

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Option Personnes âgées

Date du Jury : **2001**

**UNE STRATEGIE POUR REORIENTER LES
ACTIONS EN MAISON DE RETRAITE :
ELABORER LE PROJET D'ETABLISSEMENT**

Chantal BOUDY

SOMMAIRE

<u>Liste des sigles utilisés</u>	4
<u>AVANT-PROPOS</u>	1
<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>1 TROPAYSE : UN ETABLISSEMENT A DOUBLE VISAGE</u>	5
<u>1.1 Une maison de retraite médicalisée apparemment bien adaptée au public qu'elle accueille.</u>	6
1.1.1 <u>Un lieu de vie simple et spacieux</u>	6
1.1.1.1 <u>Un établissement récent à l'architecture bien pensée</u>	6
1.1.1.2 <u>Un établissement demandant des aménagements</u>	8
1.1.1.3 <u>Un établissement géographiquement excentré</u>	9
1.1.2 <u>Un public hétérogène</u>	10
1.1.2.1 <u>Des résidents venant du secteur d'implantation de l'établissement</u>	11
1.1.2.2 <u>Des personnes très âgées, handicapées et dépendantes</u>	11
<u>1.2 Un établissement à l'organisation déficiente</u>	16
1.2.1 <u>Une dotation en personnel insuffisante et inadaptée</u>	17
1.2.1.1 <u>Un personnel ne disposant pas du temps nécessaire pour exécuter ses tâches- Deux exemples : les remplacements et les toilettes</u>	17
1.2.1.2 <u>Un personnel non préparé aux tâches à accomplir</u>	18
1.2.2 <u>Un personnel peu formé, peu qualifié, et sans formation complémentaire en gérontologie</u>	19
1.2.3 <u>Une organisation du travail centrée sur le soin et favorisant des groupes étanches</u>	21
1.2.3.1 <u>Une division hiérarchique où le soin occupe une place prépondérante</u>	21
1.2.3.2 <u>Un rythme de travail aggravant les scissions</u>	22
1.2.4 <u>Une maison dotée d'un personnel jeune mais porteur d'une histoire difficile</u>	23
1.2.5 <u>Un système de communication quasi-inexistant</u>	25
1.2.5.1 <u>Des résidents, objets de soins</u>	26
1.2.5.2 <u>Un personnel isolé dans son travail</u>	27
<u>1.3 Un établissement divisé, générant de la maltraitance</u>	28
<u>2 DE LA MALTRAITANCE A LA BIEN TRAITANCE : LE PROJET, UN OUTIL POUR AGIR</u>	30
<u>2.1 La maltraitance : un concept récent, une prise de conscience nécessaire</u> ,.....	30
2.1.1 <u>Violence, maltraitance, le choix des mots</u>	30
2.1.2 <u>La maltraitance à l'encontre des personnes âgées : une notion floue au contenu mal défini</u>	31
2.1.2.1 <u>Les besoins et les demandes</u>	31
2.1.2.2 <u>La réponse du Conseil de l'Europe</u>	33
2.1.2.3 <u>La maltraitance à TROPAYSE</u>	34
2.1.3 <u>Les causes de la maltraitance</u>	35
2.1.3.1 <u>Une société maltraitante</u>	35
2.1.3.2 <u>La maltraitance des lois</u>	38
2.1.3.3 <u>Une organisation et des acteurs porteurs de risques de maltraitance</u>	40
<u>2.2 Le projet : des valeurs, un questionnement, des actions</u>	45
2.2.1 <u>Le projet : une démarche humaine</u>	45
2.2.2 <u>Le projet institutionnel</u>	47
2.2.2.1 <u>Une recommandation de la loi</u>	47
2.2.2.2 <u>Un contenu pluridimensionnel</u>	49
2.2.2.3 <u>Des typologies découlant d'un problème</u>	50
2.2.2.4 <u>Une régulation entre les acteurs</u>	51

2.2.2.5	<u>Les dérives du projet</u>	52
2.2.3	<u>La démarche de projet : une interrogation</u>	52
2.2.3.1	<u>Une mise en œuvre s'appuyant sur quatre critères</u>	53
2.2.3.2	<u>Un management intégrant tous les acteurs</u>	54
3	<u>DEUX ANS POUR BATIR LES FONDATIONS DU PROJET A TROPAYSE</u>	57
3.1	<u>En 2000, la réponse à l'urgence : le choix d'une direction pédagogique</u>	59
3.1.1	<u>La lecture d'un quotidien, pivot de l'action</u>	60
3.1.2	<u>Ouvrir sur de nouvelles pratiques</u>	61
3.1.2.1	<u>Interpeller</u>	61
3.1.2.2	<u>Expliquer et nourrir la réflexion</u>	62
3.1.2.3	<u>Montrer</u>	62
3.1.2.4	<u>Encourager et former</u>	63
3.1.3	<u>Communiquer pour se comprendre et se coordonner</u>	64
3.1.3.1	<u>Modifier les roulements</u>	64
3.1.3.2	<u>Intégrer les agents de service</u>	64
3.1.3.3	<u>Mettre en place des outils</u>	65
3.1.4	<u>Intégrer à la démarche les intervenants extérieurs et les familles</u>	66
3.1.5	<u>Les résistances au changement</u>	67
3.1.6	<u>Le premier effet bénéfique : l'amorce de la prévention de la maltraitance</u>	67
3.2	<u>Un projet pour TROPAYSE</u>	68
3.2.1	<u>Le groupe de pilotage</u>	69
3.2.1.1	<u>L'état des lieux : de janvier à mai 2001</u>	70
3.2.1.2	<u>La définition des objectifs et des moyens : juin à novembre 2001</u>	71
3.2.1.3	<u>L'écriture du pré-projet : novembre –décembre 2001</u>	74
3.2.2	<u>Le travail des commissions : l'élaboration de micro-projets ; 2002, 2003</u>	74
3.3	<u>L'évaluation</u>	75
3.3.1	<u>Les premières actions</u>	75
3.3.2	<u>La mise en place de tableaux de bord et de fiches de suivi</u>	76
3.3.3	<u>L'enquête de satisfaction</u>	77
3.3.4	<u>La satisfaction des résidents exprimée à travers «la lecture du journal»</u>	77
	<u>CONCLUSION</u>	78
	<u>Bibliographie</u>	79
	<u>Liste des annexes</u>	82
	<u>Age et dépendance des personnes hébergées</u>	84
	<u>Postes de travail</u>	85
	<u>Niveau de formation du personnel</u>	86
	<u>Age et ancienneté du personnel</u>	87
	<u>Supports d'informations à l'attention des résidents</u>	88
	<u>Un conseil d'établissement actif</u>	90
	<u>Pyramide de Maslow</u>	92
	<u>Les besoins fondamentaux selon Virginia Anderson</u>	93
	<u>Violences en institution</u>	94
	<u>Grille d'évaluation de la violence</u>	97
	<u>Aptitudes au déplacement selon le sexe et l'âge (%)</u>	99
	<u>Extraits du cahier des charges</u>	100
	<u>Les trois typologies de projet</u>	101
	<u>Approche socio-économique de la démarche</u>	102
	<u>Confiance dans les acteurs</u>	103
	<u>Echéancier</u>	104
	<u>Les réunions</u>	106
	<u>Evaluation de la maltraitance à fin 2000</u>	108
	<u>Charte de qualité de l'AASSA</u>	111
	<u>La réorganisation des transmissions</u>	113
	<u>Les médicaments</u>	115

Liste des sigles utilisés

AASSA	Association d'action sanitaire et sociale en Aquitaine
AGGIR	Autonomie gérontologique Groupes Iso-Ressources
ALMA	Allô – Maltraitance des personnes âgées
ASH	Agent de service hospitalier
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CCAS	Centre communal d'action sociale
CES	Contrat emploi solidarité
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CROSS	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CNAV	Caisse nationale d'assurance-vieillesse
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DOMINIC	Dotation minimale de convergence
DREES	Direction des résultats et études statistiques
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ERNEST	Echantillon représentatif national d'établissements pour une simulation de la tarification
ETP	Equivalent temps plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Gir moyen pondéré
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées
PSD	Prestation spécifique dépendance

AVANT-PROPOS

La vieillesse, dit le LAROUSSE, est la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions.

Pour Simone de BEAUVOIR, *C'est une image incertaine, brouillée, contradictoire. Il importe de remarquer qu'à travers les divers témoignages le mot vieillesse a deux sens très différents. C'est une certaine catégorie sociale, plus ou moins valorisée selon les circonstances. Et pour chaque individu un destin singulier, le sien. Le premier point de vue est celui des législateurs, des moralistes ; le second celui des poètes ; le plus souvent ils s'opposent radicalement l'un à l'autre.*¹

A l'aube du XXI^{ème} siècle, nous n'évoquons plus la vieillesse mais nous nous inquiétons du vieillissement de la population ; nous ne parlons plus de vieux, de vieillard, mais nous appelons «personnes âgées» celles auxquelles ces termes se réfèrent. Sans faire l'historique de l'apparition de cette expression, nous en relèverons seulement l'ambiguïté et la recherche de neutralisation de l'image des vieux qui l'ont engendrée.

*On prend de l'âge à n'importe quel âge, enfant, adulte ou retraité. Mais on ne devient vieux qu'au terme de l'existence. L'âge, comme la durée, renvoie à une mesure du temps écoulé ; la vieillesse, à une dégradation [...] Parler de vieillissement, c'est annoncer l'arrivée d'une catastrophe, dès que le mot est lâché ; c'est aussi suggérer une évolution irréversible, un - mouvement de bascule que rien ne saurait arrêter - selon l'expression de Sauvy et Debré.*²

Ce passage du retraité au vieux se fait à partir d'un critère biologique : l'âge biologique fait le bilan des potentialités physiques d'un individu indépendamment de son âge chronologique. L'usage dans notre société veut que cette dernière période de la vie humaine s'appelle l'âge de la dépendance et c'est cet âge qui est considéré aujourd'hui comme le temps de la vieillesse [...]. En ce qui concerne la vieillesse, la dépendance est définie en fonction de critères anatomiques qui amènent à en faire l'équivalent d'un état d'incapacités [...] La démarche consiste alors à faire l'inventaire des différents déficits qui conduisent à la dépendance [...]. L'ensemble de ces déficits brosse le tableau d'une vieillesse déchuée [...]. Privé de son statut de sujet, le vieux fait l'objet de mesures qui l'enferment dans un rôle de bénéficiaire et le réduit à recevoir, toujours recevoir, ce dont il est censé manquer...³

¹ BEAUVOIR S. de – La vieillesse – citée par ALBOU P. – *L'image des personnes âgées à travers l'histoire* - Glyphe & Biotem éditions - septembre 1999

² LE BRAS H. - *Marianne et les Lapins* - cité par ALBOU P. Op.cit. - p. 113

³ VEYSSET B. - *Dépendance et vieillissement* - L'Harmattan - 1998 - p. 20

Mais qui est ce vieux, poursuit B. VEYSSET sinon «une personne qui a vécu plus longtemps que la plupart des personnes qui vivent aujourd'hui»⁴ [...]. D'où la nécessité de rechercher ce plus qui, entraînant un autre regard sur la personne âgée, changera radicalement la relation établie avec elle. Recherche patiente qui lui redonne son épaisseur, sa richesse, son opacité, bref qui la restaure dans un statut de sujet.

Peut-être peut-on voir un peu de cette recherche dans l'utilisation de plus en plus fréquente du terme «client» pour parler des personnes âgées hébergées en établissement. Mais cette approche paraît cependant surtout économiste.

[...] le consumérisme s'est largement développé au cours des dernières années dans ce secteur d'activités. En effet, à la grande différence du secteur sanitaire, les personnes âgées paient elles-mêmes la plus grande partie des dépenses, l'assurance maladie ne prenant en charge qu'une part résiduelle des frais. Les résidents, qu'on appellera clients, usagers ou plus sûrement encore consommateurs, accepteront de moins en moins que les services rendus ne soient pas à la hauteur des tarifs demandés.⁵

Si cette appellation présente l'avantage, parfois, de permettre au personnel de mieux comprendre l'attitude que l'on attend d'eux, elle n'en demeure pas moins restrictive : une personne âgée n'est pas seulement consommatrice d'une maison de retraite, elle y vit. Lui redonner un statut de sujet ne consiste pas seulement à lui rendre des services mais à lui proposer d'être actrice de sa propre vie. Et c'est sur la relation établie avec le personnel mais aussi avec son environnement, qu'elle doit pouvoir s'appuyer pour ne plus être placée sous le signe d'une progressive négation de la vie.⁶

C'est pourquoi nous conserverons l'appellation de résidents, (qui réside, qui habite le logis selon le LITRE ; qui réside à un autre endroit que son lieu d'origine, selon le LAROUSSE), pour parler des personnes âgées demeurant dans la maison de retraite.

L'expression «personnes âgées» sera prise dans le cadre de sa signification légale, faisant référence à l'âge chronologique, c'est à dire personnes de plus de 60 ans, et à ce titre susceptibles de venir y finir leur vie.

⁴ PHILIBERT M. - *La vieillesse expliquée aux enfants* - Cité par B. VEYSSET – Op.cit. p.22

⁵ Référentiel de certification de services, établissements de personnes âgées, FNACPPA, UNEPPA, p. 12.- cité par BRAMI G. – *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées* - Berger Levrault-2000 – p.12.

⁶ VEYSSET B. – Op.cit. p.21

INTRODUCTION

Les données définitives du dernier recensement en France, publiées par décret n°2000-1021 du 17 octobre 2000, confirme le phénomène de vieillissement de la population française métropolitaine. En effet, les personnes de 60 ans et plus représentent 21.3% de la population totale (parmi lesquelles 7% ont plus de 75 ans et 3.4%, plus de 80 ans) contre 19.9% lors du recensement de 1990. L'analyse de ce processus de vieillissement fait donc apparaître l'importance de l'allongement de l'espérance de vie (un an tous les quatre ans depuis 1981 selon l'INSEE).

A ces âges extrêmes de la vie, l'être humain est fragile et *le vieillissement a pour effet d'accroître la part des groupes de la population qui risquent de se trouver en état de dépendance.*⁷ On estime aujourd'hui que 700 000 personnes âgées de plus de 70 ans sont dépendantes, parmi lesquelles 500 000 sont atteintes de démences séniles (en général, tous types confondus).⁸

Nos sociétés modernes, confrontés à un phénomène qu'elles n'ont jamais connu, *souffrent*, selon Madame GUINCHARD-KUNSTLER, *d'un défaut de culture gérontologique qui s'exprime par l'absence de prise en compte globale de la personne âgée et par une focalisation sur les questions strictement médicales.*

Il est donc nécessaire, poursuit-elle *de développer une approche plus sociale, psychologique et culturelle et de rompre avec l'idée que le grand vieillard n'est qu'un malade.[...] et de diversifier et former l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées.*

Les maisons de retraite accueillent 12.8% des personnes de 85 à 89 ans et 26.1% des personnes de 90 ans et plus,⁹ et sont d'autant plus concernées par ces propos qu'elles doivent aujourd'hui rentrer dans le cadre de la réforme de la tarification, se conformer à un cahier des charges qualitatif et s'engager dans un plan d'évolution de leurs prestations, selon l'article 5-1 de la loi 97-60 du 24 janvier 1997 et des décrets et arrêtés qui en découlent.

Les établissements hébergeant des personnes âgées sont ainsi confrontés à un défi majeur, celui de passer d'un modèle hospitalier, mettant au cœur de son fonctionnement les soins effectués en série, faisant fi de l'identité et des demandes des personnes, à un modèle communautaire, *véritable lieu de vie*, où les accompagnements et les soins s'individualisent,

⁷ JACOBZONE S., extrait de *Retraite et société* n°25, CNAV, 1999.

⁸ GUINCHARD-KUNSTLER P., *Vieillir en France*, rapport à Monsieur le premier Ministre, Septembre 1999. p 3 à 5. Madame GUINCHARD KUNSTLER est actuellement secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

⁹ INSEE : recensement de la population, 1999, champ : France métropolitaine.

où le temps et l'espace s'aménagent, *permettant un mode de vie «normal»*¹⁰ et valorisant le rôle de la famille.

Bien qu'ouverte depuis moins de dix ans, la maison de retraite TROPAYSE n'a pas suivi cette évolution importante des réflexions sur la nature profonde de la prise en charge des personnes âgées, ainsi que le démontre l'analyse de sa situation, présentée en première partie.

Nouvellement nommée directrice de la structure, je dois donc trouver un levier d'actions permettant à l'établissement d'effectuer cette nécessaire mutation des pratiques professionnelles et de modifier la nature même de la maison.

Le constat de l'écart entre la prestation attendue et celle qui est offerte met, en outre, en évidence l'existence de phénomènes de maltraitance.

Nous émettrons donc l'hypothèse que cette double problématique peut trouver sa solution dans l'élaboration du projet d'établissement, recommandé par le cahier des charges annexé à la convention, que les établissements hébergeant des personnes âgées doivent signer dans le cadre de la réforme.

Dans une deuxième partie, après avoir étudié les causes de la maltraitance qui s'exercent contre les personnes âgées, nous vérifierons la pertinence de l'outil dont nous nous proposons de nous servir.

Enfin nous établirons un plan d'actions, fédérant les acteurs de l'établissement et posant les assises sur lesquelles pourra se construire le projet, que nous évaluerons au regard des premières actions.

¹⁰ GUINCHARD-KUNSTLER P., Op.cit., p.13.

1 TROPAYSE : UN ETABLISSEMENT A DOUBLE VISAGE

Les maisons de retraite sont des établissements médico-sociaux soumis à la «loi sociale» du 30 juin 1975. Elles hébergent, en chambres individuelles ou collectives des personnes âgées de plus de 60 ans, qui y prennent leur repas en commun et sont prises en charge complètement. *Les pensionnaires acquittent eux-mêmes un prix de journée représentant leur participation au fonctionnement de l'établissement, ou sont pris en charge par l'aide sociale avec retenue de 90% de leurs ressources, et participation financière de leurs descendants au titre de l'obligation alimentaire*¹¹. Dans ce cas, le Président du Conseil Général doit habilitier l'établissement à recevoir des personnes bénéficiaires de l'aide sociale et arrêter la tarification journalière des prestations offertes.

Certaines personnes hébergées, du fait de leur âge ou de leur pathologie, ont besoin d'une surveillance médicale, de soins paramédicaux et de traitements d'entretien. C'est la raison pour laquelle les maisons de retraite ont été autorisées par la loi de 1975 et le décret du 22 novembre 1977, à ouvrir des sections de cure médicale leur permettant une meilleure organisation des soins. Ces sections bénéficient d'un forfait annuel de soins, calculé à partir des dépenses prévisibles, sur lequel est imputé le coût du personnel paramédical.¹²

Elles peuvent être publiques, privées à but non lucratif ou privées à but lucratif.

Créée en 1992, ouverte en 1993 après avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), TROPAYSE est un établissement appartenant à l'AASSA¹³, dont l'agrément fixe la capacité d'accueil à 49 lits. Son architecture lui permet cependant d'héberger 55 personnes puisque la maison dispose de 49 chambres dont 6 doubles. Elle est habilitée à recevoir 20 personnes bénéficiaires de l'aide sociale. Son prix de journée, arrêté par le Conseil général de la Gironde est actuellement fixé à 45,01€.

Afin de pouvoir faire face aux dépenses engagées par sa construction, autorisation lui a été donnée par le Conseil Général, pendant plusieurs années, de dépasser son agrément, sans pour autant l'assortir de moyens humains complémentaires. Cette situation n'a pas été sans conséquence sur la vie de la maison, ainsi que nous verrons plus tard.

Sa capacité d'accueil répond à la volonté associative d'héberger les personnes âgées dans de petites structures afin de favoriser leur adaptation à la vie collective par le maintien possible d'une atmosphère de type familial. En 1995, la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale l'autorisait à ouvrir une section de cure médicale de 10 lits, étendue aujourd'hui à 30 lits (soit près des 2/3 de sa capacité d'accueil).

¹¹ THEVENET A. - *Les institutions sanitaires et sociales en France* - «que sais-je ?» n°2319 - 4^{ème} éd. - 1995 - p 81

¹² THEVENET A. - Op.cit. - p 82.

¹³ Association d'Action Sanitaire et Sociale en Aquitaine

Implantée dans une petite commune de l'agglomération bordelaise la maison a pour vocation d'héberger des personnes âgées de plus de 60 ans qui ne peuvent ou ne veulent finir leur vie à leur domicile.

1.1 Une maison de retraite médicalisée apparemment bien adaptée au public qu'elle accueille.

1.1.1 Un lieu de vie simple et spacieux

Conçue selon les critères des années 1990, la maison est de plain-pied et se présente sous la forme d'un B.

La salle à manger, vaste pièce pratiquement carrée, est à la fois centre de la maison et axe principal. Elle est éclairée de part et d'autre par deux patios sur lesquels elle ouvre. Ses deux autres côtés sont occupés par le hall d'entrée d'une part, et la cuisine d'autre part.

De chacun de ses angles part un large couloir circulaire, tournant autour des patios, et desservant les chambres. Celles-ci disposent de fenêtres ou de portes-fenêtres donnant soit sur les patios, soit sur l'extérieur.

De grands espaces collectifs sont aménagés à chaque angle de la maison. Ayant chacun un accès direct sur l'extérieur, là encore par de grandes baies vitrées, ils permettent, selon leur orientation, de se reposer dans un cadre de verdure, ou de se rapprocher de la vie du quartier. Le premier directeur de l'établissement leur avait donné le nom des quatre saisons et les avait décorés dans cet esprit.

Des espaces spécifiques, infirmerie et petite salle de soins, permettent de soigner les résidents dans un lieu fermé et intime et de préparer en toute sécurité les médicaments.

Les chambres des résidents ont une superficie moyenne de 20 m². Elles sont équipées de téléphone en ligne directe, de prise de télévision et d'un signal d'appel. Elles disposent d'une salle de bain particulière avec un équipement adaptée.

Cette rapide description met en évidence plusieurs éléments importants pour le confort de vie de personnes âgées.

1.1.1.1 Un établissement récent à l'architecture bien pensée

↳ **Les espaces privés**, qu'elles peuvent aménager à leur guise, sans être très spacieux, ils correspondent cependant aux critères préconisés par le cahier des charges de la réforme de la tarification (Titre V de la loi 97-60 du 24/01/1997), leur permettent d'y recevoir des visites si elles le souhaitent. En outre deux des salons d'angle, plus petits et moins fréquentés, ont été meublés de manière à recréer l'atmosphère de salles à manger anciennes, et sont couramment utilisés par les résidents pour y recevoir leur famille. Ils peuvent également prendre des repas en famille s'ils le désirent dans une petite pièce, attenante à la salle à manger et aménagée à cet effet.

↳ Mis à part les couloirs centraux, la maison dispose d'une **grande surface de réception de lumière naturelle** ; mais son orientation a été pensée de telle façon que les espaces collectifs ne reçoivent pas directement les rayons du soleil. Ils sont donc clairs, mais n'aveuglent pas des yeux fatigués, et conservent une température supportable même au cœur de l'été. Seule la salle à manger, dont les ouvertures ont été agrandies par rapport au plan initial, présente actuellement le double handicap de la lumière trop vive et de la chaleur solaire. De grandes tentures ont donc été posées pour en atténuer les effets et la pose d'une régulation thermique est prévue dans les mois à venir.

↳ L'ensemble de la maison est **accessible par tous**, puisqu'elle n'a aucun décalage de niveau entre ses différentes parties. Pourtant, les personnes âgées évoquent fréquemment leur montée à l'étage lorsqu'elles racontent leur passage d'une partie à l'autre du B. Est-ce parce qu'elles assimilent leur effort de marche à une montée d'escalier, compte tenu de la superficie importante de la maison ? Ou bien est-ce, comme le souligne le professeur DESCAMPS, gériatre à l'hôpital Xavier Arnoz à Bordeaux, parce que la montée de marches est un geste nécessaire à l'homme ?

↳ L'immeuble présente l'avantage d'offrir un grand **espace de déambulation**. De plus des barres d'appui courent tout le long des murs. Les personnes âgées peuvent ainsi se déplacer aisément seules ou en groupe ; et même celles que leurs jambes ne soutiennent plus, parviennent, en s'aidant des barres, à évoluer à leur guise dans leur fauteuil roulant.

↳ Enfin, si toutes portes fermées, il n'y a que deux possibilités d'entrée, par le hall et l'arrière cuisine, il existe en revanche de nombreux moyens de sortir, directement depuis les chambres et les espaces collectifs. La maison est donc ainsi **grande ouverte** vers l'extérieur et répond également au besoin de sécurité des personnes âgées, puisque aucune entrée ne peut se faire sans contrôle.

Cette dernière particularité pourrait être, à première vue, une source importante de danger pour des personnes à la marche très hésitante ou désorientées qui décideraient d'aller se promener seules à l'extérieur. Dans les faits nous constatons, d'une part qu'elles utilisent alors exclusivement la porte d'entrée traditionnelle, ce qui permet de les accompagner si nécessaire ; d'autre part que très peu d'entre elles tentent ainsi des sorties solitaires. Réduisant leur espace de vie à une aile de la maison, elles semblent prioriser la découverte de l'autre aile, lorsqu'elles éprouvent le besoin de changer de cadre. Sans doute la superficie de la maison joue-t-elle, là aussi, un rôle important.

↳ De plus, bien qu'**aucune clôture** n'entoure la maison, notre implantation au centre d'un lotissement très calme, circonscrit le danger potentiel de ce type de sortie aux seules aspérités de la route et donc aux chutes possibles. Ce facteur revêt bien évidemment une grande importance quant à ses éventuelles conséquences. Faut-il pour autant mettre en place des mesures coercitives (fermetures des portes, port de bracelet de détection...) afin

de nous préserver de tout risque ? Nous avons, pour l'instant, pu opter pour une autre solution. Seules deux personnes susceptibles de sortir en se mettant en danger vivent actuellement à TROPAYSE. L'observation de leur comportement nous a permis de déterminer quelles étaient les périodes où elles étaient particulièrement attirées par l'extérieur. L'équipe tout entière y est sensibilisée et redouble de vigilance dans ces moments-là.

En résumé nous pouvons dire que TROPAYSE, dans son implantation, son orientation, sa conception a bien été pensée en fonction du public qu'elle se proposait d'héberger : des personnes âgées, dont les facultés physiques sont en diminution et qui ressentent le besoin de se sentir en **sécurité** tout en conservant leur entière **liberté** de mouvement.

1.1.1.2 Un établissement demandant des aménagements

↳ Son plan de base peut s'assimiler à un B dont les deux parties présentent une symétrie inversée et dans lesquelles la circulation s'établit en anneau. *L'expérience révèle, en particulier, la fonction confusogène des modèles en anneau (où l'on tourne en rond), des modèles en étoile, et de tous les plans tirant partie des jeux de modules architecturaux, identiques entre eux, et accolés les uns aux autres selon des effets subtils de symétrie.*¹⁴ Nous le vérifions tous les jours en accompagnant les personnes perdues dans les couloirs. Afin d'atténuer les effets de cette disposition, une remise en peinture des couloirs et des portes de chambre est prévue pour 2001, ainsi que la mise en place d'une signalétique plus visible que la simple numérotation des chambres. Le jeu des couleurs suffira-t-il pour autant à leur fournir les repères indispensables pour une évolution sans angoisse ?

↳ La maison ne dispose **d'aucun lieu collectif clos** : salons et salle à manger sont également lieux de passage et peuvent être perçus comme des agrandissements des couloirs. Si cette disposition facilite la déambulation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi que les déplacements des chariots d'entretien ou de médicaments, elle n'offre pas la possibilité, à un groupe de personnes qui le désirerait, de s'isoler, que ce soit pour partager une activité (regarder un film tranquillement, lire ou écouter de la musique dans le calme...) ou tout simplement pour s'abstraire temporairement du grand mouvement de la maison et se protéger des personnes au comportement trop perturbé. Les résidents n'ont en fait que le refuge solitaire de leur chambre lorsque le poids de la collectivité se fait trop lourd. Cette carence ne facilite pas leur acceptation de la différence de l'autre, dans la mesure où elle leur est en permanence imposée, et nous en constatons au moins deux conséquences clairement repérables : des manifestations quasi quotidiennes d'exaspération

¹⁴ Dr L. PLOTON - *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence* - Chroniques sociales - 1998 - p 35

pouvant aller jusqu'à l'explosion de litiges violents et la constitution de petits clans très rejetants composés exclusivement de personnes bien portantes. Une modification architecturale ne suffirait pas, à elle seule, à résoudre ces problèmes, inhérents à toute vie collective, mais permettrait sans doute au moins de diminuer la fatigue et le stress et augmenterait ainsi le seuil de tolérance.

Cette disposition présente également un autre inconvénient : celui de ne pouvoir réunir l'équipe dans un lieu fermé. Certes les résidents, dans leur grande majorité, font preuve de discrétion lorsque nous nous réunissons, soulignant d'ailleurs l'importance qu'ils y attachent, mais la dynamique et la cohésion du groupe s'en ressentent, et la liberté d'expression en est diminuée.

↳ Paradoxalement nous **manquons d'espace**. En effet, TROPAYSE a été conçue comme une sorte de grande maison familiale accueillant des personnes âgées certes, mais qui ne présenteraient aucune autre particularité que de voir leurs capacités physiques réduites. Peut-être était-ce le cas au moment de son ouverture, mais il n'en va pas de même aujourd'hui. L'ouverture de la cure médicale a imposé la mise en place d'une infirmerie qu'il a été possible d'installer en remaniant le bureau directorial et en supprimant le secrétariat.

Mais nous ne disposons pas de lieu où pourrait s'effectuer des activités physiques, telles que de la gymnastique douce par exemple, ni de salle de kinésithérapie qui s'avère pourtant indispensable compte tenu du nombre important de personnes pour lesquelles elle est prescrite.

↳ Enfin, la modification récente du système de chauffage, exigeant une chaufferie plus grande que celle initialement installée, nous a amené à empiéter sur le dépositaire. Les personnes qui décèdent dans l'établissement ne peuvent donc plus rester que quelques heures dans leur chambre, à moins de soins conservatoires. Dans le premier cas les familles vivent parfois très douloureusement l'anonymat d'un funérarium. Dans le second, l'équipe est perturbée par la présence, derrière une porte qu'elle a si souvent franchie pour apporter soin et attention, du corps de la personne défunte.

Un projet d'aménagement semble donc, de lui-même, s'imposer, qu'il ne faudra cependant pas simplement penser en fonction des locaux techniques afin de préserver ce qui fait la caractéristique de TROPAYSE : **une grande maison chaleureuse et vivante**.

1.1.1.3 Un établissement géographiquement excentré

Ainsi que je l'ai déjà présenté, la maison se situe au centre d'un lotissement qui s'est développé autour d'elle au cours des dernières années. La commune de BASSENS n'est pas grande et son centre ville paraît proche, à vol d'oiseau. Mais en revanche son sol n'est pas plat. Si les commerces les plus proches se trouvent à quelques centaines de mètres, la pente à grimper pour y parvenir est trop raide pour les résidents. Le moindre déplacement ne

peut se faire qu'en voiture et rend les personnes âgées dépendantes d'un véhicule et d'un chauffeur. Paradoxalement donc, la construction offre une liberté importante de mouvement mais son implantation accentue la sensation d'enfermement des résidents, d'autant qu'une bonne partie d'entre eux n'ont plus ni famille, ni amis susceptibles de les accompagner.

L'établissement ne peut être déplacé. Afin de rompre son isolement, nous devons donc rechercher les moyens de favoriser les échanges avec l'extérieur par l'organisation de sorties ou d'activités incluant la participation de personnes de la commune, par exemple.

1.1.2 Un public hétérogène

↳ Au moment de l'étude, soit avril 2001, **11 hommes et 40 femmes** y résident, dont deux couples. Par ailleurs 5 femmes et 2 hommes sont séparés de leurs conjoints et ont été placés dans l'établissement parce que leur état de santé demandait une prise en charge trop importante pour qu'ils puissent être maintenus à domicile. Cette dernière situation pose le problème de fond de la séparation d'époux à la fin de leur vie : que peut-on proposer à un couple, afin de diminuer la souffrance du résident et celle de son conjoint ?

80% vivaient donc seules à leur domicile avant leur entrée, ce qui paraît supérieur à la moyenne nationale puisque Martine EENSCHOOTEN, responsable de l'étude intitulée «les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus»¹⁵ estime que les deux tiers des personnes âgées institutionnalisées étaient dans cette situation.

↳ **22 personnes**, soit près de la moitié, sont entrées depuis **un an au plus**. Ce constat n'est pas anodin quand on le rapproche de la difficulté qu'éprouvent les personnes âgées à s'adapter à un nouvel environnement et à une vie collective non souhaitée, d'autant plus qu'une entrée en maison de retraite signifie pour la plupart d'entre eux l'arrivée dans leur dernier lieu de vie, l'antichambre de la mort.

