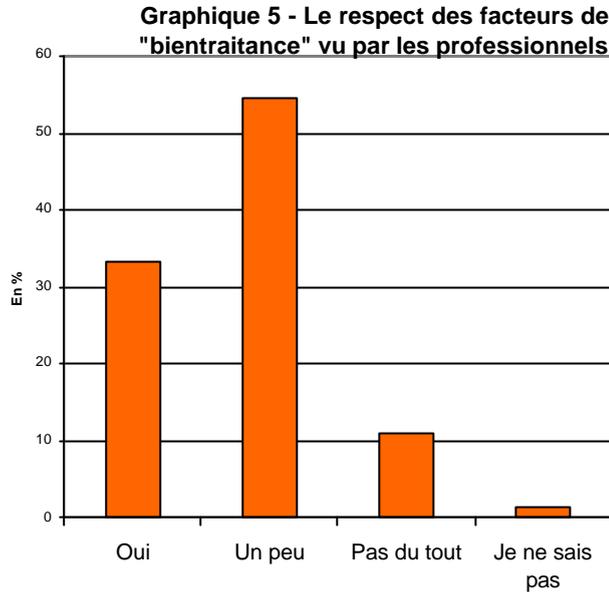
Par contre, ils placent en tête la **formation des personnels à la connaissance de la personne âgée**. Ils soulignent l'importance de connaître les besoins des personnes âgées, pour mieux y répondre, comprendre certaines situations et, in fine, respecter la personne âgée.

De plus, résidents et familles mettent en relief deux autres points qui n'ont pas été majoritairement évoqués par le personnel, **l'accueil des personnes âgées** dans l'institution et **l'association des résidents au fonctionnement de l'établissement**. Les voies des résidents et des familles confirment que la première notion est fondamentale, tant pour le résident que pour sa famille. L'entrée en institution est un « traumatisme » pour chacun d'eux. Une résidente évoque le cas d'une directrice qui refusait toute personne ne venant pas de son propre chef. En ce qui concerne leur souhait d'associer les résidents, cela va dans le sens des différentes politiques de la vieillesse. C'est même une priorité réglementaire. Elle est loin d'être respectée dans tous les établissements. Souvent, il s'agit d'une simple « association-vitrine », par l'intermédiaire d'un conseil d'établissement inopérant. Par ce biais, résidents et familles marquent que cette association est possible et souhaitée. Une résidente indique qu'il serait bon « *d'associer les quelques rares résidents qui ont encore leur tête* ». Si cette remarque peut paraître discriminatoire, elle n'en est pas moins vraie et correspond à ce que, a minima, les établissements doivent mettre en place.

Après avoir repéré les facteurs de « bienveillance », la seconde étape consiste à vérifier si, selon les personnes interrogées, ils sont respectés.

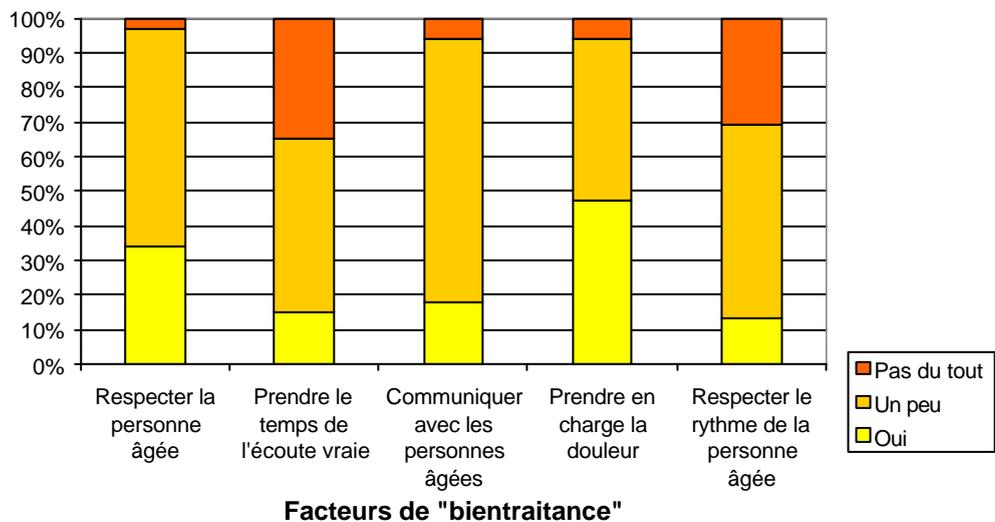
2.2.2 Le respect des facteurs de « bienveillance »

L'évaluation faite par les professionnels, d'une manière générale, est la suivante :



Les personnels ne se sont ni auto-censurés, ni auto-satisfaits. La majorité met l'accent sur « un peu », ce qui sous-entend que la prise en charge des personnes âgées va dans le sens de la « bienveillance », mais que des progrès doivent encore être faits. Si on ne s'attache qu'aux cinq principaux facteurs de « bienveillance » cités, les résultats, pour le personnel, sont les suivants :

Graphique 6 - Le respect des 5 facteurs de "bienveillance" les plus cités vu par les professionnels



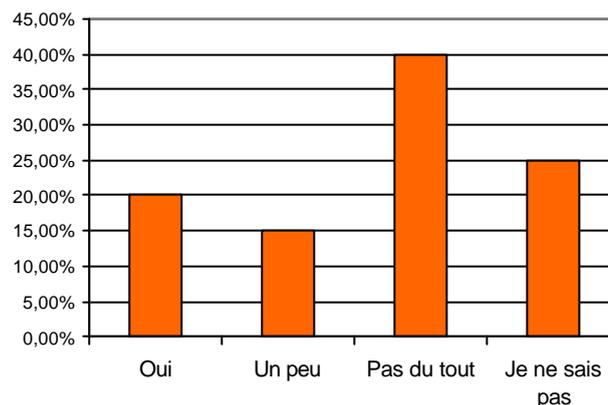
A la lumière de ce graphique, il est possible de voir qu'à plus de 90%, le **respect de la personne âgée**, la **communication avec les résidents** et la **prise en charge de la douleur** sont assurés entièrement ou un peu.

Près de 70% estiment que le **rythme de la personne âgée** est respecté, totalement ou partiellement. Cela s'explique facilement par le fait qu'en collectivité il est extrêmement difficile d'être totalement en accord avec le rythme de chaque individu.

Enfin, 60% notent que le personnel est à **l'écoute vraie** de la personne âgée, ou du moins un peu. La notion d'écoute vraie est difficile à évaluer. Les personnes âgées sont très demandeuses. Il y a, de manière générale, une distorsion entre le temps illimité dont dispose la personne âgée et le temps limité du personnel, ce qui peut expliquer leur position plus mitigée.

En ce qui concerne les familles et les résidents, les résultats sont inversés, comme le montrent les graphiques ci-dessous.

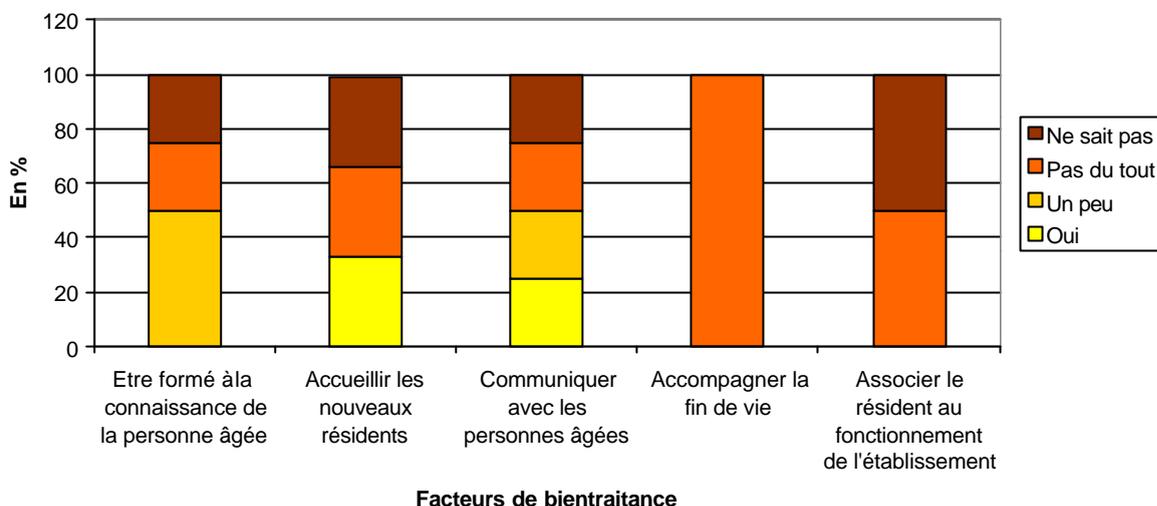
Graphique 7 - Le respect des facteurs de "bienveillance" vu par les résidents et les familles



Le non respect total des facteurs de « bienveillance » est évoqué dans 40% des réponses. Le « je ne sais pas » émerge massivement, comme si les familles et les résidents ne se permettaient pas de juger le travail qui est réalisé.

Pour ce qui est du respect des cinq principaux facteurs de «bienveillance », le résultat est le suivant :

Graphique 8 - Le respect des 5 facteurs de "bienveillance" les plus cités vu par les résidents et les familles



A contrario, les résidents et les familles interrogés semblent plus exigeants et/ou plus mécontents. Ils ont globalement le sentiment que les personnels ne sont pas assez **formés à la connaissance de la personne âgée** . Cette lacune est très souvent évoquée dans le secteur gériatrique. Les personnes interrogées ont, peut-être, été influencées par leur engagement dans ce milieu ?

Par rapport à la **communication avec les personnes âgées**, les avis sont partagés. Cela vient très probablement du fait que, dans ce domaine, il est toujours possible de faire mieux et que la qualité de la communication varie en fonction des personnes âgées et des personnels qui entrent en relation.

Les deux personnes qui ont souligné l'importance de **l'accompagnement de fin de vie** trouvent qu'il n'est pas du tout réalisé en institution. Cette réponse est d'autant plus étonnante qu'elle est à l'opposée de celle du personnel. Ceci montre le décalage entre la vision du personnel, de plus en plus formé dans ce domaine, et la perception qu'en ont les familles. Il se pourrait que cette vision négative vienne du fait qu'elles ne se sentent pas accompagnées elles mêmes, alors que cela fait partie intégrante des soins palliatifs. De plus, l'aide soignante, a insisté, lors de l'entretien sur le fait que, dans le cadre de la prise en charge de la douleur, les évaluations variaient selon le ressenti de chaque professionnel. Elle a parlé « *d'évaluation sauvage* ». Les résidents et les familles ont eux aussi, peut-être, ce sentiment.

Leur avis est très négatif concernant **l'association des résidents au fonctionnement de l'établissement**. Cette remarque est d'autant plus importante qu'elle est émise par des personnes âgées valides. On peut se poser la question de cette association pour les personnes âgées dépendantes ?

Enfin, les réponses relatives à l'**accueil** sont très marquées. Personne ne qualifie l'accueil de « un peu » réussi. L'absence de protocole d'accueil laisse la porte ouverte au meilleur comme au pire.

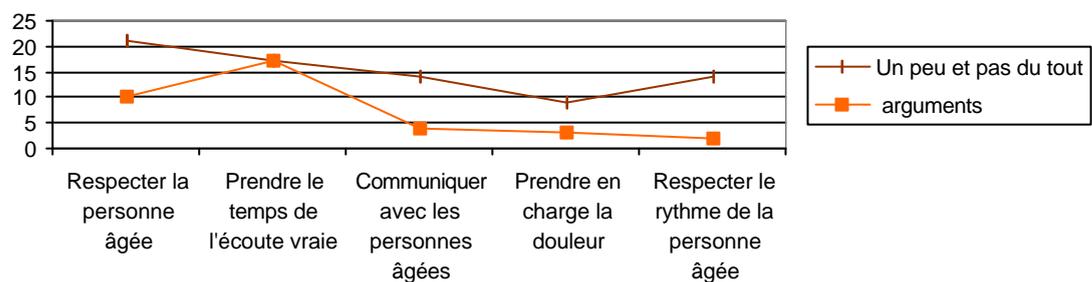
Avant d'étudier les causes de maltraitance et les moyens de « bientraitance », nous allons voir si les réponses données ont été argumentées.

2.2.3 L'argumentation des réponses

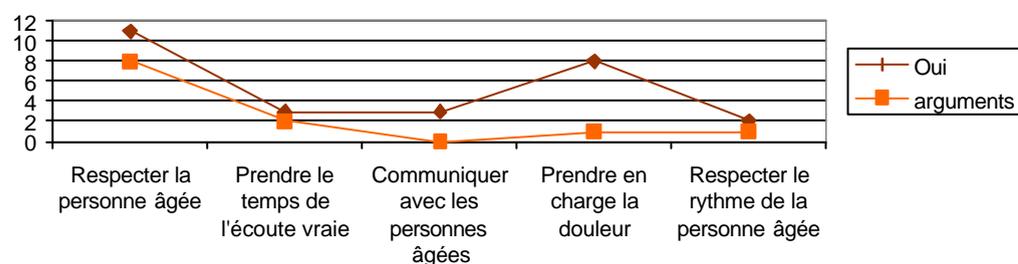
Les graphiques qui suivent permettent de comparer le nombre de réponses au nombre d'arguments fournis.

En ce qui concerne les professionnels, l'argumentation est la suivante :

Graphique 9 - L'argumentation des causes qui ne permettent pas de respecter les facteurs de "bientraitance" vues par les professionnels



Graphique 10 - L'argumentation des moyens permettant de respecter les facteurs de "bientraitance" vus par les professionnels



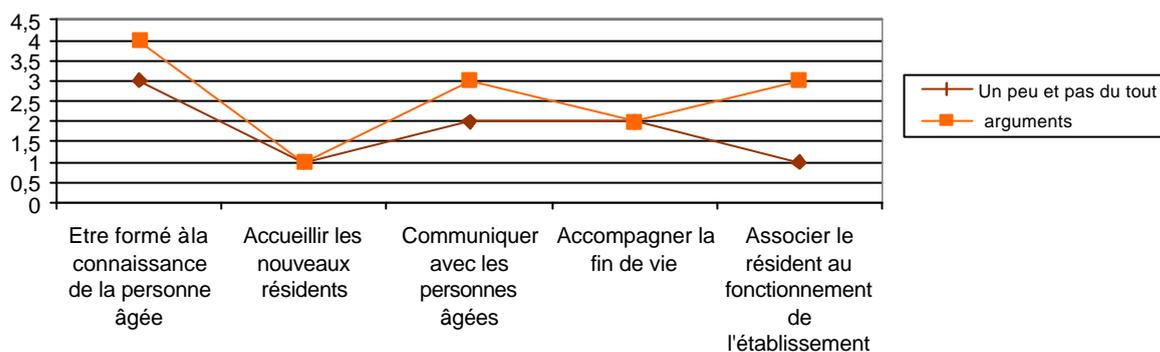
Les graphiques montrent qu'il y a un décalage entre la réponse brute donnée (« oui », « un peu », « pas du tout ») et l'argumentation. Tant pour les causes de maltraitance que pour les moyens de « bientraitance », le nombre d'arguments est inférieur aux réponses. Cela signifie que certains n'ont pas donné d'arguments à l'appui

de leurs réponses. Les exemples les plus frappants concernent les facteurs suivants : « communiquer avec les personnes âgées » (0 argument pour 3 « oui »), « prendre en charge la douleur » (1 argument pour 8 « oui »), « respecter le rythme de la personne âgée » (1 argument pour 7 « non » et « un peu »). Peut-être que la peur de se répéter a joué, car il est étonnant, par exemple, que certains n'aient pas trouvé d'arguments relatifs au non-respect du rythme de la personne âgée.

En ce qui concerne les résidents et les familles, le graphique relatif aux moyens permettant de respecter les facteurs de « bienveillance » n'apparaît pas, car il n'était pas parlant en regard du peu de réponses « oui » (1 « oui » pour « accueil », 0 argument ; 1 « oui » pour « communiquer », 1 argument).

L'argumentation des causes de maltraitance figure dans le graphique ci-joint :

Graphique 11 - L'argumentation des causes qui ne permettent pas de respecter les facteurs de "bienveillance" vues par les résidents et les familles



Le phénomène inverse s'observe pour les réponses des résidents et des familles. Pour 9 réponses « un peu » et « pas du tout », 13 arguments sont proposés. Vraisemblablement, les personnes interrogées ont saisi l'occasion d'exprimer leurs « griefs ». Cette argumentation confirme leur intérêt pour les questions soulevées. Comme je l'ai dit, j'ai pris contact avec un résident d'une maison de retraite, Mr. Paul MOREL, qui avait écrit un article touchant au sujet de mon étude (cf. l'article de Paul MOREL en annexe 6), sur l'idée de Mme BUSBY, Directrice d'ALMA France. Il a pris l'initiative de diffuser ce questionnaire à quelques personnes autour de lui. A la lecture des réponses, ces personnes étaient, sans nul doute, intéressées par le sujet de cette étude.

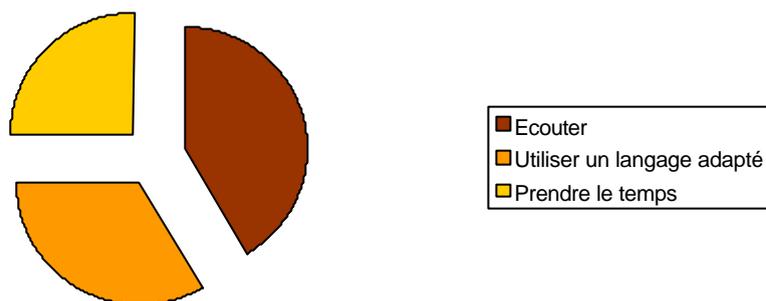
2.2.4 Les moyens de « bientraitance »

Les principaux moyens évoqués par les professionnels pour respecter les cinq facteurs de « bientraitance » retenus sont les suivants :

Facteurs de « bientraitance » ⇒ Moyens de « bientraitance » ⇓	Respecter la personne âgée	Prendre le temps de l'écoute vraie	Communiquer avec les personnes âgées	Prendre en charge la douleur	Respecter le rythme de la personne âgée
Ecouter	3	1		1	
Utiliser un langage adapté	4				
Prendre le temps	1	1			1

Tableau ③ - Les moyens évoqués par les professionnels pour respecter la « bientraitance » des personnes âgées.

Graphique 12 - Les moyens de "bientraitance" vus par les professionnels



L'écoute est le principal moyen de «bientraitance » évoqué. Lors du groupe de discussion, les résidents ont précisé que l'écoute « *prend du temps* » et « *demande de la disponibilité* ». A la lumière des autres questions, on voit que l'écoute est à la fois un facteur et un moyen de « bientraitance ». L'écoute permet de respecter la personne âgée, d'être dans l'écoute vraie et de prendre en charge la douleur. Par contre, par rapport au facteur « communiquer », l'écoute n'apparaît pas alors qu'elle fait partie intégrante des processus de communication. Cela marque la limite de la communication qui existe entre le personnel et les résidents.

La manière de s'adresser à la personne âgée, les mots utilisés, sont des moyens de respecter la personne âgée. Le tutoiement ou les appellations diverses et variées, telles que « papy » et « mamie », longtemps utilisés, sont très certainement sous-entendus.

Enfin, **prendre le temps** permet de respecter la personne âgée, d'être dans l'écoute vraie et de respecter son rythme. C'est ne pas la bousculer lorsqu'elle s'habille ou l'écouter sincèrement lorsqu'elle témoigne d'une souffrance.

D'autres propositions, relatives aux moyens permettant de respecter les facteurs de « bienveillance », ont été faites. Pour respecter la personne âgée en tant que personne, les professionnels proposent de **respecter ses choix et ses goûts**, de **répondre à ses besoins**, de **lui laisser son autonomie** (par exemple, pour la toilette si elle peut la faire), de **dire « bonjour » au lever**, de **fermer la porte lorsqu'elle est aux sanitaires ou pendant sa toilette**, de **la questionner**. De plus, **privilégier les rapports résident-personnel** et faire de la **formation** sont proposés pour mieux communiquer. Enfin, la **vigilance des IDE**, la **communication IDE-médecins**, le **dossier de soins**, une **chambre près de l'infirmerie**, la **vulgarisation des traitements anti-douleur**, l'**évaluation**, un **traitement adapté** et le **réconfort moral** sont des moyens donnés pour prendre en charge la douleur.