Pertes de repères, état dépressif, angoisse, agressivité parfois, caractérisent leur comportement des premiers mois et peuvent aboutir à des glissements catastrophiques si elles ne sont pas aidées et accompagnées individuellement dans cette démarche.

↳ Ce chiffre a également pour corollaire le **départ de 22 personnes**. Si 3 personnes ont regagné leur domicile ou sont parties vivre chez leurs enfants, les autres sont morts dans l'établissement. De nombreux décès donc, liés au grand âge certes, mais également à l'état très dégradé des personnes pour lesquelles une admission est demandée.

↳ Les **29 autres personnes** sont là depuis **4,5 ans** en moyenne, dont 5 depuis plus de 7 ans, c'est à dire presque depuis l'ouverture de la maison. Il n'est cependant pas possible de s'appuyer sur ces derniers pour aider les nouveaux entrants à s'adapter, bien au contraire : leur niveau de handicap et de dépendance est tel qu'ils les perturbent profondément, leur renvoyant une image très dévalorisante de leur possible devenir.

1.1.2.1 Des résidents venant du secteur d'implantation de l'établissement

38 personnes vivaient, soit à BASSENS, soit dans les communes avoisinantes avant leur entrée en maison de retraite, ou avaient de la famille, enfants, frères et sœurs, sur le secteur.

Il n'en a cependant pas toujours été de même, l'accent n'ayant pas été systématiquement mis, depuis son ouverture, sur l'importance de la proximité des liens familiaux et relationnels des personnes hébergées.

Mais la maison a ouvert ses portes relativement récemment. S'il faut du temps pour acquérir une réputation qui attirera les demandes d'entrée, l'investissement lourd que suppose sa construction impose de la rentabiliser le plus rapidement possible.

1.1.2.2 Des personnes très âgées, handicapées et dépendantes

↳ **Une moyenne d'âge élevée**, bien que tempérée par l'étalement de la pyramide :

La moyenne d'âge des personnes résidentes est de 83 ans mais l'écart entre le plus jeune et la plus âgée dépasse le demi-siècle. En effet, nous voyons dans le tableau présenté en annexe 1, que 35 personnes (près de 70%) sont âgées de 80 ans et plus. Nous constatons également que 2 personnes ont moins de 60 ans. Reconnues handicapées par la COTOREP, elles ont été admises dans l'établissement, après accord du Conseil Général de la Gironde, dans un souci de rapprochement familial, en ayant, par ailleurs, tenu compte du fait que le seul établissement susceptible de les accueillir était l'hôpital psychiatrique de secteur. Une telle diversité pose le problème de l'accompagnement et de la stimulation à apporter, aux plus jeunes notamment, renvoyés de façon très précoce et constante à une projection de leur fin de vie.

Cependant nous nous situons exactement dans la moyenne nationale selon les résultats d'une enquête que vient de publier la Direction des Résultats et Etudes Statistiques (DREES) du ministère de l'emploi et de la Solidarité.¹⁶

Enfin, nous accueillons 5 fois plus de femmes que d'hommes (11), ce qui est sans surprise puisque celles-ci ont une espérance de vie supérieure de huit ans¹⁷. Mais ces derniers posent le problème de la nécessaire aide à la toilette et aux soins que leur apporte une équipe paramédicale entièrement féminisée. Sans aborder les difficultés personnelles qu'engendre le vide de leur vie sexuelle, difficultés partagées d'ailleurs avec les femmes, cette situation génère des gênes et des tensions importantes.

¹⁵ Citée dans La Revue du Praticien - n°536 du 23/04/2001

¹⁶ La revue du praticien - Op.cit.

¹⁷ POCHET P. - *Les personnes âgées* - Collection Repères - ed. La découverte – 1997 - p21

↳ un niveau moyen de dépendance important

La dépendance est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance particulière (Loi°97-60 du 24/01/1997-Titre II- article 2, instituant la prestation spécifique dépendance pour les personnes âgées).

Le degré de dépendance d'une personne est évalué à l'aide d'une grille nationale, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources), définie en annexe du décret n°97-426 du 28/04/1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance. Cette grille permet de classer les personnes en six groupes en fonction des aides directes nécessitées par leur état, (Titre I, article 2 du décret cité ci-dessus), le groupe 1 (GIR 1) correspondant à la perte totale d'autonomie.

AGGIR comporte dix variables discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, et communication à distance), et sept variables illustratives se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale (gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi de traitements et activités du temps libre).¹⁸

Les textes officiels semblent opposer la dépendance à l'autonomie, la première signifiant alors la perte de la seconde.

Dépendance vient du mot latin *dependere* : *être suspendu à*. Le LITRE l'explique, en première définition, comme *une sorte de rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre*. Elle souligne donc seulement un lien entre deux choses, deux personnes... Elle *saisit l'être au moment où il pend à quelque chose ou à quelqu'un [...]. La personne dépendante tient sa survie d'une relation présente, relation à d'autres personnes, relation à un milieu.*¹⁹

L'idée de sujétion, soumission, subordination n'apparaît qu'en quatrième définition dans le LITRE, mais est la seule que retient le LAROUSSE. Cette définition est aussi celle qui relève aujourd'hui du sens commun. Lorsque ce terme est utilisé à propos de la vieillesse, il est défini, ainsi que nous l'avons vu, comme l'incapacité pour un individu de subvenir à ses besoins quotidiens. *Cette prépondérance du schéma de la dépendance renforce les stéréotypes et les images totalisantes véhiculés sur ce groupe d'âge (les personnes âgées) et masque les extrêmes spécificités dont chaque histoire de vie est productrice.*²⁰

*Or L'avance en âge offre à tout être humain, la capacité de renouveler plusieurs fois et jusqu'à la fin l'interprétation qu'il fait de sa vie, de la vie.*²¹

¹⁸ Extrait de l'annexe au décret du 28/04/1997 fixant le guide de l'évaluation de la personne âgée dépendante.

¹⁹ VEYSSET B. - *Dépendance et vieillissement* - L'Harmattan - 1998 - p.23

²⁰ Dictionnaire critique d'action sociale - *Vieillesse* - Bayard éditions - 1997

²¹ PHILIBERT P. - cité dans le Dictionnaire critique d'action sociale

Autonomie vient du grec : auto et nomos, celui qui fixe sa propre loi. Par extension le LITTRE la définit comme *se gouverner soi-même. La personne autonome n'est pas celle qui n'a pas de dépendances mais celle qui les gère selon sa propre loi.*²²

Une personne âgée peut dépendre de quelqu'un pour faire sa toilette, effectuer ses déplacements ou encore s'alimenter, être donc dépendante, ou handicapée au sens d'être désavantagée, tout en étant capable d'organiser et d'exprimer la façon dont elle souhaite que cela se fasse, c'est à dire être autonome.

*Bien entendu si ce dont nous dépendons nous manque, nous sommes morts ; cela veut dire que le concept d'autonomie est un concept non substantiel mais relatif et relationnel. Je ne dis pas que plus on est dépendant, plus on est autonome. Il n'y a pas de réciprocité entre ces deux termes. Je dis qu'on ne peut concevoir d'autonomie sans dépendance.*²³

En revanche une personne atteinte de démence sénile peut être capable de se débrouiller seule pour manger, se déplacer, se vêtir, sans pouvoir décider par elle-même quand et comment le faire, sans plus savoir pourquoi elle le fait, en étant donc dans l'incapacité de se gouverner, non autonome, sans pour autant être totalement dépendante.

La grille AGGIR, reprend dans ses variables, des critères relevant soit de la perte d'autonomie, soit de la dépendance et les croise pour déterminer l'aide à apporter aux personnes âgées. Il paraît donc logique que les textes parlent indifféremment de l'une ou de l'autre, bien que cette simplification entraîne parfois des interprétations différentes. C'est ainsi que la même personne, évaluée à trois mois d'intervalle par deux médecins a été classée dans deux GIR (3 et 1), sans évolution de sa pathologie, selon qu'elle a été observée au regard de sa dépendance ou de sa perte d'autonomie.

Au moment de l'étude la classification des résidents selon cette grille donne les résultats présentés en annexe n°1.

Cette classification a été établie par l'équipe de la maison mais n'a pas été validée, puisque nous n'avons pas de médecin coordonnateur et que nous n'avons pas encore signé la convention tripartite qui nous fera rentrer dans le cadre de la réforme de la tarification. Cependant nos appréciations ont été confirmées par l'équipe médico-sociale du Conseil Général de la Gironde, lorsque celle-ci est venue évaluer le niveau de dépendance de tel ou tel résident pour le calcul de ses droits à la PSD.²⁴

Elle met en évidence que 50% parmi les personnes accueillies relèvent du GIR 1 et que 76% relèvent des GIR 1 à 3. Nous accueillons donc majoritairement des personnes très

²² VEYSSET B. - *Dépendance et vieillissement* - p.26

²³ MORIN E. - *Pour une science de l'autonomie* - Cahiers internationaux de sociologie XXI, 1982, p.261 – cité par VEYSSET B. – Op.cit. – p.26

²⁴ Prestation Spécifique Dépendance

dépendantes, nous situant au-dessus de la moyenne nationale (64%²⁵). Or, ainsi que je l'ai précédemment expliqué, nous disposons d'une cure médicale de 30 lits. Ce qui signifie que 6 personnes, évaluées comme étant très dépendantes et demandant une aide importante pour la plupart des actes essentiels de la vie, sont prises en charge par l'établissement et ne bénéficient officiellement que des soins apportés matin et soir par des infirmiers libéraux.

Cette classification permet également de calculer le GIR Moyen Pondéré de l'établissement, correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies (Titre II, Section 3, article 13 du décret n°99-316 du 26/04/1999, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes). L'étude conduite sur ERNEST, l'échantillon représentatif national d'établissements pour simuler la réforme des EHPAD²⁶, montre que les établissements associatifs ont un GMP²⁷ moyen de 576²⁸. Celui de TROPAYSE est aujourd'hui de 736.

Seulement quatre personnes relèvent des GIR 5 et 6, peuvent être considérées comme étant autonomes, et se trouvent dans quatre classes d'âge différentes.

Nous ne pouvons faire de comparaison avec les années antérieures dans la mesure où nous ne disposons pas des éléments nécessaires. En revanche ce niveau élevé de dépendance semble correspondre à la tendance actuelle de l'évolution des personnes très âgées, confirmée par nombre d'études et de projections démographiques. Mais les premiers résultats de l'enquête Handicapés – Incapacités - Dépendance, menée depuis 1998 par l'INSEE²⁹, montre que si le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans augmente, le nombre de personnes confinées au lit ou au fauteuil a diminué depuis 10 ans.³⁰ L'augmentation de la dépendance physique, associée à celle du vieillissement ne semble donc pas être une hypothèse valable de projection dans le temps.

Il n'en va pas de même en ce qui concerne la dépendance psychique. En effet, sur 700 000 personnes dépendantes âgées de plus de 70 ans, on estime que 500 000 sont atteintes de démences séniles (en général, tous types de démences confondues).

Au total, même si l'on s'en tient à des approches prudentes, le nombre de personnes âgées susceptibles de développer des pathologies mentales serait multiplié par six dans les cinquante ans à venir. Dans vingt ans, à traitement constant, on estime à deux millions le nombre de français qui seront touchés par la maladie d'Alzheimer.³¹

²⁵ Enquête de la DREES - La revue du Praticien - Op.cit.

²⁶ Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

²⁷ GIR Moyen Pondéré

²⁸ Décideurs n°37 - mars 2001 - p40

²⁹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

³⁰ citée dans Décideurs n°37 – Op.cit. – p.30

³¹ *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux* - Conseil Economique et Social - rapport de Jeanne CAYET - n°98-22.

L'analyse faite sur les différentes formes de handicaps rencontrées à TROPAYSE s'inscrit bien dans ce constat et corrobore celui de l'enquête ESPAR II³², réalisé en Gironde en 1990, qui relevait un niveau de dépendance psychique élevé de la population hébergée dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

↳ Des formes de handicaps diverses

Les handicaps ont été regroupés en cinq catégories, ne recoupant pas les niveaux de dépendance de la grille AGGIR. En effet, si les malades d'Alzheimer relèvent tous du GIR 1, d'autres personnes présentent des handicaps physiques ou psychiques sans pour autant être totalement dépendantes. Cependant leurs difficultés requièrent une prise en charge adaptée et des compétences particulières.

- 24 personnes, (47,1%), sont atteintes de démences parmi lesquelles 5 ont une maladie d'Alzheimer diagnostiquée.

- 5 personnes, (9,8%), ont des pathologies psychiatriques lourdes, assorties d'un passé en hôpital psychiatrique.

- 3 personnes, (5,9%), présentent des affections héréditaires

- 10 personnes, (19,6%) présentent des handicaps physiques importants, dont 5 personnes à la suite d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral).

- 9 personnes, (17,6%), sont relativement autonomes et n'ont pas d'autres difficultés que la diminution de leurs capacités.

Nous nous trouvons donc avec un groupe non homogène, au sein duquel nous pouvons distinguer deux entités qui diffèrent :

- des personnes présentant des troubles psychiatriques, au comportement perturbé et aux gestes inadaptés ;
- des personnes présentant des handicaps physiques, sans trouble du comportement.

Comment répondre à des situations très différentes, alors qu'une maison de retraite, dans sa définition actuelle, est généraliste, conçue et équipée, tant en moyens matériels qu'en moyens humains, afin de répondre aux besoins de personnes vieillissantes ?

Il semble que, dans les conditions actuelles, seule une prestation individualisée, réfléchie et coordonnée en fonction de chaque résident, puisse, par la prise en compte des difficultés individuelles, faciliter leur cohabitation.

En résumé TROPAYSE est un établissement qui dispose d'une structure architecturale bien conçue, même si, avec le temps, apparaît le besoin d'y effectuer certains

³² Schéma Départemental des établissements et services pour personnes âgées – 1995 - p 28. Enquête sur les caractéristiques des structures d'hébergement et le profil de la population hébergée.

aménagement. Il accueille un public dont les difficultés correspondent à l'évolution constatée et pronostiquée des personnes hébergées en institution gériatrique.

1.2 Un établissement à l'organisation déficiente

TROPAYSE est actuellement doté de 17,5 postes de travail en équivalent temps plein, répartis sur deux budgets (hébergement et cure médicale), auxquels il convient de rajouter deux contrats emploi solidarité (CES), soit donc au total 18,5 ETP³³. Ces postes sont occupés par 23 personnes, 21 femmes et 2 hommes.

La section hébergement assume financièrement la direction de la maison, les postes d'agents de service, cuisiniers et gardes-malades de nuit. La section cure médicale finance les infirmières et les aides-soignantes.

Cette présentation met en évidence une apparente simplicité de fonctionnement : d'un côté du personnel relevant du budget hébergement (12 ETP) assure la fonction hôtelière de la maison (cuisine et service en salle, entretien des locaux) et la sécurité de ses usagers (surveillance de nuit) ; de l'autre du personnel relevant du budget cure médicale (6,5 ETP) assure le suivi de la santé des résidents et les soins quotidiens qui leur sont nécessaires.

La réalité est plus complexe dans la mesure où trois éléments viennent interférer cette répartition :

↳ La volonté associative de mutualiser les moyens, tant matériels qu'humains, entre les établissements. C'est ainsi qu'un demi-poste d'agent de service est utilisé par l'association et ne participe pas directement au travail de la maison.

↳ La mise en place par l'association d'une action de formation avec l'utilisation de contrats de qualification, financés sur la ligne budgétaire affectée aux «remplacements» : 2 femmes sont ainsi salariées à TROPAYSE qui n'apparaissent pas dans le budget officiel.

De ce fait l'effectif salarié réel de la maison est de 24 personnes, 22 femmes et 2 hommes.

↳ Le fort niveau de dépendance des personnes hébergées, que nous avons montré précédemment. La quantité des soins et des actions de nursing qui doit leur être prodiguée a impliqué le glissement de plusieurs postes de travail hôtelier vers des fonctions d'aides-soignants. (Cf. annexe n°2)

De plus, au regard des postes et des fonctions qui s'y rattachent, on constate que la comptabilité et le secrétariat ne sont pas effectués sur place : en effet, actuellement, l'essentiel des travaux administratifs des établissements (enregistrements comptables, production des documents de gestion...), sont assurés par le siège de l'association.

Enfin, et ceci ne nous est pas spécifique, la répartition des postes montre que la maison a été pensée pour assurer l'hébergement (gîte et couvert) de personnes âgées dépendantes (cure médicale), sans que soit pris en compte autre chose que les besoins vitaux : alimentation, hygiène, soins et sécurité et qu'elle fonctionne avec *des personnels qui à la fois doivent être soignants, avec des tâches d'accueil et hôtelières, tout en restant à l'écoute des résidents, des familles et de plus en plus des évaluateurs de la dépendance et de la qualité.*

*Des personnels qui, avec des quotas plus réduits que ceux de l'industrie hôtelière et de celle du soin associés, savent le plus souvent faire face à ces tâches multiples...Mais qui peuvent s'épuiser, se trouver déborder, perdre tout enthousiasme ou tout goût à leur travail et effectuer mécaniquement leurs tâches.*³⁴

1.2.1 Une dotation en personnel insuffisante et inadaptée

R. HUGONOT, ainsi que de nombreux auteurs, dénonce la faible dotation en personnel des établissements d'accueil pour personnes âgées. A TROPAYSE, les conséquences de cette faiblesse se situent à plusieurs niveaux aisément repérables à partir d'éléments objectifs.

1.2.1.1 Un personnel ne disposant pas du temps nécessaire pour exécuter ses tâches- Deux exemples : les remplacements et les toilettes

↳ **La dotation des remplacements** par rapport aux besoins réels.

Légalement le personnel salarié a droit à 5 semaines de congés par an, et conventionnellement (convention de 1951), à la récupération des jours fériés. La faiblesse en personnel ne permet pas de se passer aisément d'une personne. En réalité, seuls deux postes ne sont pas remplacés, la direction et l'agent d'entretien. Or à TROPAYSE le décalage entre le nombre de mois accordés et le besoin est de 18 mois.

Afin de rester dans le cadre de notre budget nous pouvons donc soit ne pas remplacer les agents absents et soumettre ainsi les autres à un rythme de travail accéléré et épuisant, avec des conséquences directes et évidentes sur la prise en charge des résidents, soit augmenter le nombre de résidents de manière à compenser financièrement le coût salarial complémentaire. Dans ce cas c'est sur l'ensemble de l'année que la charge de travail est augmentée avec les mêmes conséquences que précédemment.

↳ Si nous prenons l'**exemple des toilettes**, nous disposons de 3 heures pour les réaliser (fin des petits déjeuners au déjeuner), auprès des 30 personnes de la cure médicale, et de 2,5 postes d'aides soignantes par jour (5 au total). En d'autres termes nous avons 15

³³ Equivalent temps plein

³⁴HUGONOT R. - Gérontologie et Société - n°92 - mars 2000 - p 61

minutes (3x60mnx2,5 /30) à consacrer à chaque résident, réfection et nettoyage du lit compris, sans intégrer les déplacements, les réponses aux appels et les soins à apporter à ceux qui, bien que n'étant pas en cure, ont besoin d'aide pour s'habiller ou faire leur toilette. Comment, dans ces conditions, demander au soignant de s'adapter au rythme ralenti d'une personne très âgée ? Comment lui parler de la stimulation nécessaire pour entretenir chez le résident le souci de son propre prendre soin ? Comment travailler la relation soignant/soigné dans ce moment capital où s'établissent contact physique et gestes d'aide ? Le peu de temps dont dispose chaque aide-soignant entraîne en réalité une mécanisation et une prise en charge totale des soins pour parvenir, en temps voulu, à l'aboutissement demandé : que toutes les personnes soient prêtes au moment du déjeuner.

1.2.1.2 Un personnel non préparé aux tâches à accomplir

Cette situation nous a amené à faire «glisser» des postes d'agents de la section hébergement sur le soin, en les qualifiant de «gardes-malades». Il s'agit cependant d'une fonction ambiguë en ce sens que les tâches à effectuer sont celles des aides-soignants, la rémunération équivalente à celle des agents de service, et qu'aucun diplôme n'est requis pour y accéder.

De plus l'équipe de la section hébergement se trouve ainsi démunie et dispose à son tour d'un temps très limité pour effectuer son travail. Si nous prenons l'exemple de l'entretien quotidien de la maison, nous avons calculé que chaque agent devait l'effectuer en 7,6mn par pièce. Ce temps correspond à celui qui est imparti dans le cadre d'une société de nettoyage. Comment dans ce cas leur parler des précautions à prendre pour entrer dans l'intimité des résidents ? Peut-on de même leur demander d'apporter la stimulation nécessaire pour que ceux qui le peuvent encore prennent, au moins partiellement, en charge la propreté et l'hygiène de la pièce qui constitue leur «chez soi» ? Et par ailleurs qui ne dénoncerait pas comme étant mal tenue, une maison où les odeurs d'urine flottent encore en milieu d'après-midi ?

Poursuivant ainsi la cascade, nous pratiquons donc le recours aux CES, qui présentent l'avantage de leur moindre coût, mais l'inconvénient majeur de mettre en situation professionnelle difficile des personnes non formées et elles-mêmes en grande difficulté.

Cette pratique devient par ailleurs de plus en plus difficile : l'amélioration du marché de l'emploi amène les pouvoirs publics à réduire ce type de contrats en masse (public demandeurs d'emploi très longue durée seulement) et en temps (durée 6 mois maximum). De ce fait, ces agents ont à peine le temps d'intégrer les bases d'une pratique professionnelle et ce turn-over nous impose d'avoir en permanence du personnel à former.

En fait seule la prise en compte par les organismes de contrôle de la réalité de nos besoins pourra nous permettre de travailler dans les conditions nécessaires à une prise en charge individualisée et de qualité.

1.2.2 Un personnel peu formé, peu qualifié, et sans formation complémentaire en gérontologie

L'évolution de la maison se déroule en deux temps : de 1993 à 1995, ouverture et montée en charge. A cette période correspond un recrutement direct sur des contrats à durée indéterminée. S'il est difficile de savoir quels sont les critères qui ont prévalu à l'embauche, on constate cependant quelques points communs aux cinq personnes qui sont encore salariées dans l'établissement. Elles sont jeunes, (moins de trente cinq ans aujourd'hui) et n'ont pas de diplôme professionnel adapté à leur fonction, (une seule a passé depuis, son diplôme d'aide-soignante dans le cadre de la formation professionnelle continue). En revanche trois d'entre elles avaient acquis une petite expérience professionnelle en ayant effectué des contrats à durée déterminée dans d'autres établissements de l'association.

En 1995, deux événements modifient les conditions de recrutement : le changement de direction et l'ouverture de la cure médicale. Cette dernière impose de détenir un diplôme professionnel adapté au poste de travail financé. C'est ainsi que sont recrutées les premières aides-soignantes et une infirmière.

Le personnel de la section hébergement semble, quant à lui, avoir été retenu selon deux critères : la proximité de son lieu de résidence et la possibilité de bénéficier d'un CES. *N'oublions pas que le secteur des établissements d'hébergement de personnes âgées gère une situation héritée du passé où les critères de recrutement étaient inexistantes, étant donné que la gérontologie était une filière de seconde zone où l'on reléguait les personnels indésirables (D. ARGOUT)³⁵.*

BASSENS est une petite ville ouvrière de l'agglomération bordelaise, dont la population est durement touchée par le chômage. L'implantation d'une maison de retraite représente un vivier d'emplois facilement accessibles. Et le recours au CES permet de doter, à moindre coût, l'établissement du personnel qui lui manque.

Seul le cuisinier, embauché à cette période était détenteur d'un CAP³⁶ et avait une expérience de cuisine de collectivité.

C'est ainsi que cinq personnes, sans qualification ni formation professionnelle et ayant un faible niveau scolaire (fin de primaire) ont été progressivement embauchées. Cette politique est difficilement contestable si l'on se situe sur-le-champ de l'insertion des publics

³⁵ cité par DEBRET C. –Gérontologie et société - Op.cit. - p 80

³⁶ Certificat d'aptitude professionnelle

en difficulté. Mais ces salariés ont dû se former seuls sur le terrain, sans pouvoir s'appuyer sur des professionnels expérimentés et qualifiés. (Cf. annexe n°3)

De plus si nous croisons ce constat avec les difficultés des personnes accueillies dans l'établissement, handicaps divers, dépendance, troubles du comportement, nous pouvons dire que nous hébergeons un public particulièrement perturbé et perturbant et que nous fonctionnons avec un personnel non préparé et non adapté.

Il ne s'agit pas d'une particularité de la maison puisque le secteur des personnes âgées est bien repéré quant au manque de qualification de son personnel.

*La politique de l'emploi a permis à certains établissements d'embaucher un personnel peu formé, pour compenser en partie ces problèmes (faible dotation en personnel). Cependant, l'effet pervers de ces recours est la possibilité d'une recrudescence de la violence, car en l'absence de formation de base ce personnel peut réagir difficilement à l'accompagnement quotidien de personnes très dépendantes.*³⁷

Et le Docteur PLOTON rajoute : *Incontestablement une sélection rigoureuse du personnel est indispensable, pour éviter de mettre en situation des personnalités susceptibles de faire les frais de leur mission, ou de faire pâtir les malades d'une inadéquation de gens à leur poste. Une vie personnelle équilibrante, est, de plus, pratiquement indispensable pour assumer les contraintes psychologiques particulières du travail en gériatrie.*³⁸

L'illustration de ces propos se retrouve dans quelques exemples simples issus de la vie quotidienne de la maison.

Doté d'une faible formation initiale, le personnel emploie un vocabulaire de langage courant, sans maîtrise de son sens. Il en est ainsi de la perte d'autonomie et de la dépendance. De la confusion avec laquelle ils sont utilisés, découlent des comportements souvent impérieux et autoritaires ne tenant pas compte de la volonté exprimée par la personne : elle est dépendante et ne sait donc plus ce qui est bien pour elle. C'est ainsi par exemple, qu'une telle, incapable de faire évoluer son fauteuil, sera «posée» dans un salon après sa toilette, sans que soit entendu son désir d'aller en salle à manger.

La question du vocabulaire n'est bien évidemment pas seule, à l'origine de l'attitude du soignant. En revanche, une redéfinition commune des mots ouvrant le champ de la réflexion, pourra entraîner une modification du regard porté par l'équipe sur les personnes auprès desquelles elle travaille et modifier la teneur de ses interventions.

Le manque de formation professionnelle adapté se constate également dans l'utilisation de termes vagues mais connotés d'affects, voire de jugements de valeur, lors des transmissions ou des échanges, en ce qui concerne l'observation du comportement des

³⁷ CIPA, Service ALMA 87 – Gérontologie et Société – p.47

³⁸ PLOTON L.- *La personne âgée* - Ed. Chroniques Sociales – 1998 - p 40

résidents : *elle est gentille ; elle est méchante ; le pauvre, il n'a plus toute sa tête....* Ces mots font aussi la preuve de la relation établie par l'équipe avec les résidents. Ne disposant pas d'outils, de connaissances, sur lesquels s'appuyer pour comprendre, analyser, se distancier, se protéger également, et agir en comprenant le sens de son action, chaque membre se situe sur un registre affectif, afin de pouvoir préserver l'humanité de son approche que la proximité constante avec la dégradation des corps et des esprits, menace en permanence.

Ce registre entraîne certes des dérapages quasi inévitables vers la familiarité (tutoiement, surnom...), vers la sélection (manifestations de préférence...), mais il est également porteur d'une évolution potentielle. L'équipe montre ainsi son intérêt au travail qu'elle fait, son attention aux personnes qu'elle prend en charge.

Mais il est clair que nous devons nous orienter vers une vraie politique de formation afin d'améliorer la qualité des services proposés et de donner aux personnes employées une assise sur laquelle elles puissent appuyer leurs pratiques.

Enfin n'oublions pas que l'établissement a utilisé, pendant plusieurs années, sa capacité maximale, sans avoir la possibilité d'embaucher du personnel supplémentaire.

1.2.3 Une organisation du travail centrée sur le soin et favorisant des groupes étanches

En avril 2000 la maison semble scindée en deux, chaque groupe étant lui-même composé de deux sous-groupes distincts. Dans la présentation qui va suivre, nous n'incluons pas les cuisiniers et l'agent d'entretien, ceci pour trois raisons :

- Ils occupent une place à part dans l'établissement de par leur fonction transversale, proche des soins (menus spéciaux ou réparation des lits et fauteuils défailants, par exemple), proche de l'entretien (suivi de la vaisselle ou réparation des portes de placard...), et spécifique (restauration et entretien de la structure).

- Ils ont un rythme de travail différent des autres, plus étalé dans la semaine, ce qui les met en contact avec l'ensemble du personnel.

- Nous y retrouvons les seuls hommes du personnel de la maison : ils apportent de ce fait un équilibre dans une équipe largement féminisée que tous s'attachent à préserver.

1.2.3.1 Une division hiérarchique où le soin occupe une place prépondérante

Si familièrement les femmes de l'équipe s'appellent entre elles *les filles*, celles de l'équipe *soins* et celles de l'équipe *entretien*³⁹ n'ont aucun contact professionnel. Certes il existe quelques moments conviviaux (pause café, repas) et des relations extra professionnelles se sont nouées. Mais aucun échange ne se fait autour du travail technique ou des résidents. Chaque groupe effectue son ouvrage, sans coordination ni réflexions

communes, avec une image mentale du travail de l'autre très hiérarchisée : aux soignants le travail «noble», aux agents d'entretien les «basses œuvres». Cette perception se traduit de façon très concrète dans le vocabulaire utilisé par les gardes-malades. Elles sont «montées» aux soins et expriment leur hantise de «redescendre au ménage».

Les gardes malades ne se distinguent cependant pas, tout au moins en apparence, de leurs collègues aides-soignantes : même rythme de travail, même tâches accomplies et, semble-t-il, pas de hiérarchie au sein de l'équipe. Mais le sentiment de précarité, lié à leur manque de formation et de diplôme, les conduisent à se situer d'elles-mêmes en position d'infériorité et génère agressivité, repli sur soi et soumission à l'autorité des diplômées.

Ce phénomène se retrouve dans la scission entre les équipes de jour et l'équipe de nuit, bien qu'un temps de coordination soit instauré et largement dépassé par les gardes-malades de nuit qui, pour faire face à l'ampleur de leur travail et à leur solitude, ont un besoin impérieux de partage et d'échanges. Malgré tout, là encore, les critiques réciproques et les comparaisons négatives sont constantes.

Cette séparation entre les deux équipes a plusieurs conséquences immédiatement repérables :

- dépréciation constante du travail des autres ; *elles ont encore laissé traîner des couches sales dans la chambre ! , elles mettent le linge des résidents n'importe comment dans les armoires, on ne s'y retrouve plus ! ...*

- sentiment de dévalorisation de l'équipe d'entretien : *elles nous prennent pour leurs bonnes !* et sur-valorisation de l'équipe soins : *ce n'est pas à nous de nettoyer les fauteuils !*

- enfermement de chacune dans des jalousies et des conflits leur faisant oublier le sens de leur travail et les résidents.

- angoisse des résidents se manifestant par une multiplication d'appels, des comportements agressifs, mais également par un jeu de séduction attisant les jalousies.

- angoisse des familles se traduisant par des plaintes répétitives sur la qualité des soins prodigués (*on n'a pas changé ma mère de la journée !*), ou sur la tenue de la chambre et du linge.

Cependant ce cloisonnement entre les deux équipes apparaît excessif au regard de la seule hiérarchisation des fonctions de chacune.

1.2.3.2 Un rythme de travail aggravant les scissions

L'organisation des roulements scinde encore en deux chaque «équipe», si tant est que ce terme soit adapté à la situation. En effet, ces équipes travaillant sur un rythme de 11h par jour, les personnels alternent deux jours de travail et deux jours de repos, sans jamais se croiser, le respect de la réglementation du travail concernant les week-end, amenant de plus

³⁹ Afin de mieux comprendre les représentations qu'ont les salariés de leurs fonctions, et la fierté ou la

chaque sous-groupe d'une équipe à toujours travailler avec le même sous-groupe de l'autre équipe. Les conséquences, identiques aux précédentes sont, de ce fait, démultipliées : rivalité entre chaque équipe, rivalité entre chaque sous-groupe, doléances déversées auprès du seul médiateur repérable, l'infirmière, et oubli des résidents.

C'est ainsi que pour prouver aux autres leur efficacité, certains membres d'un roulement de l'équipe soin n'hésitent pas à *faire la course* pendant les toilettes des résidents, les gagnantes étant bien évidemment celles qui y ont passé le moins de temps.

Par ailleurs, l'infirmière, charnière entre les résidents, les familles, l'équipe et les intervenants extérieurs, se retrouve avec un rôle écrasant dans la mesure où elle tente de compenser par sa disponibilité et sa neutralité les carences de l'équipe.

En revanche chaque sous-groupe fait preuve, en son sein, d'une grande solidarité.