Pour les résidents et les familles, au travers du questionnaire, peu de moyens sont évoqués, car ils se situent plutôt dans la maltraitance.

Les participants au groupe de parole ont eux insisté sur la nécessité de recruter du personnel « *pour une présence effective et pas seulement de temps en temps* », de désigner un référent pour chaque nouveau résident, car « *c'est tantôt l'une, tantôt l'autre, chacune fait à sa façon* » et de prendre le temps de mieux connaître chaque personne âgée.

Nous allons maintenant voir quelles causes de maltraitance ont été déterminées.

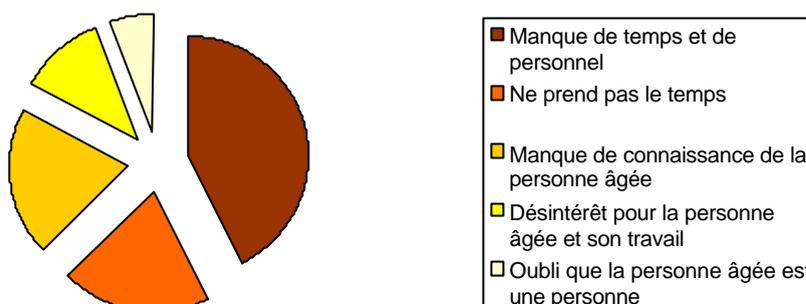
2.2.5 Les causes de maltraitance

Facteurs de « bienveillance » ⇒ Causes de maltraitance ⇓	Respecter la personne âgée	Prendre le temps de l'écoute vraie	Communiquer avec les personnes âgées	Prendre en charge la douleur	Respecter le rythme de la personne âgée
Manque de temps et/ou de personnel	3	8	4		
Le personnel ne prend pas le temps	2	5			
Manque de connaissance de la personne âgée	3	1		1	2
Désintérêt pour la personne âgée et/ou son travail	1	2		1	

Oubli que la personne âgée est une personne	1	1			
---	---	---	--	--	--

Tableau ④ - Les causes de maltraitance évoquées par les professionnels.

Graphique 13 - Les causes de maltraitance vues par les professionnels



Les réponses du personnel rejoignent le constat fait dans la première partie concernant le milieu institutionnel gériatrique. Les principales causes de maltraitance en institution sont liées, d'une part, au **manque quantitatif de personnel**, ce qui engendre un emploi du temps quasi-chronométré pour chaque professionnel. D'autre part, le **manque qualitatif de personnel** est souligné. De ce fait, les personnels souffrent, pour le moins, d'un manque de connaissance de la personne âgée, lorsqu'ils ne sont pas complètement désintéressés par ce travail. Pourtant, le manque de connaissance de la personne âgée n'apparaît pas dans les facteurs de « bientraitance » déterminés à la première question. **L'oubli que la personne âgée est une personne** et le fait que **le personnel ne prenne pas le temps** sont aussi le résultat combiné d'un manque de formation et d'un désintérêt pour sa profession.

Les autres propositions relatives aux causes de maltraitance sont les suivantes.

Le manque de respect de la personne âgée vient d'un **manque de compassion, de respect et de citoyenneté**, du fait qu'il y a **trop de résidents**, du **sentiment de supériorité des soignants** (blouse blanche), de **ne pas demander à la personne si elle veut aller aux sanitaires, ce qu'elle veut mettre**, de **l'absence d'encadrement** sur le terrain, de la **dévalorisation du « vieux »**.

L'écoute vraie est mise à mal par le fait que **les demandes ne sont pas toujours verbalisées**. L'écoute vraie ne devrait-elle pas avoir pour objectif d'entendre ce qui est dit en silence ? C'est d'autant plus important que la communication non-verbale prend une place grandissante avec la prise en charge de personnes âgées en fin de vie ou démentes.

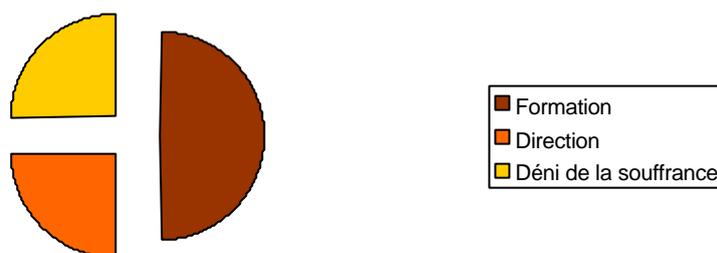
Le manque de communication vient du **caractère du personnel** et du fait que cette **mission n'est pas inscrite dans la fiche de poste**. Il est donc important de rappeler au personnel cette dimension de la prise en charge, par exemple, lors des entretiens annuels d'évaluation.

Enfin, la prise en charge de la douleur fait défaut car il n'y a **pas de stratégie médicale et paramédicale** et **les relevés de températures ne sont pas faits**.

Les réponses données sont très diversifiées. Elles concernent des causes très générales (« manque de respect ») et des points très précis dans la prise en charge (« les relevés de températures ne sont pas faits »). Elles confirment, dans l'ensemble, ce qui a été évoqué dans la première partie.

Du côté des familles et des résidents, les réponses sont toutes autres :

Graphique 14 - Les causes de maltraitance vues par les résidents et les familles



Parmi les moyens cités, les résidents et les familles ont plutôt mis l'accent sur la formation, la direction et le déni de la souffrance.

La formation est en accord avec le facteur de « bienveillance » évoqué dans la première question. Ils accordent sans nul doute une place capitale à la formation. Ils ressentent que certains professionnels ne sont pas prêts à travailler auprès des personnes âgées.

Le fait de mettre **la direction** au centre de la maltraitance, donc par corrélation responsable de la « bienveillance » des résidents, est très intéressant pour moi, dans la perspective de mes nouvelles fonctions. Cela confirme la responsabilité qui m'incombe et l'intérêt de cette recherche pour donner du sens à l'action d'un Directeur.

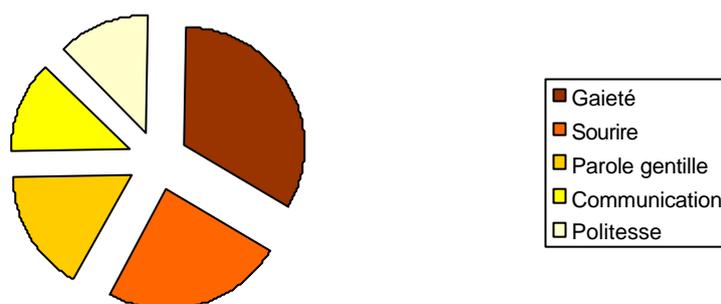
Enfin, **le déni de la souffrance** est évoqué comme une cause de maltraitance. Il s'agit tant de la souffrance physique, que psychologique des résidents et de leurs familles. Ce déni est perçu comme un manque de respect.

Les personnels sont régulièrement montrés du doigt lorsque l'on parle de maltraitance. Mais, il ne faut pas occulter le fait que l'attitude des résidents influe beaucoup sur la leur. La vie en établissement, on ne le redira jamais assez, est un jeu de relations humaines. Nous allons donc étudier les attitudes des résidents dans la partie qui suit.

2.2.6 L'attitude des résidents en institution

Les attitudes positives évoquées par les professionnels sont les suivantes :

Graphique 15 - Les attitudes positives des résidents évoquées par les professionnels



Tout naturellement, un **sourire**, une **parole gentille** ou **polie** du résident entraînent une attitude favorable du personnel. Le champ lexical de la **gaieté** se retrouve dans les réponses au travers des termes « bonne humeur », « gaieté », « enjoué », « caractère joyeux », « joie de vivre », « jovialité », « sociable », « content de ce qu'il a », « enthousiaste », « aimable », « agréable », « humour ». Or, les personnes âgées ne sont pas en majorité des personnes gaies. La vieillesse, nous l'avons vu, est une étape difficile.

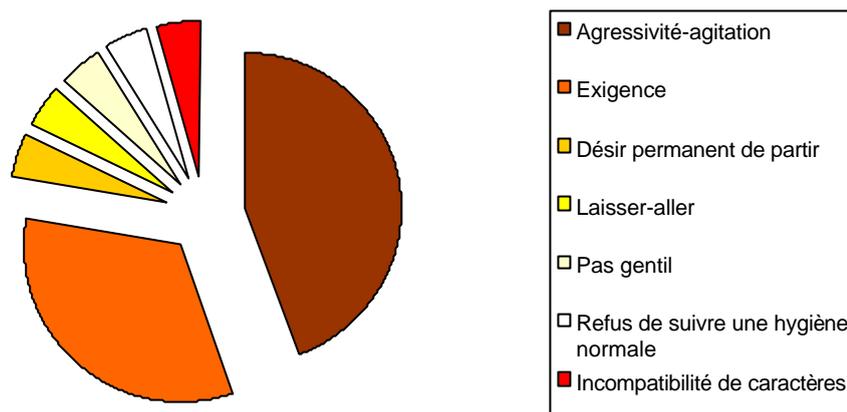
L'importance de la **communication** se perçoit au travers des termes « communication », « langage », « réponse à un bonjour », « résident de bon niveau intellectuel », « qui s'exprime », « qui dialogue ». Cette dernière réponse peut poser un problème avec certains résidents qui n'utilisent plus le mode de communication habituel.

D'autres termes ont été évoqués. En premier lieu, le **respect** qui peut être relié à la politesse. Ce respect ne va pas toujours de soi, car certains résidents estiment qu'ils payent pour être servis. Les résidents, lors du groupe de discussion, ont insisté sur la notion de « *respect du personnel* ». En second lieu, les **remerciements**, la **reconnaissance** et le **renvoi d'une image positive** favorisent les bonnes relations entre

les résidents et le personnel, car le travail en gériatrie offre bien peu de compensations. Enfin, le **choix de la personne âgée** de venir en maison de retraite est cité une seule fois. C'est pourtant un élément très important. Le choix propre de la personne la met dans de bonnes dispositions pour la suite de son séjour.

Les attitudes négatives recensées par les professionnels sont les suivantes :

Graphique 16 - Les attitudes négatives du résident évoquées par les professionnels



Les autres réponses évoquées sont « **la démence** », « **les cris répétés** », « **l'incompréhension** », « **l'impatience** », « **la faiblesse** », « **le manque de reconnaissance** », « **l'incorrection** », « **l'absence de réponse** », « **le manque de coopération** », « **un lien affectif trop important** » et « **le manque de repos du résident** ».

Les réponses sont sans surprise. La prise en charge des personnes âgées étant basée sur du relationnel, la gentillesse suscite de la gentillesse et vice versa, l'agressivité entraîne de l'agressivité.

L'**agressivité** et l'**agitation** des personnes âgées sont notées comme ayant des répercussions négatives sur le personnel. Or, les établissements vont être de plus en plus amenés à prendre en charge des personnes démentes. L'agressivité se porte tant sur les autres résidents, comme cette personne « *agressive avec d'autres résidents* »⁴⁴, que sur le personnel, comme ce résident qui « *n'a pas pris son traitement et me l'a jeté à la figure* ». L'agressivité peut aussi venir de l'impossibilité de vivre avec la solitude. La personne âgée a parfois conscience qu'elle suscite des relations conflictuelles, induisant des rapports de force. C'est aussi la preuve qu'elle vit. « *Du côté de l'agé, tout semble mis*

⁴⁴ Transmissions informatisées de l'EHPAD « Curie-Sembres ».

*en œuvre pour lutter contre une menace d'abandon insupportable et avoir l'assurance d'être en lien avec autrui ».*⁴⁵ L'aide soignante, lors de l'entretien, a insisté sur le fait que l'agitation des personnes pouvait avoir des causes diverses (déshydratation, diabète...) et, qu'avant de juger la personne, il fallait s'attacher à déceler les causes de l'agitation. De plus, on ressent que les relations sont facilitées lorsque la personne âgée est en état de communiquer. Or, le défi à venir des institutions est d'accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes, au comportement souvent incompréhensible. Chaque jour, les transmissions écrites en témoignent. Par exemple, une personne âgée « *a été aux toilettes...a barbouillé le sol puis s'est barbouillée pour dire que nous avons fait une mise en scène* ». Une autre est « *retrouvée en combinaison dans la chambre de Mme X, les chaussures sont retrouvées dans la chambre de Mme Y, mais la robe reste introuvable* ». Enfin, une autre dame « *pousse des hurlements depuis 5 heures. Elle pense qu'une personne lui veut du mal* ».

L'exigence des résidents se perçoit au travers de l'exemple suivant, tiré des transmissions, d'une personne qui « *m'a donné un coup sur l'épaule. Mécontente car je lui avais servi le dessert en dernier. A quitté la table en marmonnant* ». Les personnes âgées ont souvent des demandes incessantes et impossibles à satisfaire. Elles mettent le personnel en difficulté face à ses propres limites.

On peut noter l'importance du **choix de la personne âgée** (même si cela n'a pas été évoqué massivement) de venir en institution, qui conditionne son attitude, et par là même celle du personnel. Or, beaucoup de personnes âgées ne viennent pas de leur plein gré en établissement. L'EHPAD « Curie-Sembres », dans le dossier d'admission, demande qui est à l'initiative de l'entrée dans l'institution. A une date donnée, j'ai recensé 32 personnes venues de leur plein gré, 48 sur l'initiative d'un enfant proche, 34 sur celle du médecin et 6 par le biais d'un établissement sanitaire. Certaines, au bout d'un certain temps, arrivent à s'adapter, comme cette dame « *qui a décidé de rester à la maison de retraite par sécurité. Elle prévoit d'amener davantage d'affaires personnelles* ». Pour d'autres, le désir de partir est permanent. Une résidente exprime qu'elle « *souhaite retourner chez elle. Déprimée, elle accepte mal des personnes handicapées autour d'elle* ».

Enfin, une autre réponse présente un intérêt tout particulier, **le refus de suivre une hygiène normale**. Lire un « *refus de la douche à plusieurs reprises* » est récurrent dans les transmissions. Cette situation est fréquente en établissement avec l'accueil de personnes issues du milieu rural, qui ont vécu leur première expérience de douche en

⁴⁵ TROUILLOUD, M. *Le sadisme ordinaire à propos de certaines conduites soignantes en psychogériatrie : du sadisme mortifère au sadisme thérapeutique*. Diplôme d'Etudes Approfondies de Psychologie et Psychopathologie Cliniques : Université Lumière, Lyon II, 1998, p. 3.

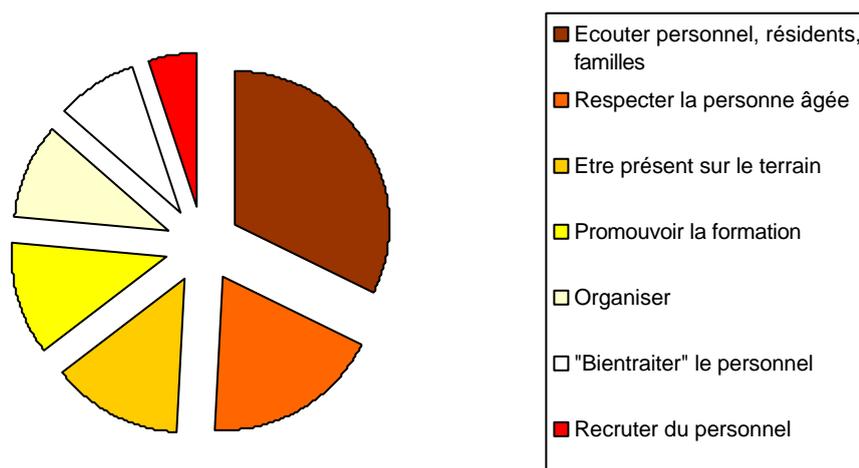
entrant dans l'institution. La question qui se pose est qu'est ce que la norme en terme d'hygiène ? A-t-on tous les mêmes références ? Ce problème devrait diminuer dans les années à venir avec l'arrivée d'une génération qui a l'habitude de prendre une douche quotidienne. L'institution aura-t-elle alors les moyens de répondre à cette demande ? Une famille exprime que « *respecter la personne âgée, c'est ne pas l'amener à la douche si elle ne veut pas y aller* » mais, elle poursuit, en disant que « *au bout d'un mois, il faut quand même prendre des dispositions* ». Sa réponse souligne toute l'incertitude qui peut gagner les soignants au quotidien.

Cette question n'a pas été traitée par les résidents et les familles qui ont rempli le questionnaire. Au sein du groupe de discussion, les résidents ont conscience que « *certaines ne sont pas faciles à administrer* » et pensent que « *chacun doit y mettre du sien, car le personnel ne peut pas étudier le caractère de chaque personne* ».

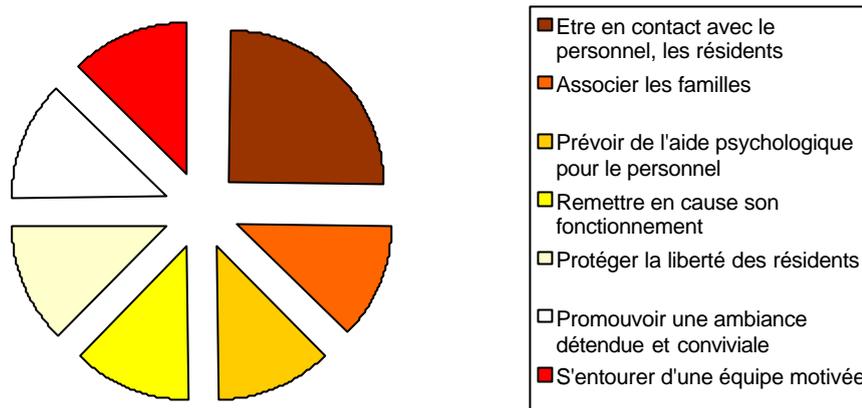
2.2.7 Les conseils à une future Directrice

Les conseils des professionnels, des résidents et des familles se rejoignent, en grande majorité, comme le montrent les deux schémas ci-dessous. Cette convergence des réponses est riche d'enseignement.

Graphique 17 - Les conseils des professionnels pour que le Directeur assure la "bienveillance" des résidents



Graphique 18 - Les conseils des résidents et des familles pour que le Directeur assure la "bienveillance" des résidents



Cette question amène le consensus entre le personnel, les résidents et les familles. Pour tous, la priorité est sensiblement la même. L'**écoute** et le **contact** avec les trois acteurs ainsi que la **présence sur le terrain** arrivent en tête des propositions. Lors du groupe de parole, les résidents et les familles ont insisté sur le fait que « *c'était important de pouvoir rencontrer le Directeur* ». La difficulté pour ce dernier est de doser sa présence sur le terrain, qui ne doit pas se transformer en contrôle. C'est ce que s'est accordé à dire le groupe de discussion. Pour eux, « *il faut trouver le moyen d'être accessible, d'être présent régulièrement, pour ne pas que cette visite soit perçue comme une inspection* ».

Les résidents et les familles semblent avoir une approche plus globale et montrent, au travers de leurs réponses, un intérêt pour tous les acteurs. C'est intéressant de voir qu'elles proposent une aide psychologique pour le personnel. On peut considérer qu'elles ont conscience de la difficulté du travail auprès des personnes âgées. Les résidents et les familles du groupe de discussion étaient dans le même état d'esprit de « *bien traiter le personnel* » et ont insisté sur le fait « *qu'il faut avoir de la patience pour faire ce métier* ».

Le personnel est très sensible à la situation des personnes âgées et à leur respect, mais, il minimise, en général, le rôle des familles. En entretien, l'aide soignante a noté le prix tout particulier qu'elle mettait à faire le lien avec les familles. Pour elle, en institution pour personnes âgées, la curiosité est de mise, pour mieux comprendre la personne. Or, selon elle, cette « coutume » s'est perdue. Elle a conscience que « *la relation du personnel avec les familles est d'autant plus difficile qu'il y a des secrets et des histoires de famille* », qui nécessitent d'agir avec prudence. La dérive actuelle semble être que le personnel catalogue rapidement les familles.

Le personnel axe ses conseils sur sa propre condition et sur celle des résidents : **recruter, organiser, former** et « **bien traiter** » le personnel.

On mesure au travers de cette question, la lourde responsabilité qui incombe au Directeur dans le cadre de la « bienveillance » des résidents. Si l'alimentation n'est pas bonne, le Directeur est en cause, de même que si l'animation est infantilisante. Lors du groupe de discussion, le cas d'une résidente qui criait la nuit a été évoqué. Là encore, le Directeur est cité, alors que la solution n'est pas si simple : isoler la personne au mépris de ses droits les plus élémentaires ou la maintenir dans sa chambre sous peine de faire fuir ses voisins ?

Pour conclure, je dirais que j'ai été agréablement surprise par l'attitude des résidents, qui, comme l'a repris une famille, «*sont gentils, réalistes par rapport à la compréhension des problèmes. Ils ne demandent pas l'impossible* ».

2.2.8 La synthèse des résultats : les facteurs de risques

Au travers de ces deux premières parties, et avant de poursuivre avec les solutions qui peuvent être mises en œuvre pour passer de la maltraitance à la « bienveillance », je vais synthétiser les principaux facteurs de risques qui favorisent les négligences dans les institutions pour personnes âgées. Ces facteurs de risques sont de trois ordres : institutionnels, humains et sociaux, comme cela a été évoqué dans l'introduction. Cette synthèse va au-delà des résultats suscités par les études menées auprès des personnels, des résidents et des familles.

2.2.8.1 Les facteurs institutionnels

Les contraintes générales du secteur institutionnel gériatrique que j'ai pu identifier sont les suivantes : le manque de moyens des structures, notamment en terme de personnels et de locaux, la dépendance des résidents qui est de plus en plus importante, l'impossible compromis entre l'individuel et le collectif, le manque de qualification du personnel, le décalage entre la réglementation et la pratique, la logique sécuritaire et le manque de réflexion sur des notions fondamentales.

De plus, on assiste à une trop lente association des personnels au fonctionnement de l'institution, qui favorise leur ignorance. La formation, l'information, même si on est vite tenté de penser que le personnel ne souhaite pas s'investir dans le vie de la structure, et le soutien du personnel sont encore trop peu utilisés. Le manque d'organisation, d'encadrement et de « contrôle » régulier sur le terrain favorisent les dérives. Enfin, le manque de débat éthique, dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, fait défaut pour trouver des solutions face à certains comportements des résidents et des familles.

La lente montée en charge des droits des résidents et des familles est aussi une lacune. Les clauses abusives dans les documents réglementaires sont encore très fréquentes, lorsque ceux-ci existent. Les conseils d'établissement sont trop souvent inopérants.

Le Directeur peut agir sur certains facteurs de « bienveillance », notamment en initiant le débat sur l'individualisation de la prise en charge, le respect des droits des personnes âgées ou leur association au fonctionnement de l'institution. Son action est plus limitée, par rapport notamment, au manque de moyens.

2.2.8.2 Les facteurs humains

Ils proviennent tant du personnel, que des résidents et des familles ou de l'association des trois.

Pour les résidents, on peut identifier le problème des personnes âgées aux comportements maltraitants. Ils peuvent venir soit de troubles du comportement qui accompagnent les démences, soit du parcours et de l'histoire de chacun, ainsi que du sentiment d'isolement.

Le personnel qui exerce en milieu gériatrique a, plus que d'autres, des prédispositions à la démotivation qui favorisent les absences, les arrêts maladie ou le turn over. Cette mobilité entraîne une modification des plannings, susceptible de perturber les autres professionnels. Le manque d'information, de formation et de coordination génère une impuissance du personnel dans certaines situations. Enfin, comme tout autre individu, les professionnels sont parfois en proie à des problèmes personnels, qui se surajoutent à la fatigue professionnelle.

Les familles ont souvent un sentiment de culpabilité et ont des exigences de bien-être pour leur parent âgé, qui rendent la prise en charge plus difficile.

La relation triangulaire a du mal à s'instaurer par manque de communication. L'ennui qui rend la vie intolérable et les professionnels qui jugent les familles sont des facteurs de risques supplémentaires. Enfin, les liens affectifs étouffants ou inexistants, la sur-stimulation ou la sous-stimulation, l'interdépendance relationnelle et psychologique ne favorisent pas une triangulation réussie.

2.2.8.3 Les facteurs sociaux

Le peu de considération pour la personne âgée dans notre société imprègne les institutions. Il entraîne, pour le personnel, un sentiment d'être de « seconde catégorie ».

L'image de ces établissements, encore empreinte de celle des «mouroirs », montre que le travail réalisé n'est pas reconnu à sa juste valeur.

Souvent les facteurs de risques ne sont pas isolés, ils se cumulent et s'entraînent les uns les autres. Le manque de moyens fait que les personnels travaillent à flux tendu, la charge de travail importante augmente le risque de burn out et in fine, le résident est négligé.

Les facteurs de risques sont multiples. C'est ce qui se dégage au travers des réponses des personnes interrogées, qui sont très variées. Chacun, dans son exercice ou sa condition est sensible à un détail ou à un autre.

Une des limites du travail réalisé est que les personnels ont été très prudents dans leurs réponses. En proposant dans le questionnaire les grands thèmes de la prise en charge des personnes âgées, je m'attendais à ce que les personnes indiquent naturellement les négligences perçues dans leur exercice quotidien. Par exemple, en ce qui concerne le respect du rythme de la personne âgée, l'horaire de lever semblait être une négligence évidente pour tous, qui ressortirait dans l'argumentation. En effet, dans l'établissement concerné, les levers commençaient à 5 heures 30 afin que le personnel de nuit « avance » le travail pour le personnel de jour. A l'occasion de la négociation des 35 heures, le problème a été évoqué et deux solutions ont émergé : modifier les horaires du personnel ou modifier l'organisation du travail. La seconde solution a été retenue et les toilettes sont échelonnées sur l'ensemble de la matinée et non plus groupées exclusivement avant le petit déjeuner. Cette organisation ne se met pas en place sans mal, car elle va à l'encontre de la pratique soignante qui, dans l'ordre, a l'habitude de lever les résidents, de faire leur toilette pour ensuite les emmener au petit déjeuner.

Le discours des professionnels, même s'il est resté très convenu, a permis dégager des axes forts permettant d'orienter la politique de Direction en faveur de la « bientraitance » des résidents.

3 - DE LA MALTRAITANCE A LA « BIENTRAITANCE » : UNE RESPONSABILITE DU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES

La responsabilité du Directeur pour assurer la « bientraitance » des résidents de son établissement n'est plus à démontrer. Il a la responsabilité de la bonne marche générale de la structure et, à ce titre, la « bientraitance » des résidents est l'essence même de son travail. Les axes de travail pour y parvenir sont nombreux puisque les négligences sont multifformes.

Dans cette partie, je traite de ma conception de la « bientraitance », en qualité de Directeur d'une structure pour personnes âgées. Pour cela, dans un premier temps, je fais un bilan du contexte réglementaire et social qui vise à prévenir la maltraitance des personnes âgées. Ce dispositif est un outil mis à la disposition du Directeur. En tant que tel, il est insuffisant et il doit nécessairement être relayé par des mesures concrètes sur le terrain. Dans une seconde partie, je fais un état des lieux des réalisations de l'EHPAD « Curie Sombres », qui vont dans le sens dans la « bientraitance » des résidents. L'observation objective des pratiques de cet établissement me permet d'aborder des notions fondamentales telles que l'accueil des résidents et du personnel ainsi que la participation des différents acteurs à la vie de l'institution. Enfin, dans une troisième partie, je complète mon approche de la « bientraitance » des résidents en tant que Directeur d'une structure, notamment en proposant l'élaboration d'un projet de vie et d'un projet social.

3.1 La volonté nationale de lutter contre la maltraitance, au service de la politique de direction d'un établissement

Avant 1995, la maltraitance des personnes âgées était complètement ignorée. R. HUGONOT a levé le tabou et a été à l'origine d'un dispositif de prévention et de traitement de la maltraitance. La préoccupation étant grandissante, il s'avère que cette initiative est encore largement insuffisante, notamment dans la prévention. Ces trois dernières années, la réglementation ou les réflexions menées ont donné de nouvelles opportunités de renforcer les dispositifs en faveur de la « bientraitance » des résidents.

3.1.1 La réglementation : une opportunité à saisir

Ces points réglementaires sont des portes entrouvertes, des opportunités à saisir par le Directeur pour prévenir les négligences en institution. Les textes évoqués concernent tous les établissements accueillant des personnes âgées. Un point particulier est consacré aux évolutions spécifiques affectant la fonction publique hospitalière.

3.1.1.1 La maltraitance dans la rénovation de l'action sociale et médico-sociale

La loi du 2 janvier 2002⁴⁶, tant attendue, a des implications directes ou indirectes sur la « bienveillance » des résidents. Elle précise que « *l'action sociale ou médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ».

Cette loi rénove celle du 30 juin 1975⁴⁷. Elle concerne toutes les personnes prises en charge par les établissements ou services sociaux et médico-sociaux, c'est à dire les enfants, les personnes handicapées ou en difficultés et les personnes âgées. Sa particularité est que son architecture calque celle des institutions hospitalières qui, depuis plusieurs années, mettent en avant les droits du patient hospitalisé.

Le résident au centre des préoccupations : un nouveau statut

Dans son article 8, la loi du 2 janvier parle de « *garantir l'exercice effectif des droits...et prévenir tout risque de maltraitance* ». Pour cela, dès l'accueil de la personne âgée, doivent lui être remis le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement. De plus, un contrat de séjour est conclu entre la personne âgée et l'établissement. En cas de mesure de protection juridique, le représentant légal de la personnes âgée est l'interlocuteur de la structure.

Les droits de la personne qui doivent être respectés pour prévenir la maltraitance, figurent dans l'article 7. Il s'agit :

⇒ Du **respect** de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité,

⇒ Du **libre choix** entre un service à domicile ou l'admission dans un établissement,

⇒ D'un **accompagnement individuel** de qualité et le respect du consentement éclairé,

⁴⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁴⁷ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- ⇒ De la **confidentialité** des informations la concernant,
- ⇒ De l'**accès à toute information** ou document la concernant,
- ⇒ D'une **information** relative aux droits fondamentaux, aux protections légales et aux moyens de recours,
- ⇒ De la **participation directe** à la mise en œuvre de son projet.

Au travers de ces deux articles, on perçoit que l'accent est mis sur deux conceptions nouvelles du résident. A ce titre, on peut parler d'un nouveau statut pour le résident qui lui permet d'être considéré, à la fois comme un acteur, et, comme un client au sein de la structure.

Cette notion de résident acteur de son sort se perçoit au travers de la mise en avant de sa participation directe à l'élaboration du contrat de séjour, à la mise en œuvre de son projet et par la possibilité qui lui est donnée d'accéder aux informations sur ses droits ou à toute information qui le concerne. Cette obligation est d'ailleurs accentuée par les dispositions relatives à l'accès direct au dossier médical⁴⁸. La participation au conseil de vie sociale, qui s'apparente à l'actuel Conseil d'Etablissement (CE) est aussi imposée. Cette instance est notamment consultée par rapport au règlement intérieur et au projet d'établissement. L'objectif est d'associer le résident au fonctionnement de la structure et au projet qui le concerne.

Le secteur privé accueillant des personnes âgées expérimente, depuis bien longtemps, cette conception de l'utilisateur-client. Elle se justifie pleinement par le fait que les personnes âgées payent un prix de journée, hormis celles qui relèvent de l'aide sociale, mais qui font dans ce cas le sacrifice de leur succession. Considérer la personne âgée comme un client de l'établissement, c'est tendre vers la transparence du fonctionnement des institutions. Pour ce faire, le projet d'établissement doit fixer les objectifs de travail de l'établissement. En parallèle, le contrat de séjour est un document individuel de prise en charge, qui établit une relation contractuelle entre la structure d'hébergement et le résident. Enfin, le règlement de fonctionnement fixe les droits et les devoirs des personnes accueillies, pour que soient respectées les règles de vie de la collectivité. Au travers de ces trois documents, la qualité de la prise en charge est recherchée. Elle repose sur la responsabilisation tant de l'utilisateur que de l'établissement.

La loi du 2 janvier 2002 rappelle formellement les obligations des établissements. Certaines dispositions avaient fait l'objet de réglementations antérieures, comme pour le CE, le contrat de séjour ou le règlement intérieur. Il est donc incontournable pour un Directeur de formaliser ces documents, dont la production est d'ailleurs obligatoire pour

⁴⁸ Article 11 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

signer la convention tripartite relative à la réforme de la tarification. L'objectif est aussi d'associer les résidents et les personnels à ces réalisations.

Un autre axe de la loi du 2 janvier permet de prévenir les négligences en établissement, par la protection des salariés témoins de tels actes.

La protection des salariés : rompre la loi du silence

La loi du 2 janvier s'engage sur le terrain de la lutte contre les maltraitances par un autre biais. L'article 48 assure la protection aux salariés qui relateraient des mauvais traitements ou des privations infligés à une personne accueillie. Cette protection est très large. Elle concerne tant l'embauche, que la rémunération, la formation, l'affectation, la qualification, la classification, la promotion professionnelle, la mutation et le renouvellement du contrat. Un témoignage ne peut non plus motiver la résiliation d'un contrat ou une sanction disciplinaire. Jusqu'à présent, le Nouveau Code Pénal (NCP) prévoyait une obligation de dénonciation en cas de connaissance de mauvais traitements (article 434-3), des sanctions en cas de non-assistance à personne en danger de crime ou délit (article 223-6) et l'obligation de porter secours à une personne en péril (article 223-6). Aucune protection n'était prévue pour les salariés, en cas d'événement de ce type se produisant sur leur lieu de travail. Or, la peur des représailles pousse souvent au silence.

Cette disposition est une avancée juridique. Espérons que la pratique suivra cette règle et favorisera les témoignages, permettant de prévenir ou repérer des situations de maltraitance. Actuellement, la loi du silence fait foi et la partie immergée de l'iceberg reste à découvrir. Pour cela, le Directeur doit être très clair et faire connaître cette nouvelle disposition, ainsi que les articles du NCP cités ci-dessus, à l'ensemble des personnels de l'établissement. Cette information, écrite ou orale, doit être la plus exhaustive possible. Il faut aussi rappeler régulièrement ces dispositions et ne pas hésiter à donner valeur d'exemple à une situation se produisant dans ce cadre.

La loi du 2 janvier ne doit pas être un recueil de bonnes intentions. Pour que les droits prévus soient effectifs, des moyens sont aussi prévus. Les autorités ayant délivré l'autorisation, c'est à dire l'Etat et le Conseil Général conjointement, sont chargées de conclure un contrat pluriannuel avec l'établissement ou le service, de contrôler l'activité des établissements et de recevoir tous les cinq ans l'évaluation des prestations, qui aura été réalisée par un organisme extérieur.

Par ces dispositions, l'utilisateur est, sans équivoque, mis au centre des préoccupations. Cependant, une partie des décrets d'application de cette loi sont encore en attente et l'on peut craindre que l'accès à ces droits reste, encore de trop nombreuses

années, une position de principe dans bon nombre d'institutions, qui ne mesurent pas les enjeux qui sous tendent ces dispositions. La réforme de la tarification, qui concerne tous les établissements, est une autre voie d'accès à la « bienveillance » des résidents.

3.1.1.2 La réforme de la tarification : la prévention de la maltraitance par l'engagement dans une démarche qualité.

Cette réforme s'articule autour d'un conventionnement des établissements pour une durée de cinq ans. Le dispositif repose essentiellement sur la mise en place d'une démarche qualité. Un guide d'accompagnement pour améliorer la qualité en EHPAD a été réalisé, sous l'égide de la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'HEbergement des personnes âgées (MARTHE). Il s'agit de l'Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements (ANGELIQUE). C'est une grille qui sert de base à une auto évaluation, c'est à dire réalisée par les établissements eux-mêmes, dans le cadre d'une démarche interne et participative.

L'arrêté du 26 avril 1999⁴⁹ propose des objectifs en lien avec la « bienveillance » des résidents au travers de recommandations et d'indicateurs. Les recommandations visent à garantir et à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents. Il est question tant de la qualité de vie des résidents, que des relations avec les familles et des personnels exerçant dans l'établissement. L'inscription dans un réseau gérontologique est aussi mentionnée. Ces recommandations sont plus souples que des normes techniques et peuvent s'adapter à la spécificité de chaque établissement. Elles touchent les trois acteurs de la relation triangulaire, ce qui confirme l'importance que l'on doit accorder à chacun. Un idéal de fonctionnement est ainsi décrit et des moyens sont proposés pour pouvoir l'atteindre, à plus ou moins long terme. Les indicateurs proposés permettent à un établissement de situer la qualité de son fonctionnement. Ils concernent, d'une part, la vie dans l'institution et, d'autre part, les axes spécifiques liés à l'état de santé des résidents.

L'auto-évaluation est l'occasion pour un Directeur de constituer un comité de pilotage pluridisciplinaire, ayant en charge de travailler sur la grille ANGELIQUE et de promouvoir l'esprit de cette démarche auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement. C'est aussi l'opportunité d'associer les résidents et les familles qui ont leur mot à dire sur ces questions. Cette démarche est longue et fastidieuse. Il serait

⁴⁹ 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 n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

inopportun pour un Directeur de remplir seul la grille ANGELIQUE, dans le but de "faire, parce qu'il faut faire". Chaque question a un sens et permet de s'interroger sur ses pratiques, dans le but d'évoluer vers une prise en charge de qualité, incluant les notions de respect, de communication...En parallèle, l'exercice de la qualité au quotidien n'est pas exclu.

La réforme de la tarification c'est aussi la possibilité d'accéder à des moyens nouveaux. Nous l'avons vu, le manque de temps et de personnel est un important facteur de risque de négligences. Or, le secteur des personnes âgées est le parent pauvre du secteur sanitaire, social et médico-social, en terme de ratio en personnel. Alors que la prise en charge des personnes handicapées bénéficie de ratios supérieurs à 1, les structures accueillant des personnes âgées ont généralement un ratio de l'ordre de 0.35 personnel par résident. Ce qui est une aberration, car, nous l'avons vu, une prise en charge de qualité des personnes âgées nécessite du temps. Cela rejoint la considération que l'on a pour cette frange de la population.

Dans les Hautes-Pyrénées, cette difficulté a été prise en compte et, conformément aux préconisations du schéma gérontologique, les conventions tripartites ont été signées sur la base de moyens permettant de financer un ratio en personnel égal à 0.6. On ne peut qu'espérer que d'autres départements suivent cet exemple.

La réforme de la tarification et la rénovation de l'action sociale et médico-sociale s'appliquent à l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées. Nous allons voir que, dans le secteur public plus précisément, la réorganisation du travail est en marche.

3.1.1.3 La réorganisation du travail dans le secteur public: une potentielle source de motivation

En ce qui concerne plus particulièrement le secteur public, le protocole relatif aux 35 heures et celui sur les filières professionnelles ont pour double objectif d'améliorer la prestation rendue aux usagers et les conditions de vie personnelle et de vie au travail des agents de la fonction publique hospitalière.

Le protocole sur la réduction du temps de travail⁵⁰ a pour objectif d'améliorer les organisations et les conditions de travail. Il parle d'une « *opportunité pour rénover les organisations du travail au profit de la prise en charge des usagers* ». Cette disposition, certes théorique, va dans le sens de la « *bienveillance* » des résidents. Elle peut être

⁵⁰ Protocole sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, 27 septembre 2001, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, www.sante.gouv.fr.

considérée comme simplement formelle si on s'attache à toutes les difficultés suscitées par la mise en place des 35 heures. Les principaux écueils rencontrés sont les suivants : le peu de temps laissé aux établissements entre la signature du protocole national et l'effectivité des 35 heures au 1^{er} janvier 2002, la lente parution ou même l'inexistence des décrets d'application, les difficultés qu'ont entraîné la négociation dans les établissements et les problèmes de financement de cette mesure. Ainsi, les réorganisations du travail restent largement inachevées et le profit pour l'utilisateur pose question.