L'instauration, ou plutôt la réintroduction, de ce rythme de travail est récente et la plupart des membres de l'équipe la considèrent comme une victoire chèrement acquise : en effet, plusieurs essais ont été faits au cours des années précédentes, sur un rythme de 8 heures par jour. Mais l'équipe s'en dit très insatisfaite car il a pour corollaire la mise en place de coupures dans la journée, conséquentes à la faible dotation en personnel.

Le manque de formation initiale, le manque de qualification, le manque de connaissance en gérontologie, la dévalorisation des métiers s'exerçant auprès de personnes très âgées, l'adaptation nécessaire mais sans doute conflictuelle du personnel soignant à un soin qui ne soigne pas mais qui aide et accompagne, la prépondérance donnée aux soins, l'organisation que nous venons de présenter, ne peuvent cependant, à eux seuls, expliquer une telle atmosphère délétère, dont les résidents sont les premières victimes et ne suffisent pas pour comprendre le comportement de l'ensemble du personnel. Il faut y rajouter l'histoire de la maison.

1.2.4 Une maison dotée d'un personnel jeune mais porteur d'une histoire difficile

L'équipe est jeune à deux niveaux :

- Sa moyenne d'âge est de 36 ans et la pyramide des âges montre que les 2/3 des salariés ont moins de 35 ans. (Cf. annexe n°4). Cette situation n'est pas très courante en institution gérontologique où l'on trouve parfois une pyramide des âges très accentuée vers la cinquantaine.⁴⁰

- l'équipe est récente, puisque plus des 2/3 des salariés ont moins de 6 ans d'ancienneté. Mais la moitié d'entre eux sont embauchés depuis plus de trois ans. (Cf.

dévalorisation qui en découle, il paraît ici préférable d'utiliser leur propre vocabulaire.

⁴⁰ CIPA, Service ALMA 87 - Op.cit. - p47

annexe n°4). En d'autres termes, il s'agit d'une équipe récente mais qui a déjà un vécu commun sur lequel s'appuyer et qui se connaît bien.

Jeunesse personnelle et jeunesse collective qui optimisent les potentialités d'adaptation et d'évolution. Quelles que soient les déviations constatées des comportements collectifs, les membres de l'équipe ne manifestent pas, individuellement, d'aigreur ou de désintérêt pour leur métier.

Trois périodes, trois directeurs, une crise

Entre 1993, date de son ouverture, et 2000, on peut distinguer trois étapes qui ont conditionné la vie de TROPAYSE, correspondant chacune à trois directeurs différents.

↳ **De 1993 à 1995**, la maison se remplit progressivement, accueillant des personnes âgées du secteur. Le personnel, non spécialisé, se rode en douceur à son travail. C'est l'époque où TROPAYSE est «une grande famille». Cette période s'achève par le décès traumatisant, puisque résidents et personnel l'évoquent encore fréquemment, du directeur.

↳ **De 1995 à 1999** l'établissement se structure autour de la cure médicale, avec l'embauche d'un personnel qualifié, et l'organisation du travail en deux équipes. Afin de satisfaire aux critères de la cure, le «recrutement» des résidents se fait plus large et sans qu'une convention ne soit formalisée, la maison accueille des personnes provenant du secteur psychiatrique. C'est également à cette époque (1996) que l'association achète la maison à son constructeur. Cet investissement implique l'utilisation du maximum de la capacité d'accueil.

Les salariés sont donc confrontés à la nécessité d'une triple adaptation :

- Changement de la hiérarchie directe avec un nouveau directeur et l'arrivée d'une infirmière.
- Changement de population, avec l'arrivée de résidents perturbés auxquels ils ne sont pas préparés.
- Changement de l'organisation de la maison avec la prépondérance des soins et le nombre important des résidents. TROPAYSE n'est plus une grande famille mais un établissement gérontologique accueillant un public difficile.

Mais en fait cette nécessaire adaptation ne concerne que les quelques salariés de la première période (cinq à ce jour), les autres arrivant progressivement en suivant l'évolution de la maison. Les résistances qui se sont sûrement développées ne peuvent donc qu'être individuelles et isolées.

↳ **1999** représente une année charnière où une crise se noue puis explose entre trois protagonistes, le directeur en poste, l'infirmière et une directrice stagiaire, qui se cristallise autour de deux thèmes : le poste de direction et la possible cession de l'établissement à une autre association, émanation de l'AASSA.

Entraînés dans un conflit qui n'est pas le leur, les salariés prennent partie pour l'un, pour l'autre ou, pour le troisième, s'allient, se rejettent, se déchirent, s'insultent, manifestent... Sortant de leur isolement, soutenus par le Comité d'Entreprise, deux des plus anciens deviennent leaders d'une opposition qui part dans tous les sens. D'autres tentent de dénoncer auprès de la hiérarchie associative une situation devenue intolérable.

En fin d'année, les salariés restent seuls, après le départ, la mutation et le licenciement des responsables de l'établissement.

Restent surtout les résidents qui ont subi la tempête, vécu les drames, entendu et souvent participé, bien malgré eux, aux déchirements, au-dessus de leurs lits, à la porte de leur chambre, dans la salle à manger...

Les trois premiers mois de l'année 2000 seront ceux du retour au calme après une bataille qui aura duré presque un an. Mais ils ne seront pas ceux de l'apaisement : seuls sur le terrain, dirigé de loin par la Direction Générale de l'Association, le personnel se regroupe autour de la nouvelle infirmière, dont il accepte l'autorité. Mais il ne lui est apporté aucune aide pour atténuer les blessures et diminuer les rancœurs. Les jalousies et la haine qui se sont déchaînées sont encore là, sous-jacentes, prêtes à fuser. Ils trouveront la force de tenir leur poste dans la conviction de leur toute puissance : ils n'ont plus besoin de hiérarchie, ni associative, ni institutionnelle, puisqu'ils sont là et que l'établissement ne désemplie pas.

Les résidents ne sont plus, depuis longtemps déjà, que ceux dont on s'occupe en pensant à autre chose.

De la philosophie hégélienne on retiendra que corruption comme décadence s'inscrivent dans un mouvement de progression de l'histoire, que le mal, le morbide au contraire demeurent dans le stable, et donc que corruption et décadence ne doivent pas être source d'angoisse ou de tragique parce qu'elles contiennent en elles-mêmes le germe de leur propre renouvellement [...]. Saisir l'occasion d'une rupture, [...], est véritablement le cœur d'une pratique de direction.⁴¹

Les jeunes femmes de l'équipe en feront la preuve par la quantité et les raisons des arrêts-maladies au cours de l'année 2000. Quatre d'entre elles s'absenteront plusieurs mois, préparant une maternité. Si l'on peut y voir une fuite liée aux événements de 1999, un impératif besoin de se ressourcer ailleurs, on peut y lire également une manière toute féminine d'annoncer un futur plus prometteur.

1.2.5 Un système de communication quasi-inexistant

La prestation offerte par une maison de retraite doit être la résultante des besoins, des demandes, des attentes de personnes très âgées qui y vivent, la plupart du temps sans l'avoir désiré, sous la contrainte de la diminution de leurs capacités physiques et/ou

psychiques et de la maladie. Le meilleur moyen de savoir quels sont ces besoins, ces attentes et ces demandes, est de le leur demander, de leur proposer de participer à la définition du contenu de cette prestation.

Les familles, par la connaissance qu'elles ont de leurs parents, le soutien affectif et souvent matériel qu'elles apportent, le regard plus extérieur qu'elles portent sur la vie de la maison, représentent une aide non négligeable, tant dans sa définition que dans sa mise en œuvre.

Enfin le personnel doit apporter sa technicité, son savoir-faire, ses connaissances, ses compétences, son investissement, au service des résidents.

La prestation ne peut donc être définie et pratiquée qu'avec la mise en synergie, en cohérence de ces trois entités : les résidents, les familles et le personnel.

Pour y parvenir, il faut disposer de lieux, moments, outils, d'échanges, de réflexion, de communication.

1.2.5.1 Des résidents, objets de soins

Afin de savoir où ils sont et quel est le fonctionnement de la maison de retraite, ils disposent de trois systèmes d'information : deux plaquettes, l'une présentant l'association, l'autre TROPAYSE, le contrat de séjour et le règlement intérieur, et un tableau d'affichage. (Cf. annexe n°5)

En revanche les recueils de données prises lors de l'inscription et de l'admission sont purement administratifs, (identification, ressources, repérage des aidants familiaux et des thérapeutes).

Deux éléments forts ressortent de ce triptyque : la prépondérance d'une vie collective aux règles acceptées, mais non négociables, et le souci de préserver intimité et liens familiaux. Mais aucun élément, aucune trace, aucun recueil ne permet de savoir qui sont les résidents à leur arrivée, mis à part, parfois, un certificat médical précisant leur état de santé. Ils ne disposent par ailleurs que du contact individuel avec le directeur ou les membres du personnel pour se faire entendre.

Il existe cependant une instance où les résidents sont représentés : le Conseil d'Etablissement, fonctionnant régulièrement à TROPAYSE depuis 1995. (Cf. annexe n°6)

La présence de trois résidents au conseil n'a pour autant pas comme corollaire leur participation. Intimidés par une instance qui ne leur « parle » pas, en ce sens qu'elle n'évoque rien de ce qu'ils ont connu, choisis de façon arbitraire, et non délégués par leurs pairs, ralentis par leur âge et ne suivant que difficilement les discussions, handicapés par une audition moins fine qu'auparavant, ils restent passifs et ne participent à aucun débat.

⁴¹ PATURET J.B. - Maître de conférences à l'université Paul Valéry - Montpellier III - Préface de *Manager le*

1.2.5.2 Un personnel isolé dans son travail

Travailler en gériatrie équivaut souvent à un véritable parachutage psychoaffectif ; les soignants sont lâchés en opération survie sans préparation, ni formation, sans encadrement, ni moyens d'analyse et de réflexions organisés ; chacun doit tenir avec sa gamme de défenses personnelles, ses ressources en cautérisation individuelles, bref, son propre capital de santé psychique.⁴²

A TROPAYSE, seule l'équipe soins dispose d'un temps programmé, dans la journée, pour aborder les problèmes rencontrés au cours de son travail : le moment des transmissions, hérité du modèle hospitalier et animé par l'infirmière. Il y est scrupuleusement fait le détail des petits ou grands problèmes physiques de tous les résidents, noté au fur et à mesure sur des fiches individuelles, ainsi que la transmission d'informations sur des soins spécifiques à apporter, une nouvelle thérapeutique, etc.

Ce temps est également celui du défoulement où, sur un mode souvent ludique, les soignants extériorisent leurs peurs, leurs souffrances, leurs angoisses et les partagent.

Moment plus important en fait pour le personnel présent que pour les résidents puisqu'il ne débouche pas sur une coordination des actions, mais sur un enregistrement des événements d'une journée, sans de plus qu'y soient ajoutées les observations des autres membres du personnel.

C'est au cours de ces transmissions qu'apparaît clairement la méconnaissance qu'ont les soignants des résidents, de leur histoire, de leur environnement et la superficialité de leurs connaissances professionnelles. Seuls, ceux dont les familles sont très présentes et communicantes, ne sont pas des inconnus.

De plus une mine d'informations collectées, sans qu'ils soient conscients de leur importance, par les agents de service, est totalement inexploitée. Si le repas, par exemple, est un cérémonial auquel personne ne déroge, et se déroule dans un premier temps en silence, la faim étant assouvie et les soignants ayant emmené les personnes les plus dépendantes, se crée alors dans la salle à manger une relative intimité où les langues se délient. L'atmosphère se détend, les agents, moins pris par le service, écoutent, observent, participent parfois aux échanges.

En fait, la coordination s'appuie seulement sur un système de cahiers (de transmissions, de travaux à faire) que seuls consultent ceux qui en sont considérés comme les destinataires. Quant aux réunions, qu'elles soient par équipe, globale, autour d'un thème précis, ou abordent des problèmes d'organisation technique, elles n'existent pas, ou plus ; le simple fait d'en parler suscite des phobies et des fantasmes, ramenant à la surface tout ce qui n'est pas évacué des années précédentes.

changement dans l'action sociale – MIRAMON J.M. – ed. ENSP - 1996-p X

⁴² PLOTON L. - *La personne âgée* – Op.cit. - p 22

1.3 Un établissement divisé, générant de la maltraitance

C'est sous forme de grille que nous synthétiserons l'ensemble des constats que nous venons de faire :

ATOUTS	FREINS
<p style="text-align: center;"><u>Architecture</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Lieux privés aux dimensions correctes et à l'équipement adapté, personnalisables• Facilité d'accès et espace• Ouverture sur l'extérieur• Lieux collectifs vastes et conviviaux• Infirmierie intime et sécurisée• Sécurisation de l'ensemble	<ul style="list-style-type: none">• Signalétique insuffisante• Manque d'espaces collectifs clos• Manque d'espaces spécifiques (salle de kinésithérapie...)
<p style="text-align: center;"><u>Fonctionnement</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Recrutement de proximité• Respect des liens familiaux et sociaux (pas d'horaire de visites, liberté de sorties...)• Liberté et sécurité (personnel présent 24h/24, système d'appel, ...)• Respect des droits individuels : Droit à l'information (plaquettes, contrats...) Droit d'expression (conseil d'établissement)• Cure médicale	<ul style="list-style-type: none">• Isolement de la structure• Manque de personnel• Personnel non préparé, non formé
<p style="text-align: center;"><u>Organisation</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Prépondérance de la vie collective au détriment de la prise en compte de chaque histoire et situation singulières• Méconnaissance des histoires de vie• Prépondérance de soins techniques, orientés sur la seule santé physique• Interventions sans coordination ni réflexion

Nous proposons donc officiellement une prestation qui se veut individualisée et réfléchie, construite avec la personne âgée.

En réalité nous effectuons une prestation indifférenciée, qui repose essentiellement sur la prise en charge de quelques besoins vitaux.

A cela se rajoutent un fonctionnement d'équipe cloisonné, sans communication, une équipe centrée sur ses problèmes internes, plus soucieuse de son propre bien-être que de celui des personnes hébergées.

Une équipe qui travaille sans avoir intégré le sens de ce travail, et qui, ne sachant pas où elle va, ni pourquoi, se replie sur elle-même.

Une équipe fragilisée par son histoire, douloureuse, mais qui est jeune et composée d'éléments dynamiques.

Une équipe qui, sans s'en rendre compte, maltraite les résidents.

Pour redonner de la cohérence à l'ensemble nous devons donc :

- déterminer explicitement le sens de notre action
- recentrer cette action sur les résidents
- repenser notre organisation pour la rendre efficiente

Nous posons donc comme hypothèse que l'élaboration collective, c'est à dire avec les usagers et le personnel, du projet institutionnel, peut être un levier d'actions pertinent et fédérateur pour prévenir les comportements maltraitants et réorienter la maison de retraite vers ce qu'elle prétend être : un établissement hébergeant des personnes très âgées dans le souci de répondre à leurs attentes et à leurs besoins.

Mais avant de vérifier la pertinence de cette hypothèse, nous devons bien cerner ce que revêt la notion de maltraitance, en quoi elle correspond aux comportements individuels et collectifs que nous avons observé, comment l'institution a pu la générer.

Nous pourrions alors mieux comprendre l'importance du projet institutionnel pour un établissement comme TROPAYSE, en quoi et selon quelles modalités il peut être fédérateur et quels en sont les risques.

Enfin nous pourrions proposer un plan d'action, qui devra, compte tenu de la situation initiale, se dérouler en deux temps : un temps de préparation, où sans toucher à l'organisation existante, nous amènerons les acteurs à réapprendre à vivre et travailler ensemble, un temps d'élaboration où sera repensée l'organisation en fonction d'objectifs définis ensemble.

2 DE LA MALTRAITANCE A LA BIEN TRAITANCE : LE PROJET, UN OUTIL POUR AGIR

2.1 *La maltraitance : un concept récent, une prise de conscience nécessaire,*

2.1.1 **Violence, maltraitance, le choix des mots**

Violence vient du mot latin violentia et signifie selon le LAROUSSE force intense, impétueuse : la violence des vents, des passions ; mais également abus de la force, sévices.

Le LITRE la définit comme une force dont on use contre quelqu'un, contre les lois, contre la liberté publique, etc., mais également comme une contrainte exercée sur une personne pour la forcer à s'obliger : violence morale, violence indirecte.

Ces deux idées sont reprises par le dictionnaire HACHETTE qui la définit comme une force brutale exercée contre quelqu'un, une contrainte illégitime physique ou morale.

Nous reprendrons ici la définition que Maryse JASPARD donne de la violence parce qu'elle se réfère à des notions contemporaines de respect de la personne et de ses droits, y compris celui à la différence : *La violence est, quels qu'en soient les manifestations et les protagonistes, une atteinte à l'intégrité physique et psychique de la personne.*⁴³

Pour ce qui concerne les personnes âgées, d'autres mots sont plus souvent utilisés : maltraitance, sévices, abus, négligences.

La maltraitance est un terme récent (1987 selon le ROBERT), substantif du verbe beaucoup plus ancien : maltraiter. Dans le LITRE maltraiter signifie faire un mauvais traitement, en actions ou en paroles ; faire outrage à quelqu'un soit de la parole, soit de coups de mains. Mais il ajoute une distinction avec traiter mal qui veut dire faire faire mauvaise chère à quelqu'un, ou n'en pas user avec lui à son gré.

De ces définitions il semble ressortir que la violence est un terme plus générique, plus vaste, englobant toutes les formes d'abus, de sévices, qu'elles relèvent de la sphère privée, interpersonnelle, ou de comportements d'un groupe de personnes vis à vis d'un autre groupe.

C'est en tout cas ainsi qu'il apparaît dans les débats actuels. On parle de violence sociale (violences urbaines, violence des jeunes, délinquance), de violence institutionnelle (violence en prison, violence à l'école, violence au travail), de violence de l'Etat, violence politique (guerres, attentats, actes de terrorisme, racisme...).

Maltraiter serait une forme de violence plus quotidienne, s'inscrivant dans le registre des violences interpersonnelles. En ce qui concerne les personnes âgées R. HUGONOT, qui a le premier dénoncé en France ces phénomènes, traite, dans son livre *La vieillesse maltraitée*, de la violence intra-familiale, de la violence conjugale, de la violence en institution ; au fond, d'une certaine forme de violence ordinaire.

⁴³ JASPARD M. - Gérontologie et Société – Op.cit.-p.17

Pourtant violence et maltraitance sont bien toutes les deux des atteintes à la personne et recouvrent en partie les mêmes actes ; mais leur utilisation diffère.

L'usage courant du mot maltraitance est connoté d'une idée d'infériorisation, de dépendance qui n'existe pas dans la définition du mot maltraiter. En effet, la maltraitance est essentiellement utilisée pour parler des violences faites aux enfants (hormis ce qui concerne les violences sexuelles, où l'on parle d'abus) et de celles qui s'exercent sur les personnes âgées. Si l'enfant est bien dépendant de ses parents, s'il n'est pas autonome, en est-il de même pour ce qui concerne les personnes âgées ?

L'apparition du terme maltraitance a cependant permis de donner une lisibilité à ces violences interindividuelles, cachées, souvent niées par les victimes elles-mêmes. *La création d'un substantif transforme l'action contingente en phénomène de société ; le nouveau concept décrit et nomme une situation, il est investi d'une fonction sociale.*⁴⁴ C'est en ce sens que nous utiliserons le terme de maltraitance, en tant que mauvais traitements que nous faisons subir, souvent sans le savoir, ni le vouloir, aux personnes âgées hébergées dans notre établissement ; également en tant que traitements mauvais, c'est à dire en usant avec elles contre leur gré, et qu'il est nécessaire de faire apparaître, d'amener à la conscience des acteurs afin de réorienter les actions dans le respect de la personne et de son intégrité.

*Mais l'accolement des mots vieillesse et maltraitance ne risque-t-il pas, au-delà de l'effet de sensibilisation attendu, de stigmatiser un groupe social qui a déjà du mal à trouver sa place dans la société moderne ?*⁴⁵

2.1.2 La maltraitance à l'encontre des personnes âgées : une notion floue au contenu mal défini

*Le risque majeur de la vieillesse se situe autour de la perte d'identité et de formes diverses d'aliénation. Tout tiers, familial et professionnel, tout service, toute institution d'hébergement est alors en mesure de précipiter ce risque, par une organisation qui va à l'encontre d'un ou plusieurs besoins de la personne.*⁴⁶

2.1.2.1 Les besoins et les demandes

Maltraiter une personne, ce serait donc ne pas répondre, par ignorance ou délibérément, à ses besoins. Ceux-ci peuvent être définis comme l'ensemble des besoins bio-psycho-sociaux qui lui permettent de *vivre en santé, en sécurité, de construire et préserver son identité dans une société et un environnement donné.*⁴⁷

⁴⁴ JASPARD M. - Op.cit., p. 21

⁴⁵ JASPARD M. - Op.cit. p. 22

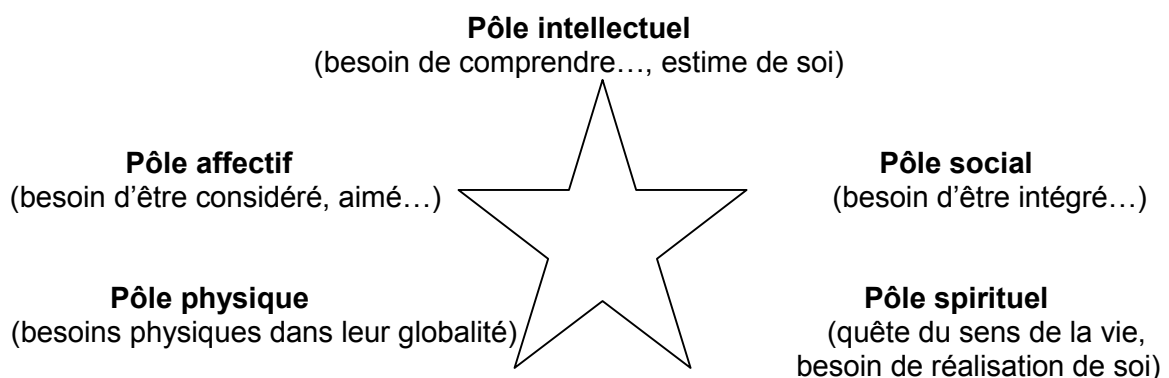
⁴⁶ CIPA, service ALMA 87 - Op.cit. - p.41

⁴⁷ CIPA, service ALMA 87 - Op.cit. - p. 41

Abraham MASLOW sera le premier à définir, en 1947, une théorie des besoins fondamentaux, qu'il résume sous la forme d'une pyramide (Cf. annexe n°7). A la base se trouvent les besoins physiologiques, à l'étage au-dessus les besoins de sécurité, au-dessus encore les besoins d'appartenance. Puis viennent les besoins de reconnaissance et enfin les besoins de réalisation de soi. Le passage d'un degré à l'autre se fait lorsque le besoin inférieur est satisfait, sinon ce dernier constitue un frein puissant à toute tentative d'élévation de la motivation. Les deux premiers types de besoins constituent la catégorie des besoins primaires. Les autres relèvent des besoins secondaires. L'ensemble de ces besoins est accessible à la conscience même s'ils ne sont pas perçus selon cette codification.

A partir de cette pyramide, Virginia HENDERSON, infirmière américaine, définit en 1955 quatorze besoins fondamentaux (Cf. annexe n°8). Dans ce modèle devenu aujourd'hui devenu universel, nous remarquons que seuls, les cinq derniers, relèvent des besoins secondaires définis par MASLOW. Cette observation revêt une importance particulière quand on la rapproche du fait que cette définition est très largement utilisée dans la formation du personnel paramédical, et de la prépondérance donnée aux soins dans la maison de retraite. Un soignant qui n'est pas attentif à la propreté des résidents ou qui les laisse prendre des risques, par exemple, se considérera en situation de faute professionnelle, ou estimera, dans le cas contraire, qu'il répond bien aux besoins des personnes dont il a la charge.

L'étoile de S. GINGER complète cette approche parce qu'elle définit cinq pôles fondamentaux qui permettent d'appréhender globalement la pluridimensionalité des besoins de l'homme et leurs interactions. De plus elle ne les hiérarchise pas comme le fait la pyramide de MASLOW.



La vieillesse, par l'accumulation des deuils, des pertes physiques ou des transformations qui fragilisent, isolent, déstabilisent, augmente les besoins des personnes dans chaque pôle. Et c'est à cette augmentation des besoins que doit pouvoir répondre

*l'institution par des soins tout particulièrement pensés en fonction de l'extrême vulnérabilité psychique qui est propre aux personnes âgées.*⁴⁸

Mais cette notion de besoin est insuffisante pour comprendre où peut se situer la maltraitance en institution. Jack MESSY nous dit : *[...]cette hiérarchisation ne tient pas compte d'une autre dimension apportée par la notion de désir. Le désir, qui se distingue du besoin, [...], transcende la demande, échappe au conscient. L'objet du désir est toujours manquant et soutient notre quête. Si le besoin répond à une nécessité existentielle, [...] le désir justement ne répond pas, il demande. Un désir est une demande qui ne concerne aucun besoin.*⁴⁹

Lorsque l'institution impose un horaire de repas, par exemple, en l'assortissant de l'obligation à être présent en salle à manger et en utilisant a fortiori des mesures coercitives pour qu'elle soit respectée, elle répond au besoin primaire de manger et boire. Elle satisfait également au besoin de satisfaction et d'estime de soi du personnel. Mais elle ne tient pas compte du besoin de reconnaissance du résident et n'entend pas sa demande : envie de solitude, désir de s'alimenter à un autre moment...

On peut dès lors se poser la question de savoir quels sont véritablement les besoins auxquels répond l'institution : ceux des résidents ou ceux du personnel ?

2.1.2.2 La réponse du Conseil de l'Europe

Dans le droit pénal français la maltraitance n'existe pas. Seuls les atteintes aux biens (vols, spoliations, etc.) et celles aux personnes, dans leur intégrité physique, constituent des délits ou des crimes, passibles d'une peine. Encore faut-il pouvoir les prouver. Cependant, en 1992, la reliant au concept de violence, le Conseil de l'Europe a donné une définition de la maltraitance s'exerçant à l'encontre des personnes âgées, qu'il classe en sept catégories : les violences physiques, psychiques et morales (les plus fréquentes), matérielles et financières, médicales et médicamenteuses ; les négligences actives et passives ; la privation ou la violation des droits.

La déclinaison de la maltraitance est donc définie par une classification de diverses formes de violence. Mais ces catégories et leur contenu peuvent varier en fonction de l'expérience ou des recherches entreprises, et nous ne disposons pas d'une échelle commune, admise par tous.

⁴⁸ PLOTON L. – *La personne âgée* – Op.cit. - p.23

⁴⁹ MESSY J. - Communication présentée au colloque ADEHPA - Perspectives et Santé, les 5 et 6 octobre 1993 - cité dans Gestions hospitalières - n°330 - novembre 1993. J. MESSY est psychanalyste, directeur de la formation à AGES - Paris

*Pur fruit de la culture anglo-saxonne, elle (la maltraitance) souffre dans son acception française d'une définition aux contours incertains qui autorise toutes les approximations et les fantasmes.*⁵⁰

Si ces catégories sont évolutives, et objectivant les faits ne peuvent rendre compte des conditions d'exercice de ces violences et des conséquences sur les victimes en terme de santé physique et mentale et en termes de souffrance indélébiles, elles permettent cependant de définir dans l'institution les faits rapportables à telle ou telle forme de violence.

*Mais Il faut noter que déterminer la différence entre les actions acceptables et abusives est une question de conscience, cela implique qu'en dernière analyse la définition et le diagnostic dépendront d'un jugement de valeur nécessairement subjectif et propre à chaque chercheur et professionnel.*⁵¹

2.1.2.3 La maltraitance à TROPAYSE

Reprenant les sept catégories du Conseil de l'Europe, le service ALMA 87⁵² les déclinent en s'appuyant sur des exemples concrets de situations possibles en institution.⁵³ En appliquant cette liste non exhaustive à TROPAYSE, nous obtenons 52 items où nous pouvons répondre positivement et seulement 29 pour lesquels la réponse est négative. (Cf. annexe n°9). Il semble donc qu'il y est bien de la maltraitance à TROPAYSE.

Cette approche nécessite cependant une extrême prudence et une analyse plus fine : en effet, si nous relevons dans chaque catégorie de violences des faits ou des comportements que nous avons constatés, nous notons cependant qu'ils se situent tous, mis à part l'absence de protocole de soins de fin de vie, dans les relations quotidiennes avec les résidents et dans la vie de tous les jours.

C'est également ce que confirme l'application à l'établissement de la grille d'évaluation proposée par R.HUGONOT permettant aux établissements de pratiquer leur propre autocensure. (Cf. annexe n°10) dont les résultats sont inverses (10 et 21).

En fait ces deux grilles d'analyse recourent nos observations précédentes : le cadre général de l'établissement, sa coquille pourrait-on dire, n'est pas générateur de maltraitance, même si nous devons en améliorer plusieurs points (horaires, repas, meilleur respect de l'intimité...). En revanche son organisation, l'angle sous lequel est abordé le contenu de sa

⁵⁰ AMYOT J.J., VILLEZ A. – *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques* - Dunod-2001 - p.119

⁵¹ HYDLE I. - Violence aux personnes âgées au sein de la famille, in *La maltraitance des personnes âgées*, Société Rhône-Alpes de Gérontologie, octobre 1992 - citée par HUGONOT R. – *La vieillesse maltraitée* - Op.cit. - p.14

⁵² Le réseau ALMA (Allô - Maltraitance des personnes âgées) a été créé en 1995 à l'initiative de R. HUGONOT. Il a fait suite à la mise en place, dès 1992 à Grenoble, d'un numéro d'appel « SVP Maltraitance des personnes âgées », avec l'aide de la Fondation de France

⁵³ Définition dans l'institution des faits rapportables à telle ou telle forme de violences selon le CIPA, service ALMA 87-Op.cit. - p.42 à 45

prestation, les relations personnel/résident qui en découlent, l'intérieur en quelque sorte, est quant à lui fortement connoté de maltraitance.

Cependant ces résultats ne signifient pas pour autant que les professionnels de l'établissement soient volontairement maltraitants. Dans la première grille, les résultats concernant des négligences actives correspondent au contexte particulier d'un établissement sans direction après une année très perturbante et violente. Quant aux vols, ils ne peuvent être considérés comme représentatifs d'un comportement global dans la mesure où il s'agit de deux actes isolés. Ils viennent cependant confirmer l'atmosphère générale de la maison au moment des constats.

En résumé, au-delà de l'aspect circonstanciel de certains comportements, que le retour au calme et à l'apaisement feront disparaître, nous pouvons constater que l'établissement, par son organisation et son fonctionnement, génère des phénomènes de maltraitance.

Il s'agit donc d'en rechercher les causes et de trouver les moyens de la prévenir, en ne la transformant pas pour autant en référence unique, en seule grille d'analyse de la situation. J.J. AMYOT et A. VILLEZ soulignent l'effet pervers qui en découlerait alors : *Qu'elle soit déniée ou au contraire généralisée, la question de la maltraitance contribue à installer un écran de fumée dans les relations entre les professionnels, les aidants et les personnes âgées dont l'effet est le plus souvent répercuté sur la personne à qui l'on dénie à titre conservatoire le droit de prendre des risques.*⁵⁴

2.1.3 Les causes de la maltraitance

2.1.3.1 Une société maltraitante

La perception de la vieillesse comme problème social apparaît vraiment au XIX^{ème} siècle en France, avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'impossibilité pour la classe ouvrière d'épargner pour assumer ses vieux jours. Les classes dominantes contribuent fortement à dévaloriser cette période de la vie. *En effet*, ainsi que le montre Anne-Marie GUILLEMARD, *la représentation transmise aux classes laborieuses est celle de l'hospice, symbole de la vieillesse déchuée et abandonnée.*⁵⁵

Au début du XX^{ème} siècle va s'imposer l'idée que la retraite est un droit des salariés. Mais il faudra attendre la deuxième moitié du siècle pour voir l'extension du droit à la retraite et la mise en place des régimes complémentaires qui permettent d'améliorer considérablement les conditions d'existence des personnes âgées. Pourtant, jusqu'à la fin des années cinquante, les politiques de la vieillesse relèvent encore du domaine de l'assistance : réponse aux besoins les plus pressants, développement de foyers et lieux

⁵⁴ AMYOT J.J. et VILLEZ A. – Op.cit. - p. 119-120

d'accueil (GUILLEMARD 1986). L'image des vieux, pauvres et à la charge de la collectivité, est de ce fait renforcée.