De ce point de vue, la mise en place des 35 heures est considérée comme un frein à la "bientraitance" des résidents, à l'opposé de l'esprit du texte. Les Directeurs se sont vus octroyer des moyens inférieurs aux besoins. La négociation du protocole a porté essentiellement sur le nombre de jours de réduction du temps de travail attribués au personnel. En parallèle, il a fallu réduire l'amplitude de la journée de travail de quelques minutes. A aucun moment le profit pour l'utilisateur n'a pris le dessus. C'était pourtant l'occasion de réfléchir pour que les horaires de travail soit en accord avec les temps forts de la journée d'une personne âgée. Pourquoi le personnel arrive massivement à 6 heures 30 alors que la majorité des résidents dormiraient volontiers jusqu'à 8 heures? Pourquoi le personnel se chevauche aux alentours de 14 heures alors que c'est l'heure où l'établissement est "en sommeil"? Les intérêts du personnel et des résidents ont du mal à se rencontrer dans cette négociation.

Le protocole d'accord⁵¹ sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière s'intègre dans *un « mouvement important d'adaptation aux besoins de la population »*. Il fait suite au protocole d'accord du 14 mars 2000. Pour les personnels, il repose « *sur une reconnaissance de leurs métiers, de leurs qualifications et de leurs responsabilités* ». Les quatre objectifs prioritaires sont d'assurer une meilleure reconnaissance des métiers et des qualifications, de favoriser la promotion des personnels et de diversifier les perspectives d'évolution, d'adapter les carrières et les rémunérations à l'évolution des emplois et de simplifier les filières, en réduisant le nombre de corps et de grades. Ces protocoles sont une juste mesure pour la carrière des agents hospitaliers et une opportunité pour les petits établissements de valoriser la carrière de leurs professionnels. Que penser des adjoints des cadres hospitaliers, catégorie B, recrutés au niveau bac, qui sont souvent le seul membre de « l'équipe de direction » d'une maison de retraite ; d'un chef de cuisine, catégorie C, recruté au niveau BEPC, qui encadre une équipe et a toute la responsabilité du fonctionnement de la cuisine? Ces mesures, amèneront, je l'espère, une souplesse de gestion et une plus juste rémunération

⁵¹ Protocole d'accord sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière, 14 mars 2001, Ministère de l'emploi et de la solidarité. www.sante.gouv.fr.

du travail accompli. Ces évolutions peuvent avoir un impact sur la motivation du personnel, qui ne peut qu'aller au bénéfice du résident.

L'ensemble de ces points de la réglementation va dans le sens de la « bienveillance » des résidents, en rénovant le statut de la personne âgée et en donnant une place importante aux conditions de travail du personnel.

Cependant, ce cadre réglementaire a ses limites. Il est relativement récent et, à ce titre, il faut compter un délai entre la volonté réglementaire et l'application pratique. Le temps sera le meilleur compagnon de ce changement, car, c'est une véritable révolution culturelle notamment pour les établissements, organisés jusqu'ici « à la petite semaine ».

Je considère ce cadre réglementaire comme un moyen de prévenir la maltraitance. A l'heure actuelle, la seule expérience nationale de prévention de la maltraitance qui a fait ses preuves est le réseau Allo Maltraitance des personnes Agées (ALMA).

3.1.2 ALMA : un réseau à développer

ALMA est l'acteur central national qui lutte contre la maltraitance des personnes âgées. C'est un réseau d'écoute téléphonique, créé en 1995. Progressivement, l'association ALMA s'est implantée dans la perspective d'obtenir un maillage du territoire, reposant sur une organisation décentralisée. Le siège social, ALMA France, est à Grenoble et, en 2002, 29 antennes existent, dont une en Italie et une en Belgique. L'objectif, à terme, est de mettre en place une antenne par département.

Chaque centre, généralement organisé en association loi 1901, a un fonctionnement dont les objectifs sont de proposer une écoute personnalisée et un suivi des dossiers, de constituer un comité technique de pilotage, de proposer des formations, de réfléchir sur les moyens de prévention de la maltraitance et de diffuser largement l'information. L'objectif d'ALMA n'est pas d'accuser, mais d'écouter, de comprendre, de conseiller, de sensibiliser, de responsabiliser, d'informer et de promouvoir une prévention.

Le fonctionnement de chaque antenne repose sur un réseau de bénévoles, les écoutants et les référents. L'écoutant est chargé de répondre aux appels. Il est alors amené à écouter, conseiller, orienter et transcrire les informations. Le référent donne suite au dossier ouvert. Il vérifie les éléments du dossier, fait son enquête, contacte l'appelant et donne des pistes de solution. Compte tenu de la grande complexité des situations rencontrées, le travail en équipe est privilégié. L'écoute est réalisée par un binôme d'écoutants : un répond à l'appel et l'autre prend les notes les plus exhaustives qu'il soit. Une équipe pluridisciplinaire de référents traite le dossier. Il est recommandé par ALMA France d'étudier chaque dossier avec au moins trois référents, dont les qualifications

varient en fonction des nécessités de l'affaire (psychologue, juriste, avocat,...). Ce partage des responsabilités est important. Il peut aussi être fait appel aux membres du comité technique de pilotage, qui sont des spécialistes, représentant toutes les professions sanitaires, sociales, judiciaires et juridiques.

Pour la mise en œuvre de son action, chaque antenne dispose d'une boîte postale et d'un téléphone répondeur. L'anonymat et la confidentialité sont strictement respectés. Référents et conseillers bénéficient d'une formation initiale de trois jours et de diverses formations continues, organisées par ALMA France.

Lorsque l'on travaille à ALMA, le temps est une notion fondamentale. En effet, le signalement doit être complété par d'autres témoignages, et, plus particulièrement pour les institutions, il faut attendre des plaintes concordantes et interroger les autorités de tutelle.

ALMA France est une ressource pour chaque antenne : définition de procédures, fourniture de dossiers, transmission de documentation, aide pour les situations complexes et lien entre les différentes antennes.

ALMA, depuis sa création, reçoit de plus en plus d'appels⁵² : 1694 en 1995/1996 ; 2118 en 1997 ; 3028 en 1998 et 4216 en 1999. Corrélativement, de plus en plus de situations de maltraitance⁵³ sont examinées : 727 en 1995/1996 ; 1032 en 1997 ; 1591 en 1998 et 1898 en 1999. ALMA n'affirme pas qu'il y a une progression de la maltraitance mais une meilleure connaissance de ce phénomène. A ce titre, le rôle d'ALMA est indéniable.

La prévention peut encore être améliorée. Pour ce faire, un Diplôme Universitaire (DU) va être ouvert en septembre 2003. Une personne par antenne pourra bénéficier de cette formation qui permettra d'intervenir auprès des différents centres destinés à former les intervenants auprès des personnes âgées : Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), Institut de Travail Social (ITS).

Pour un directeur d'établissement, ALMA présente plusieurs intérêts. Cette structure est à même de donner des conseils, ou d'aider à évaluer une situation. ALMA peut aussi intervenir pour sensibiliser le personnel aux phénomènes de maltraitance. Enfin, chaque établissement doit diffuser l'information, par exemple en apposant le numéro d'ALMA, sur un tableau d'informations accessible aux personnels, aux résidents et aux familles.

La compétence d'ALMA dans la prévention des maltraitances envers les personnes âgées a été confirmée par le rapport DEBOUT, que je vais maintenant présenter et qui est la dernière réflexion nationale menée sur le sujet.

⁵² *La formation continue des référents/conseillers des centres d'écoute ALMA en France.* ALMA France, Grenoble, 17 et 18 mai 2001.

⁵³ Ibid.

3.1.3 Les mesures préconisées par le rapport DEBOUT : quel devenir ?

Le rapport « Vieillir en France »⁵⁴ incluait le renforcement de la lutte contre les maltraitements dans ses quarante trois propositions, pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie. Le rapport DEBOUT s'inscrit dans ce cadre et a été remis à la précédente Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Madame Paulette GUINCHARD KUNSTLER, le 22 janvier 2002⁵⁵.

Ce document est le résultat d'une étude menée par un groupe de travail, présidé par le Pr Michel DEBOUT. Il analyse les différentes facettes de la maltraitance des personnes âgées et apporte quelques explications.

Ce rapport présente un vif intérêt quant à ses nombreuses recommandations pour « *connaître, sensibiliser, protéger et prévenir la maltraitance envers les personnes âgées* ». Elles s'articulent autour de 7 axes, tous assortis de moyens à mettre en œuvre.

Le tableau ci-dessous résume les propositions de ce rapport :

⁵⁴ GUINCHARD KUNSTLER P. *Vieillir en France*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, septembre 1999.

⁵⁵ *Prévenir la maltraitance des personnes âgées*, sous la présidence du Pr. M. DEBOUT, membre du Conseil Economique et Social. Rapport remis à Mme P. GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, 22 janvier 2002.

Objectifs	Moyens
* Connaître et sensibiliser	Réaliser une enquête nationale. Créer un observatoire national des violences.
* Sensibiliser et informer	Mener des campagnes de communication, autour du respect et de l'estime de la personne âgée.
* Révéler, repérer et prendre en charge	Impulser un dispositif coordonné de lutte contre la maltraitance : étendre le dispositif d'accueil et d'écoute ; désigner une personne ressource par bassin de vie ; instaurer une commission départementale technique et éthique ; créer une instance de pilotage. Sensibiliser les professionnels au repérage des maltraitances : élaborer un guide pratique. Permettre aux témoins et victimes de révéler les faits.
* Protéger	Renforcer la mission de surveillance et de contrôle des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Aboutir la réforme du dispositif de protection juridique des majeurs. Engager un programme pluriannuel d'inspection et de contrôle au titre de la prévention de la maltraitance.
* Prévenir	Mieux garantir les droits et libertés des usagers. Faciliter l'accès aux soins. Améliorer la prise en charge sanitaire. Renforcer la coordination gériatrique. Rechercher l'adéquation entre l'offre et les besoins.
* Former l'ensemble des intervenants	Formation gériatrique pour les médecins. Formation à l'encadrement pour les IDE. Module de formation au repérage et à la prévention des maltraitances pour tous les intervenants.
* Respecter la personne âgée et soutenir les aidants familiaux.	Aider les aidants. Diversifier l'offre de services et de soins. Lutter contre les situations de confinement.

Dans la lignée de ce rapport, un groupe de travail au Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité a engagé une réflexion en réalisant un vademecum pour la prévention et le repérage des risques de maltraitance en établissement sanitaire, social et médico-social. Cependant, la mise en œuvre effective de ces préconisations nécessite du temps.

La mission du Directeur d'une structure d'hébergement pour personnes âgées s'inscrit dans cette politique nationale, embryonnaire ou aboutie. Ce cadre, très large, peut être un moteur pour mener des actions au plus près du terrain.

Les politiques locales sont aussi à prendre en compte. Les départements sont plus ou moins mobilisés sur le sujet des maltraitances. Les instances décentralisées ou déconcentrées peuvent impulser des politiques de « bienveillance » des personnes âgées. Par exemple, dans les départements du Cher et de l'Indre, les DDASS ont conjointement développé plusieurs actions. Il s'agit d'un numéro de téléphone dont la politique de communication est basée sur la diffusion d'affiches et de cartes « Non à la maltraitance » (format carte de crédit). Un questionnaire a été réalisé auprès de l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, afin de vérifier que les modalités d'accueil et de prise en charge respectent la santé, la sécurité, l'intégrité et le bien-être physique et moral et la dignité des personnes accueillies. Ensuite, pour intensifier ce dispositif d'alerte et de veille, il a été demandé de remettre à chaque résident une carte « Non à la maltraitance », où figure le numéro d'appel.

Je vais maintenant présenter les actions réalisées par l'EHPAD « Curie-Sembres », dans l'objectif de la « bienveillance » des résidents. Il est important de préciser que cet établissement se situe dans un département sensibilisé à la maltraitance des personnes âgées. Deux conférences sur ce thème ont eu lieu en l'espace d'un an et une antenne ALMA a vu le jour en janvier 2002. Les responsables de structures et services pour personnes âgées se sont beaucoup investis dans cette création.

3.2 La "bientraitance" des résidents : un souci de l'EHPAD "Curie-Sembres"

L'EHPAD « Curie-Sembres » s'est engagé depuis longtemps sur le chemin de la « bientraitance » des résidents. Dans cette partie, j'ai choisi de mettre en relief les actions qui ont un sens tout particulier pour moi, dans le cadre d'une politique de direction axée sur la "bientraitance" des résidents. J'aurai à cœur de réaliser ces actions dans la structure où la "bientraitance" des résidents me sera confiée. Malheureusement, la bonne volonté du Directeur d'une structure est toujours soumise à des limites, dont il faut avoir pleinement conscience pour ne pas se décourager.

3.2.1 L'accueil : une priorité dirigée vers tous les acteurs

L'accueil est une dimension importante qui s'adresse tant aux personnels qu'aux résidents car, souvent, aucun d'eux n'a anticipé cette nouvelle vie ou ce travail dans un tel établissement. La qualité d'un établissement n'est pas fonction des murs mais des personnels qui y exercent. Avant de penser l'accueil du résident, il faut donc penser celui du personnel.

3.2.1.1 Bien accueillir le nouveau soignant pour mieux accueillir le futur résident⁵⁶

L'amélioration de la prise en charge des résidents est essentiellement entre les mains du personnel. Toute action non comprise ou non acceptée, risque de ne pas être appliquée. De plus, *« pour être en mesure de donner du bonheur à d'autres êtres humains, il faut d'abord être heureux soi-même »⁵⁷*.

La signature de la convention tripartite le 26 décembre 2001 a mis l'EHPAD « Curie-Sembres » dans une situation tout à fait particulière. En effet, les moyens obtenus dans ce cadre ont permis de recruter du personnel. L'arrivée massive de nouveaux professionnels a été l'occasion de penser l'accueil des personnels dans l'institution.

⁵⁶ AUCLAIR-DOUAY, M. *Bien accueillir le nouveau soignant pour mieux accueillir le futur résident*. Note de réflexion, Certificat d'Études Supérieures Spécialisées Psychologie du vieillissement : Université Pierre Mendès France, Grenoble II, 2001.

⁵⁷ Ibid, p.4.

Cet accueil s'est matérialisé par la confection d'un livret d'accueil du personnel (cf. le livret d'accueil du personnel en annexe 7), destiné à présenter la structure et à faire connaître les droits et les obligations des agents de la fonction publique hospitalière.

Ce livret leur a été remis à l'occasion d'une réunion organisée par la direction afin de se présenter, de répondre aux éventuelles questions et de recueillir les premières impressions sur l'établissement.

L'accueil du personnel est complété par une visite de l'ensemble de l'établissement, la transmission des fiches de poste, un travail en double sur une certaine période et une note d'information qui informe tous les personnels et les résidents de cette arrivée.

L'objectif est que le nouveau professionnel s'imprègne de la structure dans laquelle il va travailler et s'intègre le mieux possible pour, à son tour, assurer un accueil de qualité aux résidents.

3.2.1.2 L'accueil du résident : l'importance de la première impression

L'accueil du résident est aujourd'hui une priorité dans les institutions. Elle marque le passage d'une conception hospitalière à une conception hôtelière. On a tendance à penser que l'accueil ne concerne que le premier jour. Or, il se pratique tout au long du séjour d'une personne âgée en établissement. La première impression est souvent la bonne mais, elle ne doit pas être déçue par la suite.

L'accueil commence par l'accueil téléphonique. Suite au premier contact, la visite préalable de l'établissement est fortement conseillée. Si la personne fait le choix de venir dans l'institution, il lui est proposé d'emporter du mobilier pour personnaliser sa chambre. Dès son entrée, la personne âgée est présentée aux autres résidents et, plus particulièrement, à ses voisins de chambre et de table. Dans la mesure du possible, la personne a le choix de ses voisins.

L'EHPAD « Curie-Sembres » a mis en place un protocole d'accueil (cf. le protocole d'accueil en annexe 8) et une réunion d'accueil, pour s'assurer de l'accueil réussi de chaque résident.

Le protocole d'accueil a permis de fixer la procédure d'admission d'un résident, pour éviter les dérives. Avec cet outil, quelle que soit la personne âgée et quel que soit l'accueillant, elle doit être accueillie de manière identique. Ce protocole a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire, composé des professionnels concernés directement par l'admission des résidents. Il s'agit plus particulièrement de l'administration et du service de soins. Ce protocole a ensuite été diffusé dans l'établissement et il est régulièrement évalué. Des modifications ont d'ores et déjà été mises en place. Par exemple, pour optimiser la qualité de l'accueil et être assuré de la disponibilité du

personnel, des jours d'entrée ont été définis. Bien sûr, si une admission est urgente, l'établissement sait s'adapter.

La réunion d'accueil est organisée par la direction. Un représentant par service, les résidents nouvellement arrivés et leurs familles sont conviés. Elle est réunie environ tous les mois, en fonction du nombre de personnes âgées admises dans l'établissement pendant la période écoulée. L'objectif de cette réunion est de présenter la direction, le personnel de l'établissement et les fonctions de chacun, les instances et de répondre aux questions des familles et des résidents. Une visite de la structure est réalisée à cette occasion. C'est aussi un moment convivial qui se termine par un goûter. Cette réunion permet aux différents acteurs de se connaître pour savoir à qui chacun peut s'adresser par la suite.

L'accueil, dans l'EHPAD « Curie-Sembres », c'est aussi, et tout simplement, un mot de bienvenue dans la chambre et l'identification immédiate du domicile privé de la personne âgée, en mettant nom et prénom sur sa porte d'entrée.

L'information documentaire fait aussi partie de l'accueil. Sa mise en place a précédé la loi dans l'EHPAD « Curie-Sembres ». Contrat de séjour, règlement intérieur et livret d'accueil sont formalisés depuis de nombreuses années. Le fait que la Directrice ait un parcours essentiellement sanitaire a fortement influencé ces initiatives. En effet, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale suit de très près ce qui se fait dans le secteur sanitaire, depuis plusieurs années.

Enfin, dans l'accueil il faut prévoir que toute entrée est révisable, même si la majorité des personnes âgées considèrent qu'il s'agit de leur dernière demeure. Le choix d'entrer en institution est parfois très difficile pour la personne âgée. J'ai assisté à cette difficulté : un vieux monsieur, ayant pour unique famille un neveu éloigné, a tout d'abord été admis à titre définitif. Face à sa difficulté d'adaptation, il est parti au bout de deux jours. Il est ensuite revenu pour voir s'il avait la possibilité de prendre ses repas dans l'institution. Il a ensuite souhaité ne prendre que son repas de midi. Quelque temps après, il a réalisé que son admission était nécessaire et lui-même avait intégré cette situation. L'établissement a su s'adapter à ces différentes demandes grâce notamment au personnel responsable de l'admission qui, à chaque hésitation, a tenté d'élaborer avec la personne âgée une solution, a su écouter, faire preuve de patience et n'a pas jugé. Cette expérience ponctuelle a fait prendre conscience à la direction que ces situations seront, dans l'avenir, de plus en plus fréquentes et que le contrat de séjour actuel n'est pas toujours adapté à cette exigence de souplesse.

L'accueil c'est aussi celui de la famille, qui a toute sa place dans l'admission. Les familles sont sollicitées pour les temps forts de la vie de l'institution. Des petits salons sont installés pour favoriser les rencontres et les horaires de visites sont entièrement libres.

L'accueil se poursuit tout au long du séjour et la mise en place de temps de participation contribue à une réussite du séjour dans la durée.

3.2.2 La participation à la vie de l'institution : une nécessité

La participation, lorsqu'elle n'est pas une obligation, est tout au moins une recommandation. Participer sera source de bien-être pour les uns et de motivation pour les autres. Mais, ce devoir de « faire participer » devra aussi prendre en compte que des personnes n'en ont pas envie.