Même si l'espérance de vie continue d'augmenter au profit d'un temps moyen vécu en bonne santé (Cf. annexe n°11), même si les ressources des retraités, bénéficiant de rattrapages importants, concurrencent celles des actifs, le *terme même de mise à la retraite évoque une mise à l'écart de la société, une mort sociale.* (GUILLEMARD 1972)⁵⁶

René LENOIR, dans un article sur «l'invention du troisième âge» (1979), appellation datant de la fin des années soixante, souligne le rôle tenu par les institutions dans l'évolution des représentations sociales de cet âge de la vie. Progressivement l'amélioration de leurs conditions de vie et l'affaiblissement concomitant des obligations des enfants entraînent une demande d'institutionnalisation de la solidarité. Dans ce contexte, les problématiques de la vieillesse se déplacent de la simple prise en charge de l'indigence vers la promotion de nouvelles normes de modes de vie : indépendance, retraite active et participative, montée des loisirs.

↳ **Une société gérontophobe**

Pourtant, J. BAUDRILLARD, ainsi que d'autres auteurs, voit, dans le troisième âge *une sorte de tiers-monde de la société, sans aucune utilité ni valeur symbolique, nos sociétés ne parvenant pas à donner un sens à ce temps gagné sur la mort.*⁵⁷

De plus l'évolution la plus spectaculaire de ces deux dernières décennies concerne la durée de la vie à la retraite : l'espérance de vie a continué de s'allonger alors que l'âge de fin de vie active n'a cessé de décroître, conséquence de l'utilisation de la mise à la retraite dans la gestion de l'emploi par les pouvoirs publics et les entreprises. La durée moyenne de vie à la retraite est devenue supérieure à la moitié de la durée de l'activité salariée, et le groupe des retraités revêt une réalité non homogène.

*On aura ensuite l'invention du quatrième âge, qui va se faire principalement sous la pression du développement de la notion d'incapacité. On va finalement réduire la personne âgée à la gestion de sa dépendance, le plus souvent encore à celle de sa capacité à faire ou ne pas faire les fameuses activités de la vie quotidienne, et oublier dans la notion de dépendance les interactions avec les autres catégories de la population, ce que l'on appelle l'inter-génération. Cette notion crée une approche très négative de la personne âgée, avec des visions catastrophistes de la dépendance et de son évolution, ...*⁵⁸

⁵⁵ GUILLEMARD A.M. - *Le déclin du social* – citée par POCHET P. – *Les personnes âgées* – Op.cit. - p. 8

⁵⁶ GUILLEMARD A. M. - citée par POCHET P. – Op.cit. – p.9

⁵⁷ Cité par POCHET P. – Op.cit – p.10

⁵⁸ LENOIR R. cité par HUGONOT R. - Op.cit. - p.130

En résumé nous pouvons dire que si les progrès scientifiques, et particulièrement ceux de la recherche médicale, si l'amélioration des conditions de vie, ont permis de reculer de façon spectaculaire le seuil de la mort, nos sociétés occidentales n'ont pas, en corollaire, été capables de reconnaître un rôle, une utilité sociale au groupe de personnes qui n'exercent plus, du fait de leur âge, d'activités professionnelles. Scindé en deux, ce groupe est aujourd'hui constitué des seniors, les plus jeunes, essentiellement reconnus à cause de leur potentiel de consommateurs, et des personnes âgées dépendantes, les plus âgées, stigmatisées par leur état de santé. Pourtant, dès 1962, le rapport LAROQUE, intitulé «politique de la vieillesse», soulignait [...] *la nécessité d'une politique globale tendant à définir la place des personnes âgées dans la société [...] en excluant toute ségrégation.*

Les personnes âgées ne sont pas pour autant considérées comme étant exclues : la loi du 29 juillet 1999, relative à la lutte contre les exclusions, ne fait aucune allusion au groupe des plus âgés. Pas plus qu'elles ne sont reconnues comme étant fragilisées, et donc marginalisables, sauf à les inclure dans le groupe des handicapés. Leur fragilité n'est en fait reconnue qu'au regard de leur état de santé mais pas à celui de leur situation sociale puisqu'elles sont susceptibles d'accomplir leurs devoirs de citoyens. Elles occupent seulement une place de fait, mais non reconnue, par leur présence et leur nombre croissant. Les personnes âgées ne peuvent pour autant pas accéder aux modèles dominants et y être intégrées : elles ont achevé leur période de vie active et en éprouvent une baisse de l'estime de soi, développent un sentiment d'inutilité. Elles se retrouvent souvent seules et isolées, ayant perdu conjoints et enfants. Elles se sentent dépossédées de leurs biens et de leurs repères lorsqu'elles sont amenées à devoir résider dans leur famille ou en institution...

*Nous sommes donc dans un cadre où se construit l'affaiblissement du groupe dominé, n'ayant droit qu'à ce qui lui est accordé.*⁵⁹, et duquel découlent dépendance, isolement, mécanisme de maltraitance ou de violence.

↳ La peur de l'Etat de Vieux

Des limites à ces phénomènes nous sont cependant imposées par notre culture.

*Mais lorsqu'on réfléchit sur l'image du vieillard, il apparaît qu'elle n'est pas univoque. Il y a en réalité plusieurs images qui s'entrecroisent ou qui se superposent, avec par exemple dans le même temps : l'image de la décrépitude physique, l'image de la sagesse, l'image des grands-parents au sein de la famille, l'image démographique du poids des personnes âgées, etc. Toutes ces images peuvent être considérées comme autant d'images mentales collectives à l'origine d'un certain nombre de mythes.*⁶⁰

⁵⁹ VERCAUTEREN R. - *Les professionnels au miroir de la société* – Décideurs n°35 – novembre-décembre 2000

⁶⁰ ALBOU P. - *L'image des personnes âgées* - Op.cit. - p.15

En d'autres termes, nous reconnaissons et respectons l'Homme Vieux, mais nous avons peur et rejetons l'Etat de Vieux. [...] *Honteuses d'exister, ombres ratatinées, [...] débris d'humanité* [...] écrivait BAUDELAIRE en 1861, dans *Les fleurs du mal*.

Mais ce refus ne tient-il pas surtout à l'appréhension, au rejet de la mort dont nous voyons l'approche derrière cet état de vieux. *Infréquentables, les vieux sont condamnés à la clandestinité et/ou à la mort sociale pour leur crime inexpiable d'afficher dans leurs chairs qu'ils appartiennent à une espèce humaine en voie de disparition.*⁶¹

*Ne chantez pas la Mort, c'est un sujet morbide
Le mot seul jette un froid, aussitôt qu'il est dit...
C'est un sujet tabou... Pour poète maudit*⁶²

Dans ce contexte ambivalent, poursuit R. VERCAUTEREN, *la maltraitance ne saurait revêtir la forme d'une violence effective, ou du moins désignable de façon systématique comme telle : elle oscille entre l'abus et la négligence, c'est à dire dans un mécanisme manipulateur entre le dominant et le dominé.*

Nous venons de démontrer que nous nous trouvons dans un contexte culturel gérontophobe où insidieusement, la prédominance économique du discours sur les plus âgés n'éclaire que leur coût social. Celui-ci induit une dépréciation sociale des établissements et services pour personnes âgées qui a des répercussions inéluctables sur les personnels y travaillant. *Aux yeux de la société, le travail et l'engagement des uns ne font pas davantage sens que la survie des autres.*⁶³

2.1.3.2 **La maltraitance des lois**

De ce contexte découle également ce que les professeurs MOULIAS, MEAUME et GIRARD appellent *la maltraitance des lois*⁶⁴. Les lois ne précèdent pas l'évolution d'une société, elles la suivent en fournissant un cadre à de nouvelles conceptions de vie, de nouvelles pratiques.

↳ **Le manque de personnel**

Ces auteurs dénoncent tout particulièrement l'absence de moyens humains quantitatifs et qualitatifs octroyés aux établissements et services. *L'étonnement quotidien*

⁶¹ MAISONDIEU J.- *Le crépuscule de la raison* – cité par BIROT A. dans son mémoire *La violence en maison de retraite* – Université V. Segalen (Bordeaux)– D.U. de psychogérontologie clinique et pathologique - 2000

⁶² Léo FERRE – Album Amour Anarchie – 1970-1973

⁶³ PETER B. - *Vieillards agressifs et maltraitants* – Gérontologie et Société – Op. cit. - p153

⁶⁴ Gérontologie et Société – Op. cit. – p. 97

*n'est pas qu'il y ait parfois des «malpractices» du personnel et des dysfonctionnements. L'étonnement quotidien c'est que tant bien que mal «ça marche».*⁶⁵

Dans le cadre d'une enquête effectuée par le CODERPA⁶⁶ du Bas-Rhin en 1995, un médecin du travail auprès du personnel de maison de retraite écrit *les ratios de personnel dans certains établissements, c'est de la maltraitance programmée.*⁶⁷ Ces remarques ne signifient pas que tous les établissements hébergeant des personnes âgées sont maltraitants mais que la faible dotation en personnel, caractéristique de ce secteur, augmente considérablement les risques de maltraitance.

La réforme de la tarification permettra-t-elle une amélioration notable de cette situation ? Elle va en ce sens en tout cas, puisque l'évaluation des besoins en personnel des établissements, en outre, se fera sur la base d'un référentiel établi par la mission MARTHE⁶⁸, DOMINIC⁶⁹. Cependant, actuellement les moyens financiers nécessaires à la remise à un niveau plus tolérable de l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées, ne correspondent pas à ceux qui ont été dévolus à la réforme.⁷⁰

↳ **Dépendance ou maladie des personnes démentes**

MOULIS, MEAUME et GIRARD dénoncent également la prise en charge par le champ social, imposée par la loi, des personnes âgées atteintes de troubles démentiels, leur donnant le statut de dépendant et supprimant ainsi leur statut de malade.

Déambulation, grabatisation, agressivité ou passivité, refus alimentaire, refus de la toilette, adipsie menant à la déshydratation, etc. sont des manifestations directes de la maladie. Ces symptômes demandent une prise en charge par des soignants. Cette prise en charge relève d'une autre difficulté et d'une plus grande compétence technique que de poser une perfusion ou faire quelques piqûres ! Or, ces soins sanitaires sont considérés comme «sociaux»⁷¹.

Or nous avons souligné l'importance du nombre de personnes présentant des troubles démentiels dans notre établissement et les pronostics faits, à long terme, sur l'augmentation conséquente du nombre de personnes âgées qui en seront atteintes.

Actuellement s'ouvrent quelques établissements, dotés de moyens adaptés, spécialisés dans la prise en charge des malades d'Alzheimer. Mais c'est l'ensemble des établissements qui est concerné par cette problématique.

⁶⁵ Op.cit. p. 98

⁶⁶ Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

⁶⁷ Cité par le professeur BERTHEL de Strasbourg – *Entre excès de suspicion et négligence* – Gérontologie et société –Op.cit.– p.114

⁶⁸ Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées

⁶⁹ Dotation minimale de convergence

⁷⁰ 6 milliards de francs sur 5 ans. Des associations de professionnels de ce secteur estiment le besoin à 50 milliards de francs sur 20 ans.

⁷¹ Gérontologie et Société - Op. cit.- p.99

En résumé notre société cultivant le «jeunisme» et refusant les conséquences du vieillissement, ignore trop souvent les personnes âgées, s'attachant prioritairement à mettre en évidence leur coût social. Elle fragilise ainsi les personnels qui travaillent auprès d'eux en leur renvoyant une image dévalorisante de leur activité professionnelle. Elle refuse les moyens humains, tant qualitatifs que quantitatifs dont ils ont besoin pour pouvoir finir leur vie dans la dignité, générant ainsi des phénomènes de maltraitance.

2.1.3.3 **Une organisation et des acteurs porteurs de risques de maltraitance**

↳ **La prédominance de la culture hospitalière**

*Un établissement gérontologique fonctionnant au plus près du modèle hospitalier est générateur de l'aliénation des personnes reçues. La gérontologie pose la question d'une nouvelle définition du soin, qui n'est plus de l'ordre du curatif seulement.*⁷²

A vrai dire cette nécessaire évolution ne concerne pas que le secteur des personnes âgées puisqu'il est aujourd'hui prouvé que l'amélioration des conditions de vie (alimentation, hygiène, environnement, climat social...) ont autant d'importance sur la réduction de la maladie que les progrès médicaux. De fait, cette question se pose donc également aux établissements relevant du secteur sanitaire.

De plus durant ces dix dernières années a émergé *une perspective à la fois citoyenne et consumériste de l'usager* amenant les institutions à *passer d'une logique de placement indifférencié à une logique de prestation de service individualisée.*⁷³

TROPAYSE est une institution récente et on voit clairement, dans le cadre que l'établissement s'est donné, l'intégration de cette seconde logique. En revanche l'importance de sa cure médicale (près des 2/3 de sa capacité d'accueil) a induit une organisation interne donnant une large part au soin, dans sa conception curative et technique. Cette approche est accentuée par la proportion des personnels intervenant directement dans le cadre du soin corporel (théoriquement 37%, pratiquement 57%), et parce que l'essentiel du personnel qualifié y est concentré. Cette double particularité donne au personnel soignant une suprématie que le reste du personnel ne parvient pas à contester.

De fait, nous ne constatons pas à TROPAYSE la présence des «trois H» de Geneviève LAROQUE⁷⁴ qu'elle décrit ainsi : la culture Hôtelière, la culture Hospitalière et celle qu'elle appelle la culture Habituelle, celle du quotidien. La culture habituelle demande convivialité et intimité, relations et discrétion, fondamentalement autonomie et liberté. La culture hôtelière, accueil, confort, parfois animation, a un caractère collectif qui peut limiter les marges de liberté. Enfin la culture hospitalière valorise l'hygiène, l'organisation, la rigueur où certaines

⁷² CIPA- Service ALMA 87- Op. cit. p.46

⁷³ DUCALET P., LAFORCADE M. – *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Seli Arslan – 2000 - p. 22

manifestations d'autonomie ne peuvent être autorisées. *Ces limitations, ces contradictions mal gérées, mal expliquées, peuvent être perçues comme des maltraitances institutionnelles ou conduire à des attitudes maltraitantes....*⁷⁵

En revanche la prédominance de la culture hospitalière est évidente à TROPAYSE puisque même les agents de la section hébergement sont reconnus comme agents de service hospitaliers et que l'organisation de leur travail est bâtie, adossée à celle des agents de la cure médicale.

Dans notre établissement nous assistons donc plutôt à l'opposition de deux cultures : une culture hospitalière d'autant plus dominante que le soin technique est considéré comme étant prioritaire par les familles des résidents (c'est, dans la plupart des cas, l'impossibilité de les poursuivre dans le cadre familial qui est à l'origine de la demande d'entrée) ; et la culture habituelle, celle des résidents, qui n'a que très peu de moyens de s'exprimer, hormis par le biais de la maladie.

Les personnes âgées hébergées dans l'établissement, sans place reconnue, sont obligées d'intégrer une culture qui ne correspond pas à leurs attentes, pour être entendues. Le même mécanisme manipulateur entre dominant et dominé que dans le contexte sociétal est de ce fait en marche dans l'institution et génère abus et négligences.

*Lorsque dans les actes de soins portés à la personne âgée malade, il y a le refus de considérer l'autre comme alter ego en humanité, l'approche soignante se réduit à une approche mécaniste du soin, et, de façon concomitante, le vieillard malade est réduit au silence absolu, parce que détruit en sa spécificité d'humain...L'approche médicaliste, non médicale, instaure une culture d'institution, des modus vivendi érigés en lois institutionnelles, en idéologie...Il en découle alors une perception de l'institution comme un univers clos sur lui-même, et où chercher à voir et à comprendre ce que l'autre peut être tente de me dire est d'emblée insensé.*⁷⁶

↳ Des personnels en souffrance

*La source des maltraitances se trouve dans l'ignorance ou l'incompréhension, dans l'indifférence ou l'impatience et dans la fatigue ou l'épuisement, que peuvent ressentir simultanément les trois principales catégories d'acteurs de l'institution : les résidents, les familles et les professionnels, par manque d'information, de formation, d'explication, de stimulation et déficience de l'organisation, en tant que *classement des priorités de contraintes et leur interprétation*⁷⁷, en d'autres termes absence de définition de ses objectifs,*

⁷⁴ Madame LAROQUE est présidente de la Fondation nationale de Gérontologie

⁷⁵ LAROQUE G. - *Les cultures, les acteurs et la maltraitance* – Gérontologie et Société - Op.cit. p.68

⁷⁶ LE NOUVEL B. - *Gériatries* n°23 - janvier, février 2001 - p.19-20

⁷⁷ LAROQUE G.- *Gérontologie et Société* - Op.cit.-p.69

absence de sens, mais également niveau des moyens humains, matériels, financiers dont elle dispose.

Dans cette phrase se trouve résumé l'ensemble des points que les auteurs ayant analysé les phénomènes de maltraitance à l'encontre des personnes âgées s'entendent à considérer comme facteurs de risques :

- l'organisation de l'institution : le manque de lisibilité de ses valeurs, de ses missions, de ses objectifs desquels découlent les conditions d'entrée des personnes âgées dans l'établissement, les conditions de vie qui leurs seront proposées, les contraintes qui leur seront ou non imposées, mais également l'organisation du travail des personnels, les choix des professions représentées, les conditions d'embauche... En d'autres termes ce que l'institution a ou n'a pas mis en place pour concilier le fait d'être à la fois lieu de vie des personnes âgées qui y habitent et lieu de travail des personnels.

- la faiblesse de la dotation en personnel, dont nous avons fait le constat à TROPAYSE. Elle n'est cependant pas à confondre avec le sentiment qu'éprouvent souvent les agents du manque de temps pour accomplir leurs missions.

Objectivement le manque de personnel conduit de facto l'institution à produire une prestation basique, et laisse peu ou pas de disponibilité aux agents pour répondre aux besoins d'aides, de rééducation, d'accompagnement des personnes accueillies que leur état de santé et l'approche de la mort accroissent.

Subjectivement une équipe, quelle qu'en soit la composition, peut transférer sur une insuffisance en nombre, le poids qu'elle ressent dans des circonstances particulières (absence temporaire de titulaire, présence simultanée de personnes demandant des soins lourds, perturbation occasionnée par un résident ou une famille...)

- le manque de formation de ce personnel.

C'est au service ALMA 87 que nous emprunterons les constats observés sur les personnels non certifiés en institution :

- faibles niveaux initiaux de qualification ;
- faible formation continue en gérontologie ;
- faible professionnalisation des métiers en structure gérontologique qui participe à la dépréciation et à la dévalorisation des tâches par les agents eux-mêmes et par l'extérieur ;
- absence de motivation due à l'impossibilité de choisir un travail autre, ou à l'intériorisation depuis des dizaines d'années, d'une image de tâches dégradantes auprès de personnes dégradées ;

- difficulté de remise en question des pratiques et comportements, et émergence de nombreuses réactions défensives autour de toute tentative de projet nouveau.

Quant au personnel paramédical, s'il dispose d'une formation initiale, souvent très technique et qui n'a pas abordé la notion de relation d'aide, il n'a, lui non plus, pas bénéficié d'une formation en gérontologie et se retrouve en décalage entre les motivations qui le pousse à soigner et les possibles satisfactions de celles-ci. Le conflit et les tensions intérieurs qui en découlent, augmentent son sentiment d'épuisement devant une mission qui paraît impossible et entraînent le refuge dans la technicité.

Prépondérance du soin technique, manque de personnel, surcharge de travail, ignorance, stress généré par les demandes pressantes des familles, engendrent souffrance et épuisement du personnel, qui, s'ils ne justifient en aucune façon l'apparition de comportements maltraitants, permettent de les comprendre.

↳ **La violence des résidents**

Enfin les personnes âgées elles-mêmes sont actrices de violence qu'elles exercent sur le personnel et sur les autres résidents.

Coups de poing, de canne, griffures, pincements, cris, insultes...mais également chantage à la dépendance, menaces, contestation systématique, provocation..., s'ils ne sont le fait que de quelques résidents, se manifestent cependant quasi-quotidiennement dans une institution gérontologique. Comportements très régressifs, qui s'expriment lorsque la personne âgée a perdu le contrôle des événements de sa vie du fait d'une pathologie telle qu'une confusion mentale, une dépression ou une démence, mais que le personnel qui la subit ne comprend pas et perçoit comme autant d'agressions personnelles.

Et même si la plupart des personnes accueillies dans l'établissement ne se comportent généralement pas avec cette violence, elles se situent cependant dans le registre de la critique, de la plainte, de la revendication permanente que l'équipe ne comprend pas.

*A l'expérience, il apparaît qu'un comportement agressif répond en général à ce qui est ressenti comme une agression ou un traumatisme.*⁷⁸

Or en entrant en maison de retraite les personnes âgées subissent le traumatisme d'une triple rupture :

- sociale ; elles perdent le contact avec leurs voisins, les commerçants du quartier...
- familiale ; leur maison ne constitue plus le lieu de ralliement de leurs familles, même si ces dernières résident à proximité.

⁷⁸ PETER B. Gérontologie et société - Op.cit.- p.156

- identitaire ; perte de repères quotidiens, sentiment d'abandon, parfois même de trahison, de la part de leurs familles, angoisses et impression de perdre la maîtrise de son existence.

Ces pertes sont encore majorées quand elles s'accompagnent de dépendances qui sont vécues dans la honte et dans un sentiment de régression (perte de la maîtrise sphinctérienne par exemple).

Afin de pouvoir s'adapter à leur nouveau lieu de vie elles vont devoir faire un long et douloureux travail de deuil, pendant lequel leurs façons de réagir, souvent agressives, sera d'autant plus difficile à analyser et à comprendre pour les membres du personnel qu'ils établissent immédiatement, de par leurs fonctions, des liens intimes et affectifs avec eux, et ne disposent pas du recul qui leur serait nécessaire.

De plus nous avons souligné la grande hétérogénéité des personnes accueillies dans l'établissement où cohabitent des personnes handicapées et démentes, dépendantes et autonomes, plutôt jeunes et très âgées. Si chacune, à l'entrée, subit le même traumatisme, les problématiques liées à leur état de santé différent, s'exprimant parfois de façon insupportable pour les autres résidents (déambulation, cris, tenue à table...) et pour leurs familles (culpabilisation due tant aux dérangements causés qu'au rejet et au refus de la détérioration de leur parent). *Alors qu'avec la collectivisation des déficiences, on aurait pu s'attendre à une meilleure compréhension mutuelle du vécu et de ses répercussions, selon toutes les apparences la souffrance individuelle domine. Plus qu'un sentiment de solitude, transparaît l'impression d'une négation interindividuelle.*⁷⁹

En conclusion nous pouvons dire que les phénomènes de maltraitance dans les institutions gérontologiques sont essentiellement dus à une grande souffrance que subissent les résidents, les personnels, les familles. Celle-ci trouve son origine dans le regard que porte notre société sur ses aînés, la place qu'elle leur accorde, les moyens qu'elle accepte de financer, les conséquences qui en découlent en terme de moyens humains, qualification mais aussi estime de soi du personnel, angoisse et déstabilisation accrues pour les personnes âgées et leurs familles qui ont besoin des services de l'institution.

A TROPAYSE, l'ensemble de ces facteurs a été aggravé par la crise qu'a traversé l'établissement.

⁷⁹ VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., MORIAUX M. - *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie* – Pratiques Gérontologiques – Eres –2001 – p.26

2.2 **Le projet : des valeurs, un questionnement, des actions**

Celui qui ne sait où il veut aller encourt de multiples risques : se perdre, revenir sans cesse à son point de départ, s'épuiser ainsi que ceux qui le suivent, puis par lassitude finir par se faire une raison de n'avoir aucun but et se construire une «économie du même», une rationalité de l'identique et de la répétition.⁸⁰

2.2.1 **Le projet : une démarche humaine**

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

On parle de projet individuel, de projet professionnel, de projet pédagogique, de projet éducatif, de projet de développement local, de projet d'entreprise, d'établissement ou d'institution, de projet de société, etc.

J.P. BOUTINET propose de les classer en cinq catégories ou niveaux :

- les situations existentielles à projet, liées aux âges de la vie (le projet adolescent d'orientation et d'insertion, le projet vocationnel de l'adulte, le projet de retraite)
- les activités à projet (projet de formation, de soin, d'aménagement, de développement, de recherche).
- les objets à projet (projet de loi, d'édifice, de dispositif technique)
- les organisations à projet (projet de références, éducatifs, thérapeutiques, etc., projet expérimental et participatif, projet hybride, d'un parti politique).
- le projet de société (réformiste, révolutionnaire, autogestionnaire, alternatif).

Le projet peut donc revêtir des sens et des définitions variables qui renvoient à des contenus et des pratiques différentes, ces derniers n'étant pas toujours formalisés.

Le projet, nous dit le LAROUSSE, c'est *ce que l'on a l'intention de faire*. C'est à dire tout ce par quoi l'individu tend à se modifier et à modifier ce qui l'entoure en allant dans une certaine direction.

La réalité humaine existe d'abord comme un manque, écrit Jean Paul SARTRE en 1943, que la conscience cherche à identifier dans un effort vers un dépassement perpétuel pour parvenir à une impossible coïncidence avec soi [...] L'appel au concept de projet vise à caractériser ce dépassement perpétuel, signe du manque qui cherche en vain à se combler.⁸¹

⁸⁰ DUCALET P., LAFORCADE M.- *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* -Op.cit.-p.189

⁸¹ BOUTINET J.P. – *Anthropologie du projet* – PUF – 6^{ème} éd. – 2001 – p.51

Selon SARTRE, le projet provient donc d'un manque qui génère une quête de sens. C'est ce vers quoi je veux aller, et qui m'est absolument nécessaire pour ce que je suis.

En d'autres termes l'homme existe par la conscience qu'il a d'un manque qu'il cherche à combler par le projet.

*L'homme n'est rien d'autre que ce qu'il se fait. Il se fait grâce à cette capacité qu'a la conscience d'opérer un décrochage par rapport à ce qui est [...] et qui lui permet de fondre dans un même ensemble le futur entrevu et le passé remémoré.*⁸²

Si ces réflexions s'attachent au projet existentiel, individuel, de l'homme face à sa destinée, son devenir, elles peuvent également s'adapter au projet collectif, celui de l'institution par exemple, qui cherche à réduire une insatisfaction, un problème, satisfaire à une nouvelle demande par un projet intégrant son histoire et construisant son action à venir.

*La notion de temporalité amalgame le présent et l'avenir, car tout projet doit reposer sur des fondations sûres et toute finalité projective doit se donner pour conviction de s'inscrire dans une réalité. Le passé a aussi sa place dans le projet en marquant de son sceau la forme qu'il prendra pour devenir acceptable par tous les acteurs.*⁸³

L'enjeu de tout projet est cette conquête de la liberté par l'appropriation du présent pour mieux se jeter à la conquête de demain, pour tenter de maîtriser ce qui est l'objet d'incertitude et donc, de souci ou d'angoisse, écrit J.P.SARTRE dans Questions de méthode.

Le verbe projeter est issu de l'ancien verbe français *porjeter* ou *porjecter*, dont le premier élément est l'ancien adverbe *puer*, «en avant au loin», issu du latin *porro*, spatial et temporel, également employé pour marquer la progression dans le raisonnement et comme interjection d'encouragement...Le second élément de *projeter* est le verbe *jeter* «pris au sens abstrait de concevoir un projet»...Conformément au sens premier de *jeter*, le verbe a d'abord exprimé l'action de dresser un premier état, de rédiger un premier relevé, des comptes...Au XV^{ème} siècle, par extension, *projeter* prend le sens de concevoir, mettre en avant (une idée à exécuter)...⁸⁴

La norme AFNOR X50-106 en donne la définition suivante : *Un projet est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodologiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle, et implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données.*⁸⁵

⁸² BOUTINET J.P. - Op.cit. - p.52

⁸³ VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J. - *Construire le projet de vie en maison de retraite* – Pratiques du champ social – Erès – 1999 – p.36

⁸⁴ Dictionnaire historique de la langue française – Dir. Alain REY – Le Robert – 1998 – p.2694

⁸⁵ citée par NOCE T. et PARADOWSKI P. – *Elaborer un projet* – Chroniques sociales – 2001 – p.14

Les définitions du mot projet et l'évolution de son sens dans le temps mettent en évidence sa complexité. Le projet part d'un constat, d'un relevé. Il le transforme en idée qu'il jette en avant et qui devient intention de faire, envie, etc. Enfin il peut aller jusqu'à structurer cette idée et lui donner corps de façon concrète, la transformer en action.

En d'autres termes le projet est une anticipation, puisqu'il représente ce que sera le futur. Il est une utopie, de l'ordre de l'imaginaire, puisqu'il relève du monde des idées. Il s'inscrit dans un espace temps puisqu'il est une représentation concrète de ces idées.

Le projet a donc une double dimension :

- celle de l'intentionnalité, qui porte le sens à donner à l'action
- celle de l'opérationnalité qui transforme l'intention en actions, qui met son sens en application.

J.P. BOUTINET et J. ARDOINO parlent de projet «visée» et de projet «programmétique». Le premier renvoie à la philosophie qui régit et sous-tend l'action, c'est à dire aux valeurs, entendues en tant que ce qui est estimable, important, sur lesquelles l'individu mais également l'institution bâtissent leurs orientations (conception de l'être humain, de la santé, de la maladie, des soins, de l'apprentissage, du rôle des personnels, etc.).

Toute approche du projet ne peut éluder l'explicitation de ces valeurs, de ces «visées», au risque d'y perdre sa signification. Ce sont d'elles que découleront les objectifs opérationnels et le choix des actions, c'est à dire le projet «programmétique». L'action prend ainsi son sens véritable.⁸⁶

Pour ce qui nous concerne le projet «visée» devra définir ce que sont la personne âgée et la vieillesse, et en s'appuyant sur les valeurs de notre association, redéfinir notre rôle en tant que structure d'accueil ainsi que celui des différents acteurs de l'organisation.

2.2.2 Le projet institutionnel

2.2.2.1 Une recommandation de la loi

La loi n°97-60 du 24 février 1997, relative à la Prestation Spécifique Dépendance introduit dans la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales un article 5-1 prévoyant que les établissements hébergeants des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention doit respecter un cahier des charges dont le contenu est fixé par l'arrêté du 26 avril 1999.(Cf. annexe 12)

Selon cet arrêté le projet institutionnel est un document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins.

⁸⁶ VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J. - *Construire le projet de vie en maison de retraite* – Op.cit.– p.33

L'absence de projet institutionnel ne constitue pas une interdiction de fonctionnement puisque seul le non-respect des normes techniques peut l'entraîner. En revanche, l'arrêté indique clairement que sur son existence repose la garantie de la qualité des prestations offertes, qualité que l'établissement doit impérativement chercher à atteindre.

Quant à son contenu, si l'arrêté en détermine les grandes lignes, celles-ci restent cependant interprétables et adaptables à la spécificité de chaque établissement.

En d'autres termes le projet institutionnel ne constitue pas une obligation formelle de fonctionnement, mais son élaboration est incontournable pour que l'établissement puisse se positionner dans le cadre de la réforme de la tarification et signer les conventions tripartites. De plus chaque établissement doit élaborer un projet qui lui soit propre, conservant ainsi son identité et ses particularismes.

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

Ce contexte impose de fait un changement radical dans le fonctionnement des établissements. Elaborer un projet institutionnel signifie redéfinir les orientations que se fixe l'institution, les objectifs qu'elle se donne et les moyens qu'elle met en œuvre pour les atteindre.

Autrement dit réfléchir à ce qu'elle fait aujourd'hui, pourquoi et comment elle le fait, avec quelles conséquences, et réajuster son action en fonction de ce qu'elle se propose de faire.

Or nous avons souligné plusieurs points essentiels dans l'apparition des phénomènes de maltraitance en institution : le manque de lisibilité des actions menées, leur manque de sens, une organisation centrée sur le soin technique occultant la relation d'aide, conditionnant la vie des résidents autour de leur seul état de santé physique...

Se saisir de la nécessaire élaboration du projet d'établissement paraît donc être un levier d'actions pertinent pour diminuer la maltraitance constatée et prévenir des phénomènes à venir.

Le projet est là pour indiquer que les choses finalement ne sont pas guidées par un automatisme aveugle. Ces choses, pour le meilleur comme pour le pire peuvent se laisser aller à leur propre déchéance, comme elles peuvent être réorientées par un projet, si précaire soit-il, qui puisse leur donner un sens.⁸⁷

⁸⁷ BOUTINET J.P. – Anthropologie du projet- PUF-6^{ème} éd. – 2001 - p.54

On peut cependant s'interroger sur le fonctionnement d'une société qui se voit dans l'obligation de passer par la loi pour imposer ce qui est inhérent à toute activité humaine, individuelle ou collective. BOUTINET y voit une pathologie des conduites d'idéalisation.