3.2.2.1 De l'obligation légale à la participation quotidienne des résidents et des familles

La participation des personnes âgées hébergées en établissement est une priorité ancienne. La circulaire n°24 du 30 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement indique que « *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, quels que soient leur âge ou 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* ». Cette circulaire, qui s'adresse essentiellement aux établissements privés, précise aussi que « *les usagers sont associés obligatoirement au fonctionnement de l'établissement* », par le biais des conseils de maison et de leur intégration dans le Conseil d'Administration (CA). Le décret du 17 décembre 1985⁵⁸ renforce le dispositif et indique que, dans tous les établissements hébergeant des personnes âgées, il est institué un CE.

Cette instance doit vivre, bouillonner. Pour cela, la parole doit être effectivement donnée aux résidents et aux familles. A ce titre, l'EHPAD «Curie-Sembres » a fait le choix de s'écarter de la réglementation, en ce qui concerne l'élection des résidents et des familles. Après un appel à candidatures fructueux, l'EHPAD a conservé toutes les candidatures, en les répartissant sur des postes de titulaires et de suppléants. Deux raisons ont motivé cette composition du CE. D'une part, les résidents ont une espérance de vie en établissement de plus en plus courte, ce qui modifie en permanence la composition de cette instance. D'autre part, trouver des candidats n'est pas une mince

⁵⁸ Décret n°85-1114 du 17 octobre 1985 relatif à l'association des usagers, des familles et des personnels au fonctionnement des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées et à la création de conseil d'établissement.

affaire. Associer les résidents et les familles, c'est aussi ne pas les décourager lorsqu'ils souhaitent participer.

La participation des résidents est aussi recherchée au travers de leur intégration dans les différentes commissions. A la participation réglementaire au CA, s'ajoute celle à la commission des menus animée par une diététicienne et au comité d'animation. Le résident est réellement considéré comme une personne à part entière. C'est ainsi que chaque CA est suivi d'un repas où les représentants des résidents sont conviés, au même titre que les administrateurs.

De plus, l'animatrice a réalisé une fiche individuelle d'animation. Celle-ci doit être remplie pour chaque nouveau résident. Le résident et sa famille sont associés à cette démarche puisqu'il s'agit de repérer les activités antérieures de la personne, pour mieux la connaître et faire en sorte que l'entrée en institution ne soit pas une rupture avec son mode de vie antérieur. Cette fiche permet aussi de faire un suivi, en lien avec le service de soins, pour mesurer l'évolution et éventuellement recadrer la prise en charge, c'est à dire solliciter la personne ou satisfaire son souhait de se désengager de la vie sociale.

Enfin, la réforme de la tarification, qui a modifié de manière conséquente le prix de journée pour les résidents, a été l'occasion d'associer les familles à cette évolution. Les services administratifs se sont mobilisés, sur une soirée, pour rencontrer les familles et leur expliquer les fondements et les conséquences directes de la réforme de la tarification combinée à celle de l'APA sur la facturation.

Dans le cadre de cette réforme, la démarche qualité est une opportunité pour repenser le rôle des résidents et des familles. Il est d'ailleurs prévu de les associer à cette démarche, dans le cadre de groupes de travail.

L'association des résidents et des familles, si elle est recherchée, n'est pas toujours possible en regard de la dépendance de certains et de l'indisponibilité des autres. L'implication des personnels est un élément qui peut favoriser celle des usagers.

3.2.2.2 De la participation à l'implication des personnels

La participation des personnels en établissement passe essentiellement par leur intégration dans des commissions réglementaires ou « maison ». Elle entraîne l'implication des professionnels qui peut être favorisée par leur formation, leur information et leur soutien.

La formation est un point fort de l'établissement. Sur le modèle hospitalier, un plan annuel de formation est réalisé. Préalablement, tous les agents sont sollicités sur leurs souhaits. Le document final est un savant mélange des souhaits des agents et des exigences de l'établissement. Le budget réservé à la formation est étendu par un

financement hors plan, qui permet, en cours d'année, de financer des actions non planifiées. Tant les formations qualifiantes que les actions ponctuelles sont privilégiées. Cette année, deux Agents des Services Hospitaliers (ASH) ont pu participer à des formations qualifiantes et une Aide Soignante (AS) est en formation d'AMP. L'année prochaine, une IDE intégrera l'année préparatoire au concours d'entrée à l'école des cadres et une ASH suivra le Diplôme Professionnel d'Aide Soignante (DPAS). Enfin, la formation est valorisée et le bénéfice étendu à tous les acteurs de l'établissement par le biais du journal d'établissement, dans lequel figure systématiquement une synthèse des formations élaborée par les participants.

L'information des agents est aussi importante. L'an passé, tous les agents de l'établissement ont bénéficié d'une journée d'information et de sensibilisation à la démarche qualité. La mise en place des 35 heures a favorisé ce type d'initiative. Les réunions sur ce thème ont été multiples : présentation du protocole, des décrets d'application...

La nécessité de soutenir le personnel est aussi prise en compte. Un groupe de parole, animé par une psychologue extérieure à l'établissement, s'est mis en place. La participation est basée sur le volontariat. Les personnels sont informés de la venue de la psychologue d'une séance sur l'autre. Ce groupe fonctionne environ deux fois par mois. Elle alterne sa présence sur les deux sites de la structure, « la maison » et « la résidence ». Disposer d'un espace de parole et d'échange est indispensable pour le personnel. Cela permet de le « libérer », face aux difficultés rencontrées quotidiennement telles que l'agressivité et la confrontation à la mort. A l'occasion d'un groupe de parole, j'ai constaté que la participation des personnels n'allait pas de soi. Ils ont d'une part beaucoup de mal à se rendre disponibles pour ce groupe et, d'autre part, du mal à s'exprimer. Par contre, très rapidement le groupe de parole peut prendre une autre tournure. Un simple mot peut donner matière à parler pendant des heures.

L'implication du personnel passe aussi par des échanges avec l'extérieur. L'EHPAD « Curie-Sembres » a pour habitude de travailler en collaboration avec les trois autres EHPAD publics du département. Dans ce cadre, des formations sont organisées conjointement et l'informatisation des quatre structures s'est faite simultanément. Pour les personnels, les formations sont l'occasion de se rendre dans d'autres structures, d'échanger avec des collègues en proie aux mêmes préoccupations. Le bénéfice est le même pour les cadres de santé, chargés de l'organisation. L'informatisation s'est faite solidairement entre les structures. Cela permet aux professionnels d'échanger lorsqu'ils rencontrent des difficultés, ce qui n'est pas négligeable, car, les problèmes vont au rythme de l'informatisation, et le tableau des effectifs des petits établissements ne prévoit pas de responsable informatique.

3.2.2.3 Des outils au service de tous les acteurs

Le journal interne est un moyen de donner la parole aux différents acteurs et de valoriser l'image de la structure. Résidents, personnels et familles sont invités à produire des articles. Chaque arrivée, départ de résidents ou de personnels sont mentionnés. De plus, chaque résident bénéficie d'un entretien, sur sa vie passée ou sur un sujet qui lui tient à cœur. La retranscription de ce temps d'échange fait l'objet d'une publication. Cela marque l'événement. Ce journal, trimestriel, est diffusé très largement : résidents, familles, personnels, intervenants extérieurs, administrations, autres professionnels du secteur dans le département et hors département (cf. le journal de l'établissement en annexe 9), ce qui est d'autant plus valorisant.

La participation des résidents, du personnel et des familles est aussi recherchée au travers de la boîte à idées. Il est d'ailleurs prévu, dans le cadre de la démarche qualité, de repenser ce système, pour que tous les acteurs internes et externes à l'institution en fassent usage.

Susciter la participation est un axe fort de la politique de direction. L'EHPAD « Curie-Sembres » travaille, en parallèle, toujours son image.

3.2.3 L'image de l'établissement : un travail de tous les instants

Nous l'avons vu, les établissements d'hébergement pour personnes âgées souffrent d'une mauvaise image. La Direction s'attache donc à la valoriser dès que possible.

L'image de l'établissement est mise en avant et la dynamique du personnel renforcée par la réponse à différents appels à projets. Chaque occasion est bonne pour valoriser, reconnaître le travail qui est fait et favoriser l'émergence d'idées et d'initiatives. En un an, sur trois projets présentés, deux ont été financés. La subvention de la Fondation des Hôpitaux de France a permis de créer un espace de rencontre familles-résidents et la Fondation de France a contribué à l'achat d'un minibus pour les résidents. La bonne entente avec la presse locale a permis de communiquer ces expériences au grand public. Cela montre que l'on peut envisager des actions pour les personnes âgées et revaloriser l'image d'un établissement, de son personnel et de ses résidents.

L'image de l'établissement est aussi perceptible au travers du livret d'accueil, mis à jour régulièrement, et du site internet nouvellement créé. L'accueil de stagiaires est aussi un moyen de donner une image dynamique de la structure. Au quotidien, des repas à thèmes ou des activités intergénérationnelles sont organisés. Chaque fois, c'est l'occasion d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et de faire pénétrer l'extérieur à l'intérieur.

Dans cette optique, une journée portes ouvertes devrait être organisée pour montrer que les « mouiroirs » n'existent plus.

Malgré tout, les initiatives d'un Directeur rencontrent des limites, qu'il faut évoquer.

3.2.4 Les limites à la volonté de « bientraitance »

Tout le travail réalisé au profit de l'accueil, de la participation et de l'image de l'établissement a ses limites. Ainsi, il convient de parler des freins que peut rencontrer un Directeur d'établissement pour rendre effective la « bientraitance » des résidents.

La principale limite, jusqu'à un passé proche pour l'EHPAD « Curie-Sembres », est le manque de personnel. L'apport de la signature de la convention tripartite est conséquent, puisque le ratio en personnel est passé de 0.4 à 0.6. Cependant, la structure se heurte à d'autres difficultés : la pénurie de personnel et sa mobilité. Le manque de personnel est général sur le territoire national. L'impact de l'augmentation du nombre de places dans les écoles d'infirmiers et d'aides soignants sera tardif par rapport aux besoins. Les petits établissements pour personnes âgées sont d'autant plus pénalisés qu'ils ont souvent une implantation rurale, moins attractive.

Un autre exemple concret et récent concerne le contrat de séjour. Il a été récemment révisé pour être conforme à la loi de novembre 2001 relative à l'APA. Cependant, malgré la bonne volonté de la structure, il ne sera définitif qu'après la révision du règlement départemental d'Aide Sociale, qui fixe les règles relatives aux absences des résidents et à la définition des modalités de gestion de l'APA. Or, les départements sont actuellement engorgés par le traitement des dossiers. Les établissements vivent dans un contexte d'incertitude, où le préjudice porte sur le résident, qui peut être victime d'une mauvaise facturation et qui n'a pas tous les éléments de compréhension (puisque l'établissement lui-même ne les a pas !).

De plus, certains facteurs de « bientraitance » ne peuvent être respectés, notamment la mise en place d'espaces de qualité, sans mettre en œuvre des travaux d'importance. L'arrêté de 1999 fait état, par exemple, de recommandations minimales dans ce domaine. Chaque chambre doit être équipée d'un cabinet de toilette (douche, lavabo et sanitaires), et dotée d'une kitchenette, dans un espace de 18 à 22 m². Or, nombreux sont les établissements qui achèvent leur humanisation, sans avoir intégré ces normes. Il faudra sûrement attendre un certain temps, que les crédits contractés soient amortis, pour réaliser d'autres travaux de cette ampleur.

Enfin, pour impulser un changement, il faut introduire la culture du changement. Or, on sait combien les personnels sont frileux voire résistants au changement. La notion de temps fait partie intégrante des projets.

En synthèse et à la lumière de ces expériences, une politique de direction centrée sur la "bienveillance" des usagers doit, selon moi, prendre en compte les éléments qui suivent :

⇒ L'accueil :

⇨ Des personnels : livret d'accueil, réunion d'accueil, visite complète de la structure, fiches de poste, période de travail en doublure, note d'information.

⇨ Des résidents : accueil téléphonique, visite de la structure, choix de la chambre, de la place à table, possibilité d'emmener son mobilier, protocole d'accueil, réunion d'accueil, mot de bienvenue, identification du domicile privé, règlement intérieur, contrat de séjour, livret d'accueil.

⇒ La participation à la vie de l'institution, l'implication et le soutien :

⇨ Des personnels : CA, CE, Comité Technique Paritaire (CTP), Commission Administrative Paritaire (CAP), commissions ad hoc, plan de formation et actions hors plan, informations relatives aux évolutions de l'établissement, groupe de discussion ou entretien individuel avec une psychologue, travail en collaboration avec des professionnels de structures similaires.

⇨ Des résidents et des familles : CA, CE, commission des menus, comité d'animation, comité qualité, fiche individuelle d'animation, information personnalisée relative aux évolutions de l'établissement.

⇨ Autres : journal d'établissement, boîte à idées, enquête de satisfaction...

⇒ L'image de l'établissement : réponse à des appels à projet, actualisation de l'information documentaire, site internet, accueil de stagiaires, activités intergénérationnelles, journée portes ouvertes.

Cette liste n'est pas exhaustive, car je souhaitais m'appuyer sur des expériences vécues et réussies. Dans la partie qui suit, j'aborde deux points qui me semblent centraux dans une politique de direction centrée sur la "bienveillance" des usagers : le projet de vie et le projet social.

3.3 Une politique de direction centrée sur la « bienveillance » des usagers

La mission du directeur est vaste et complexe pour assurer la "bienveillance" des usagers, au regard des négligences qui sont potentiellement partout dans une institution. Deux projets permettent d'atteindre cet objectif, le projet de vie centré sur la personne

âgée et le projet social qui s'adresse aux professionnels. Pour terminer, je note des attitudes du Directeur qui me semblent incontournables pour favoriser la « bienveillance » des résidents.

3.3.1 Relever le défi de l'individualisation de la prise en charge

Chaque institution doit être dotée d'un projet institutionnel. Il se compose du projet d'établissement, où figurent les grandes orientations de l'établissement pour une prise en charge de qualité des personnes âgées accompagnées, et, du projet de vie, qui touche directement la vie des résidents au quotidien. Le projet d'établissement constitue une obligation réglementaire toute nouvelle pour les établissements hébergeant des personnes âgées. Il se décline en différents projets : projet de vie, projet de soins, projet social, projet médical, projet d'animation. Lorsque l'on fixe son attention sur l'usager, c'est le projet de vie qui prime.

3.3.1.1 Le projet de vie : tout ce qui peut aider les résidents à trouver une raison de vivre

Le projet de vie est centré sur la personne âgée. Il fixe les grands axes de la prise en charge quotidienne des personnes âgées accueillies dans l'institution. C'est l'ensemble des normes qui s'imposent aux intervenants, dans leur travail.

« *Le respect des droits des résidents découle naturellement de l'élaboration du projet de vie* »⁵⁹. Le projet assure la primauté du résident, par rapport à l'exigence de l'organisation des services.

C'est une entreprise complexe, car le projet de vie porte sur l'humain, avec la complexité de l'être humain et le cheminement personnel de chacun. Il a pour défi de concilier l'individu et la collectivité ; le personnalisé et l'anonyme ; le librement consenti et l'obligatoire.

Un projet est primordial car l'ennui peut rendre la vie intolérable, tant pour les usagers que pour le personnel. Son but est de réinscrire les trois partenaires, personnels, résidents et familles, dans une relation triangulaire où chacun conserve son statut et son rôle propre.

Le directeur est garant du projet. « *Seule la persévérance des gestionnaires pour ne pas dire l'opiniâtreté des gestionnaires peut venir à bout des résistances et des conduites*

⁵⁹ BRAMY, G. *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées - théorie et pratique*. Paris : Berger-Levrault, 2000, p.115.

*d'évitement développées par les acteurs »*⁶⁰. Pour ce faire, il propose une démarche rigoureuse et des outils méthodologiques.

Selon moi, l'esprit du projet de vie marque la fin de l'institution totalitaire et du Directeur tout-puissant. Si rien n'est possible sans l'adhésion, l'implication et la transparence du Directeur, il est impératif d'associer les résidents, les personnels et les familles. Le double discours, qui serait de prôner d'un côté la participation et de l'autre de fonctionner sur un mode très hiérarchique entrave la bonne marche d'un projet. Des moyens appropriés pour recueillir et valoriser la parole de chacun sont alors recherchés. Le Directeur est l'animateur du projet. A défaut, il peut faire appel à un formateur extérieur. Un tiers facilite, parfois, la parole et la pensée de chacun.

Un « bon » projet est un projet réaliste, c'est à dire adapté à la situation géographique, à la nature institutionnelle, à l'histoire et à l'identité de l'établissement. Sa dimension doit être raisonnable et respectueuse des capacités financières d'un établissement. Un projet sur-dimensionné par rapport aux possibilités de la structure serait inutile pour l'usager et sa famille et démotivant pour le personnel.

Un projet ne peut s'appliquer que s'il est connu des différents acteurs. Familles, résidents, personnels et intervenants extérieurs doivent se l'approprier. Pour ce faire, une diffusion très large est assurée. Si la reproduction d'un exemplaire par personne n'est pas envisageable en terme de coût, le projet est mis à disposition, dans un lieu su et connu de tous.

Enfin, un suivi du projet et une réflexion sur l'évolution des pratiques sont organisés. « *Un projet rigide est un projet mort, pire un instrument de mort* »⁶¹. La mission du Directeur est donc de le faire évoluer.

Le projet de vie est un luxe nécessaire en gériatrie. Pour le mettre en place, il faut se donner le temps ainsi que les moyens d'y parvenir. Le projet de vie individualisé constitue la suite logique du projet de vie, pour être au plus près des besoins des personnes âgées.

3.3.1.2 Le projet de vie individualisé : un idéal à atteindre

La déclinaison du projet de vie en un projet de vie individualisé, c'est à dire adapté à chaque personne âgée, est un nouvel objectif dans la prise en charge des personnes âgées. La loi du 2 janvier 2002 assimile le contrat de séjour à un document individuel de prise en charge. Dans cette optique, les contrats existants devront singulièrement évoluer.

⁶⁰ Ibid. p. 48.

⁶¹ RESEAU DE CONSULTANTS EN GERONTOLOGIE. *Projet de vie – des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement* Paris : La Fondation de France, 1995, p.25.

A mon sens, l'individualisation de la prise en charge porte sur tous les actes de la vie quotidienne : l'alimentation, un régime ? ; l'hydratation, à quel rythme ? ; les soins, quelle nature ? ; l'animation, quels centres d'intérêts ? ; le lien avec les familles ; comment ?

L'élaboration du projet de vie individualisé est un travail qui relève de l'équipe pluridisciplinaire. L'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée, tant internes à la structure qu'externes, ainsi que le résident et sa famille, doivent être associés.

La mise en place du projet de vie individualisé est optimisée avec la désignation d'un référent lors de l'admission. Les résidents ont montré le prix qu'ils attachaient à avoir une personne ressource dans l'établissement.

Une actualisation périodique, réunissant les mêmes personnes, est nécessaire. Souvent, l'état d'une personne âgée évolue très rapidement en établissement. Dans le secteur de l'enfance et des personnes handicapées, la réunion hebdomadaire de synthèse est un outil de suivi d'usage courant. Pour les personnes âgées, cette démarche divise les Directeurs d'institutions : certains estiment que ces réunions sont nécessaires pour que la prise en charge soit adaptée à la personne âgée, d'autres sont contre du fait que la personne âgée est un adulte comme les autres. Enfin, d'autres proposent d'intégrer la personne dans ces réunions, pour faire en sorte qu'elle soit réellement acteur de son projet. Ces pratiques en sont à leurs prémices, dans notre secteur. A mon sens, ces réunions sont la suite logique de la mise en place du projet de vie individualisé. L'intégration des résidents, voire des familles doit être évaluée au cas par cas. Le suivi est actuellement fait au quotidien, par le biais des transmissions, qui sont dans l'idéal informatisées, ce qui permet de centraliser rapidement les informations sur chaque résident. La culture orale est très prégnante en établissement et est un réel frein à la formalisation d'un suivi de la personne âgée dans toutes ses dimensions.