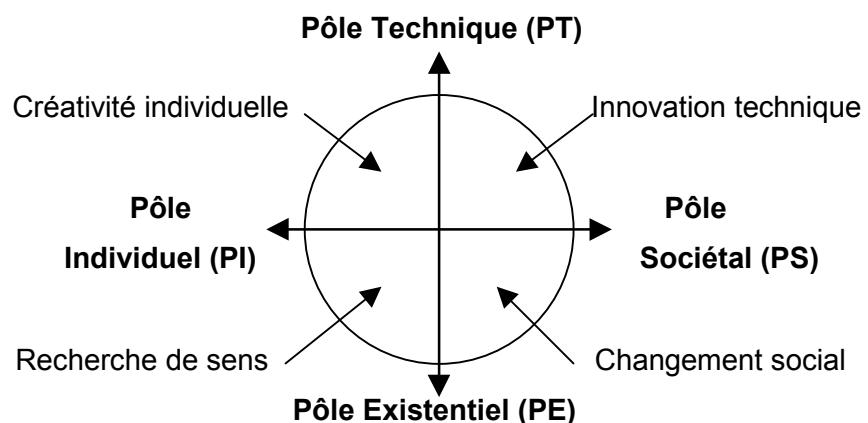
Ce que nous nommons aujourd'hui «culture à projet» traduit donc cette mentalité de notre société postindustrielle soucieuse de fonder sa légitimité dans l'ébauche de ses propres initiatives ou de ce qui en tient lieu, à une époque où cette légitimité n'est plus octroyée ; ainsi se déploie sous nos yeux en tous sens une profusion de conduites anticipatrices qui avoisinent l'acharnement projectif.⁸⁸

2.2.2.2 Un contenu pluridimensionnel

Selon J.P. BOUTINET, tout projet peut être considéré comme se situant à l'intersection de deux axes orthogonaux. Le premier oppose le pôle individuel (identitaire) des intentions, au pôle sociétal (collectif) des planifications. Le second met en vis à vis le pôle technique (centré sur un objet à façonner) au pôle existentiel, organisé autour de la recherche de sens. *Ces quatre points à la fois s'opposent et sont destinés à devenir complémentaires dans toute méthodologie de projet ; l'individuel et le collectif d'un côté, l'existentiel et le technique de l'autre contribuent finalement à définir deux dimensions qui au sein de tout projet s'entrecroisent : celle qui à travers la socialité met en relation l'acteur et l'environnement social, celle qui par l'action relie le processus au produit.⁸⁹*

BOUTINET schématise cette approche par une «rose des vents».

Cette présentation permet de déterminer quatre secteurs exprimant chacun des préoccupations portées par tout projet :



⁸⁹ BOUTINET J.P. – Psychologie des conduites à projet – Que sais-je ? – PUF – 3^{ème} éd. Corrigée – 1999 – p.34

- Le secteur de l'innovation technique (entre PT et PS)
- Le secteur de la participation sociale (entre PS et PE)
- Le secteur de la recherche de sens (entre PE et PI)
- Le secteur de la créativité individuelle (entre PI et PT)

Et quatre demi-circonférences qui délimitent des formes spécifiques de projets, (procéduraux, organisationnels, identitaires ou personnels).

Dans le contexte de notre établissement le projet que nous devons élaborer relève de la demi-circonférence délimitée par l'axe vertical PE/PT puisqu'il touche à l'existentiel par la redéfinition du sens, du pourquoi de l'action, passe par le pôle collectif avec la participation et la planification qui doit amener un changement social et va jusqu'au pôle technique (quoi et comment) pour atteindre l'objectif préconisé.

Ce que DUCALET et LAFORCADE expriment autrement en parlant des quatre vertus cardinales du projet d'établissement :

- le retour momentané à l'utopie en tant que *critique nécessaire du réel et volonté de refondation*, en d'autres termes redéfinition des valeurs, analyse du besoin et réflexions sur toutes les réponses possibles ;
- une occasion exceptionnelle de décroisonner, de rassembler, un outil de communication privilégié ;
- le projet relève du *pilotage stratégique* en ce sens qu'il se situe dans une *perspective à moyen ou long terme* et est un contrepoids indispensable à la logique quotidienne qui privilégie le plus souvent les réponses désordonnées face à l'urgence ;
- enfin il constitue un *cadre de référence transparent*.

2.2.2.3 Des typologies découlant d'un problème

A l'origine d'un projet il y a donc l'expérience d'un manque, d'une insatisfaction, d'un décalage, d'un besoin qu'il s'agit d'identifier, d'analyser et de traduire sous la forme de problème.

Rapprochant l'origine latine du mot projet à l'origine grecque du mot problème, tous deux exprimant l'acte de jeter en avant, J.P.BOUTINET, dans un article paru dans Sciences Humaines (mai 1994, p.20) affirme *qu'il n'y a pas de projet sans problème, sans questionnement et inversement, pas de problème sans projet, pas de questionnement sans une certaine intention de le résoudre*.

Mais le problème naît du besoin, voire des motivations⁹⁰ de l'homme. Le projet, mettant ces trois concepts en interaction, naît donc d'une situation insatisfaisante, ou imparfaite.⁹¹

⁹⁰ Nous reprendrons ici la définition de la motivation de R. MUCHIELLI, que citent NOCE et PARADOWSKI (p.121) : la motivation est un «déterminant irrationnel activé par un signal significatif (une situation qui se présente, une occasion, un objet, une circonstance, un indice), et prenant aussitôt sa pleine caractéristique de

Pour Pierre LEMAIRE [...] *Est problème toute situation présente insatisfaisante (SPI). Quand nous disons insatisfaisante, ce peut être dans l'absolu, (éprouvée comme douloureuse, inconfortable, inadmissible, etc.), ou bien de manière relative, (améliorable, perfectible).*⁹²

Le problème peut donc être une situation de mal être, d'insatisfaction générant des dysfonctionnements, voire de l'agression, de la douleur et que l'on veut modifier ; une situation que l'on souhaite, par motivation personnelle ou de groupe, (promotion d'un courant artistique par exemple), ou par nécessité, (réponse à une commande institutionnelle, par exemple), améliorer, faire évoluer ; enfin une situation demandant un réajustement, ou dans une recherche de développement.⁹³ Ces auteurs synthétisent ces typologies dans un tableau que nous présentons en annexe n°13.

A TROPAYSE, le projet que nous devons élaborer relève d'une double typologie : la première, la situation présente est douloureuse, voire inadmissible, et la deuxième, nous devons répondre à une recommandation légale.

2.2.2.4 Une régulation entre les acteurs

Le projet, solution d'un problème ou satisfaction d'un besoin, ne peut être construit indépendamment des personnes qui l'ont suscité. Si cette évidence conditionne aujourd'hui de nombreux projets, dans le monde de l'entreprise entre autre où un produit ne peut se vendre sans besoin puis satisfaction du consommateur, elle revêt une importance toute particulière dans notre secteur puisque nous ne traitons que de l'humain à travers les résidents et le personnel. Le projet devra donc répondre aux attentes et aux besoins de chaque individu de l'établissement, c'est à dire aux intérêts de chacun, tout en sachant que la dimension individuelle devra obligatoirement, à un certain moment, s'effacer devant la dimension collective.

Quelque soit la nature du projet, son enjeu est d'indiquer le sens, les finalités de l'institution. En maison de retraite cet enjeu touche aux conditions de vie, tant des résidents que du personnel, auquel, pour ce qui concerne ce dernier, s'adjoit celui des conditions de travail.

Dès l'instant où tout le monde est concerné par le projet, c'est la synthèse des jeux des différents acteurs qui rend le projet opérationnel.

moteur de la conduite polarisant l'attention, l'action et toutes les puissances de l'être, vers l'accomplissement, l'assouvissement ou la réalisation du désir (du besoin, de l'intérêt, etc.) ainsi éveillé.

Un individu est donc motivé quand une perspective ou une possibilité s'offre à lui dans le présent, de satisfaire une tendance latente, ce qui oriente sa conduite dans le sens de la satisfaction de cette tendance. »

⁹¹ NOCE T. et PARADOWSKI P. – *Elaborer un projet* – Op.cit. p.19

⁹² LEMAIRE P. – *Des méthodes efficaces pour étudier les problèmes* – Chotard et associés éditeurs – 1989 – p.91 – cité par NOCE et PARADOWSKI – Op.cit. – p.51

⁹³ NOCE T.- PARADOWSKI P. – Op.cit. p.26

*Le projet institutionnel se doit donc d'être un élément régulateur, chargé de régler le jeu de tous, en fonction des intérêts de chacun.[...] Le projet n'est pas une solution totale à toutes les attentes et à tous les besoins, mais bien le cadre dans lequel les attentes et les besoins peuvent trouver des réponses.*⁹⁴

2.2.2.5 Les dérives du projet

Mais, souligne BOUTINET, *notre maladresse à maîtriser ces processus (d'idéalisation) ne va pas sans provoquer des dérives pathologiques, celles qui se déploient sous nos yeux lorsqu'on recourt à un usage intempestif du projet ou ce qui en tient lieu.*⁹⁵

Il en retient sept parmi lesquelles quatre peuvent nous concerner :

- celle de *l'hypomanie ou de l'obsolescence du temps*, autrement dit celle de la fuite en avant qui consiste en une élaboration permanente de nouveaux projets, sans aboutissement ni vérification de la pertinence des précédents. L'action est alors anéantie *par l'activisme*, où ce qui compte n'est plus la cohérence et la pertinence de l'entreprise engagée, mais la capacité à ébaucher de nouvelles entreprises.

- celle du *mimétisme et de la copie conforme*. *Contraints d'élaborer des projets clefs en main, les acteurs [...] introduisent massivement dans leur projet bon nombre d'éléments d'emprunts qui leur sont étrangers.*

- celle du *narcissisme ou de l'autosuffisance par négation du lien social*.

- la *dérive procédurale ou l'obsession techniciste*, qui enferme le projet dans un carcan de techniques d'élaboration, de suivis, de grilles d'évaluation, [...], camouflant ainsi la nécessaire gestion de l'incertitude, inhérente à toute conduite de projet innovante

Chacune de ses dérives peut apparaître à TROPAYSE : nous sommes dans le cadre d'une contrainte conventionnelle et l'activisme peut servir de refuge ou de résistance au changement.

Il convient donc d'être attentif à ces dérives possibles si nous voulons obtenir le résultat recherché : un changement réel de pratiques consécutif au repositionnement de la structure pour une meilleure adéquation de ses services aux attentes et besoins de ses acteurs.

2.2.3 La démarche de projet : une interrogation

[...] la démarche de projet relève d'une ambition à partager, et s'inscrit dans la multidimensionnalité et la multitemporalité de son environnement ainsi que dans les tensions

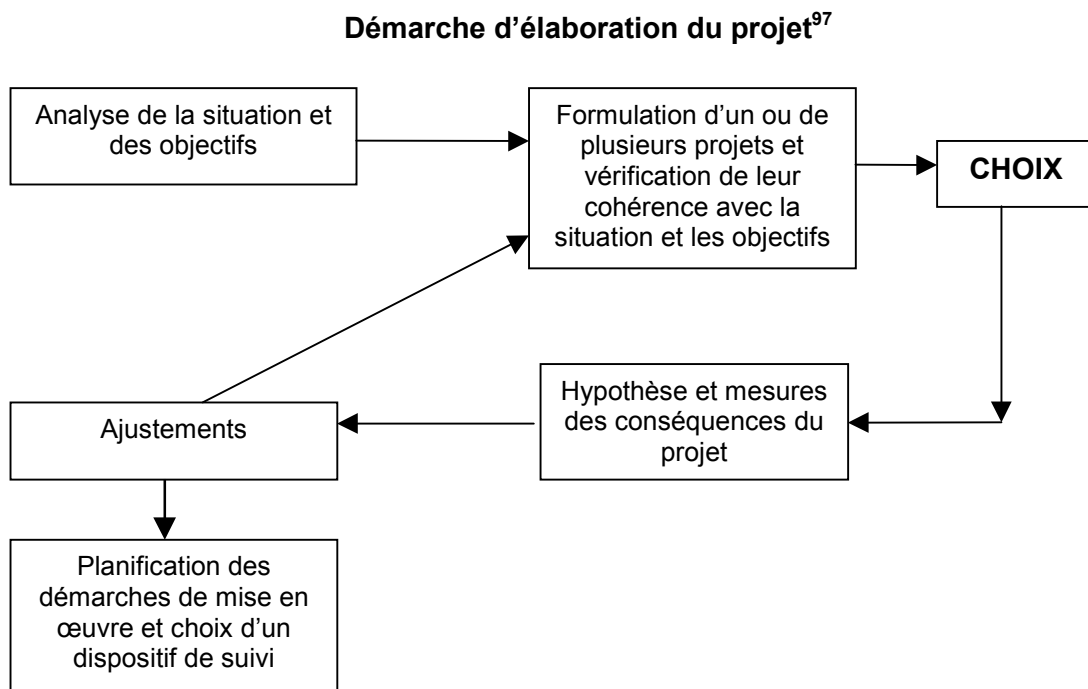
⁹⁴ VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J. – *Construire le projet de vie en maison de retraite* – Op.cit. p. 37

⁹⁵ BOUTINET J.P. – *Anthropologie du projet* – Op.cit – p.3 à 7

paradoxaux de ce dernier. S'inscrire dans une démarche de projet, c'est s'inscrire dans une démarche de questionnement sans cesse réactualisée, d'où émerge une tension créatrice.⁹⁶

2.2.3.1 Une mise en œuvre s'appuyant sur quatre critères

Il n'y a pas de coupure nette entre conception et réalisation : la démarche de projet consiste en un va et vient constant entre la théorie et la pratique, ce qui peut se traduire par le schéma suivant :



La démarche d'élaboration de projet ne peut donc être linéaire. Elle témoigne de tous les reniements, de toutes les impasses que l'acteur, individuel ou collectif est obligé d'explorer, avant de reconstruire une cohérence explicative ou productive, là où jusqu'alors il n'y avait que savoirs ou actions morcelées.⁹⁸

Dans une institution comme la nôtre, où le projet s'attache avant tout, ainsi que nous l'avons dit, aux conditions de vie et de travail de ses acteurs, le projet ne peut être définitif et demande à être constamment réexplorer. De ce fait, ce schéma peut se traduire par la mise en place de plusieurs étapes :

- Une phase d'explication des valeurs, des finalités.
- Une phase d'inventaire des contraintes, des dysfonctionnements de l'institution et de ses possibilités ainsi que de celle de son environnement.
- Une phase de choix des objectifs opérationnels et des moyens.
- Une phase de mise en œuvre du projet correspondant à la réalisation des actions.

⁹⁶ DUCALET P, LAFORCADE M. – *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Op.cit. -p.189

⁹⁷ D'après le module G4 BEPA, ministère de l'Agriculture et de la forêt, juin 1989, direction générale de l'Enseignement et de la Recherche

⁹⁸ BORDALLO I. et GINESTET J.P., *Pour une pédagogie de projet*, Hachette éducation, 2001, p. 22-23

- Une phase d'évaluation.

Celle-ci ne peut se situer uniquement au niveau terminal mais doit accompagner l'ensemble de la démarche au regard de quatre critères :

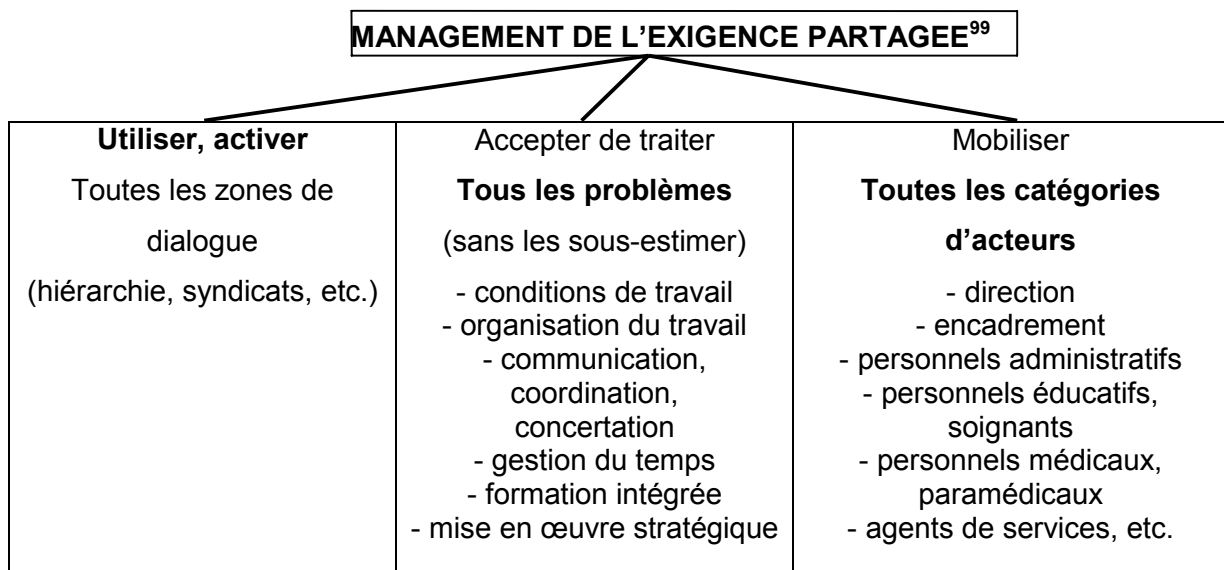
- l'efficacité du projet, définie par le rapport entre les objectifs d'actions et les résultats momentanément obtenus
- l'efficience du projet, ou la mise en relation entre les ressources utilisées, les modalités de leur utilisation et les résultats produits
- la cohérence, indiquant le rapport entre les objectifs fixés et les actions qui en résultent
- la pertinence, matérialisée dans la relation entre la cohérence du projet et son environnement

2.2.3.2 *Un management intégrant tous les acteurs*

Nous nous inspirerons dans ce paragraphe des travaux de J.L.DESHAIES.

Il s'appuie sur *l'approche socio-économique des organisations*, (Cf. annexe n°14), méthode globale de pilotage du changement, qui répond, semble-t-il aux exigences des processus d'évaluation, et intègre tous les acteurs de l'organisation en se reposant sur trois fondements :

↳ **l'exigence partagée** : les mêmes règles du jeu s'imposent à tous, comme l'illustre le schéma suivant :



⁹⁹ ISEOR 1988 – présenté par DESHAIES J.L., *Mettre en œuvre les projets*, L'Harmattan, 2000, p.59

↳ **La mise en actes à tous les niveaux de responsabilité**

Passer à l'acte signifie que l'on a formalisé les étapes puis les modalités de réalisation et de pilotage des actions et des opérations qu'elles comprennent.

Ces étapes et ces modalités, qui se déclinent en opérations puis en actes élémentaires, doivent être écrits par les acteurs en équipe ou individuellement. Ils peuvent ainsi être réinterrogés, complétés, améliorés. Chacun peut devenir ainsi auteur de la mise en œuvre d'une méthodologie dans laquelle les tâches à accomplir correspondent aux savoir-faire attendus.

Ces écrits deviennent alors des guides pour l'action et permettent son évaluation.

La mise en actes suppose que se traduise effectivement dans la réalité cette volonté de responsabiliser les acteurs, à l'appui de délégations renforcées et d'autant mieux concertées qu'elles pourront bénéficier de dispositifs adaptés de communication, de coordination et de concertation.

↳ **La place accordée aux acteurs**

Pour R. SAINSAULIEU, les groupes d'acteurs, au sein d'une organisation, se distinguent par leur communauté d'objectifs et d'enjeux, mais également par une communauté d'identité culturelle : partage de valeurs, normes et représentations communes, etc. *le changement ne se réduit donc pas à une simple alliance permettant d'atteindre des objectifs communs. Il est d'abord l'avènement de nouvelles catégories d'acteurs par production de nouvelles identités culturelles.*¹⁰⁰

DESHAIES défend, quant à lui, l'idée que tout repose sur la confiance accordée aux acteurs à tous les niveaux ainsi que le montre le schéma en annexe n°15.

Même si les acteurs n'ont pas tous une implication totale, le fait d'être partie prenante et de découvrir, au fur et à mesure, l'avancement du projet, leur permet de se préparer à intégrer cette éventualité d'actions dans de futures tâches.

C'est sur ce triptyque que doit s'appuyer la conduite du changement pour :

- mettre les usagers, quels que soient leur âge, leurs besoins et leurs difficultés en situation de définir leurs projets et de les faire cheminer dans des structures évolutives
- améliorer le professionnalisme individuel et collectif en attribuant à tous les acteurs des délégations concertées.

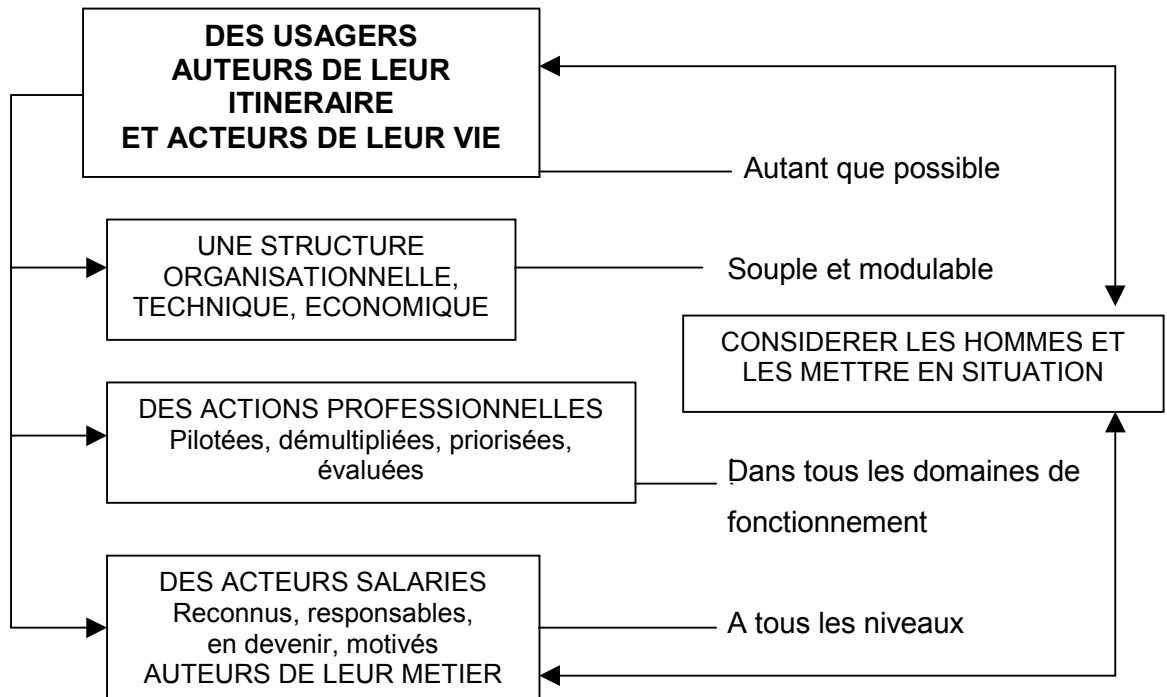
Cette démarche correspond bien à ce que nous devons entreprendre à TROPAYSE.

En effet, résumant tout ce que nous venons d'aborder, nous pouvons dire que le projet doit redéfinir le sens de notre action, donner une direction à l'institution, et permettre

¹⁰⁰ OBIN J.P. *La démarche de projet : enjeux et pratiques du changement*, CRDP, Strasbourg, 1992, p.19

ainsi aux personnels de s'identifier à une structure de travail bien déterminée, aux usagers de redevenir acteurs de leur vie

Ce que résume le schéma suivant ¹⁰¹ :



La démarche de projet, par l'interrogation qu'elle vient faire du présent en fonction de cette direction institutionnelle redéfinie, par la participation des acteurs sur la réflexion des réponses à trouver, et par la transformation en actions de celles qui semblent pertinentes et adaptées, contribue à *développer et renforcer les motivations en créant une dynamique. Elle favorise la construction d'identités, individuelles mais aussi professionnelles. En indiquant un sens commun à l'action le projet joue également un rôle de fédérateur et évite les dérives et les actions contradictoires, qui peuvent naître d'un manque de concertation et de pratiques individualistes, non réfléchies et non formalisées.*¹⁰²

L'élaboration du projet, la démarche institutionnelle qui en découle, sont donc bien des outils adaptés à la problématique rencontrée à TROPAYSE : réorienter ses actions en fédérant les acteurs et en prévenant les dérives maltraitantes.

¹⁰¹ EFFICIO-CORIOLIS/1999 – présenté par DESHAIES J.L., Op.cit., p.65

¹⁰² VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J., *Construire le projet de vie en maison de retraite*, Op.cit. p.34

3 DEUX ANS POUR BATIR LES FONDATIONS DU PROJET A TROPAYSE

S'engager dans une véritable démarche de projet correspond à initier un véritable chantier : plusieurs corps de métier travaillent ensemble, avec une même philosophie de l'ouvrage, pour un but commun, à une réalisation correspondant à un besoin, une demande, une attente... Pour qu'il réponde réellement aux attentes qui l'ont motivé, un projet se doit d'être produit, ou tout au moins donner lieu à une appropriation, par l'ensemble des acteurs eux-mêmes.¹⁰³

La situation à TROPAYSE semble donc très éloignée, a priori, des conditions requises pour préparer son projet d'établissement et entrer dans le cadre de la nouvelle tarification.

La convention tripartite engage les contractants dans un processus d'assurance qualité garantissant à toute personne dépendante les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix...

La qualité sera appréciée au regard :

- de la satisfaction des résidents et de leur famille sur le plan des conditions d'habitat, de restauration, de sécurisation et de vie sociale ;*
- des initiatives prises pour promouvoir l'autonomie tant sociale que physique et psychique des résidents dans le respect de leur choix et de leurs attentes.¹⁰⁴*

La priorité donnée à la qualité rend également la ressource humaine décisive. Pas de service efficace sans prestataire de service disposé à le donner, sans preneur capable de le recevoir et sans capacité relationnelle des deux côtés. Pas de qualité partielle et encore moins de qualité totale sans engagement prioritaire de l'employé de base.¹⁰⁵

Mais début 2000, les résidents sont en grande souffrance parce qu'oubliés et ignorés dans leur individualité. Le personnel l'est également, parce qu'au fond plus victime que coupable des dérapages et des déviances constatées. C'est avant tout cette capacité relationnelle qu'il faut développer et, pour y parvenir, réintégrer dans la vie de la maison la notion de respect de l'autre.

¹⁰³ VERCAUTEREN R., LABOREL B. JAHAN F.- *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées - Pratiques du champ social -ERES - octobre 1999-p 24*

¹⁰⁴ Extrait du décret n°99-316 du 26 avril 1999 qui précise les modalités de tarification et de financement des EHPAD, chapitre II, § 1

¹⁰⁵ CROZIER M. – *L'entreprise à l'écoute* – Seuil – Points essais – 1994 – p 31

Le respect, du latin *respectus*, égard, est défini dans le LITRE par le mot considération. Le LAROUSSE le définit comme étant le sentiment qui porte à traiter quelqu'un ou quelque chose avec de grands égards, une profonde déférence. Nous en retiendrons les deux sens : les résidents doivent être traités avec une «profonde déférence», le personnel a besoin de considération.

*La considération reste une valeur simple mais cardinale des relations humaines. Les travaux de MAYO (cité par A.BERGMANN et J. ROJOT, Comportement et organisation, Vuibert 1989, p58) ont montré que l'efficacité des professionnels augmente dès qu'on s'intéresse à eux. La considération est avant tout un état d'esprit et un comportement.*¹⁰⁶

Il est nécessaire également de redonner à chacun sa place, son identité en recentrant l'activité de la maison sur ceux qui en justifient l'existence : les résidents.

*Pour qu'une nouvelle logique prenne corps il faut qu'elle s'incarne dans de nouveaux rapports humains, au sein d'un système d'organisation qui obéit à d'autres principes.*¹⁰⁷

TROPAYSE se trouve devant la nécessité d'un double changement, imposé tant par la législation en vigueur que par sa propre histoire :

- changement organisationnel centré sur le «développement de l'investissement immatériel » tel que le définit M. CROZIER, c'est à dire les personnes, le système de relations, et la culture.

- changement culturel où l'utilisateur n'est plus un simple objet de soins mais un individu entendu dans toutes ses dimensions (physique, psychique, affective, sociale)

Il s'agit donc de redonner un cadre solide à l'ensemble : des personnes âgées, vivant dans un établissement pensé pour eux et avec eux, géré par une association, employeur des salariés qui y travaillent. En d'autres termes, redonner à l'association sa dimension tutélaire, (qui tient sous sa garde, sous sa protection dit le LITRE), redonner à l'établissement son sens premier, la maison en tant que «bâtiment servant de logis», (LITRE), apprendre ou réapprendre aux salariés le sens de leur mission : être au service des résidents, et leur donner les moyens d'y parvenir, apprendre aux résidents à être acteurs de leur propre prise en charge.

*Quant au succès du service même, il n'a de chances que si le client est à son tour considéré comme une ressource humaine, et si ses capacités d'apprentissage sont utilisées.*¹⁰⁸

¹⁰⁶ DUCALET P. et LAFORCADE M. - *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* – Op.cit. - p 160

¹⁰⁷ CROZIER M. – *L'entreprise à l'écoute* – Op.cit., p42

¹⁰⁸ CROZIER M. - Op.cit. - p 31

*Dans cette logique, à l'homme unidimensionnel du modèle industriel se substitue un homme qui décide et s'engage, mais aussi et surtout qui est reconnu comme un être capable d'apprendre individuellement et collectivement et qui, en apprenant, va se changer lui-même.*¹⁰⁹

Pour C. ARGYRIS et D. SCHÖN, une organisation est apprenante lorsqu'elle parvient à réaliser de manière durable un apprentissage en double boucle, qui consiste à *remettre en question les valeurs qui guident les stratégies d'action. Les valeurs les plus propices à ce type d'apprentissage sont celles qui inclinent les individus à disposer d'informations valides pour faire des choix informés et à contrôler la mise en œuvre de ces choix pour pouvoir repérer et corriger les erreurs. De la part du dirigeant de l'organisation, cela suppose de savoir défendre son point de vue, faire des évaluations et émettre des attributions en illustrant ses propos, en invitant autrui à confronter son raisonnement, en cherchant à tester la validité de ses attributions et évaluations.*¹¹⁰

Mais en revanche nous ne disposons pas de beaucoup de temps. Si la réforme en est encore à un stade expérimental en Gironde, on peut envisager, sans trop se tromper qu'elle deviendra effective pour tous les établissements à l'horizon 2002. TROPAYSE a des besoins. Une estimation budgétaire, faite fin 1999, et le calcul du GMP¹¹¹ de l'établissement montrent qu'elle nous serait favorable. L'élaboration du projet institutionnel demande du temps. Il faut donc que nous puissions la démarrer début 2001 au plus tard. (Cf. annexe 16)

Il s'agit donc de faire face à l'urgence en ayant pour objectif la construction des bases nécessaires à l'élaboration collective du projet d'établissement, dans un délai de moins d'un an.

3.1 En 2000, la réponse à l'urgence : le choix d'une direction pédagogique

Après un rapide repérage de l'atmosphère de la maison, la directrice choisit deux attitudes comme symbole :

- faire systématiquement le tour de la maison en arrivant le matin, pour saluer les résidents. Geste quasi-naturel de courtoisie tant il est intégré dans nos comportements, mais qui perd de son évidence quand le climat est trop tendu pour être attentif aux autres, et qui surprend quand il vient de la direction.

- laisser systématiquement ouverte la porte du bureau directorial, signe de disponibilité, que les résidents atteints de démence comprennent les premiers, venant

¹⁰⁹ CROZIER M. - Op.cit. - p 32, 33

¹¹⁰ Sciences Humaines – Comprendre les organisations – mars avril 1998 – p61

¹¹¹ Gir Moyen Pondéré

régulièrement s'y installer, pour se reposer, s'apaiser, voire écouter les échanges et même y participer.

Trois axes de travail se définissent complémentirement :

- Une stimulation collective des résidents, susceptible de leur redonner la notion de leur importance.
- Une ouverture de l'équipe propre à sortir chaque membre de ses enfermements individuels et collectifs.
- La mise en place d'un système de communication, à l'intérieur de chaque entité (résidents et personnel) et entre ses mêmes entités.

3.1.1 La lecture d'un quotidien, pivot de l'action

L'agent d'entretien occupe une place à part dans l'établissement. Il n'est pas rattaché à une équipe, est présent tous les jours de la semaine, est sollicité pour de menus travaux par l'ensemble des personnes présentes dont il connaît bien les fonctionnements, et peut organiser son travail sans subir la contrainte d'horaires à respecter (levers, toilettes, repas...). Ses activités personnelles ont, par ailleurs, développé son sens du contact et de l'esprit d'équipe. Sa force physique et sa vitalité dynamisent et sécurisent les personnes âgées auxquelles il manifeste un grand intérêt.

Nous lui suggérons de lire, en fin de matinée, aux résidents intéressés, le quotidien Sud-Ouest, en orientant plus particulièrement sa lecture sur les nouvelles concernant les communes d'origine des participants.