Pour mener à bien le projet de vie et les projets de vie individualisés, les agents doivent être formés à ces démarches, pour en comprendre la finalité et la mise en œuvre pratique. Nous allons voir que la formation est un axe fort de réflexion en gériatrie.

3.3.2 Former, informer et soutenir les personnels : l'importance du projet social

Le projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. Son caractère obligatoire est affirmé pour les établissements de santé dans la loi de modernisation sociale⁶². Il doit permettre de fédérer l'ensemble des personnels autour d'objectifs

⁶² Article 1 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

communs, dans une culture d'établissement partagée. Les personnels s'investiront d'autant plus facilement que les orientations de l'établissement seront compréhensibles. La formation, l'information et le soutien du personnel sont des axes de travail qui permettent d'y parvenir.

3.3.2.1 La formation : un axe à privilégier

Le manque ou l'absence de formation du personnel est une des grandes lacunes du secteur gériatrique, qui favorise les négligences. La circulaire du 8 juin 2000⁶³ associe implicitement la lutte contre les maltraitements et la formation.

La circulaire DHOS-DGAS n°2001-504 du 23 octobre 2001 rappelle que « *la qualification des personnels des établissements accueillant des personnes âgées est un objectif nécessaire à la démarche d'amélioration continue de la qualité qui vise à garantir à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins* ». L'exigence de formation s'applique à l'ensemble des catégories professionnelles, du Directeur à l'agent de service. Conformément aux orientations de la réforme de la tarification, la formation devrait connaître un essor important.

La formation initiale est devenue une obligation pour certains corps de métiers. On ne s'improvise plus aide soignante ou infirmière depuis longtemps. Demain, on ne doit plus s'improviser Directeur ou ASH.

La circulaire du 30 avril 2002⁶⁴ indique que la « *prévention des violences et maltraitements en institution passe aussi par un renforcement de la vigilance au niveau du recrutement du personnel* ». Le Directeur, lors du recrutement a pour mission de vérifier que les candidats sont bien titulaires du diplôme exigé et n'ont pas d'interdiction d'exercer. Cette obligation concerne tant le personnel, que les bénévoles. S'assurer des motivations des candidats est aussi un préalable indispensable, car choisir son métier et son secteur, c'est la base, pour réaliser un travail de qualité. Dans ce sens, le Directeur doit définir une véritable politique de recrutement, et développer l'usage de grilles d'entretien.

La politique de formation a vocation à s'intéresser à l'ensemble des acteurs, quel que soit leur statut. Une politique globale et cohérente permet de maintenir et d'améliorer

⁶³ Circulaire DAS n°2355 du 8 juin 2000 relative à la lutte contre la maltraitance et la formation des travailleurs sociaux.

⁶⁴ Circulaire n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

la qualité de la prestation. La formation continue est valorisée par l'élaboration d'un plan de formation. L'association des personnels à son élaboration, par exemple, par le biais des fiches de ~~vœux~~, est fortement recommandée. Le plan doit favoriser l'accès à des formations diplômantes ou à des actions ponctuelles. Les premières peuvent répondre à plusieurs objectifs. D'une part, permettre à des personnels non diplômés d'être en conformité avec l'exigence de qualification. D'autre part, répondre à une demande personnelle d'évolution dans le cadre du projet professionnel de l'agent ou, à un besoin de l'établissement.

Les actions ponctuelles se doivent d'être pratiques et pragmatiques, au plus près du malade et répondent à des questions relatives aux points clefs de l'exercice en gériatrie. Elles devront aussi permettre de comprendre certaines situations, telle que l'agressivité des résidents. Face à l'accroissement de la dépendance et des démences, les questions pratiques et éthiques sont de plus en plus nombreuses en institution pour personnes âgées. Elles ne doivent pas être éludées. La contention, la prévention des chutes et des escarres, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, la manutention et d'une manière générale les droits de la personne âgée sont des thèmes de formation incontournables actuellement dans les plans de formation.

La faible souplesse au niveau des effectifs est une difficulté, dans les petits établissements. Le personnel fonctionnant à flux tendu, la moindre absence bouscule toute une organisation. Peut-être est-ce une des raisons qui ont freiné le recours à la formation jusqu'ici ? Une aide soignante témoigne : « *C'est vrai que la solution, c'est la formation. Je me suis bagarrée pour venir ici avec mes collègues* »⁶⁵. Une politique de remplacement du personnel permet d'éviter cet écueil, de même que le développement de la formation sur site.

La formation, outre son aspect formel, peut être un espace de parole. Or, la qualité du personnel dépend aussi du dialogue social qui est instauré.

3.3.2.2 L'information : la promouvoir par tous les moyens

L'information est aussi un point essentiel, un facteur favorisant la « bienveillance » des résidents. L'information a pour but d'associer les personnels aux évolutions de l'établissement.

Au quotidien, les transmissions du personnel soignant sont très établies. Mais, les informations qui y circulent restent centrées sur la tâche du soignant. L'information a un

⁶⁵ *Oui, des personnes âgées sont maltraitées ! Alors ? Que faire ?* Journées d'information et de réflexion. 13 et 14 septembre 1996. ALMA France, Grenoble, p. 92.

but plus large. Elle peut passer par le biais de réunions périodiques, sur des thèmes spécifiques, tels que le suivi de l'activité ou la répartition des personnes âgées en Groupe Iso Ressources (GIR). Permettre aux personnels de se situer dans l'organisation de l'établissement est source d'implication et donc de motivation. Cette dernière est essentielle, car si elle fait défaut, aucune logique de projet ne peut se mettre en place. La réforme de la tarification, qui est une révolution culturelle pour les établissements accueillant des personnes âgées, est une opportunité à saisir pour mettre en place un système d'information du personnel. Ce dernier doit être au courant des changements pour, d'une part en être acteur et être capable de relayer l'information auprès des résidents et des familles, et, d'autre part, s'impliquer dans les réflexions sur l'avenir de la structure. Cela commence par une sensibilisation au nouveau vocabulaire : EHPAD, ANGELIQUE, APA ; aux nouvelles exigences : contrat de séjour, projet d'établissement, projet de service, protocoles. *« La question de la tarification va donc constituer un nouveau centre d'intérêt qui ne manquera pas de susciter une polémique au sein de nos établissements »*⁶⁶.

La participation de représentants des professionnels aux commissions de l'établissement est aussi un vecteur d'information. CA, CTP, CE, CAP et Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sont autant d'instances où sont prévus formellement les représentants des personnels. Les personnels peuvent aussi être intégrés au fonctionnement de l'établissement par le biais de commissions ad hoc tel que le comité de pilotage pour la qualité ou pour les 35 heures. Aussi, faut-il s'assurer que ces personnes ont compris la mission qui leur incombe et qu'elles diffusent l'information auprès de leurs collègues

Tous les vecteurs d'information peuvent être utilisés tels qu'un feuillet joint au bulletin de paye, les notes d'information, l'utilisation des tableaux d'affichage, et être coordonnés dans le cadre d'une politique de communication.

L'information doit s'accompagner de temps d'expression du personnel et, à l'image de ce qui se fait dans le monde hospitalier, des réunions d'expression libre peuvent être envisagées.

Si la formation et l'information sont destinées à impliquer le personnel dans son travail, il n'empêche que le travail auprès des personnes âgées est difficile et favorise l'usure. Or, l'usure entraîne la négligence. Le soutien des professionnels, qui est un facteur d'amélioration des conditions de travail est nécessaire.

⁶⁶ BRAMY, G. *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées - théorie et pratique*. Paris : Berger-Levrault, 2000, p.51.

3.3.2.3 Le soutien : une nécessité

Le soutien du personnel est aussi prévu dans les recommandations de la réforme. On assiste à une montée en charge du rôle des psychologues dans les établissements pour personnes âgées. Il peut intervenir sous la forme d'entretiens individuels ou de groupes de parole, auprès du personnel et des résidents.

La maltraitance est une « maladie de la tolérance ». Il faut donc apprendre à passer la main. Le psychologue permet de libérer la parole, de déculpabiliser la personne et de l'aider à élaborer des solutions.

L'action du psychologue sera d'autant plus bénéfique en institution que le travail réalisé s'inscrit dans le projet de l'établissement. La collaboration avec le Directeur permet d'impulser une dynamique, afin que le psychologue soit en synergie avec le travail de l'équipe pluridisciplinaire.

Les entretiens annuels d'évaluation, pratiqués dans la fonction publique, sont aussi un temps privilégié où il est important de déceler les facteurs de risques de négligence liés à l'épuisement du professionnel.

En conclusion, je reprendrai la parole de R. HUGONOT qui indique que « *dans leur grande majorité, ces personnels sont admirables de passion pour leur travail, de dévouement pour leurs malades, d'intérêt pour la relation avec les familles* »⁶⁷.

Si la logique de projet et la politique de gestion des ressources humaines sont des axes à privilégier pour assurer la « bienveillance » des résidents, il existe encore bien d'autres pistes. L'attitude propre du Directeur est loin d'être négligeable.

3.3.3 Les autres leviers d'action du Directeur

Le Directeur est multifonctions. Il est dedans, il est dehors. Deux points me semblent essentiels en regard de la « bienveillance » des résidents : l'impulsion du changement par le Directeur et la gestion de son emploi du temps, qui ne doit pas négliger la présence dans l'établissement.

3.3.3.1 Impulser le changement et donner l'exemple

Le Directeur est en quelque sorte l'âme de la maison. Il est garant du changement. G. BRAMY indique que « *les directions sont pleines de réticences devant l'ampleur*

⁶⁷ HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998, p. 75.

desdits changements à apporter, dans la mesure où ils vont bouleverser des habitudes bien assimilées à ce jour »⁶⁸.

La résistance au changement existe aussi dans le corps de direction. Le Directeur, pour élaborer et impulser une politique « bientraitante », doit donc surmonter ses propres freins, sans quoi, rien n'évoluera. D'autant plus que, le challenge à venir est la diversification des activités. Lorsque le maintien à domicile atteint ses limites, il n'existe pas ou peu de structures de compensation. Le besoin est réel. En parallèle, face au développement des services à domicile, les établissements ont une nécessité de survie, qui amènera certains à transformer des lits en Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), en hébergement temporaire ou en accueil de jour.

Le changement doit aussi être impulsé vis à vis de l'extérieur. Le Directeur doit faire reconnaître le travail qui est réalisé, pour faire évoluer les moyens humains et matériels de la structure, même s'ils ne sont pas la seule raison justifiant les négligences en institution. Avec l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies, à ratio égal la prise en charge est impossible. La dépendance s'accompagne de l'incontinence, qui requiert un change régulier, des escarres, qu'il faut prévenir ou soigner par des massages et des soins, de la démence qui nécessite une grande vigilance, donc du temps de présence et de surveillance, de la prise en charge de la fin de vie et de la douleur avec des soins de confort et l'hydratation. Ce travail peut être valorisé en montrant aux tutelles le travail qui est réalisé, voire en les invitant à venir dans la structure.

Il faut aussi donner l'exemple par son comportement. Il y a des Directeurs qui tutoient leurs résidents. Le seul cas qui puisse justifier cette appellation est la venue dans l'établissement d'une personne que le Directeur connaissait auparavant. Il faut alors expliquer cette situation au personnel, car une parole est vite mal jugée et ouvre la porte à bien d'autres abus.

De plus, pour ne pas que les situations de négligences se réitèrent, il y a des choses qu'il ne faut pas laisser passer. Il faut être vigilant au temps écoulé entre le moment où l'événement est signalé et l'entretien avec la personne. « *Dans nos établissements, paradoxalement, la maltraitance financière qui se voit rarement est beaucoup plus facilement et gravement sanctionnée que la maltraitance physique* »⁶⁹. Il faut savoir dire ce qui ne va pas, mais aussi ce qui va.

Pour pouvoir observer, la présence sur le terrain est indispensable. Nous allons aborder cette notion dans la partie finale.

⁶⁸ BRAMY, G. *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées - théorie et pratique*. Paris : Berger-Levrault, 2000, p. 12.

⁶⁹ MOULIAS, R. in *Oui, des personnes âgées sont maltraitées ! Alors ? Que faire ?* Journées d'information et de réflexion. 13 et 14 septembre 1996. ALMA France, Grenoble, p.90.

3.3.3.2 Gérer son temps : un défi pour le Directeur

Cette gestion demande une grande agilité pour trouver un compromis entre deux devoirs : la présence sur le terrain et la communication extérieure.

La présence sur le terrain est indispensable, nous l'avons vu, lorsque la parole a été donnée aux résidents, aux familles et aux personnels. Elle permet d'apprendre à regarder, écouter, observer, pister et constater ce qui se passe. Ce n'est pas évident. C'est aussi l'occasion de créer des espaces de parole informels. Le Directeur, qui est très sollicité à l'extérieur, doit aussi savoir passer le relais à un cadre de confiance.

La communication est un aspect important dans la fonction du Directeur. Elle est favorisée aujourd'hui avec l'exigence de travail en réseau. Toute forme de coopération est bénéfique pour un petit établissement. Elle permet d'apporter des réponses pluridisciplinaires, que l'établissement n'a pas toujours en interne. C'est aussi l'occasion de bénéficier de compétences spécialisées, par exemple, en signant une convention avec le secteur psychiatrique ou avec un réseau de soins palliatifs.

La communication prend tout son sens par rapport à la concurrence accrue entre établissements hébergeant des personnes âgées et, d'autre part, l'image de ces établissements. Si toutes les structures, tant publiques que privées, signent une convention tripartite, il n'y aura alors plus que des EHPAD. La concurrence va être renforcée et les clients deviendront de plus en plus exigeants. La qualité, associée à une solide politique de communication, permettront de distinguer les structures. Enfin, la communication permet de valoriser les réalisations nouvelles et innovantes, pour petit à petit changer l'image des « mouroirs », encore trop ancrée dans la mémoire collective.

Pour finir, dans la gestion de son temps, le directeur devra appréhender l'impact de la réforme, pour ceux qui n'y sont pas encore entrés. La lecture du cahier des charges en dit long sur le temps de travail à consacrer à cette mission. Pourtant, il s'agit d'une réforme, qui, si elle est bien menée, a pour but final d'assurer une prise en charge de qualité des personnes âgées. L'auto-évaluation permet de mener une réflexion où les professionnels replacent leurs pratiques par rapport à des critères de qualité. Les dissonances qui apparaissent sont souvent des négligences banalisées sous couvert de soins ordinaires.

CONCLUSION



Source : *Sensibilisation sur des abus possibles par négligence ou omission*⁷⁰.

⁷⁰ Pr L. MIAS. *Sensibilisation sur des abus possibles par négligence ou omission. 38 scénarios de violences existentielles*. www.multimania.com/papidoc.

L'image ci-contre est l'exemple même de négligence banalisée sous-couvert de soins ordinaires, qui va à l'encontre des droits les plus élémentaires des personnes âgées. La scène présentée met en avant plusieurs écueils : la soignante appelle la résidente « mémé », ce qui est un manque de respect, l'intimité de la personne n'est pas respectée, car ses fesses sont visibles et la soignante impose son propre rythme.

J'espère que la lecture de cette recherche éveillera la conscience de chaque lecteur, comme la mienne a pu l'être au travers de ces recherches et de ces études auprès des personnels, des résidents et des familles. Au quotidien, dans le feu de l'action, ces situations sont fréquentes et les soignants, ou tout autre personnel, n'ont même plus conscience que ces gestes sont des négligences, perçues comme de véritables violences par les personnes âgées. C'est ouvrir la porte alors que la personne est nue, ne pas frapper avant d'entrer, ne pas demander l'avis de la personne âgée concernant ses souhaits pour les actes les plus élémentaires de la vie quotidienne, c'est agir ou parler à la place de la personne pour aller plus vite, aller à l'encontre de ses habitudes culturelles, organiser le travail en fonction des besoins du personnel, retarder une demande, montrer ses préférences pour un résident ou un autre, ne pas dire bonjour, retirer un plat de la table sans excuses, ne pas présenter les nouveaux résidents par leur nom et prénom, pousser une personne en fauteuil roulant sans lui dire où on l'emmène. Les exemples sont multiples.

La limite de ce travail est que les études réalisées font insuffisamment ressortir les négligences quotidiennes, telles que décrites dans les exemples ci-dessus. Par ce biais, le débat a été initié. Le Directeur d'un établissement doit par la suite l'approfondir car il est empreint de la peur de chacun des acteurs d'évoquer précisément des situations difficiles. Le Directeur doit aussi impulser une réflexion sur les pratiques pour mesurer les dérives et trouver, dans le cadre de l'interdisciplinarité, les solutions pour garantir la qualité de vie à chaque personne âgée accueillie en institution.

Selon Paul MOREL, le résident qui a pris le cœur de communiquer avec moi sur ce sujet, « *aimer est le point de départ de tout, le terreau de tout, l'oligo-élément nourricier d'où sortiront les mots, le ton et l'intonation juste* ». Le point de départ est donc que chaque intervenant auprès des personnes âgées aime son travail.

Ensuite, la présence sur le terrain et les évaluations régulières permettent de recentrer l'action car les dérives sont probablement inévitables. Les procédures d'auto-évaluation ou d'accréditation sont des moyens d'analyse objective des pratiques pour éviter de faire de l'autosatisfaction ou de sombrer dans l'excès de suspicion. La variété des situations rend nécessaire une capacité de discernement et d'analyse avant de porter un jugement.

Mais, «*attention qu'un excès de balanciers ne nous fasse pas construire des institutions aseptisées, lisses et sans aspérités* »⁷¹ car, comme la vie de chacun, la vie dans l'institution est sujette à quelques turbulences. Ne perdons pas de vue que nous travaillons pour des humains, avec des humains animés de tensions et d'émotions, qui ne fonctionnent pas comme des machines, à même d'appliquer des protocoles parfaits.

⁷¹ Pr. BERTHEL M. Entre excès de suspicion et négligence in *Gérontologie et société*. La maltraitance. Mars 2000, n°92, p. 199.

Bibliographie

Ouvrages

- * AMYOT, J.J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris : Dunod, 1998. 246 p.
- * AMYOT, J.J ; VILLEZ, A. *Risque, responsabilité et éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris : Dunod, 2001. 214 p.
- * ARCAND, M., BRISSETTE, L. *Prévenir l'épuisement en relation d'aide : démarche, formation et animation*. Québec : Edition Gaétan Morin, 1994. 131 p.
- * ARGOUD, D., PUIJALON, B. *La parole des vieux*. Paris : Dunod, 1999. 228 p.
- * AUDIGIER, G. *Marketing et action commerciale*. Paris : Dunod, 1992. 130 p.
- * BADEY-RODRIGUEZ, C. *Les personnes âgées en institution : vie ou survie*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 1997. 190 p.
- * BENOIT-LAPIERRE, N., CEVASCO, R., ZAFIROPOULOS, M. *Viellissement des pauvres, les chemins de l'hospice*. Paris : Economie et Humanisme, Les Editions Ouvrières, 1980. 172 p.
- * BERTIN, E. *Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation*. Paris : L'Harmattan, 1999. 91 p.
- * BRAMY, G. *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées - théorie et pratique*. Paris : Berger-Levrault, 2000. 218 p.
- * DE SAUSSURE, C.(ed.). *Viellards martyrs, vieillards tirelires. Maltraitance des personnes âgées*. Chêne Bourg : Edition Médecine et Hygiène, 1999. 181 p.
- * DUPRE-LEVEQUE, D. *Une ethnologue en maison de retraite*. Paris : Editions des Archives Contemporaines, 2001. 119 p.
- * HUGONOT, R. *Violence contre les vieux*. Toulouse : Erès, 1990. 140 p.
- * HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998. 236 p.
- * LACAN, J. F. *Scandales dans les maisons de retraite*. Paris : Albin Michel, 2002. 246 p.
- * PERRON, M. *Communiquer avec des personnes âgées : la « clé des sens*. Lyon : Edition chronique sociale, 2000. 157 p.
- * PLOTON, L. *La personne âgée : son accompagnement médical, psychologique et la question de la démence*. Lyon : Edition chronique sociale, 1998. 250 p.
- * PREDAZZI, M., LORIAUX, M., VERCAUTEREN, R. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*. Toulouse : Erès, 2001. 190 p.
- * RESEAU DE CONSULTANTS EN GERONTOLOGIE . *Projet de vie – des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement*. Paris : la Fondation de France, 1995. 96 p.
- * THIEBAUD, D. *Le sel de la terre*. Paris : La psychologie pour tous, Les lices, 1998. 182 p.
- * VIVET, P.(ed.). *Aimer mal, châtier bien*. Paris : Editions du seuil, 1991. 303 p.