Très vite cette action devient un temps fort de la journée, où les résidents se mettent à parler de leur passé, à faire des commentaires sur l'actualité, à l'animateur dans un premier temps, puis entre eux. Parallèlement, l'équipe, indifférente au début, s'intéresse progressivement, au cours de ses nombreux passages, à l'attitude des résidents. Certains soignants réorganisent leur travail afin qu'ils soient plus nombreux à pouvoir y participer. Sans que quiconque ne s'en rende vraiment compte, un changement capital est en train de se produire.

Nous avons mis en place un *espace d'explicitation négocié* permettant de développer *la capacité de participation aux décisions et de réélaboration des objectifs par les membres de l'organisation*.¹¹²

En donnant à un des membres du personnel la possibilité d'utiliser ses compétences, autres que techniques, dans un domaine apparemment différent de celui de son métier, en le soutenant tout en le laissant s'approprier l'activité, en lui laissant la responsabilité de son

¹¹² ZARIFIAN P. cité par DUCALET P. et LAFORCADE M.- *Penser la qualité dans les Institutions Sanitaires et sociales* – Op.cit. - p 187

développement, nous montrons de façon claire le sens que nous voulons donner à l'organisation :

- désenclaver les personnes d'une conception fermée et normative de leurs fonctions et de leurs rôles ;

- les rendre autonomes et responsables de leurs actions ;
- développer et utiliser leurs compétences, leur esprit d'initiative ;
- ouvrir sur des perspectives d'évolution ;

dans l'objectif d'une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins, les demandes les attentes des usagers.

Mais ce message ne peut être entendu qu'à condition de s'adresser à tous.

L'écoute et l'observation du comportement de chacun, y compris des plus discrets, dans un premier temps, avec équité et sans jugement de valeurs, favorisent l'émergence de capacités peu ou mal exploitées. Il faut alors s'en saisir et donner les moyens de les pratiquer, en les mettant en cohérence, en résonance avec l'objectif poursuivi. C'est ainsi, par exemple, que tel salarié, passionné par les jeux collectifs, peut animer avec ceux qui le désirent, le temps mort précédant le repas du soir ; que tel autre, réorganise la réserve et la dote d'une fiche de suivi de gestion du stock...

Progressivement se dessine l'idée que chacun a, dans ses ressources propres, des spécificités et la possibilité de les utiliser pour concourir à l'amélioration de la vie dans la maison.

3.1.2 Ouvrir sur de nouvelles pratiques

3.1.2.1 Interpeller

- Nous sommes face à des comportements maltraitants mais non perçus comme tels. Il faut donc les relever chaque fois qu'ils sont constatés, et soit y apporter un interdit justifié, soit aider à trouver une réponse plus appropriée.

Entrer sans frapper dans une chambre, tirer un résident en fauteuil roulant parce qu'il freine des pieds quand il est poussé, pousser les résidents en fauteuil à toute allure dans les couloirs pour aller plus vite, tutoyer sans autorisation, ...

Trouver la solution pour que Monsieur C. accepte de venir manger sans qu'il soit besoin pour cela de fermer sa chambre à clé. Faire accepter à Madame C. le nettoyage de son linge, sans avoir à le lui prendre subrepticement en son absence...

L'important n'est pas d'interdire mais d'amener à comprendre. Le moyen souvent utilisé, et efficace, est de renvoyer l'équipe à son propre ressenti : «si c'était votre chambre, si c'était vous dans ce fauteuil, qu'en penseriez-vous ?»

- L'utilisation d'une bande dessinée sur la sensibilisation aux abus, réalisée par l'équipe de soins en gériatrie de l'hôpital de MAZAMET¹¹³ et diffusée sur Internet, permet également à chacun, dans un premier temps, de s'interroger sur sa pratique, hors du regard des autres.

3.1.2.2 Expliquer et nourrir la réflexion

Le personnel est constitué des professionnels de terrain. Certains d'entre eux ont appris leur métier, d'autres ont acquis leurs connaissances en apprenant in situ. Tous ont la conviction, à juste titre, de mieux connaître qu'un directeur la réalité d'un soin, d'une aide au repas, du nettoyage d'une chambre... Mais il existe des textes, de lois d'abord, d'auteurs ensuite, des revues enfin, qui, lus à l'équipe, puis mis à sa disposition, permettent de soutenir la parole et de donner un sens visible et sécurisant à l'action menée.

Ces mêmes textes serviront de support aux réflexions collectives et aux échanges, dans le cadre de réunions à thème.

C'est également le rôle que peuvent jouer des intervenants extérieurs. La faiblesse des finances de l'établissement ne permettant pas leur rémunération, il faut trouver des interventions gratuites mais de qualité. Deux interventions informatives de cette nature sont mises en place durant cette période.

3.1.2.3 Montrer

Madame P. est âgée de 92 ans. Elle est atteinte de démence. Toute petite et toute menue, elle ne peut cependant pas marcher tant ses jambes sont abîmées par la maladie. Pourtant, avec une énergie surprenante, elle parvient régulièrement à se lever et risque de chuter. Madame P. est donc attachée fermement à son fauteuil. Par sa gentillesse, elle a conquis l'équipe qui l'aime bien, malgré le souci qu'elle lui donne.

- Première action : chercher un moyen de mettre Madame P. en sécurité sans la brimer. Après observation de son comportement, elle est donc installée, détachée bien sûr, près d'une table, lorsqu'elle se trouve loin du regard de l'équipe, avec à sa disposition les journaux qu'elle aime feuilleter.

- Deuxième action : rechercher les causes de ses agitations périodiques. Madame P. est diabétique, et se trouve en hypoglycémie quelques heures après les injections d'insuline. Elle ne le supporte pas. Une collation lui est donnée, en accord avec son médecin, lorsqu'elle manifeste son mal être. Madame P. ne s'agite plus et parvient même à entretenir par moments quelques échanges cohérents.

¹¹³ <http://www.multimania.com/papidoc/401bd.html>

Madame G., hémiplegique, se montre très agressive lors des toilettes : elle insulte, crie, hurle dès qu'on s'approche d'elle, menace et frappe parfois. Pour éviter qu'elle glisse de son fauteuil, ce qu'elle fait dès qu'elle y est installée, Madame G. est, elle aussi, attachée. Malgré cela, Madame G. demande à être relevée dès qu'on passe à proximité. Elle fait peur à l'équipe à qui elle «jette des sorts» et qui ne la supporte plus.

- Une aide-soignante, plus mûre et plus expérimentée que les autres accepte de passer un peu de temps avec elle dans l'après-midi, de s'occuper plus particulièrement d'elle lorsqu'elle est de service et de l'encourager à parler d'elle et de sa vie.

- Au bout de quelques temps Madame G. est détachée de son fauteuil : elle ne glisse plus que rarement. Et si son agressivité est toujours présente, elle est cependant devenue plus tolérable.

Ces deux personnes sont choisies parce qu'elles se situent aux deux extrêmes de la chaîne affective liant les résidents et le personnel.

Dans les deux cas, toutes les actions et les raisons qui les ont induites, sont expliquées, discutées à plusieurs reprises.

Une garde-malade conclue en aparté : *c'est plus intéressant de travailler comme cela.*

3.1.2.4 Encourager et former

Nous avons souligné la position difficile des gardes-malades, et la difficulté que certaines éprouvent à tenir leurs postes de travail en se sentant en permanence dévalorisées, dépréciées.

Elles ne peuvent assumer la même responsabilité, autorisée par leur formation, que les aides-soignantes ; et cependant les roulements sont faits de telle façon qu'elles se retrouvent souvent seules dans l'établissement, le matin et le soir, notamment. De plus, si celles de l'équipe de nuit peuvent, compte-tenu de leur âge, se prévaloir d'une grande expérience professionnelle, il n'en va pas de même pour celles de l'équipe de jour.

La première démarche s'impose d'elle-même : mettre résidents et salariés en sécurité, en modifiant leurs horaires et en les encadrant par des salariés diplômés. En agissant ainsi cependant, nous renforçons leur sentiment d'infériorité.

Parallèlement, il faut donc les stimuler pour qu'elles s'orientent vers une formation. L'une, encouragée par les modifications intervenues, se présente à nouveau au concours de l'école d'aide-soignant, et réussit. La deuxième, inscrite sur le plan de formation pour préparer ce même concours, accepte l'aide d'une collègue qualifiée. La troisième, trop éloignée d'une épreuve écrite, entame une remise à niveau et accepte que lui soit désignée

une tutrice, aide-soignante, chargée de l'aider à acquérir les bases élémentaires de son métier.

Cette orientation vers une formation interpelle les autres membres de l'équipe, en conduisant certains à envisager une réorientation, et aide les deux jeunes femmes en contrats de qualification à s'intégrer, par la reconnaissance de l'effort qu'elles fournissent en se formant.

3.1.3 Communiquer pour se comprendre et se coordonner

La communication permet la mise en relation et la coopération des équipes nécessaires à la synergie des actions. Elle permet aussi la construction de sens et nourrit la dynamique de la confiance entre les acteurs du système.¹¹⁴

3.1.3.1 Modifier les roulements

Il est prématuré de modifier le rythme de travail, ce dernier ayant été érigé en fief conquis par les salariés, non seulement de l'établissement, mais également de l'association puisqu'il a été négocié lors de l'accord d'entreprise, passé dans le cadre de la mise en application de la loi sur la réduction du temps de travail.

Il faut donc réserver ce thème de réflexion au projet d'établissement.

En revanche, il ne peut être question de continuer à travailler en ne rencontrant jamais ses collègues de travail.

Bien qu'annoncés comme intouchables sous peine de rébellion, les plannings doivent donc être modifiés, légèrement pour que se soit supportable, suffisamment pour faire une brèche dans les sous-groupes et ouvrir à une possibilité de communication.

Présentée comme étant incontournable, cette décision est renvoyée vers l'équipe : à elle de proposer un planning, avec comme seule condition que les roulements ne soient pas hermétiquement étanches. Après y avoir travaillé sans succès, les relations entre les uns et les autres étaient encore trop crispées, l'équipe accepte la proposition que nous faisons : décaler une personne de chaque roulement de manière à ce qu'elle intervienne également sur l'autre.

3.1.3.2 Intégrer les agents de service

La plupart étant à temps partiel, héritage des CES, les agents de service ont un planning décousu, variable d'un mois à l'autre. Ils en tirent un sentiment de dépréciation et d'injustice fort naturel. Nous équilibrons donc leurs plannings, leur donnant un roulement auquel pouvoir se fier.

¹¹⁴ DUCALET P. et LAFORCADE M. - Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales- Op.cit. - p 186

Par ailleurs ils sont tenus à l'écart de tout ce qui concerne les résidents au point que, souvent, le silence s'établit lorsqu'ils arrivent inopportunément pendant un échange entre soignants. Ils n'en manifestent pas de rancœur, semblant trouver normal qu'on ne leur parle pas de ce qui ne les concerne pas. L'équipe soin ne met, quant à elle, aucune méchanceté dans cette attitude. C'est ainsi et on a toujours fait comme cela.

En réorganisant la journée de travail des agents, nous préservons le moment des transmissions de manière à ce qu'ils puissent y participer. Bien qu'un peu surpris, les uns et les autres l'acceptent sans discuter. Et si les agents de service éprouvent, au début, quelques difficultés à prendre la parole, tous percevront vite l'importance de l'apport de leurs observations.

3.1.3.3 Mettre en place des outils

• Les réunions

Elles sont un outil incontournable de communication. Mais à TROPAYSE elles ravivent, pour certains salariés les fantômes du passé. De plus elles n'entrent pas dans les habitudes de travail de ce secteur.

De ce fait elles doivent répondre à un double objectif :

- sécuriser les salariés et redonner à chacun un espace de parole respectée
- informer, expliquer, décider des actions et les coordonner

Elles doivent être brèves, régulières, structurées et laisser des traces consultables.

Elles doivent intégrer l'ensemble des personnels, y compris les remplaçants.

Enfin elles représentent un coût financier important. C'est pourquoi nous choisissons le rythme d'une réunion par mois, tous types confondus. (Cf. annexe n°17)

• Les supports

Laissant à l'équipe soins, animée par les infirmières, l'élaboration ou la reformulation de ses propres supports méthodologiques (suivi des douches, suivi des toilettes...), nous constituons avec l'équipe entretien un système de fiches techniques et un guide méthodologique simple, servant de repère et de fil conducteur aux tâches à exécuter et rappelant l'importance de comportements défectueux.

Dans le même esprit, nous mettons en place un cahier de transmissions.

Ces outils sont très nouveaux pour les agents de service, peu enclins à se servir de l'écrit. Si leur utilisation régulière met du temps à rentrer dans les habitudes de l'équipe, leur existence fait cependant, d'ores et déjà, la preuve de son efficacité dans le cas de certains litiges.

3.1.4 Intégrer à la démarche les intervenants extérieurs et les familles

Un établissement ne vit pas en autarcie. Il est traversé d'intervenants extérieurs qui, par leur intérêt à ce qui s'y passe, leurs témoignages, l'aident à construire son image, son identité, favorisent le sentiment de fierté d'y travailler, atténuent l'angoisse d'avoir à y entrer.

TROPAYSE a trop fait parler de lui. Et, même s'ils sont peu nombreux à avoir pris partie dans les conflits, en revanche nombreux sont ceux qui se sont distanciés, effectuant leur travail et repartant sans échange autre que strictement technique avec le personnel.

En outre, *dans le cas où l'établissement fait appel à des médecins généralistes et des infirmiers d'exercice libéral, ces professionnels doivent adhérer au projet institutionnel.*¹¹⁵

Les conduire vers une adhésion, mieux, les intégrer, si possible, à son élaboration, revient à les considérer comme acteurs de l'organisation, et donc rétablir avec eux relation et coordination.

Quant aux familles, hormis la participation de quelques-unes au conseil d'établissement, leur rapport avec la maison se situe surtout sur le registre de la plainte.

Or, parmi les objectifs à atteindre, détaillés dans le cahier des charges précédemment cité, il est précisé qu'il faut : *donner une place à la famille au sein du projet institutionnel et ce chaque fois que possible. Dans tous les cas, il conviendra de ne pas la cantonner dans un rôle de visiteur.*¹¹⁶

C'est sans doute à ce niveau qu'apparaît le plus nettement la dimension de médiation de la fonction de direction.

- Médiation entre les intervenants et la structure : rétablir, par un comportement et des explications sur les objectifs poursuivis, une confiance qui avait disparu.

- Médiation entre les médecins et, au-delà des infirmières, l'équipe de soins tout entière, dont les observations sont précieuses pour une prise de décision. Citer leur propos, parler des travaux en cours, restaurer leur statut d'interlocuteur valable.

- Médiation entre les infirmiers libéraux et le personnel, par l'écoute de leurs préoccupations respectives et par la mise en application de décisions négociées (horaires des toilettes par exemple).

- Médiation entre les familles et le personnel afin d'éliminer le recours à la plainte, qui juge et menace, et faire que les demandes, justifiées, deviennent entendables.

A l'issue de ce travail qui demandera plusieurs mois pour commencer à porter ses fruits, nous pouvons envisager d'instaurer :

- une réunion avec les médecins et l'équipe soins portant sur la dépression du sujet âgé en institution, animée par un gériatre du secteur hospitalier.

¹¹⁵ Cahier de charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi 75-535 modifiée du 30 juin 1975-chapitre II-article 2.2.1

- une réunion avec les infirmiers et l'équipe soins portant sur l'incontinence et les soins infirmiers en institution.
- la participation de plusieurs familles à une réunion de réflexion sur l'animation de la maison.

3.1.5 Les résistances au changement

Les attitudes routinières et la défense des intérêts personnels constituent les deux pôles que les analyses des résistances ont coutume de faire apparaître. Elles existent bien évidemment à TROPAYSE, puisque inhérentes au comportement humain. Et elles se trouvent tant au niveau des résidents qu'à celui du personnel.

Une des caractéristiques du grand âge est une diminution des capacités d'adaptation. Or il leur faut s'adapter à une nouvelle direction et à un nouveau fonctionnement. Il faut leur en laisser le temps. De plus ils ont fini par accepter de subir les règles de la vie communautaire et n'ont pas entretenu l'idée de conserver un pouvoir sur leur vie. Seules des actions concrètes, préparées en sollicitant leur avis, qu'ils ne donneront pas dans un premier temps, peuvent raviver les envies de faire et de participer.

Le personnel quant à lui, est préparé à un changement, mais est dérouté par une direction qui ne s'exprime pas de façon autoritaire et dirigiste. Il manifeste ses résistances à travers le besoin constant d'être sécurisé (*les autres, à l'AASSA, ils font aussi comme cela ?*) Son adhésion est encouragée en rappelant les termes de la loi et en utilisant dès le départ les exigences de la réforme de la tarification : un établissement gérontologique est le dernier lieu de vie de personnes très âgées, où le personnel doit être en mesure de repérer leurs besoins et d'y répondre. Il n'aura les moyens de fonctionner que s'il répond aux exigences d'un cahier des charges dans lequel le projet d'établissement occupe une place prépondérante, puis vit et évolue en fonction des personnes accueillies. Avant son élaboration, un projet se prépare : 2000 sera l'année de sa préparation, 2001 celle de la construction d'une trame suffisamment solide pour être validée et pouvoir entrer dans le cadre de la réforme, les années suivantes, celles de son approfondissement.

Fin 2000 le socle nécessaire à l'élaboration du projet est construit. Nous pouvons aborder la deuxième phase.

3.1.6 Le premier effet bénéfique : l'amorce de la prévention de la maltraitance

Reprenant la grille d'évaluation des violences en institution, nous l'appliquons de nouveau à l'établissement et nous constatons que la tendance s'est inversée : nous ne

¹¹⁶ Op.cit. - article 3.1.b)

répondons plus positivement qu'à 31 items et 50 réponses sont devenues négatives. (Cf. annexe n°18)

Cette année de travail a donc bien eu l'effet attendu pour les résidents de TROPAYSE et confirme notre hypothèse. Une démarche fédératrice et respectueuse de tous les acteurs peut prévenir les risques de maltraitance.

3.2 Un projet pour TROPAYSE

L'enjeu du projet institutionnel n'est pas spécifique à TROPAYSE : l'ensemble des établissements de l'AASSA est concerné. L'association décide de faire appel à un cabinet de communication afin de redéfinir son projet associatif et d'aider chaque établissement à élaborer son propre projet. Cette aide est financée par le fond de la formation professionnelle.

Dès juin 2000 un comité de directeurs se réunit régulièrement. Composé de l'ensemble des directeurs de l'association, du Directeur Général et des consultants, il a pour objectifs :

- de diffuser en permanence les informations liées à la démarche de projet ;
- de favoriser les échanges entre les porteurs de projet et leurs collègues ;
- d'être garant du projet associatif et d'une cohésion entre les différents établissements avec le directeur général ;
- d'être un organe régulateur de l'évolution.

Le premier travail du comité porte sur la redéfinition des valeurs de l'AASSA, proposée ensuite au Conseil d'Administration qui l'approuvera. Assortie d'une charte qualité, écrite en 1998, elle pose les bases sur lesquelles viennent s'appuyer les projets. (Cf. annexe n°19).

L'association s'est orientée vers la détermination d'une trame identitaire commune aux établissements, bien que conservant à chacun ses spécificités. C'est ainsi qu'il a été décidé que l'élaboration des dossiers de soins, dossier de vie des résidents, l'organisation de l'entretien des bâtiments, l'organisation de la restauration seraient réfléchies par des commissions inter-établissement, et réintégrées dans chaque projet.

Cette particularité ôte donc, a priori, au personnel des établissements une grande part de réflexion sur certaines fonctions essentielles de la structure et ne correspond pas à ce que nous cherchons à obtenir : une appropriation par les salariés du fonctionnement de la maison et de son devenir, ainsi que des motifs qui les sous-tendent.

En revanche une telle approche présente l'avantage de sortir chaque établissement de son isolement et d'amener certains personnels à travailler et échanger avec leurs collègues. De plus, elle repositionne TROPAYSE dans le contexte plus large de l'association

et met en évidence l'intérêt de la mutualisation des moyens. Mais dans les faits, nous ne sommes vraiment concernés que par le dossier des résidents.

Tous les établissements ne démarrent pas ensemble le travail sur leur projet. Mais la réflexion partagée sur sa nécessité et sur sa progression aide chaque directeur à mieux définir et soutenir la démarche de son établissement.

Ce n'est pas la première fois qu'est abordé, à TROPAYSE, le travail sur le projet. Deux directeurs précédant l'ont, chacun, entamé. Les salariés s'y sont déjà, individuellement, investis et leur mobilisation n'a pas porté ses fruits. Deux priorités doivent, de ce fait, nous guider :

- l'importance accrue d'un travail collectif, rompant avec les expériences précédentes, où chacun peut trouver un rôle ;
- l'exploitation des réflexions antérieures et leur mise en application rapide et visible.

3.2.1 Le groupe de pilotage

Organe clé du projet, *le groupe de pilotage a pour mission d'énoncer et de formaliser, après analyse des systèmes de valeurs, enjeu, ressource, contrainte, le projet de la maison.*¹¹⁷

Il eut été souhaitable qu'il soit représentatif de l'ensemble des acteurs (personnel, résidents, familles, médecins, infirmiers libéraux) de la structure. Cette constitution paraissant trop utopique, ne serait-ce que pour parvenir à réunir les uns et les autres compte tenu de leurs emplois du temps, le choix se porte sur un groupe constitué de membres représentatifs de l'ensemble du personnel, du directeur et des consultants. La participation des autres acteurs sera sollicitée dans le cadre de commissions spécifiques, organisant des réunions à thème telles que nous les avons évoquées.

Sa constitution repose donc sur des critères clairement annoncés :

- un représentant au moins de chaque métier (infirmier, aide-soignant, ASH...) ;
- pour les équipes travaillant en alternance, un représentant au moins de chaque roulement ;
- une représentation par tranche d'âge afin de bénéficier de l'expérience des plus âgés mais aussi de la spontanéité du regard des plus jeunes.
- la direction et les consultants

De plus nous privilégions ceux qui, au cours de l'année passée, se sont fortement investis et ceux qui, à l'inverse, ont montré le plus de résistance.

¹¹⁷ Mission définie dans un document interne à l'association

Spontanément, peu de personnes expriment le souhait d'en faire partie mais tous acceptent la sélection proposée. Seule la garde malade de nuit ne pourra, pour raison de santé, participer au début des travaux.

Le groupe se réunira sept fois au cours de l'année. Son travail, enregistré dans des comptes-rendus, est mis à la portée de tous et se déroule en trois temps :

3.2.1.1 L'état des lieux : de janvier à mai 2001

- **L'analyse des pratiques existantes** et la mesure des écarts entre les différentes pratiques actuelles, conséquence des roulements presque parallèles par exemple. Cette phase faisant appel à des constats souvent discutés ne demande que le temps de deux réunions et débouche sur une action concrète, le réajustement des horaires et de leur contenu. Si elle n'entraîne apparemment qu'une adhésion encore formelle de l'équipe, qui se contente de se plier aux propositions du groupe de pilotage, elle est pourtant la résultante d'un vrai questionnement : *Pourquoi faisons-nous comme cela ? Pourquoi faites-vous autrement ?* et d'une attention aux réponses apportées, manifestant ainsi la maturité acquise.

- **L'analyse de la population accueillie.** Celle-ci dérange le groupe : se plaindre de la lourdeur de sa tâche, constater sans bien y réfléchir que les résidents sont plus âgés qu'avant, plus handicapés, ne frappe pas l'esprit comme une classification telle que les groupes iso-ressources peuvent le faire. Le quotidien peut occulter ce que le recul permet de voir : la maison n'est pas un lieu d'accueil de personnes vieillissant doucement mais bien un établissement accueillant une population très âgée et très dégradée. Cette évolution est confirmée par les chiffres nationaux et représente la tendance annoncée pour les années à venir. *Avons-nous les compétences nécessaires ? Comment communiquer avec eux ? Que signifie alors l'animation ? Comment tenir le coup ?...*

Le groupe constate de plus que l'équipe a, jusque là, travaillé en imposant les règles de l'établissement aux personnes qu'il prenait en charge. En fait, ils se doivent d'être à leur service.

Cette double prise de conscience, douloureuse mais nécessaire, conduit le groupe à s'interroger sur le système des transmissions d'informations concernant les résidents, sur la connaissance exacte qu'ils en ont, sur les modalités d'accueil...

Mais elle fait émerger également un sentiment de culpabilité et d'impuissance rapidement diffusé à l'ensemble de l'équipe, qui ne peut être laissé sans réponse. C'est donc le moment que nous choisissons pour instaurer des réunions de régulation, animée par une psychologue, spécialisée en gériatrie.

Cette forme de travail, encore peu pratiquée en établissement gérontologique, présente la double contrainte du manque de repères fiables (c'est à dire certifiés par des collègues), et de l'appréhension que toute approche «psy» engendre. Prévu sur un temps où est organisée la mise en disponibilité des membres du personnel présent, elles sont donc construites en deux périodes articulées autour d'un thème : une première partie informative, une deuxième partie discursive. Le premier thème, choisi par la direction et lié à la vie de la maison à ce moment-là, est celui du deuil. Les suivants sont décidés par les participants.

Cette phase d'analyses fait apparaître également la nécessité de se doter d'un vocabulaire commun, concernant quelques mots-clé (résident, respect, qualité, privé...) ainsi que de mieux connaître les textes officiels sur lesquels l'établissement fonde la légitimité de son action.

3.2.1.2 La définition des objectifs et des moyens : juin à novembre 2001

• Quels résidents accueillons-nous ?

TROPAYSE est un établissement à caractère social. Son implantation dans une petite commune où vit une population paupérisée lui confère l'obligation de pouvoir accueillir les personnes du secteur qui en font la demande sans distinction de ressource. Actuellement nous ne disposons que de vingt lits pour des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

TROPAYSE est un établissement à vocation généraliste. Mais nous accueillons des personnes très désorientées qui ne font pas l'objet d'une prise en charge différenciée : elles partagent les mêmes lieux, vivent la même vie collective. De plus la maison n'est pas dotée du personnel spécialisé qui est nécessaire à leur prise en charge. Faut-il les maintenir dans la structure ? Peut-on envisager d'utiliser le terrain autour de la maison pour créer une petite unité spécialisée ? Ces questions relèvent de politiques associative et départementale. Nous posons donc comme principe l'accueil d'une population locale ne présentant pas de troubles démentiels graves (malades d'Alzheimer au comportement agressif par exemple) ou de maladies incurables demandant des soins lourds (personnes cancéreuses en fin de vie) et nous déposerons une demande auprès de l'association pour envisager :

- l'extension au moins partielle de l'habilitation à l'aide sociale ;
- l'étude d'une antenne plus adaptée à l'accueil des personnes démentes.

En attendant nous nous rapprochons de l'antenne locale de l'hôpital psychiatrique du secteur, pour apporter une aide aux personnes démentes présentes dans l'institution.

• Quel type d'accueil faisons-nous ?

Des demandes sporadiques d'accueil temporaire et d'accueil de jour nous parviennent, auxquelles nous répondons en fonction de nos possibilités.

La maison disposant de 55 lits, il est décidé de réserver deux lits, à titre expérimental, à l'accueil temporaire. Cette information est diffusée par la direction auprès des médecins et des infirmiers libéraux intervenants dans la maison. Les personnes accueillies sont donc leurs patients et conservent durant leurs séjours leur environnement médical et paramédical.

Une évaluation en 2002 de cette action (nombre de demandes, réponses apportées, nombre de journées réalisées et satisfaction des personnes concernées par le service rendu, personnes âgées et familles), nous orientera vers sa formalisation, avec la présentation d'un dossier auprès du Conseil Général et de la CROSS, ou son abandon.

Deux documents sont donc mis en place :

- le premier collecte toutes les demandes
- un questionnaire de satisfaction est remis à l'approche du départ.

L'accueil de jour correspond à une demande du Conseil Général, qui ne se confirme pas dans les faits pour ce qui nous concerne. La situation géographique de la maison n'y est sans doute pas étrangère. De plus l'espace dont nous disposons, entre autre en salle à manger, ne permet pas une grande extension de ce type de service. Enfin ce type d'accueil demande une prestation différente de celle que nous faisons et l'offre au niveau départemental semble s'orienter vers la mise en place de structures spécifiques.

Nous nous limitons donc à offrir ce service à des personnes pour lesquelles une entrée dans la maison est prévisible à moyen terme, leur permettant ainsi de construire des repères et de s'accoutumer à la maison.

De cette réflexion découle l'organisation de l'accueil.

• **Comment les résidents arrivent-ils à TROPAYSE ?**

Actuellement les demandes nous parviennent de multiples façons :

- par les familles, et dans ce cas toujours dans une situation d'urgence (fin à très court terme d'une hospitalisation) ;
- par les assistantes sociales des hôpitaux de la région, généralistes ou psychiatrique ;

Dans ces deux cas la seule information dont ils disposent se trouve dans un listing des maisons de retraite du département, diffusé par le Conseil Général et concerne des généralités (nombre de lits, habilitation à l'aide sociale, agrément, section de cure médicale)

- par les CCAS des communes avoisinantes
- plus récemment par les intervenants extérieurs, IDE et médecins, qui font ainsi la preuve d'une confiance retrouvée.

En attendant la création d'une instance de coordination, dans laquelle nous nous inscrirons, il est convenu d'établir un document synthétique décrivant notre structure et les

conditions d'accueil, que nous ferons parvenir aux services sociaux hospitaliers et de secteur.

• **Comment les accueillons-nous ?**

La mise en place d'un protocole d'accueil s'avère indispensable. Une commission sera donc mise en place afin de l'établir. Elle devra travailler les questions suivantes :

- quelles actions mettre en place pour préparer les personnes âgées à leur entrée en maison de retraite ? (visites de la maison, accueil de jour, rencontres, etc.), et comment les menons-nous ?

- avec qui travaillons-nous ce temps de préparation ? (personnel, familles, IDE libéraux, etc.)

- quelles informations est-il nécessaire de collecter avant l'entrée pour se préparer à la venue d'une nouvelle personne âgée ?

- quelles actions mettre en place avec les résidents pour accueillir cette personne ?

- qui est responsable de la préparation matérielle d'une entrée (chambre, lit, matériel spécifique, etc.) ?

- quels outils de communication doivent porter à la connaissance de tous la nouvelle d'une arrivée, et quelles informations il est indispensable d'y faire paraître ?

- quel accompagnement à l'entrée faisons-nous ?

• **Quelles prestations offrons-nous ?**

Le comité de pilotage, conscient de la nécessaire réorientation de nos actions adopte comme phrase clef et comme repère fort :

Le passage d'une prise en charge de la dépendance à l'accompagnement pour le maintien de l'autonomie.

Une telle approche conditionne l'ensemble du travail effectué dans la maison, par tous les membres du personnel.

Il est donc décider d'instaurer plusieurs commissions travaillant simultanément sur :

- les repas (organisation du service, horaires, menus ...) qui débouchera sur le projet de vie,

- l'animation

- l'organisation des toilettes et des soins, débouchant sur le projet de soins

- les postes de travail et la formation du personnel

Chaque commission devra déterminer ce que nous devons modifier par rapport à l'existant, les moyens qui nous sont nécessaires et les modalités d'évaluation des actions entreprises.

- **Jusqu'ou allons-nous ?**

Si l'on vit dans une maison de retraite, on y meurt également. Or actuellement, nous n'avons pas de protocole d'accompagnement de fin de vie et l'équipe réagit à l'approche de chaque mort en fonction des ressources propres de chacun de ses membres.

C'est une commission là encore qui réfléchira à ce que nous devons mettre en place pour accompagner les personnes dont la fin se fait proche.

Mais il sera nécessaire de s'adjoindre des compétences extérieures afin de dépasser les peurs et élaborer un tel protocole.

3.2.1.3 L'écriture du pré-projet : novembre –décembre 2001

Réunissant l'ensemble des éléments réfléchis par le groupe de pilotage, le directeur proposera un premier écrit qui sera soumis au groupe et réétudié jusqu'à sa validation. Il sera alors diffusé auprès de l'équipe entière et constituera la trame du projet sur laquelle les commissions appuieront leur travail en 2002 et 2003.

3.2.2 Le travail des commissions : l'élaboration de micro-projets ; 2002, 2003

Le projet d'établissement est global mais *on a ainsi observé qu'en focalisant le personnel sur la réalisation de micro-projets, avant de les coordonner dans un projet global, la réflexion était mieux organisée et plus profonde. En effet il apparaît que l'importance de la tâche liée à la construction du projet global peut, soit décourager, soit ne pas aller à son terme, faute d'avoir été suffisamment pragmatique et progressive.*¹¹⁸

C'est dans ce cadre que doit se mettre en place la participation reconnue de tout le personnel, le groupe de pilotage prenant alors sa dimension coordonnatrice.

Les commissions seront composées d'un ou deux membres du groupe de pilotage, de deux ou trois autres membres du personnel, de représentants des familles, des résidents, des intervenants extérieurs en fonction des thèmes abordés et de leurs possibilités d'investissement. Six thèmes ressortent des échanges du groupe de pilotage.

- le projet de vie du résident
- l'accueil du résident
- l'accompagnement de la fin de la vie
- l'animation
- le projet de soins et d'accompagnement
- les besoins en formation

Traversant l'ensemble de ces thèmes, seront travaillées l'organisation du travail et les relations équipe – résident, équipe – familles.

Chaque commission devra définir la finalité du micro-projet (conservation de l'autonomie du résident par exemple, dans le respect de sa personne et de sa dignité), les méthodes utilisables pour y parvenir (doit-on distribuer les médicaments, par exemple, et si oui, comment ?), les outils nécessaires pour suivre les actions et les évaluer (grille de dépendance par exemple).

Après validation par le groupe de pilotage, l'avancée du travail de chaque commission devra pouvoir être traduite par la mise en place d'actions concrètes, prouvant ainsi l'attention et la participation de la direction, et valorisant l'investissement requis par la satisfaction exprimée des résidents et de leurs familles.

Les micro-projets feront apparaître des questions plus globales auxquelles le personnel ne pourra répondre seul, celles-ci relevant de la politique associative poursuivie, des besoins de l'environnement et des organismes de contrôle.

Cependant leur recensement permettra d'ouvrir les perspectives d'évolution de l'établissement.

3.3 L'évaluation

3.3.1 Les premières actions

Elles sont orientées selon quatre axes :

- la vie du résident à TROPAYSE
- l'organisation du travail
- la communication
- l'ouverture sur l'environnement

↳ Changement des horaires de repas et réorganisation des petits déjeuners

Afin de diminuer l'amplitude horaire entre le repas du soir et le petit déjeuner (14h 30 en 2000 pour le premier service), présentant des risques d'hypoglycémie, nous repoussons l'heure du repas du soir d'une heure. Ce changement a pour corollaire un réaménagement des horaires de l'équipe mais la sensibilise au bien-être du résident.

Dans le même esprit, les petits déjeuners sont servis dans les salons pour ceux qui le désirent, son contenu est amélioré (choix de la boisson, jus de fruit, choix du pain...) et nous supprimons les bols de plastique au profit de tasses, présentés sur des plateaux colorés. A terme l'objectif est de proposer une tranche horaire pendant laquelle les résidents pourront se servir eux-mêmes leurs petits déjeuners.

¹¹⁸ VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J. –*Construire le projet de vie en maison de retraite* – Op. cit. – p.70

↳ **L'animation** se structure autour des désirs exprimés par les résidents pendant l'heure de la lecture du journal. C'est ainsi que sont organisées des sorties (pique-niques, restaurant, visites) et une fois par semaine, par petit groupe de trois, à tour de rôle, des courses au marché du village voisin.

Par ailleurs les résidents s'organisent des goûters, à partir de pâtisseries qu'ils ont fabriquées. C'est également eux qui choisissent tous les menus de fête, ainsi que ceux de journées à thème.

↳ **Les transmissions sont réorganisées**, de manière à sensibiliser l'équipe à la nécessité de se coordonner (Cf. annexe n°20) et chaque membre devient référent anonyme de trois résidents, chargé d'une observation plus particulière de leurs comportements et de collecter des informations pour reconstituer leur histoire de vie.

↳ Dans un souci de sécurité et de respect des résidents, la **préparation et la distribution des médicaments sont réorganisées** (Cf. annexe n°21). Cette nouvelle organisation, impliquant le pharmacien est finalisée par une convention de partenariat.

↳ La commission animation, aidée de quelques résidents intéressés, élabore une **première «gazette»**. Son succès auprès des résidents, des familles, des personnels et des intervenants extérieurs est tel qu'il est décidé d'en ouvrir les rubriques à tous ceux qui le désirent et de la faire paraître bi-mensuellement. (Certaines familles éloignées demanderont à s'y abonner).

↳ **Nous ouvrons les portes de TROPAYSE** aux associations culturelles de BASSENS qui pourraient profiter de la taille de nos salons pour répéter. Cette démarche inhabituelle se traduit surtout dans un premier temps par la proposition de spectacles bénévoles pour les résidents. Mais elle ouvre le chemin vers TROPAYSE.

↳ **Enfin, médecins et infirmiers libéraux sont sollicités** pour nous aider à finaliser le dossier de soins. Nous comptons sur leur participation, d'autant que certains d'entre eux ont travaillé cette question dans leur association et qu'ils manifestent un intérêt réel à notre démarche.

3.3.2 La mise en place de tableaux de bord et de fiches de suivi

A ce stade de la démarche les grilles d'évaluation ne sont pas encore élaborées. Mais nous avons mis en place quelques fiches de suivi des actions qui ont, en plus de leurs

fonctions propres, l'objectif de familiariser l'équipe à l'écrit et au paraphage et de responsabiliser chacun de ses membres.

- au niveau des soins de nursing
- au niveau de l'entretien des chambres et du linge
- au niveau de l'incontinence
- au niveau de l'entretien de la cuisine et des dépendances.
- au niveau de la distribution des médicaments

3.3.3 L'enquête de satisfaction

Prévue au début de l'année 2002, elle permettra de repérer ce que les résidents et les familles ont perçu des changements en cours et de les valider, et ce qu'ils en attendent.

3.3.4 La satisfaction des résidents exprimée à travers «la lecture du journal»

Pendant la première année, cette activité a été suivie par ceux que les soignants y accompagnaient et quelques résidents auxquels elle était systématiquement rappelée.

En octobre 2001, nous pouvons constater :

- Que les résidents se dirigent seuls et nombreux vers le salon où elle a lieu, les plus valides poussant le fauteuil de ceux qui ne peuvent le faire seuls.
- Qu'après la lecture, le temps d'échanges est animé, les résidents n'hésitant plus à faire des critiques constructives de tout ce qui leur est proposé, et à proposer eux-mêmes.
- Que l'équipe est capable d'entendre, sans en prendre ombrage, ce que les résidents leur renvoient de points négatifs ou à améliorer.
- Enfin qu'en cas d'absence de l'animateur, les résidents interpellent un autre membre du personnel pour la réaliser.

En ayant ainsi brisé, au moins partiellement, cette impression que les résidents exprimaient d'être coupés du monde des vivants, il semble que nous avons réouvert le chemin de la vie à TROPAYSE.

CONCLUSION

En deux ans la situation à TROPAYSE a donc considérablement évolué et pourtant, tout, ou presque, reste encore à faire. Les bases de travail, élaborées avec le personnel permettent cependant de penser que le changement en cours repose sur un socle qui s'est solidement construit. A la fin de l'année 2001, les professionnels de la maison ne sont pas encore tous bien investis dans la démarche : c'est au cours des deux suivantes, par un soutien sans défaillance au travail des commissions préparant les micro-projets, que la directrice pourra mobiliser l'ensemble des membres du personnel.

En revanche, il apparaît comme évident, au regard des premières actions et de leurs résultats, que les résidents ont bien repris leur position centrale dans la vie de la maison.

Mais au-delà de l'évolution en interne, un établissement gérontologique ne peut continuer à fonctionner en faisant abstraction de son environnement.

Nous avons, à travers le questionnement sur l'accueil, évoqué l'inscription de TROPAYSE dans un réseau. Notre participation au groupe de pilotage travaillant sur la constitution d'un CLIC¹¹⁹, dans le cadre des actions menées par l'Intercommunalité dont BASSENS fait partie, marque notre volonté de coordonner notre action avec les autres services et structures intervenant sur la population âgée du secteur.

En outre trois pistes de travail se font jour, quant au développement et aux orientations que peut prendre l'établissement.

La première, que nous avons abordé avec le comité de pilotage, concerne l'hétérogénéité de la population accueillie dans la maison et l'évolution de cette population dans les années à venir. L'étude de la validité d'un projet de création d'une antenne spécialisée dans l'accueil de personnes présentant des troubles démentiels est à faire, avant d'en soumettre l'idée au niveau associatif.

L'évaluation de l'expérience que nous menons au niveau de l'accueil temporaire permettra d'en constater l'intérêt pour la population locale. Dans ce cas, nous devons mettre en place un partenariat conventionnel avec l'association de soins à domicile du secteur le plus proche, afin que cet accueil ne reste pas une forme d'activité sporadique.

Enfin, nous disposons d'un savoir faire dont la population locale pourrait bénéficier, d'autant que l'association gère un service de gardes à domicile. L'ouverture, à TROPAYSE, d'une antenne de ce service serait d'autant plus pertinente que la commune n'en est pas lotie.

Ces perspectives constituent bien la trame de ce que doit être un établissement gérontologique aujourd'hui : une structure, bien implantée dans son environnement et ouverte aux problèmes qui se posent à la population âgée de son secteur.

¹¹⁹ Comité Local d'Information et de Coordination

Bibliographie

- ALBOU P. *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*. Paris : Glyphe et Biotem éditions, 1999. 227p. Histoire, médecine et société.
- AMYOT J.J., VILLEZ A. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*. Paris : Dunod, 2001. 204p.
- ARGYRIS C. Les individus sont guidés par leur désir d'apprendre. *Sciences humaines*, hors série n°20, mars-avril 1998. p 60
- BEAULIEU M.B. *La personne âgée, rôle de l'aide soignant en institution et à domicile*. 2^{ème} édition. Paris : Masson, 2001. 149p.
- BERTHEL M. Entre excès de suspicion et négligence. *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000. pp 113-119.
- BIROT A. *La violence en maison de retraite*. Mémoire pour le DU de psychogérontologie clinique et pathologique : Université V. Segalen Bordeaux 2, 2000. 76p.
- BORDALLO I., GINESTET J.P. *Pour une pédagogie de projet*. Paris : Hachette éducation, 2001. 191p. Nouvelles approches.
- BOUTINET J.P. *Anthropologie du projet*. 6^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France, 2001. 350p. Psychologie d'aujourd'hui.
- BOUTINET J.P. *Psychologies des conduites à projet*. 3^{ème} édition corrigée. Paris : Presses universitaires de France, 1999. 128p. Que sais-je ?
- BRAMI G. *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Paris : Berger-Levrault, 2000. 215p. Repère-Age.
- CIPA, service ALMA 87. De la maltraitance. *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000, n°92. pp 39-47.
- CROZIER M. *L'entreprise à l'écoute*. Paris : Seuil, 1994. 217p., Points, essais Décideurs. Les établissements face au défi du grand âge. *Décideurs des maisons du 3^{ème} âge*, n° 37, mars 2001. P 36.
- DESHAIES J.L. *Mettre en œuvre les projets*. Paris : L'Harmattan, 2000. 297p. Dictionnaire critique d'action sociale. Paris : Bayard éditions, 1995. p427. Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Robert, 1998. p 2694
- DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2000. 272p.
- GUINCHARD-KUNSTLER P. *Vieillir en France*. Rapport à Monsieur le Premier Ministre. Sept 1999.

- HUGONOT R. Existe-t-il des institutions au-dessus de tout soupçon ? *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000. pp 59-65.
- HUGONOT R. *La vieillesse maltraitée*. Paris : Dunod, 1998. 229p.
- JASPARD M. Violence et maltraitance. *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000, n°92. pp.11-28.
- JACOBZONE S., *Retraite et société*. Paris : CNAV, 1999, n°25.
- LA REVUE DU PRATICIEN – médecine générale. Tome 15, n°536 du 23 avr.2001. p 895.
- LAROQUE G. Les cultures, les acteurs et la maltraitance. *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000. pp 67-73.
- LE NOUVEL B. Institution gérontologique, plaidoyer pour la prévention de la violence. *Gériatries*, n°23, jan-fev.2001.p19.
- MESSY J. Besoin, désir, attente. *Gestions hospitalières*, n°330, nov 1993. p 650.
- MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : Ecole nationale de santé publique, 1996. 105p.
- MOULIAS R., MEAUME S., GIRARD L. Maltraitance des hommes, maltraitance des lois, maltraitance par l'ignorance. *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000. pp 95-101.
- NOCE T., PARADOWSKI P. *Elaborer un projet, guide stratégique*. Lyon : Chronique sociale, 2001. 417p.
- OBIN J.P. L'établissement scolaire, lieu pertinent du changement dans le système éducatif. *La démarche de projet : enjeux et pratiques du changement*. Strasbourg : C.R.D.P., 1992. pp3-23.Nouvelle revue des sciences de l'éducation.
- PETER B. Vieillards agressifs et maltraitants. *Gérontologie et société*. Paris : FNG, 2000. Pp 151-160.
- PLOTON L. *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. 4^{ème} édition. Lyon : Chronique Sociale, 1998. 249p.
- POCHET P. *Les personnes âgées*. Paris :La découverte, 1997. 123p. Repères.
- SCHEMA Départemental des établissements et services pour personnes âgées, Conseil général de la Gironde
- THEVENET A. *Les institutions sanitaires et sociales en France*. 4^{ème} édition corrigée. Paris : Presses universitaires de France, 1995. 127p. Que sais-je ?
- VERCAUTEREN R. Les professionnels au miroir de la société. *Décideurs des maisons du 3^{ème} âge*, n°35, nov-déc.2000. p20.
- VERCAUTEREN R., LABOREL B., JAHAN F. *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Toulouse : Erès, 1999. 271p. Pratiques du champ social.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*. Toulouse : Erès, 2001. 198p. Pratiques gériologiques.

VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J, *Construire le projet de vie en maison de retraite*. Toulouse : Erès, 1999. 217p. Pratiques du champ social.

VEYSSET B. *Dépendance et vieillissement*. Paris : L'Harmattan, 1998. 171p. Logiques Sociales.

Liste des annexes

1-Age et dépendance des personnes hébergées	84
2-Postes de travail	85
3-Niveau de formation du personnel	86
4-Age et ancienneté du personnel.....	87
5-Supports d'information à l'attention des résidents	88
6-Un conseil d'établissement actif	90
7-Pyramide de MASLOW	92
8-Les besoins fondamentaux selon V. ANDERSON	93
9-Violences en institution	94
10-Grille d'évaluation de la violence (selon R.HUGONOT)	97
11-Aptitudes au déplacement selon le sexe et l'âge	99
12-Extraits du cahier des charges	100
13-Les trois typologies de projet.....	101
14-Approche socio-économique de la démarche.....	102
15-Confiance dans les acteurs	103
16-Echéancier	104
17-Les réunions	106
18-Evaluation de la maltraitance à fin N.....	108
19-Charte de qualité de l'AASSA	111
20-La réorganisation des transmissions	113
21-La réorganisation de la préparation et de la distribution des médicaments	115

ANNEXES

ANNEXE 1
AGE ET DEPENDANCE DES PERSONNES HEBERGEES

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
- de 60 ans	2		2
De 60 à 70 ans	1	2	3
De 70 à 80 ans	2	9	11
De 80 à 90 ans	5	18	23
+ de 90 ans	1	11	12
total	11	40	51

Niveau de dépendance selon la grille AGGIR

GIR	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1	5	19	24
2		2	2
3	1	9	10
4	5	6	11
5		2	2
6		2	2
Total	11	40	51

ANNEXE N°2 POSTES DE TRAVAIL

BUDGET HEBERGEMENT

POSTES DE TRAVAIL	DIRECTION	AGENT DE SERVICE	AGENT DE SERVICE HOSPITALIER	CUISINIER	VEILLEUR DE NUIT	GARDE MALADE	TOTAL
ACCORDE							
ETP	1		5,5 ¹²⁰	1,5	2	1,5	11,5
Nombre de personnes	1		8	2	2	2	15
REEL							
ETP	1	1	4,5 ¹²¹	1,5	2	3,5 ¹²²	13,5
Nombre de personnes	1	1	7	2	2	4	17

La personne détachée sur l'association n'est pas intégrée dans ce tableau (0,5 ETP d'ASH)

BUDGET CURE MEDICALE

POSTES DE TRAVAIL	INFIRMIERES	AIDES SOIGNANTES	TOTAL
ETP	1,5	5	6,5
Nombre de personnes	2	5	7

Ratio en personnel par rapport aux budgets accordés

Hébergement : agrément 49 lits, postes en CDI, 11

Soit $11/49 = 0,22$

Cure médicale : 30 lits, postes en CDI, 6,5

Soit $6,5/30 = 0,21$

En totalité : $17,5/49 = 0,35$

Nos recherches ne nous ont pas permis d'avoir une indication précise sur le ratio moyen de personnel en maison de retraite, en France.

Les informations dont dispose l'ADEHPA, association de directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées, lui permettent de le situer autour de 0,45 en Aquitaine. Les différents syndicats du secteur estime le besoin à 0,60, réparti également entre le soin et l'hébergement.

¹²⁰ Dont 2 CES, soit 1 ETP

¹²¹ dont 2 CES et 1 contrat de qualification, soit 2 ETP

¹²² dont 1 contrat de qualification, soit 1 ETP

ANNEXE N°3
NIVEAU DE FORMATION DU PERSONNEL

NIVEAU	NOMBRE	TOTAL
DIPLOME ADAPTE	2 IDE ¹²³ 5 AIDES SOIGNANTES 2 CUISINIERS	9
DIPLOME INADAPTE	4 CAP	4
SANS DIPLOME PROFESSIONNEL-NIVEAU V	5	5
SANS DIPLOME PROFESSIONNEL-NIVEAU≤VI	5	5
TOTAL		23

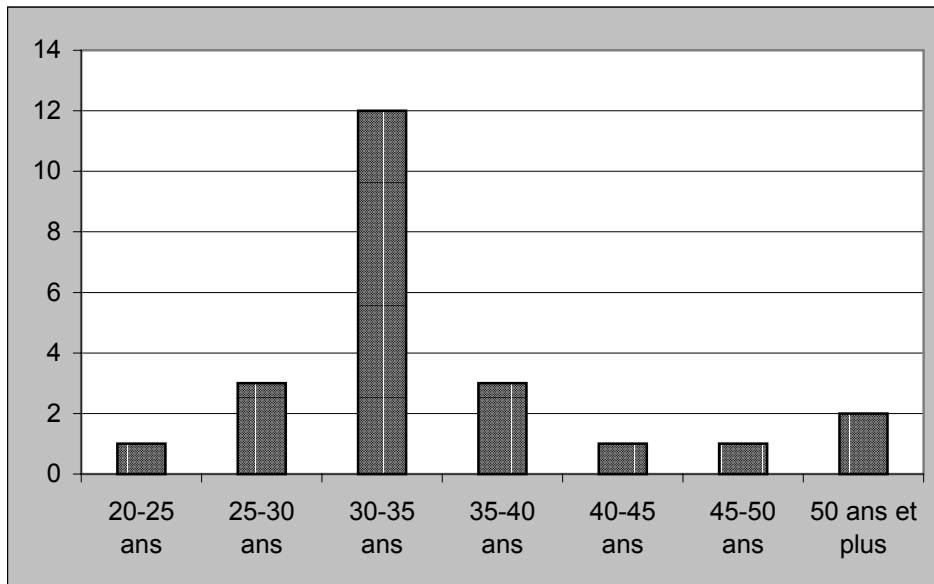
14 salariés, soit les 2/3, n'ont donc pas de formation professionnelle ou une formation inadaptée au poste de travail occupé (couture, secrétariat...).

Seule une infirmière, recrutée en 1999, prépare un diplôme universitaire de gérontologie.

¹²³ Infirmière diplômée d'état

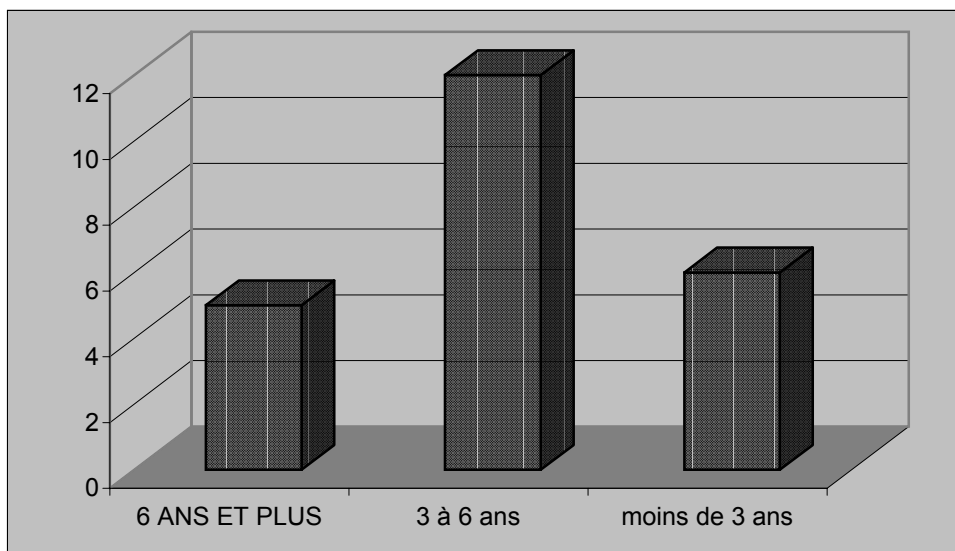
ANNEXE N°4 AGE ET ANCIENNETE DU PERSONNEL

AGE DU PERSONNEL



16 Salariés, soit plus des 2/3, ont moins de 35 ans

ANCIENNETE



L'ancienneté a été considérée à partir du moment où les salariés ont eu un contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée et aidé, les faisant rentrer dans l'effectif officiel de l'établissement.

Il est cependant important de noter qu'ils avaient, pour la plupart, effectué auparavant des remplacements courts dans la maison.

ANNEXE N°5

SUPPORTS D'INFORMATIONS A L'ATTENTION DES RESIDENTS

- Deux plaquettes, remises, aux familles la plupart du temps, lors de l'inscription de la demande, l'une présentant l'association, l'autre l'établissement. Cette dernière s'attache à montrer sa situation géographique et les différents éléments de confort et de convivialité de l'institution.

- Un contrat de séjour et un règlement intérieur, signés lors de l'admission, définissant les droits et devoirs de l'établissement et du résident. Il y est précisé que :

- la chambre est un endroit privatif, personnalisable par l'apport de mobilier, cadres et autres objets familiers,
- les familles ont toute liberté pour visiter leur parent à leur convenance ;
- les résidents peuvent inviter leur famille à leur convenance
- les résidents peuvent, quand et comme ils le souhaitent s'absenter de l'établissement. Dans ce cas, leur chambre leur est strictement réservée et ils doivent s'acquitter du montant du prix de journée, déduction faite d'un forfait hôtelier.

- Un tableau d'affichage dans le hall d'entrée présentant d'une part des informations «sérieuses», arrêté du prix de journée, réglementations complémentaires, etc., d'autre part des informations «festives», anniversaires du mois, animations prévues etc.

Accolée à ce tableau, se trouve la Charte des Personnes Agées Dépendantes.

Charte des personnes âgées dépendantes en institution

Droit des personnes âgées dépendantes en institution

Le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : logements-foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de long séjour...

- 1) Tout résident doit bénéficier des dispositions de la Carte des droits et Libertés des personnes âgées dépendantes.
- 2) Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables et sans son accord.
- 3) Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées.
- 4) Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.
- 5) L'institution devient le domicile du résident, il doit y disposer d'un espace personnel.
- 6) L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et de satisfaire ses désirs.
- 7) L'institution encourage l'initiative du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures et extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.
- 8) L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.
- 9) L'institution accueille la famille, les amis ainsi que les bénévoles et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visite souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.
- 10) Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.), le résident doit retrouver sa place dans l'institution.
- 11) Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.
- 12) Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

Cette charte a été établie par la commission «Droits et Libertés» de la Fondation Nationale de Gériatrie en 1986.

ANNEXE N°6

UN CONSEIL D'ETABLISSEMENT ACTIF

Souhaitant rationaliser et coordonner les institutions pour protéger les usagers tout en préservant l'autonomie des structures, la loi n°75-535 du 30 juin 1975 prévoit d'associer les usagers et leurs familles au fonctionnement des établissements. Cette mesure, qui vise à une participation des bénéficiaires directs des prestations sera instituée par [...] le décret du 17 octobre 1985 portant création des conseils d'établissement dans les institutions pour personnes âgées [...].

Les principes fondateurs de la participation des usagers à la vie de l'établissement sont posés. Ils seront confirmés [...] par le décret du 31 décembre 1991 et la circulaire d'application du 3 août 1992 (...). Le conseil d'établissement est compétent pour donner son avis sur tous les éléments participant au fonctionnement de la maison : règlement intérieur, activités et prestations, travaux investissements. Il doit être tenu informé des suites données à ses avis et suggestions.

Les représentants des usagers et des familles doivent représenter plus de la moitié des participants, complétés par des représentants du personnel et de l'organisme gestionnaire. Notons enfin que le directeur et un représentant de la commune d'implantation participent aux réunions à titre consultatif.¹²⁴

A TROPAYSE, le conseil d'établissement a été constitué dès 1995. Il regroupe dix membres : trois représentants des résidents, trois, des familles, trois, des membres du personnel, ainsi que le Directeur Général de l'AASSA. Le directeur de l'établissement y participe à titre consultatif. Il s'est réuni régulièrement depuis sa création à un rythme bi-annuel. La présidence en est actuellement assurée par un représentant des familles.

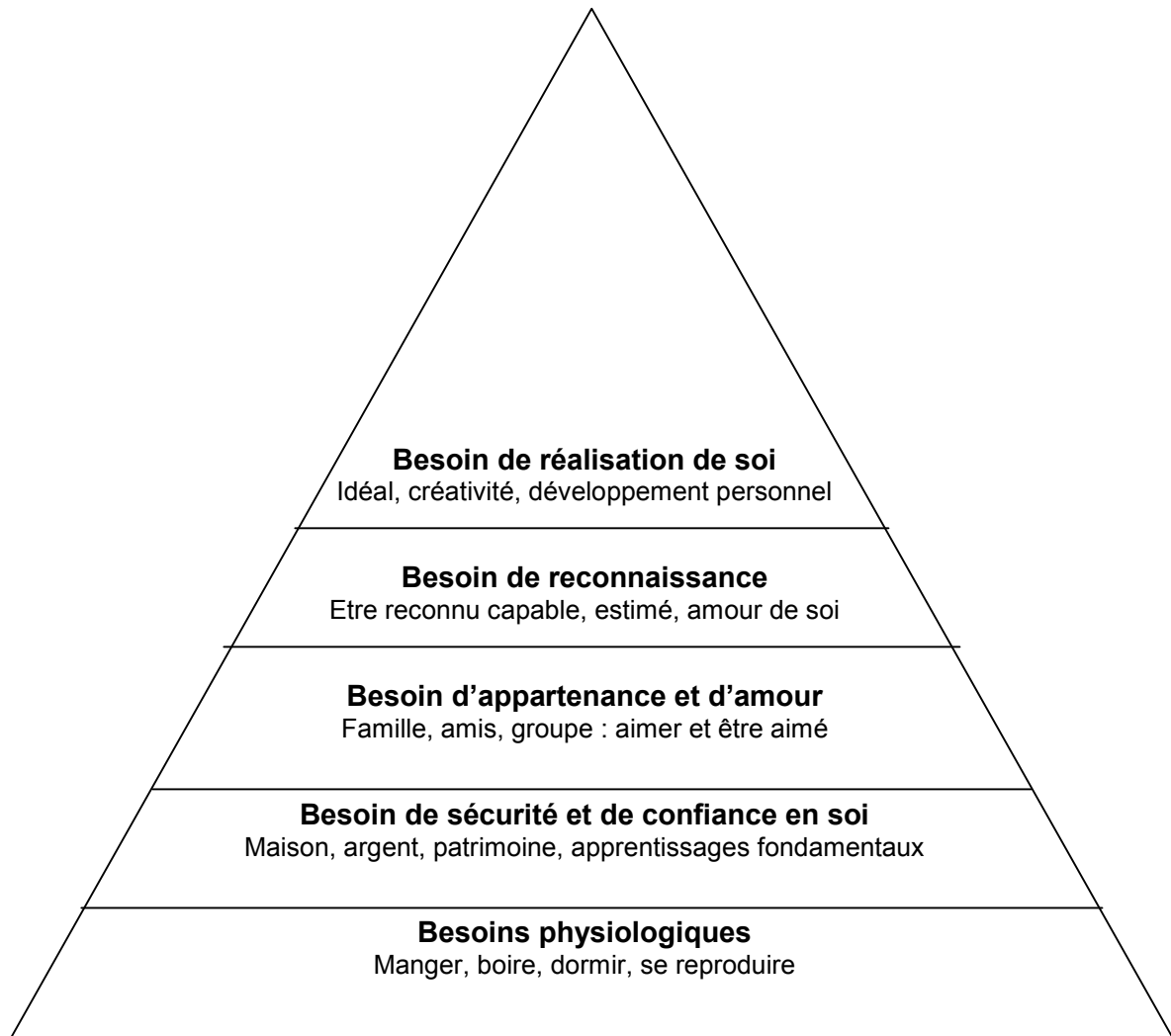
¹²⁴ DUCALET P. et LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*- ed. SELI ARSLAN - septembre 2000 p 33

Deux exemples récents font la preuve de la conscience que le conseil a de son rôle et de l'importance de son action.

- Fin 1999 et début 2000, le Président a assuré une veille quasi quotidienne dans l'établissement, sécurisant ainsi les familles, soutenant l'infirmière pendant une période critique et apportant, par sa présence, la représentation d'une autorité.

- En 2000, le conseil, estimant que les conditions de sécurité n'étaient pas respectées durant la nuit (une garde-malade pour 49 résidents), a délégué au Président la responsabilité d'une intervention auprès des organismes de contrôle, l'association faisant de son côté une demande pour l'ensemble de ses établissements dans la même situation. Si la démarche n'a pu aboutir, DDASS et Conseil Général se renvoyant dos à dos la décision d'une création de poste en jouant sur l'ambiguïté garde-malade/aide-soignant et leurs niveaux de compétences respectifs concernant la «surveillance» de nuit, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une action novatrice, très significative de sa maturité.

ANNEXE N°7 PYRAMIDE DE MASLOW



ANNEXE N°8
LES BESOINS FONDAMENTAUX SELON VIRGINIA ANDERSON

Respirer ;
Boire et manger ;
Éliminer ;
Se mouvoir et maintenir une bonne posture ;
Dormir et se reposer ;
Se vêtir et se dévêtir ;
Maintenir la température du corps dans les limites de la normale ;
être propre,
Soigner et protéger ses téguments ;
Éviter les dangers ;
Communiquer ;
Agir selon ses croyances et ses valeurs ;
S'occuper en vue de se réaliser ;
Se divertir ; apprendre.

ANNEXE N°9 VIOLENCES EN INSTITUTION

VIOLENCES en INSTITUTION

A TROPAYSE

<u>Violences physiques</u>	OUI	NON
1) Coups, gifles, griffures, pincements, brûlures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- bousculades	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres brutalités	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ligotages, barrières non justifiées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Soins brusques sans préparation ou information :		
- changes de nuit effectués avec réveil brutal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pénétration dans la chambre sans prévenir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- soins de toilette effectués sans échange avec la personne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- soins de toilette effectués à la chaîne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mal installer, forcer, contenir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Aide à la prise aux repas négligée, effectuée avec brusquerie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sans échange avec la personne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques (aller aux toilettes, boire...).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Assauts graves, violences sexuelles, meurtres y compris euthanasie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 <u>Violences psychiques</u>		
64 Langage insultant, irrespectueux, dévalorisant :		
- usage des surnoms	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tutoiement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ridiculiser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- culpabiliser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Propos orduriers ou scatologiques à l'encontre de personnes incontinentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Absence de considération générale face à une personne à présentation démentielle.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Chantage de toute sorte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Abus d'autorité :		
- forcer à agir vite.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- changer de chambre sans consulter.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- changer de place à table sans consulter.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prendre linge ou objets dans les chambres en l'absence du résident	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fouiller dans les placards des chambres sans autorisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 fermer les portes de chambres à clef pour empêcher le résident d'y entrer ou d'y rester, ou au contraire le cloîtrer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Comportements verbaux ou non d'infantilisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Non-respect d'une intimité :		
- laisser la porte ouverte durant les toilettes.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Atteintes concernant la pudeur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Placements non consentis ou n'en tenant pas compte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...		
sous-total 1.....	23	7

Violences matérielles et financières

1) Vols d'argent, d'objets, spoliations.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Pourboires exigés pour des soins ou des demandes.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Non-vigilance et non-intervention sur le comportement de personnes extérieures pouvant exercer diverses spoliations et contraintes.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Escroqueries diverses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Locaux inadaptés, vétustes avec équipements non adaptés provoquant des difficultés d'aide, de dépendance, un inconfort par rapport à la santé.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...		