Articles

- * ARGOUD, D. Du projet de vie au projet d'animation. *Gérontologie et Société*, mars 2001, n°96, pp.125-134.
- * BERTHAIL, A., ESPER, C., GORREL, F. et al. Comment concilier sécurité et liberté ? *Revue Hospitalière de France*, mars-avril 2001, n°2, pp.72-75.
- * BRAMY, G. Faire entrer officiellement les droits et libertés des résidents dans les établissements d'hébergement. *Gestions Hospitalières*, août-septembre 1996, n°358, pp.534-536.
- * CLERCQ, Y. Les soignants dans la tourmente. *Décideurs*, novembre-décembre 2000, n°35, pp.22-23.
- * DE SAUSSURE, C., VUILLEUMIER, J. De la reconnaissance et de l'existence des abus en milieu institutionnel gériatrique. *Actualités Psychiatriques*, 1999, n°2, pp.79-83.
- * DONNIO, I. Les maltraitements : des impasses relationnelles aux alternatives. La reconquête de liberté ? *Gérontologie*, 1999, n°109, pp. 21-28.
- * GUCHER, C., MOLLIER, A. Les enjeux du projet de vie en établissement. *Gestions Hospitalières*, mars 1999, n°384, pp.164-167.
- * HYDLE, I. La violence invisible envers les personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 1990, n°54, pp.25-34.
- * KREMER, P. Paulette Guinchard-Kunstler présente un plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. *Le Monde*, mercredi 23 janvier 2002, p.10.
- * LANDRY, D. La souffrance des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement. *Gérontologie et Société*, 1999, n°90, pp.203-220.
- * LAROQUE, G., LOPITAUX, R., MULLER, P. et al. Réaffirmer la citoyenneté et la dignité des personnes âgées ? *Revue Hospitalière de France*, janvier-février 1997, n°1, pp.109-116.
- * MARTIN, J.R. Soins et maltraitance en institution gériatrique : quels projets pour une meilleure qualité de vie ? *Techniques Hospitalières*, septembre 2000, n°649, pp.79-82.
- * MOULIAS, R. Violences passives en institution. *Gérontologie*, 1999, n°110, pp.17-23.
- * PETER, B. Les droits des personnes âgées en institution. *Gérontologie et Société*, 1987, n°42, pp.15-23.
- * ROY, P. Un plan de lutte contre les maltraitements subies par les personnes âgées. *Le Quotidien du Médecin*, mercredi 23 janvier 2002, p.17.
- * VERCAUTEREN, R. Les professionnels au miroir de la société. *Décideurs*, 2000, n°35, pp.20-21.
- * ZUCMAN, E. Du burn out à l'épuisement professionnel : historique et tribulations du concept en France. *Les cahiers de l'actif*, mai-juin 1998, n°264/265, pp.17-24.
- * Violence et maltraitance. *Revue de l'Infirmière*, 2000, n°56, pp.7-8.
- * Maltraitance : vers la fin d'un tabou ? *Décideurs*, janvier-février 2002, n°44, pp.6-7.
- * Prévenir la maltraitance des personnes vulnérables, handicapées, enfants et personnes âgées. *La Gazette*, 25 février 2002.
- * La violence à l'encontre des soignants : un phénomène mondial. *Le Quotidien du Médecin*, mardi 14 mai 2002, p.22.

Reuves

- * *Gérontologie et Société*. La maltraitance. Mars 2000, n°92, Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, 178 p.
- * *Actualité et Dossier en Santé Publique*. Maltraitance. Juin 2000, n°31, Paris, La Documentation Française, pp.19-66.

Mémoires et travaux universitaires

- * AUCLAIR-DOUAY, M. *Bien accueillir le nouveau soignant pour mieux accueillir le futur résident*. Note de réflexion, Certificat d'Etudes Supérieures Spécialisées Psychologie du vieillissement : Université Pierre Mendès France, Grenoble II, 2001.
- * DONNIO, I. *La prévention des comportements maltraitants dans l'aide et le soin à domicile des personnes âgées dépendantes*. Mémoire du Certificat d'Aptitudes aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2000.
- * MARESCOTTI, R. *Sérvices en institution pour personnes âgées – le silence des soignants*. Diplôme Universitaire de Psycho-Gérontologie : Université de Limoges, 1998.
- * MARTIN, J.R. *L'infirmier général et la violence en gériatrie : quel projet pour une meilleur qualité de vie ?* Mémoire de fin de formation d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1992.
- * TROUILLOUD, M. *Le sadisme ordinaire à propos de certaines conduites soignantes en psychogériatrie : du sadisme mortifère au sadisme thérapeutique*. Diplôme d'Etudes Approfondies de Psychologie et Psychopathologie Cliniques : Université Lumière, Lyon II, 1998.
- * *Maltraitance et coordination gérontologique*. Module Interprofessionnel de Santé Publique : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2000.

Rapports

- * *Prévenir la maltraitance des personnes âgées*, sous la présidence du Pr. M. DEBOUT, membre du Conseil Economique et Social. Rapport remis à Mme P. GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, 22 janvier 2002.
- * *La formation continue des référents/conseillers des centres d'écoute ALMA en France*. ALMA France, Grenoble, 17 et 18 mai 2001.
- * GUINCHARD KUNSTLER, P. *Vieillir en France*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, septembre 1999.
- * BUSBY, F., HUGONOT, R. *Expérience du réseau d'écoute et de prévention ALMA*. Rapport rédigé à la demande du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale, 1999.

Actes de colloques, Congrès, Journées d'Etudes

- * *Vieillesse maltraitée : la justice et le droit.* 4^{ème} journée d'étude d'ALMA France. 23 mai 2002, Paris. Unesco (actes en cours).
- * *La victimisation des aîné(e)s, négligences et maltraitements à l'égard des personnes âgées.* XVII assises nationales des associations et services d'aide aux victimes. Juin 2001, Pau (actes en cours).
- * *Mal traités et mal traitants en institutions gérontologiques.* Actes de la 2^{ème} journée d'étude d'ALMA. 10 février 2000. ALMA France, BP 251, 38007 Grenoble.
- * *Oui, des personnes âgées sont maltraitées ! Alors ? Que faire ?* Journées d'information et de réflexion. 13 et 14 septembre 1996. ALMA France, BP 251, 38007 Grenoble.

Réglementation

- * Circulaire n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales. Bulletin législatif de T.S.A., n°90, supplément à TSA hebdo n°882, juin 2002.
- * Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, Journal Officiel de la République Française, 18 janvier 2002.
- * Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002.
- * Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel de la République Française, 3 janvier 2002.
- * Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie, Journal Officiel de la République Française, 21 novembre 2001.
- * Circulaire DHOS-DGAS n°2001-504 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, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées.
- * Protocole sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, 27 septembre 2001, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, www.santé.gouv.fr.
- * Loi n°2001-647 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, Journal Officiel de la République Française, 21 juillet 2001.
- * Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, Journal Officiel de la République Française, 6 mai 2001.

- × Protocole d'accord sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière, 14 mars 2001, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, www.santé.gouv.fr.
- × Circulaire DAS du 8 juin 2000 relative à la lutte contre les maltraitances et à la formation des travailleurs sociaux, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale.
- × Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs, Journal Officiel de la République Française, 10 juin 1999.
- × Décret n°99-316 du 26 avril 1999, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1999.
- × Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1999.
- × 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 n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1999.
- × Circulaire DH/FH3 n°96-124 du 20 février 1996 relative à la définition d'interventions visant à renforcer la motivation du personnel des établissements publics de santé qui travaillent auprès des personnes âgées, à valoriser ce secteur et le rendre plus attractif, Bulletin Officiel n°96/11.
- × Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, Journal Officiel de la République Française, 8 septembre 1995.
- × Décret n°85-1114 du 17 octobre 1985 relatif à l'association des usagers, des familles et des personnels au fonctionnement des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées et à la création de conseil d'établissement, Journal Officiel de la République Française, 19 octobre 1985.
- × Circulaire n°24 du 20 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement. Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la sécurité Sociale, n°78/21.
- × Décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, www.legifrance.gouv.fr - lois et règlements.
- × Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel de la République Française, 1^{er} juillet 1975.

Sites internet

- × www.legifrance.gouv.fr ; www.multimania.com/papidoc ; www.sante.gouv.fr

Cours du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées Santé Protection Sociale et Vieillesse, option psychologie du vieillissement, Université de Grenoble, U.F.R. sciences économiques, 2001-2002

- × CAUSSE, M. *Le vieillissement somatique normal et les principales pathologies liées à l'âge.*
- × TYRRELL, J. *Stress au travail en milieu gériatrique et le syndrome du burn out chez les soignants.*

Dictionnaires

- × *Le petit Larousse.* Paris : Larousse, 1998.
- × *Le nouveau petit Robert.* Paris, Le Robert, 1993.
- × GARNIER DELAMARRE. *Dictionnaire des termes de médecine.* Paris : Editions Maloine, 2002.

Liste des annexes

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE SUR LA « BIENTRAITANCE » DES PERSONNES AGEES.

Annexe 2 : COURRIER JOINT AU QUESTIONNAIRE.

Annexe 3 : DOCUMENT DE DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES.

Annexe 4 : FICHE DE RESULTATS DE L'ENQUETE TRANSMISE AU PERSONNEL.

Annexe 5 : FICHE TECHNIQUE DE MISE EN PLACE DE GROUPES DE DISCUSSION.

Annexe 6 : ARTICLE DE PAUL MOREL, BULLETIN DE L'ASSOCIATION DES PERSONNES AGEES VIVANT EN COLLECTIVITE (APAVEC). (NON PUBLIEE)

Annexe 7 : LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL, EHPAD « CURIE-SEMBRES ». (NON PUBLIEE)

Annexe 8 : PROTOCOLE D'ACCUEIL, EHPAD « CURIE-SEMBRES ». (NON PUBLIEE)

Annexe 9 : JOURNAL D'ETABLISSEMENT, EHPAD « CURIE-SEMBRES ». (NON PUBLIEE)

Annexe 1

**QUESTIONNAIRE SUR LA "BIENTRAITANCE" DES PERSONNES
AGEES**

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA « BIENTRAITANCE » DES PERSONNES AGEES
EN INSTITUTION.

I) PARMI LES FACTEURS DE « BIENTRAITANCE » SUIVANTS, QUELS SONT, POUR VOUS, LES 5 PLUS IMPORTANTS?

(merci de classer ces 5 facteurs de « bientraitance » du plus important au moins important) :

- La prévention des chutes
- Les précautions en matière de contention
- L'accompagnement des personnes âgées aux WC
- Faire des toilettes de qualité
- L'accueil des personnes âgées dans l'institution
- Proposer une réponse individualisée aux besoins de chaque résident
- Prendre le temps de l'écoute vraie
- Respecter la personne âgée en tant que personne
- Respecter le rythme de la personne âgée
- Respecter le domicile privé de la personne âgée
- Faire attention à l'alimentation
- Proposer des animations riches et variées
- Doucher régulièrement les personnes âgées
- Leur prescrire un traitement adapté
- Communiquer avec les personnes âgées
- Respecter la liberté de la personne âgée
- L'accompagnement de la fin de la vie des personnes âgées
- Prendre en charge la douleur des personnes âgées
- Mettre les personnes sous protection juridique, si nécessaire
- La prévention des escarres
- Favoriser les visites de la personne âgée
- Prendre soin du linge du résident

- Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement
- Faire le lien avec les familles
- Proposer des services à l'intérieur de l'institution
- Etre formé à la connaissance de la personne âgée

- ① _____
- ② _____
- ③ _____
- ④ _____
- ⑤ _____

II) Pensez-vous que les 5 facteurs de « bientraitance » que vous avez choisis sont respectés en institution ?

- | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ① | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ② | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ③ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ④ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ⑤ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

III) Si OUI à la question II), pouvez-vous citer deux moyens permettant de respecter ces facteurs de « bientraitance » ?

- ①
- x
- x
- ②
- x
- x

③

x

x

④

x

x

⑤

x

x

IV) Si UN PEU ou PAS DU TOUT à la question II), pouvez-vous citer deux causes qui ne permettent pas de respecter ces facteurs de « bienveillance » ?

①

x

x

②

x

x

③

x

x

④

x

x

5

x

x

V) IL EST RECONNU QUE LE COMPORTEMENT DE CERTAINS RESIDENTS INFLUENCE CELUI DU PERSONNEL.

POUVEZ VOUS DONNER DEUX EXEMPLES OU CETTE INFLUENCE EST POSITIVE ?

x

x

Pouvez vous donner deux exemples où cette influence est négative ?

x

x

VI) En tant que futur directeur, quel conseil me donneriez-vous pour que je mène à bien ma mission de « bientraitance » des résidents ?

Date :

Grade/fonction :

Merci de retourner ce questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe,
avant le 7 juin 2002.

Annexe 2

COURRIER JOINT AU QUESTIONNAIRE



«TITRE» «Prénom» «NOM»

«Fonction»

«Adresse»

«TITRE»,

Dans le cadre de mon mémoire de validation de fin formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social à l'Ecole Nationale de la Santé Publique et de fin de Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées « psychologie du vieillissement », j'ai choisi de traiter de la « **bienveillance des personnes âgées en institution**. Ce choix est guidé par le devoir qui sera le mien, dans un temps très proche, de veiller à la « bienveillance » des résidents.

Or, dans le département des Hautes Pyrénées, le sujet est d'actualité, paradoxalement, avec l'ouverture d'une antenne ALMA (ALlo MALtraite des personnes âgées) en janvier 2002.

Au plan national, la préoccupation est croissante, avec notamment le rapport du Professeur DEBOUT « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées » qui a été remis à Madame la Secrétaire d'Etat aux personnes âgées en janvier 2002.

J'ai décidé pour ma part de m'intéresser aux petites maltraitements, **ces négligences quotidiennes qui existent partout dans une institution**.

Je vous sollicite car personne n'est le mieux à même de déceler ces négligences que les personnels travaillant directement au contact des personnes âgées. Votre avis m'est donc indispensable pour mener à bien mon mémoire. J'ai toute confiance dans les informations que vous pourrez me communiquer.

Mon objectif est de connaître ces négligences pour mieux les prévenir. En aucun cas le but n'est de juger votre travail ou l'institution.

Vous pourrez, pour répondre aux questions, vous appuyer sur vos expériences professionnelles et personnelles.

Je vous remercie du temps que vous consacrerez à ce questionnaire et de me le retourner dans l'enveloppe ci-jointe avant le 7 juin 2002. Il est bien entendu anonyme et confidentiel. Les résultats vous seront transmis personnellement dans le courant du mois de juillet 2002.

Si certains d'entre vous souhaitent s'entretenir plus longuement sur ce sujet avec moi, je suis vivement intéressée par cette possibilité et je suis joignable au poste 14 jusqu'à la fin de mon stage (30 juin 2002).

Je vous prie de bien vouloir agréer, «TI TRE», l'expression de mes respectueuses salutations.

L'élève directeur

Stéphanie GARCIA

P.J. : Enveloppe retour.

Annexe 3

DOCUMENT DE DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES

Le respect des cinq principaux facteurs de « bienveillance » cités

	Oui		Un peu		Pas du tout		Ne sait pas		Total
Respecter la personne âgée en tant que personne	11	33%	20	61%	1	3%	1	3%	33
Prendre le temps de l'écoute vraie	3	14%	10	48%	7	33%	1	5%	21
Communiquer avec les personnes âgées	3	18%	13	76%	1	6%			17
Prendre en charge la douleur	8	47%	8	47%	1	6%			17
Respecter le rythme de la personne âgée	2	13%	9	56%	5	31%			16

Les moyens de « bientraitance » et les causes de maltraitance

Items	Questionnaires concernés	Moyens de "bientraitance"	Causes de maltraitance
<p>Respecter en tant que personne</p>	<p>5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 31, 4, 8, 14, 16, 19, 2, 1, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44</p>	<p>Respecter leur goût et leur choix, parler correctement (2), langage adapté (2), répondre à leurs besoins, liberté d'être autonome s'ils peuvent (toilette), dire bonjour au lever, fermer la porte lorsque la personne âgée est aux WC, avoir plus de temps pour être à leur écoute, bienveillance, être à l'écoute (2), à leur disposition, questionner la personne, fermer la porte pendant une toilette</p>	<p>Formation insuffisante du personnel (3), manque de compassion, manque de temps et de personnel, disponibilité, manque d'intérêt pour les personnes âgées, trop de résidents, manque de temps pris ou donné (2), oubli qu'il s'agit d'être humains, manque de citoyenneté, sentiment de supériorité (blouse), manque de respect, lui mettre du linge non choisi, ne pas lui demander si elle veut aller aux WC, absence d'encadrement sur le terrain, dévalorisation du "vieux"</p>
<p>Prendre le temps de l'écoute vraie</p>	<p>3, 4, 16, 30, 7, 10, 11, 19, 6, 12, 31, 9, 13, 17, 25, 28, 33, 34, 36, 38, 40</p>	<p>Bonne écoute, prendre le temps (ronde de nuit)</p>	<p>Le personnel ne prend pas le temps (5), Manque de temps et de personnel (4), manque de temps (4), les demandes ne sont pas toujours verbalisées, désintéret/besoins des personnes âgées, mauvaise organisation, manque de connaissance des personnes âgées, oubli que la personne âgée est une personne, manque d'intérêt pour son travail</p>
<p>Communiquer avec les personnes âgées</p>	<p>2, 21, 30, 11, 18, 19, 20, 22, 24, 27, 4, 8, 23, 34, 41</p>	<p>Privilégier les rapports résident-personnel, savoir s'arrêter une ¼h ou un 1/2 h avec une personne âgée, formation</p>	<p>Trop de travail (2), manque de personnel, manque de temps (4), mission non inscrite dans la fiche de poste, caractère du personnel</p>
<p>Prendre en charge la douleur</p>	<p>5, 18, 14, 15, 17, 21, 2, 10, 12, 36, 41, 42, 43, 44</p>	<p>Vigilance des IDE, communication IDE-médecins, importance du dossier de soins, chambre près de l'infirmier, traitement anti douleur vulgarisé, évaluer la douleur, écoute, traitement adapté, réconfort moral</p>	<p>Les médecins ne semblent pas concernés, pas de stratégie médicale et paramédicale, manque d'écoute, ne pas entendre les plaintes, ne pas relever les températures, manque de formation, médecins gestionnaires, effectifs trop justes</p>
<p>Respecter le rythme de la personne âgée</p>	<p>25, 13, 17, 26, 27, 29, 31, 9, 30, 18, 28, 22, 34, 39, 40, 44</p>	<p>Disponibilité</p>	<p>Manque de personnel (2); impératifs de la collectivité, organisation trop rigide, règles de l'institution (heures des repas), forcer les personnes âgées à participer à des animations, réveil à heure fixe (3)</p>

Les attitudes positives des résidents en établissement

Code questionnaire	Attitude résident	Attitude résident	Attitude résident
1	Tempérament	Sourire, Parole gentille	
2	Choix de la personne âgée elle même de venir en institution	Bon encadrement familial	
3	Fragilité	Dynamisme	Volonté
4	Sourire	Parole gentille	
5	Enjoué	Exigence remet en phase avec les besoins des PA	
6	Bien être du résident après un soin		
7	Indulgence	Collaboration	Patience
8			
9	Bonne humeur	Reconnaissance	Sourire
10	Politesse	Respect mutuel	
11	Sourire	Mot gentil	Politesse
12			
13	Sourire	Solidarité entre les résidents	
14	Résident de bon niveau intellectuel qui s'exprime		
15	Content de ce qu'il a	Sourire	Enthousiaste
16			
17			
18	Résident qui renvoie une image positive		
19	Bonne humeur		
20	Moment de tendresse	Sourire	Remerciement spontané
21			
22	Sourire	Calmé	
23	Bon caractère	Souriant	
24	Caractère joyeux	Capacité d'adaptation	
25	Souffrance	Isolement et abandon de leur famille	
26	Sociable	Cohérente	