Violences médicales ou relatives aux soins

64 Manque de soins de base :		
- alimentation.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- hydratation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- locomotion.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- change	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- changes effectués sans toilette intime	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Non-information sur les traitements, les soins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Défaut de traitements ou de soins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Non prise en compte de la douleur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Acharnement avec des soins techniques invasifs ou brutaux non justifiés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7) Pratique d'exams ou d'interventions en service d'urgence de grands centres hospitaliers sans information, ni recueil du consentement éclairé, sans considération de la personne, avec induction d'effets de confusion.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8) absence de protocole de soins de fin de vie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		

Négligences actives

Toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements étant pratiqués avec la conscience de nuire, d'induire une souffrance, des conséquences sur l'état de santé ou le pronostic vital de la personne

- ligotage abusif (pour « avoir la paix »)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toilettes effectuées à la course	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maquillage outrancier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vêtements sales, déchirés, décousus.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Non-respect de l'appartenance des vêtements.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		
sous-total 2.....	12	10

ANNEXE N°10

GRILLE D'ÉVALUATION DE LA VIOLENCE

Questionnaire permettant aux maisons de retraite et établissements apparentés de pratiquer leur autocensure¹²⁵

GENERALITES	OUI	NON
.....		
Votre établissement a-t-il rédigé un règlement intérieur ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce règlement intérieur est-il soumis à l'avance au futur résident et/ou à sa famille et signé par les intéressés ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre établissement dispose-t-il d'un conseil d'établissement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les membres de ce conseil ont-ils été réellement élus ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce conseil se réunit-il régulièrement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avec quelle fréquence ?	semestriellement	
Chaque réunion donne-t-elle lieu à un compte-rendu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce compte-rendu est-il distribué à tous les résidents ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
.....		affiché
ACCUEIL		
Avant d'entrer dans votre établissement, le candidat, la candidate ont-ils été invités à y faire de courts séjours, à y prendre des repas à y passer une journée ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont-ils été accompagnés de leur famille à plusieurs reprises ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un personnel leur a-t-il fait visiter toute la maison lors de leur première visite ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA CHAMBRE		
Pendant un séjour à l'hôpital, la chambre de la personne lui reste-t-elle réservée ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le pensionnaire a-t-il la possibilité d'apporter avec lui quelques éléments de mobilier, tableaux, etc. ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le pensionnaire a-t-il la disposition d'un petit coffre pour ses objets de valeur ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES HORAIRES		
Les repas sont-ils servis à une heure normale (proche de celle d'une famille) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les heures de lever, de coucher, sont-elles libres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les heures de repas sont-elles libres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sont-elles libres...dans un certain éventail ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ou totalement libres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sous-total	12	6

¹²⁵ HUGONOT R.- *La vieillesse maltraitée* – DUNOD – 2000 – Annexe 6 – p.212 à 214

LES REPAS

Lors des repas, les résidents ont-ils la possibilité de choisir entre deux ou trois plats ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lorsque le service des repas est fait en chambre, vérifie-t-on que le résident a pu boire et manger avant de retirer son plateau ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INTIMITE – LA COMMUNICATION

Les personnels frappent-ils à la porte avant d'entrer ?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les pensionnaires ont-ils le droit de fermer leur porte de l'intérieur ?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pensionnaires ont-ils la confidentialité totale de leur courrier ?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pensionnaires ont-ils facilement accès à un téléphone public (au cas où ils n'ont pas de téléphone personnel) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
les pensionnaires masculins peuvent-ils, sans remontrance, rendre visite aux pensionnaires féminins (et vice versa), et à toute heure ?....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA LIBERTE

La liberté de sortie est-elle totale (sous réserve d'en prévenir la maîtresse de maison ou le secrétariat) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les visites sont-elles autorisées sans restriction au gré des pensionnaires qui les reçoivent ?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES FAMILLES

La direction rencontre-t-elle périodiquement les familles pour faire le point ?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les familles sont-elles invitées à accueillir leur aïeul lors des fêtes familiales ?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'impossibilité, une pièce est-elle prévue pour que cette fête puisse se passer dans l'établissement ?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si le pensionnaire ou la famille présent des plaintes, sont-elles accueillies avec bienveillance en présence d'un psychologue, d'un infirmier, d'un médecin... ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sous-total	9	4
TOTAL	21	10

ANNEXE N°11
APTITUDES AU DEPLACEMENT SELON LE SEXE ET L'AGE (%)

(Personnes vivant au domicile)

Aptitudes au déplacement	De 65 à 74 ans			75 ans et plus		
	H	F	Ens.	H	F	Ens.
Ne se lève pas	0.1	0.3	0.2	1.0	1.6	1.4
Se lève un peu	0.7	0.5	0.6	1.5	4.0	3.4
Peut sortir avec de l'aide	1.3	2.0	1.7	4.0	9.4	7.4
Pas besoin d'aide mais ressent certaines limitations	12.6	12.6	12.6	23.7	23.1	23.3
Aucune gêne motrice	85.3	84.6	84.9	69.8	61.9	64.8
ensemble	100	100	100	100	100	100

Source : LEBEAUPIN (1994), enquête « Santé » INSEE-SESI de 1991 – 1992

ANNEXE N°12

EXTRAITS DU CAHIER DES CHARGES

Ce cahier des charges précise *les caractéristiques générales auxquelles doivent répondre les conventions* et définit *les recommandations relatives aux principaux critères que devraient présenter les établissements pour entrer prioritairement dans le nouveau dispositif conventionnel*. Il détaille *les principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents*, définit *les recommandations concernant les objectifs d'évolution de l'établissement*, précise *les nécessaires adaptations des moyens et des financements* et propose *une liste d'indicateurs permettant d'évaluer les modalités d'exécution du dispositif conventionnel*.

Dans le cadre des *recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes*, il est clairement exprimé l'aspect impératif d'une démarche d'assurance qualité dans laquelle doivent s'engager les partenaires conventionnels, *garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins*. Cette qualité repose sur *une transparence du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour*.

Ces recommandations cependant constituent *des références qualitatives souples*. Elles se distinguent des *normes techniques de fonctionnement*, au caractère *obligatoire* et dont le respect est *directement lié à l'autorisation de fonctionnement*... Elles *laissent aux contractants une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement*.¹²⁶

¹²⁶ Extraits de l'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.

ANNEXE N°13

LES TROIS TYPOLOGIES DE PROJET

selon NOCE et PARDOWSKI

1^{ère} Typologie induite par un problème	2^{ème} Typologie induite par une motivation (besoin)	3^{ème} Typologie induite par une probléma- tique de développement
Elle concerne toute situation éprouvée comme douloureuse, inconfortable, inadmissible, dangereuse au sens physique, psychologique, économique, etc.	Cette situation repose sur un des besoins personnels ou de groupe	Elle concerne toute situation pour laquelle une institution vise une amélioration, une perfection, une progression de ses actions
<p>Il y a là manifestation d'une situation insatisfaisante mais on n'a pas a priori de projet à mettre en œuvre. C'est en premier lieu, l'identification et la connaissance du projet qui priment.</p> <p>On recherchera lors du diagnostic à identifier la cause principale et secondaire avant de pouvoir déterminer ce qu'il faut faire.</p>	<p>Il y a une motivation récente ou ancienne pas forcément explicite, mais elle pousse l'individu ou le groupe à mettre en place un projet qui est considéré comme un bon projet.</p> <p>Il sera néanmoins nécessaire d'effectuer un diagnostic des attentes et des besoins. On cherchera à connaître si le projet va intéresser le public pour lequel il est destiné</p>	<p>On connaît le ou les problèmes, mais on n'a pas de projet précis à mettre en œuvre. Cependant, on a l'intention de faire mieux, autrement, ou de transformer l'existant par un projet d'innovation ou de développement. C'est souvent le cas de projet d'innovation ou de développement local, social, économique, etc.</p> <p>Comme pour la première typologie, on cherchera des informations utiles à la compréhension de ces phénomènes et cela après avoir identifié lors d'un diagnostic les faiblesses et les atouts.</p>
C'est après ce diagnostic focalisé que l'on pourra concevoir le projet. On cherchera les propositions d'actions qui seront les mieux adaptées pour améliorer la situation insatisfaisante.	Ce diagnostic des attentes et des besoins du public indiquera s'il faut revoir le projet d'origine ou s'il faut l'affirmer	C'est après ce diagnostic de territoire que l'on pourra concevoir le projet. On cherchera les propositions d'actions qui seront les mieux adaptées pour améliorer la ou les situations insatisfaisantes

ANNEXE N°14

APPROCHE SOCIO-ECONOMIQUE DE LA DEMARCHE

Jean-Marie MIRAMON, Denis CLOUET et Bernard PATURET donnent, dans leur livre *Le métier de directeur, techniques et fictions*, (Editions ENSP – 1992) trois définitions de l'entreprise :

- En droit, l'entreprise résulte de la conjonction de trois éléments :
 - une activité, un produit, un service à réaliser ;
 - des hommes (un personnel) pour accomplir les tâches indispensables à la réalisation du produit ou de l'activité
 - un patrimoine, des moyens qui appartiennent à un propriétaires (individuel ou collectif) qui devient employeur.

- En économie, l'entreprise se définit comme une unité économique et financière, garante des options et orientations politiques dans tous les lieux de production ou d'activité.

En économie comme en droit, on distingue l'entreprise (qui a la personnalité et la responsabilité juridiques) de l'unité de production (les établissements ou les services).

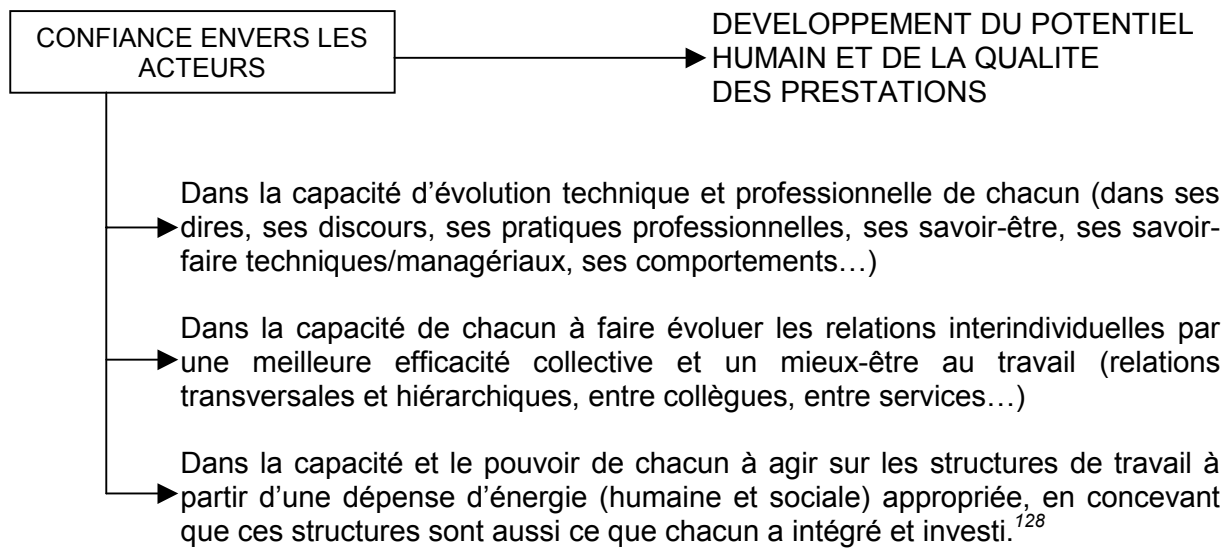
- En sociologie, l'entreprise est un ensemble d'individus et de groupes, ou, plus précisément, un ensemble de postes et de fonctions hiérarchiques et opérationnelles interdépendants, en vue de réaliser une activité ou des fonctions définies.

Dans une approche socio-économique d'une organisation sanitaire et sociale *il ne s'agit pas de renier les valeurs humanistes nécessaires à toute entreprise sociale ni de substituer des technocrates ou des commerciaux à des travailleurs sociaux (ou soignants), mais d'accepter la notion de service à rendre (évolutif), et l'idée que la vie professionnelle et la mobilisation des praticiens sont des faits (améliorables).*¹²⁷

¹²⁷ LOUBAT J.M. – *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social/contexte – méthodes – outils* – Dunod – 1997 – cité par DESHAIES J.L. – *Mettre en œuvre les projets* – Op. cit. p.58

ANNEXE N°15

CONFIANCE DANS LES ACTEURS



¹²⁸ ISEOR 1995- Op.cit.– p.62

ANNEXE N°16

ECHEANCIER

ANNEE 2000

- 04** : Prise de fonction, observation
- 05** : • Lecture journalière d'un quotidien
• Une réunion par secteur (soin, entretien, cuisine)
- 06** : • Régularisation des horaires des ASH
• Préparation d'un pool de remplaçantes
• 1^{ère} réunion collective / organisation du travail
• Modification des heures de repas assortie d'une mise en cohérence avec les horaires de travail
• Réunion du Conseil d'établissement
• Evaluation de la maltraitance
- 07- 08** : **période de prises de congés**
• Réorganisation du traitement du linge
- 09** : • 2^{ème} réunion collective sur le thème de la maltraitance.
• Rectification des roulements de l'équipe soignante
• Intégration des ASH et des remplaçantes aux transmissions
• ébauche de réorganisation des supports de communication de l'équipe soignante
- 10** : • Intervention formative n°1
• Mise en place des supports méthodologiques pour l'entretien et le service, fiches de suivi
• Préparation du plan de formation 2001
- 11** : • Intervention formative n°2
• Réunion libre de médiation
• Réunion du conseil d'établissement
- 12** : • Réunion collective : présentation de la démarche de projet
• Evaluation de la maltraitance

ANNEE 2001

- 01** : • Constitution du groupe de pilotage et 1^{ère} réunion portant sur la journée d'une personne âgée à Tropic
• réorganisation des petits déjeuners, distribution, présentation
• Dîner festif pour le personnel auquel sont conviés les IDE libéraux, les kinésithérapeutes et les médecins généralistes.
• Expérimentation de l'accueil temporaire

02 : • 2^{ème} réunion du groupe de pilotage : constat des écarts de pratiques entre les roulements

- Modification des transmissions (Cf. annexe 20)
- réunion de réflexion avec les médecins généralistes portant sur la dépression du sujet âgé en institution. Participation de l'équipe soignante.

03 : • 3^{ème} réunion du groupe de pilotage : analyse de la population accueillie

- Mise en place des réunions de régulation avec une psychogérontologue ayant pour thème le deuil. Celles-ci se dérouleront désormais deux fois par mois, de telle façon que tous les membres de l'équipe puissent y participer sans avoir à revenir pendant leur temps de repos. Chaque salarié pourra ainsi participer à une réunion par mois.

04 : solde des congés annuels

- Organisation de la visite d'un zoo à la demande des résidents

05 : • 4^{ème} réunion du comité de pilotage : présentation de l'ébauche du projet de soins, émergence de questionnement sur la prestation réalisée.

- Organisation d'un déjeuner au restaurant pour les résidents qui le souhaitent et le peuvent.

06 : • Réunion collective : présentation du travail du comité de pilotage, mise en place des référents.

- Lancement d'un appel d'offre de services auprès des pharmaciens du secteur.(Cf. annexe 21)

- Réunion du conseil d'établissement

- Organisation d'un pique-nique pour près de la moitié des résidents.

07 - 08 : période de prises de congés

- 1^{ère} réunion de la commission animation : organisation des activités de l'été

- Sortie du premier numéro de la gazette

09 : • Réunion de rentrée : bilan de l'été

- 5^{ème} réunion du comité de pilotage : prise en charge de la dépendance ou accompagnement au maintien de l'autonomie

- Signature de la convention avec le pharmacien

10 : • Modification de la préparation et de la distribution des médicaments

- Modification du contenu des transmissions

- modification des supports de transmissions

- préparation du plan de formation 2002

- Réunion du conseil d'établissement

- Mise en place des entretiens individuels, dits de progrès

11 : • Réunion autour du projet de soins avec les médecins, les IDE libéraux et l'équipe

- Réunion de la commission animation avec deux représentants des familles

12 : Ecriture du pré-projet

ANNEXE N°17

LES REUNIONS

Elles ne sont pas habituelles dans ce secteur d'activités, essentiellement centré sur l'action. De ce fait :

- Elles doivent être **brèves** (une heure à une heure et demi maximum) pour que l'attention ne se dilue pas. L'activité intellectuelle collective ne rentre pas dans les habitudes de fonctionnement du personnel.

- Elles doivent être **régulières** pour s'intégrer dans un emploi du temps, personnel ou professionnel (les salariés ne sont jamais tous présents dans la structure ; une réunion signifie donc toujours la venue de certains sur leur temps de repos), pour être préparées, pour constituer un repère fort de l'activité professionnelle.

- Elles doivent **s'adapter à une double contrainte** : celle que nous venons d'évoquer, (disponibilité des salariés) et financière. Pris sur le temps de repos, le temps de réunion doit être récupéré. Une veille doit en permanence être assurée dans une maison de retraite : ou bien les salariés restent disponibles aux appels et dans ce cas sont peu présents à la réunion, ou bien nous faisons appel à des remplaçants. Une réunion représente donc un coût important, non prévu dans le budget.

En conséquence, nous choisissons le rythme d'une réunion par mois, tous types confondus (équipe entière ; équipes par spécialité, soins ou entretien ; réunion technique, organisation des petits déjeuners par exemple ; réunion thématique, la maltraitance par exemple...), ce qui est peu au regard du travail à y faire, mais représente beaucoup au regard de l'investissement requis et du poids financier.

- Elles doivent être **structurées** et laisser des **traces consultables** du travail effectué. Leur contenu précis est donc annoncé par voie d'affiche et un cahier leur est affecté, tenu par un secrétaire de séance volontaire. (Les salariés n'ont pas tous une maîtrise de l'écriture suffisante pour être à l'aise avec cette tâche).

- Elles doivent **intégrer** l'ensemble des personnels intervenants auprès des résidents. En maison de retraite, les remplaçants sont très présents et ne peuvent donc pas être tenus à l'écart.

La constitution d'un pool fiable de remplaçants est une de nos premières préoccupations. Mais il n'est cependant pas dans les habitudes de la maison de les considérer comme des salariés à part entière, participant à égalité à ses prestations. Leurs potentialités ne sont pas non plus reconnues : ils sont de simples exécutants des tâches des titulaires absents. Leur expérience, acquise dans d'autres univers, le regard plus distancié qu'ils portent, ne sont pas exploités.

Saisissant l'opportunité des arrêts-maladies longs, que nous avons évoqué, nous leur donnons la place qu'ils occupent en réalité, essentielle pour un fonctionnement harmonieux, en les intégrant tous dans les réunions, en reconnaissant la valeur de leurs avis ou observations.

ANNEXE N°18

EVALUATION DE LA MALTRAITANCE A FIN 2000

VIOLENCES en INSTITUTION

A TROPAYSE

Violences physiques

	OUI	NON
1) Coups, gifles, griffures, pincements, brûlures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- bousculades	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- autres brutalités	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- ligotages, barrières non justifiées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2) Soins brusques sans préparation ou information :		
- changes de nuit effectués avec réveil brutal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pénétration dans la chambre sans prévenir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- soins de toilette effectués sans échange avec la personne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- soins de toilette effectués à la chaîne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mal installer, forcer, contenir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Aide à la prise aux repas négligée, effectuée avec brusquerie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sans échange avec la personne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques (aller aux toilettes, boire...)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Assauts graves, violences sexuelles, meurtres y compris euthanasie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Violences psychiques

1) Langage insultant, irrespectueux, dévalorisant :		
- usage des surnoms	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tutoiement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ridiculiser	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- culpabiliser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Propos orduriers ou scatologiques à l'encontre de personnes incontinentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Absence de considération générale face à une personne à présentation démentielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Chantage de toute sorte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Abus d'autorité :		
- forcer à agir vite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- changer de chambre sans consulter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- changer de place à table sans consulter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prendre linge ou objets dans les chambres en l'absence du résident	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fouiller dans les placards des chambres sans autorisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fermer les portes de chambres à clef pour empêcher le résident d'y entrer ou d'y rester, ou au contraire le cloîtrer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6) Comportements verbaux ou non d'infantilisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Non-respect d'une intimité :		
- laisser la porte ouverte durant les toilettes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Atteintes concernant la pudeur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Placements non consentis ou n'en tenant pas compte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...		
sous-total 1.....	14	16

Violences matérielles et financières

1) Vols d'argent, d'objets, spoliations.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2) Pourboires exigés pour des soins ou des demandes.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Non-vigilance et non-intervention sur le comportement de personnes extérieures pouvant exercer diverses spoliations et contraintes.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Escroqueries diverses.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Locaux inadaptés, vétustes avec équipements non adaptés provoquant des difficultés d'aide, de dépendance, un inconfort par rapport à la santé.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...		

Violences médicales ou relatives aux soins

1) Manque de soins de base :		
- alimentation.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- hydratation.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- locomotion.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- change.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- changes effectués sans toilette intime.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Non-information sur les traitements, les soins.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Défaut de traitements ou de soins de rééducation.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Non prise en compte de la douleur.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Acharnement avec des soins techniques invasifs ou brutaux non justifiés.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7) Pratique d'examens ou d'interventions en service d'urgence de grands centres hospitaliers sans information, ni recueil du consentement éclairé, sans considération de la personne, avec induction d'effets de confusion.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8) absence de protocole de soins de fin de vie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		

Négligences actives

Toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements étant pratiqués avec la conscience de nuire, d'induire une souffrance, des conséquences sur l'état de santé ou le pronostic vital de la personne

- ligotage abusif (pour « avoir la paix »).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- toilettes effectuées à la course.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- maquillage outrancier.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- vêtements sales, déchirés, décousus.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Non-respect de l'appartenance des vêtements.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...		

sous-total 2..... 5 17

Négligences passives

Par rapport à la catégorie précédente, la négligence passive n'est pas faite dans l'intention de nuire, mais relève de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage

- oubli de résidents dépendants pour les repas.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- non écoute des demandes exprimées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maquillage non demandé ou non adapté.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inattention et non échange lors des toilettes ou des aides au repas ..	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pause prise sans considération des attentes des résidents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		

Privation ou violation des droits :

1) Dépouillement par rapport à la gestion des biens ou à l'usage de son argent.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2) Limitation de liberté : instauration d'heures de visites, de sorties.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Empêchement d'exercer ses droits civiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Empêchement d'accès à une pratique religieuse.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Limitation de l'exercice de l'autonomie :		
- choix de vêtements.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- choix de revues, d'objets de toilette.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- promenade à l'extérieur (dite fugue)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6) Atteintes à l'identité de la personne :		
- privation de ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- privation de l'usage de documents	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- privation de l'usage d'objets personnels (clef de chambre).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7) Obligation de participation à certaines activités	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8) Non-information		
- sur les règles de vie en hébergement.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- sur l'état de santé et les traitements mis en place	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Placement imposé et non consenti	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Formes d'aliénation spécifiques à la vie en institution

1) Méconnaissance de la biographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Méconnaissance des habitudes de vie, goûts, souhaits		
- à l'entrée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Non-repérage pendant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Règles de vie contraignantes quant au rythme journalier :		
- des repas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des toilettes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des levers et des couchers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des activités organisées en série,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Négation de tout rôle social ou toute possibilité d'activité sociale de la personne hébergée.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Non-considération des personnes dans l'ensemble des besoins bio-psychosociaux, en dehors des besoins physiologiques primaires..	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Non-respect et non-considération des personnes atteintes de troubles psychopathologiques (états démentiels...) avec lesquelles une communication normale est rompue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sous-total 3	12	17
TOTAL.....	31	50

ANNEXE N°19

CHARTRE DE QUALITE DE L'AASSA

I DEVELOPPER LA DIMENSION HUMAINE :

- CLIMAT DE VIE
- ANIMATION DU PERSONNEL
- GESTION DES RESSOURCES HUMAINES
- GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE

II VALORISER L'EQUIPE PROFESSIONNELLE :

- DES PROFESSIONNELS QUALIFIES
- UN ORGANIGRAMME INSTITUTIONNEL
- UN ORGANIGRAMME DANS CHAQUE ETABLISSEMENT
- PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL
- LE RYTHME DU TEMPS
- LE PLAISIR DE L'ALIMENTATION

III VEILLER AUX ASPECTS MATERIELS :

- DES EQUIPEMENTS ADAPTES
- LA SECURITE
- L'ENTRETIEN

IV PRENDRE SOIN DE LA PERSONNE :

- LA RELATION AIDANTE
- LE TRAVAIL COLLECTIF
- PAS DE SURMEDICALISATION
- EVITER L'HOSPITALISATION
- UNE VEILLE PERMANENTE ET DISCRETE
- LA PRESENCE DES FAMILLES

V ORGANISER LA COMMUNICATION ET LE FONCTIONNEMENT INTERNES :

- PROCEDURES FORMELLES :

- LE DOSSIER INDIVIDUEL DE LA PERSONNE RESIDENTE
- DOSSIER MEDICAL PERSONNEL
- LES MENUS ALIMENTAIRES PERSONNALISES
- PLANNINGS DES TOILETTES ET DE L'HYGIENE

- PROCEDURES INFORMELLES

VI FAVORISER L'ANIMATION DU LIEU DE VIE SOCIALE

VII MAINTENIR LES VALEURS FONDATRICES

VIII ETRE VIGILANT A L'IMAGE ET A L'ENVIRONNEMENT

IX DEVELOPPER LE NIVEAU DE QUALITE DES SERVICES RENDUS AUX PERSONNES AGEES DE L'ETABLISSEMENT

X RENDRE PLUS EFFICIENT CHAQUE AGENT D'ACCOMPAGNEMENT DANS SA RELATION HUMAINE ET DE SOIN, ET LE PREPARER A OPTIMISER LE POTENTIEL DE CHAQUE RESIDENT

XI ETABLIR LE PROFIL DE VIE SOCIALE EN CONFORTANT LES LIENS AVEC L'ENVIRONNEMENT, ET EN L'ACCOMPAGNANT D'UNE REFLEXION SUR LES EVOLUTIONS POSSIBLES

LES VALEURS DE L'AASSA

**DONNER DE LA FORCE A L'ACTION
PAR LE RESPECT DE LA PERSONNE
PAR LA DYNAMIQUE DES ECHANGES**

AVEC

LES RESIDANTS

LES EQUIPES

LES FAMILLES.

ANNEXE N°20

LA REORGANISATION DES TRANSMISSIONS

ANNEE 2000

	Atouts	Inconvénients
Horaires : 13h15à13h30	Disponibilité physique de l'équipe	- fatigue (fin du travail de la matinée) - indisponibilité fréquente de l'IDE ¹²⁹ - présence d'1 seul ASH (fin de service) - manque de temps
Contenu	- Partage des observations de la matinée à propos de chaque résident - informations sur des situations particulières (hospitalisation, examens, etc.)	- Non-sélection des informations - absence de réflexion sur des actions à mener - absence de coordination
Supports	- cahier de transmissions contenant des observations et renvoyant à des - fiches individuelles	- mélange d'informations et d'observations mises à la portée de n'importe quel lecteur - notes individuelles portant essentiellement sur les soins d'hygiène effectués et le contrôle du transit intestinal - pas de support pour les autres informations

FEVRIER 2001

	Atouts	Inconvénients
Horaires : 9h à 9h20	- présence et disponibilité de l'ensemble des membres du personnel - convivialité (autour d'un café)	- manque de temps - IDE souvent dérangée par les médecins
Contenu	- transmission de tous les événements de la veille et de la nuit - informations sur des situations à prévoir (hospitalisation, sorties, entrées, etc.) - ébauche de coordination	- Non-sélection des informations - absence de réflexion sur des actions à mener - passage en revue de tous les résidents
Supports	- Grille de suivi des soins d'hygiène remplie au fur et à mesure de leur exécution et paraphée - Grille pointant les observations notées sur les fiches individuelles - Fiches individuelles - Tableaux muraux indiquant les examens prévus, et les soins techniques à exécuter - Fiches collectives pour les autres informations	- manque de lisibilité de la deuxième grille - utilisation des supports par les seuls soignants - utilisation des supports pour les informations concernant seul, l'état de santé physique

¹²⁹ IDE : infirmière diplômée d'Etat

OCTOBRE 2001

	Atouts	Inconvénients
Horaires : 9h à 9h20	Identiques - information faite auprès des médecins d'où - disponibilité de l'IDE	
Contenu	- sélection des informations indispensables au bon déroulement de la journée - utilisation des supports pour les informations à différer (désir exprimé de changer de chambre par exemple) - participation écrite et orale de tous les membres de l'équipe	Absence de réflexion et de coordination sur les actions ne relevant pas du ponctuel (stimulation à la marche par exemple : qui, quand, comment)
Supports	- grille de suivi des soins d'hygiène (id.) - tableau mural coloré pointant les observations notées sur les fiches individuelles - dossier individuel contenant toutes les informations concernant chaque résident - tableaux muraux pour les examens et les soins techniques - petit carnet individuel permettant à chacun de noter ses observations au fur et à mesure et de les sélectionner avant de les transmettre	

En complément, une réunion de transmission hebdomadaire d'une heure sera mise en place le vendredi, de 13 à 14h, pendant laquelle seront étudiées trois situations, et sera déterminée pour chacune une action à mener suivant un échéancier, permettant ainsi évaluation et réajustement.

ANNEXE N°21 LES MEDICAMENTS

Réorganisation de la préparation et de la distribution

ANNEE 2000

Les médicaments sont préparés et distribués arbitrairement à tous les résidents, qu'ils relèvent de la cure ou du simple hébergement.

	Atouts	Inconvénients
Fournisseurs : 2 pharmaciens, l'un pour la cure, l'autre pour les soins courants	La maison de retraite fait travailler un des pharmaciens de la commune, implanté dans un quartier défavorisé	<ul style="list-style-type: none"> - les pharmaciens se situent dans un service uniquement marchand - ils exercent des pressions pour fournir chacun, l'ensemble des médicaments - aucun contact avec les médecins prescripteurs
Délivrance : apport à la demande des médicaments prescrits	Rapidité de la réponse	<ul style="list-style-type: none"> - stockage important de médicaments, les ordonnances étant établies pour un mois - sur stockage dû à la difficulté matérielle de suivre la consommation réelle - peu d'utilisation des génériques
Préparation Les semainiers sont préparés par l'IDE (1h30 par jour)	Conformité aux réglementations en vigueur	<ul style="list-style-type: none"> - temps important consacré à la préparation - risque d'erreurs permanent, l'IDE étant fréquemment appelée par les résidents, les familles ou le personnel
Distribution Par l'IDE ou par délégation, par les aides-soignantes ou les gardes-malades	Conformité aux réglementations en vigueur	<ul style="list-style-type: none"> - manque de sécurité : les piluliers ne donnent aucune indication sur les médicaments à distribuer ; les piluliers ne permettent pas de repérer les erreurs ou les oublis - manque d'hygiène : les médicaments sortis de leur emballage, passent entre de multiples mains - Non-respect du droit à l'information : les distributeurs ne peuvent donner aucune information aux résidents - Non-respect du libre choix : les résidents ne peuvent gérer eux-mêmes leur médication.

L'ensemble de ces constats amènera deux actions en **juin 2001**

- Interpellation de tous les résidents et liberté offerte à ceux qui le souhaitent ou s'en estiment capables de gérer eux-mêmes leur traitement, en lien direct avec le pharmacien.
- Appel d'offre de services envoyé à tous les pharmaciens du secteur, reprenant l'ensemble des inconvénients, avec comme objectifs :
 - de redonner au pharmacien son rôle de spécialiste du médicament, dans et hors de la maison
 - de sortir l'établissement d'une situation concurrentielle non conforme à la déontologie

Il en résultera l'expérimentation d'une méthode de préparation et d'une technique de distribution avec le système canadien MANREX.

OCTOBRE 2001

	Atouts	Inconvénients
Pharmacien : Convention signée avec un pharmacien du voisinage	Inscription de l'établissement dans la démarche de l'inter-communalité mise en œuvre dans le cadre du Grand Projet de Ville	
Délivrance : En fonction des besoins	Rapidité de la réponse Plus de stock de médicaments dans la maison Suivi de la consommation assuré par le pharmacien Utilisation des génériques en accord avec les médecins prescripteurs, et meilleure maîtrise des coûts	
Préparation : - avant la mise en place du système, le pharmacien prépare les semainiers dans la maison - après, il prépare les blisters	- Gain de temps pour l'IDE qui sera utilisé pour la mise en place des dossiers de soins individuels et la coordination - présence du pharmacien que les résidents et le personnel peuvent interpeller	Après sa mise en place l'expérience mettra peut-être en évidence le manque de souplesse de ce système pour des traitements ponctuels
Distribution ; Id	- les blisters sont nominatifs et indiquent le médicament qu'ils contiennent - un cahier de suivi de distribution permet de s'assurer qu'il n'y a pas d'oubli. Il doit être paraphé - les médicaments sont protégés jusqu'à leur distribution au résident concerné - remise du gobelet contenant les médicaments, en main propre	- Changement d'habitudes et de pratiques qui demandera un temps d'adaptation (estimé à trois mois) - manipulation un peu plus importante allongeant, pendant la phase d'adaptation le temps de distribution (prévoir 10 mn de plus)