27			
28	Remerciement		
29	Respect	Dialogue	
30	Gentillesse	Patience	Humour
31			
32	Le résident lucide fait des choix clairs	Communication résident-agent peut apporter un plus	

Code questionnaire	Attitude résident	Attitude résident	Attitude résident
33	Personne agréable	Polie	
34	Communication	Gentillesse	Sourire
35	Réponse des résidents à un bonjour du personnel		
36	Avenant	Souriant	Gentillesse
37	Sourire	Gaieté	
38			
39	Gentillesse	Joi de vivre	
40	Gentillesse	Amabilité	
41	Affinités envers certains résidents		
42	Respect	Politesse	Jovialité
43	Langage	Politesse	
44	Reconnaissance	Politesse	Humour

Les attitudes positives des résidents en établissement (suite)

Les attitudes négatives des résidents en établissement

Code questionnaire	Attitude résident	Attitude résident	Attitude résident
1	Peu reposé	Pas choix de la personne âgée de rentrer en maison de retraite	
2	Laisser aller	Jamais satisfaite	
3	Incompréhension	Agressivité	
4	Pas sourire	Pas de parole gentille	
5	Agressivité	Favoritisme	
6	Comportement répétitif	Lien affectif trop important	
7	Caprices-égoïsme	Manque de coopération	
8			
9	Agressivité	Demandes répétées	
10	Absence de réponse	Agressivité	
11	Mauvaise hygiène	Incorrection	Agressivité
12	Agressivité verbale et physique		
13	Agressivité		
14	Faiblesse du résident		
15	Demandes fréquentes du résident	Manque de reconnaissance	
16			
17			
18	Enervement		
19	Mécontentement relatif souffrances physiques et psychologiques		
20	Enervement	Cris répétés	
21			
22	Enervement	Mécontentement	
23	Courant ne passe pas avec le personnel	Manque de formation	
24	Mécontentement permanent	Refus de suivre une hygiène normale	
25	Résidents qui ne veulent plus faire d'efforts	Habitude de se plaindre	
26	Agité	Agressive	Très demandeuse

27			
28	Agité		
29	Agressivité	?	
30	Agressivité	Démence	
31	Plus de respect avec certains résidents	Plus de gâteries pour certains résidents	
32			

Les attitudes négatives des résidents en établissement (suite)

Code questionnaire	Attitude résident	Attitude résident	Attitude résident
33	Toujours mécontent	Réclame sans arrêt	
34			
35			
36	Agressivité (ne faut-il pas rechercher les causes?)		
37	Agressivité		
38			
39	Agressivité	Désir permanent de partir	
40	Impatience		
41	Demandeurs à long terme de journée		
42	Agressivité		
43	Agressivité : insulte, crache	Exigence : parle au personnel comme à une servante, sonne tout le temps	
44	Impossibilité d'apporter une réponse positive	Plaintes incessantes	

Les conseils à une future Directrice

Code questionnaire	Conseil	Conseil	Conseil	Conseil	Conseil
1	Ecoute personnel	Ecoute personne âgée	Ne pas diviser le personnel		
2	Connaissance en gériatrie	Faire de l'établissement un lieu de vie	Faire de l'établissement un lieu de communication	Permettre au personnel de se recycler	
3	Entente directeur/personnel soignant				
4	Bien traiter le personnel				
5	Œuvre de l'ensemble du personnel	Fermeté	Humanité	Capacité à voir	Comprendre sans prendre parti
6	Ecoute	Etre attentive			
7	Travail sur le terrain	Contact direct avec le personnel, les personnes âgées	Mobilisation des intervenants	Respect de la personne âgée	
8	Personnel qualifié				
9	Organisation des équipes	Moyens matériels	Ecoute : personnel, personnes âgées, familles		
10	Locaux adaptés	Petits lieux de vie	Pluridisciplinarité	Individualisation	Soins de qualité : prévention, lutte contre la douleur, accompagnement de fin de vie
11	Ecoute des résidents	Ecoute des familles	Ecoute du personnel	Diplomatie	Sens du management
12	Connaissance des personnes âgées	Ecouter le personnel	Bonne organisation du travail	Venir sur le terrain	
13	Ecoute des résidents	Ne pas infantiliser les résidents			
14	Exiger du personnel une formation de qualité	Communiquer			
15	Amener les équipes à un état d'esprit humain	Reconnaître les soignants	Les aider à une approche simple et humaine		

16	Avoir plus de personnel	Souder les équipes				
17	Avoir plus de personnel					
18	Veiller à la formation du personnel	Veiller à ce que le personnel aime son travail				
19	Avoir du personnel en nombre	Avoir du personnel formé		Veiller à ce que le personnel aime son travail		
20	Considérer la personne âgée comme une personne à part entière	Considérer que l'institution est leur dernier lieu de vie	Veiller à la liberté des résidents			
21	Veiller au respect de la personne âgée par le personnel					

Les conseils à une future Directrice (suite)

Code questionnaire	Conseil	Conseil	Conseil	Conseil	Conseil	Conseil
22	Etre à l'écoute des résidents	Etre à l'écoute de la famille	Etre à l'écoute du personnel	Faire des réunions inter-services trimestriellement	Ne pas privilégier certains membres du personnel	Etre honnête
23	Etre à l'écoute du résident	Faire le lien résident-personnel				
24	Respecter l'intimité du résident	Dialoguer avec les résidents non valides				
25	Ne pas vouloir trop gagner					
26	Respecter la personne âgée en tant que personne	Donner du temps au personnel pour respecter le rythme de la personne âgée				
27						
28						
29	S'entourer de gens compétents					
30	Trouver le moyen de respecter le rythme de la personne âgée					
31	Etre sur le terrain	Avoir du professionnalisme				
32	Autorité/fermeté	Ecoute de l'entourage	Honnêteté des décisions			
33	Ecoute de tout le monde					
34	Bienveillance	Ecoute des résidents et familles	Prendre les gens avec leurs défauts et leurs qualités			
35	Etre objectif	Juste avec l'ensemble du personnel	Présent sur le terrain	Respect de la personne âgée et du personnel		
36	Humanité	Ecoute	Présence			
37	Bientraitance du personnel	Formation et échanges inter-établissements				
38	Présence (ex : repas)	Ecoute du résident				
39	Etre proche des résidents et du personnel	Bonne surveillance				
40	Etre naturel	Comprehensif				

41	Humanité envers les PA					
42	Présence sur le terrain	Ecoute des résidents et du personnel	Favoriser le dialogue et la communication			
43	Ecoute du personnel et des résidents	Les considérer comme nos parents	Ne pas faire ce que l'on ne supporterait pas que l'on nous fasse			
44	Favoriser les petites unités avec des référents					

Annexe 4

FICHE DE RESULTATS DE L'ENQUETE TRANSMISE AU PERSONNEL

EHPAD



CURIE-SEMBRES

Résultats de l'enquête relative à la « bienveillance » des personnes âgées en institution

Le questionnaire a été adressé à 89 personnes (75 personnels de l'EHPAD « Curie Sembres » et 14 intervenants extérieurs). 44 questionnaires m'ont été retournés, soit un taux de réponse d'environ 50 %. Le taux de réponse communément admis est de l'ordre de 10%. Je vous remercie vivement pour votre participation.

1) Parmi les facteurs de « bienveillance » suivants, quels sont, pour vous, les 5 plus importants ?

Les 5 facteurs de « bienveillance » les plus cités sont :

	P ⁷² 1	P2	P3	P4	P5	Total en nombre	Total en %
Respecter la personne âgée en tant que personne	21	6	3	1	2	33	75
Prendre le temps de l'écoute vraie	5	7	3	4	2	21	47.7
Communiquer avec les	0	5	2	6	4	17	38.6

⁷² P : Priorité

personnes âgées							
Prendre en charge la douleur des personnes âgées	0	3	7	5	2	17	38.6
Respecter le rythme de la personne âgée	1	6	5	2	2	16	36.3

Les autres facteurs de « bienveillance » cités sont classés comme suit, par ordre décroissant :

- ✓ L'accompagnement de la fin de la vie des personnes âgées : **14**
- ✓ Respecter la liberté de la personne âgée, l'accueil des personnes âgées dans l'institution : **11**
- ✓ La prévention des chutes, proposer une réponse individualisée, faire attention à l'alimentation : **10**
- ✓ Etre formé à la connaissance de la personne âgée : **9**
- ✓ Faire des toilettes de qualité : **8**
- ✓ Doucher régulièrement les personnes âgées : **7**
- ✓ Faire le lien avec les familles, l'accompagnement des personnes âgées aux WC : **6**
- ✓ Leur prescrire un traitement adapté : **4**
- ✓ Respecter le domicile privé de la personne âgée, proposer des animations riches et variées, prendre soin du linge : **2**
- ✓ Les précautions en matière de contention, la prévention des escarres, favoriser les visites de la personne âgée, associer les résidents au fonctionnement de l'établissement : **1**

II) Pensez-vous que les 5 facteurs de « bientraitance » que vous avez choisis sont respectés en institution ?

Le résultat général est le suivant :

	Nombre de réponses	Nombre de réponses en %
5- ITEMS		
Oui	73	33.2
Un peu	120	54.5
Pas du tout	24	10.9
Je ne sais pas	3	1.4

Le résultat au niveau des 5 facteurs de « bientraitance » les plus cités est :

5 critères les plus cités ↓	6- OUI		7- UN PEU		8- PAS DU TOUT		8.1 e sait pas	
	Nb	En %	Nb	En %	Nb	En %	Nb	En %
Respecter la personne âgée	11	33	20	61	1	3	1	3
Ecoute vraie	3	14	10	48	7	33	1	5
Communiquer	3	18	13	76	1	6	0	0
Prendre en charge la douleur	8	47	8	47	1	6	0	0
Respecter le rythme	2	13	9	56	5	31	0	0

III) OUI à la question II), pouvez-vous citer deux moyens permettant de respecter ces facteurs de « bientraitance » ?

Facteurs de « bientraitance » ⇨	Respecter la personne âgée	9 -	Communiquer	Prendre en charge la douleur	Respecter le rythme
		ECOUTE VRAIE			
Moyens de « bientraitance » ⇩					
<i>écouter</i>	x (3)	10 -		x	
Parler correctement, langage adapté	x (4)	11 -			
Prendre le temps	x	12 -			x

Autres propositions relatives aux moyens permettant de respecter les facteurs de « bientraitance » retenus :

- ✓ Respecter la personne âgée en tant que personne : respecter les choix et goûts, répondre à leurs besoins, leur laisser leur autonomie (toilette), dire « bonjour » au lever, fermer la porte lorsque la personne est aux WC, pendant une toilette, questionner la personne.
- ✓ Communiquer : privilégier les rapports résident-personnel, formation
- ✓ Douleur : vigilance des IDE, communication IDE-médecins, dossier de soins, chambre près de l'infirmier, vulgarisation du traitement anti-douleur, évaluation, traitement adapté, réconfort moral.

IV) Si UN PEU ou PAS DU TOUT à la question II), pouvez-vous citer deux causes qui ne permettent pas de respecter ces facteurs de « bientraitance » ?

Facteurs de « bientraitance » ⇒ Causes ↓	Respecter la personne âgée	Ecoute vraie	Communiquer	Prendre en charge la douleur	Respecter le rythme
Le personnel ne prend pas le temps	x (2)	x (5)			
Manque de temps et de personnel	x	x (4)	x (4)		
Manque de temps	x (2)	x (4)			
Manque de personnel				x	
Manque de connaissance de la personne âgée	x (3)	x		x	x (2)
Désintérêt pour la personne âgée	x	x			
Désintérêt pour son travail		x		x	
Oubli que la personne âgée est une personne	x	x			

Autres propositions relatives aux causes de maltraitance retenues :

- ✓ Respecter la personne âgée en tant que personne : manque de compassion, trop de résidents, manque de citoyenneté, blouse qui donne aux soignants un sentiment de supériorité, manque de respect, ne pas lui demander si elle veut aller aux WC, ce qu'elle veut mettre, absence d'encadrement sur le terrain, dévalorisation du « vieux ».
- ✓ Ecoute vraie : les demandes ne sont pas toujours verbalisées, mauvaise organisation.
- ✓ Communiquer : caractère du personnel, mission non inscrite dans la fiche de poste.
- ✓ Douleur : pas de stratégie médicale et paramédicale, ne pas relever les températures.

V) Pouvez-vous citer deux exemples où l'attitude du résident est positive ?

Les réponses qui ont été écrites textuellement :

13 - REPONSES CITEES TEXTUELLEMENT	14 - NB DE REPONSES
15 - SOURIRE	12
Parole gentille	8
Politesse	6

Se rapporte aux résultats précédents, le champ lexical de la gaieté (tempérament, bonne humeur, gaieté, enjoué, caractère, caractère joyeux, joie de vivre, jovialité, sociable, content de ce qu'il a, enthousiaste, aimable, agréable, humour) : 16 réponses

D'autres attitudes, qui intéressent particulièrement le personnel, ont été citées :

- ✓ Respect : 3
- ✓ Remerciement : 2
- ✓ Reconnaissance : 2
- ✓ Renvoie une image positive : 1
- ✓ Exigence qui remet en phase par rapport aux besoins de la personne : 1

On peut aussi noter dans les réponses le champ lexical de la communication (communication, langage, réponse à un bonjour, résident de bon niveau intellectuel qui s'exprime, dialogue) : 6 réponses.

Le choix de la personne âgée de venir en maison de retraite est cité une fois.

VI) Pouvez-vous citer deux exemples où l'attitude du résident est négative ?

16 - THEMES CITES	17 - NB DE REPONSES
Agressivité	15
Demandes fréquentes, caprices, égoïsme exigence	7
Mécontentement , plaintes, impossibilité d'amener une réponse positive	8
Agité, énervé	5
Désir permanent de partir, pas choisi de venir en maison de retraite	2
Ne veut plus faire d'effort, laisser-aller	2
Pas souriant, pas gentil	2
Refus de suivre une hygiène normale	2
Courant qui ne passe pas	2

Autres réponses : démence, cris répétés, incompréhension, impatience, faiblesse, manque de reconnaissance, incorrection, absence de réponse, manque de coopération, lien affectif trop important, peu reposé.

VII) En tant que futur directeur, quel conseil me donneriez-vous pour que je mène à bien ma mission de « bienveillance » des résidents ?

Conseils	Nb de réponses
Respecter la personne âgée	11
Travailler sur le terrain, être proche, être présent	8
Ecoute du personnel, des résidents et des familles	7
Ecoute des résidents	7
Formation	7
L'organisation	6
« Bienveillance » du personnel	5
Ecoute du personnel	4
Recruter plus de personnel	3
Veiller à ce que le personnel aime son travail	2
Créer des petites unités	2
Ecoute des familles	1

L'élève directeur

Stéphanie GARCIA

Annexe 5

**FICHE TECHNIQUE DE MISE EN PLACE DE GROUPES DE
DISCUSSION**

Groupe de discussion EHPAD « Curie Sombres »

L'objectif est d'associer les personnes âgées à ma réflexion sur la « bienveillance » des personnes âgées en institution. Mon mémoire de fin de formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social concerne :

La « bienveillance » des personnes âgées en institution – Qu'en est-il de ces petites gestes devenus des pratiques quotidiennes ? »

Les personnels ont été sollicités par le biais d'une enquête par questionnaire. Mais, pour compléter cette étude, donner la parole aux personnes âgées et à leur famille est essentiel. Cette démarche est en accord avec l'exigence faite aux professionnels de prendre en compte la parole de l'utilisateur.

Modalités pratiques de mise en place de ce groupe de discussion :

- * Personnel associé à cette démarche : IDE coordonnatrice et l'animatrice en formation d'AMP
- * 2 groupes de 5 à 7 personnes (1 sur le site maison, 1 sur le site résidence) vont être constitués
- * Ces groupes seront mixtes : résidents-familles, âges variés, hommes-femmes, date d'entrée, autonomie
- * Les résidents-familles seront informés oralement
- * Durée : environ 1 heure
- * Date : mardi 16 juillet 2002 [1 groupe le matin (10h30), 1 groupe l'après midi (14h30)]
- * Le(s) lieu(x) est (sont) à déterminer en fonction des disponibilités
- * Pour démarrer le groupe de discussion, l'idée est de partir des résultats de l'enquête réalisée auprès du personnel :

« La 1^{ère} question posée au personnel était :

I) PARMI LES FACTEURS DE « BIENTRAITANCE » SUIVANTS, QUELS SONT, POUR VOUS, LES 5 PLUS IMPORTANTS ?

(merci de classer ces 5 facteurs de « bientraitance » du plus important au moins important) :

- La prévention des chutes
- Les précautions en matière de contention
- L'accompagnement des personnes âgées aux WC
- Faire des toilettes de qualité
- L'accueil des personnes âgées dans l'institution
- Proposer une réponse individualisée aux besoins de chaque résident
- Prendre le temps de l'écoute vraie
- Respecter la personne âgée en tant que personne
- Respecter le rythme de la personne âgée
- Respecter le domicile privé de la personne âgée
- Faire attention à l'alimentation
- Proposer des animations riches et variées
- Doucher régulièrement les personnes âgées
- Leur prescrire un traitement adapté
- Communiquer avec les personnes âgées
- Respecter la liberté de la personne âgée
- L'accompagnement de la fin de la vie des personnes âgées
- Prendre en charge la douleur des personnes âgées
- Mettre les personnes sous protection juridique, si nécessaire
- La prévention des escarres
- Favoriser les visites de la personne âgée
- Prendre soin du linge du résident
- Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement

- Faire le lien avec les familles
- Proposer des services à l'intérieur de l'institution
- Etre formé à la connaissance de la personne âgée

I dée : mettre ces facteurs de « bientraitance » sur un paper board pour que tout le monde suive.

Le résultat a été le suivant :

I dée : mettre sur le paper board.

	P⁷³1	P2	P3	P4	P5	Total en nombre	Total en %
Respecter la personne âgée en tant que personne	21	6	3	1	2	33	75
Prendre le temps de l'écoute vraie	5	7	3	4	2	21	47.7
Communiquer avec les personnes âgées	0	5	2	6	4	17	38.6
Prendre en charge la douleur des personnes âgées	0	3	7	5	2	17	38.6
Respecter le rythme de la personne âgée	1	6	5	2	2	16	36.3

⁷³ P : Priorité

La seconde question était :

II) Pensez-vous que les 5 facteurs de « bienveillance » que vous avez choisis sont respectés en institution ?

- | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ❶ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ❷ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ❸ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ❹ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| ❺ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

Le résultat est le suivant pour les cinq principaux facteurs de « bientraitance cités » :

17. Temps ⇒	18 - OUI		19 - UN PEU		20 - PAS DU TOUT		20.1 e sait pas	
	Nb	En %	Nb	En %	Nb	En %	Nb	En %
5 critères les plus cités ↓								
Respecter la personne âgée	11	33	20	61	1	3	1	3
Prendre le temps de l'écoute vraie	3	14	10	48	7	33	1	5
Communiquer avec les personnes âgées	3	18	13	76	1	6	0	0
Prendre en charge la douleur	8	47	8	47	1	6	0	0
Respecter le rythme de la personne âgée	2	13	9	56	5	31	0	0

Que pensez-vous de ces résultats ?

Pour vous, c'est quoi précisément :

- * Le respect de la personne âgée en tant que personne
- * L'écoute vraie
- * La communication
- * La prise en charge de la douleur
- * Le respect du rythme ?

Idée : brain storming sur chaque critère.

Si on vous posait cette question, quels critères choisiriez-vous ?

Pour finir, je souhaite leur demander, comme au personnel :

VI) <u>En tant que futur directeur, quel conseil me donneriez-vous pour que je mène à bien ma mission de « bienveillance » des résidents ?</u>
--

Idée : faire un tour de table, à l'occasion de cette question ?