



**POUR UNE PRISE EN CHARGE PLUS GLOBALE
DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES
EN MAISON DE RETRAITE**

Jean LEMBEZAT

caldes

2000



SOMMAIRE

Page

SIGLES	1
<u>INTRODUCTION</u>	2
◆ <u>1^{re} PARTIE</u>	5
<u>L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE PAR LA MAISON DE RETRAITE ET ÉMERGENCE DE BESOINS NOUVEAUX</u>	5
<u>1.1 – LE PHÉNOMÈNE DU VIEILLISSEMENT</u>	6
<u>1.2 – CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE</u>	8
1.2.1 – UNE POPULATION VIEILLISSANTE	9
1.2.2 – DES DEMANDES D'ADMISSION POUR DES PERSONNES DE PLUS EN PLUS ÂGÉES	10
<u>1.2.3 – UNE POPULATION DE PLUS EN PLUS DÉPENDANTE</u>	11
<u>1.3 – UNE ÉQUIPE CENTRÉE SUR LES SOINS MÉDICAUX</u>	15
1.4 – NOUVEAUX BESOINS REPÉRÉS : UNE OBSERVATION QUI DÉPASSE LE CADRE DE L'ÉTABLISSEMENT	16
1.4.1 – LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LES ACTES DE LA VIE COURANTE	16
1.4.2 – LES BESOINS DE SURVEILLANCE MÉDICALE	17
<u>1.4.3 – LES BESOINS DE RÉPONSES CONCERTÉES GLOBALES ET DONC PARTENARIALES</u>	17
<u>1.5 – CONSTAT DE L'INADÉQUATION ENTRE LES BESOINS DE LA POPULATION ACCUEILLIE ET LA PRESTATION OFFERTE</u>	20

◆ 2^e PARTIE	22
<u>LES CAUSES ET LES CONSÉQUENCES DE CETTE ÉVOLUTION DE LA POPULATION ET DES BESOINS – ANALYSE – LEUR PRISE EN COMPTE PAR LES POLITIQUES SOCIALES</u>	22
2.1 – CAUSES ET CONSÉQUENCES DE CETTE ÉVOLUTION	23
2.1.1 – LES APPORTS DE LA MÉDICALISATION	23
2.1.1.1 – D’un point de vue des politiques	23
2.1.1.2 – Les dispositifs génériques	24
2.1.1.3 – Le dispositif au sein de l’établissement	25
<u>2.1.2 – L’ALLONGEMENT DE L’ESPÉRANCE DE VIE ET SES CONSÉQUENCES</u>	25
2.1.3 – LES NOUVELLES REPRÉSENTATIONS DE LA PERSONNE ÂGÉE	26
2.2 – ANALYSE DES NOUVEAUX BESOINS	28
2.2.1 – LES BESOINS D’AIDE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE	29
2.2.2 – LES BESOINS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE MÉDICALE	30
2.2.3 – LES BESOINS DE PRISE EN CHARGE PLUS GLOBALE	30
2.3 – LES APPORTS DES POLITIQUES SOCIALES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES	32
2.3.1 – L’HISTOIRE DE L’INTÉGRATION SOCIALE DU « TROISIÈME ÂGE » ...	32
2.3.2 – SA MISE EN ŒUVRE	33
2.3.3 – LA NOUVELLE DONNE ÉCONOMIQUE – MAÎTRISE DES DÉPENSES ET PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES	35
2.3.4 – LES DISPOSITIONS PLUS RÉCENTES ET LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE	36
2.3.5 – LES OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE ET LEURS EFFETS	37
<u>2.4 – LE SCHÉMA DÉPARTEMENTAL</u>	38

3.2 – DES PRÉALABLES NÉCESSAIRES	63
3.2.1 – LA DÉCISION DU CONSEIL DE GESTION	63
3.2.2 – COMMENT RASSEMBLER LES PERSONNELS AUTOUR DU PROJET	64
3.2.3 – LA MOBILISATION DES PERSONNES ACCUEILLIES ET DE LEUR FAMILLE	64
3.2.4 – LA PARTICIPATION DU CONSEIL D'ÉTABLISSEMENT	65
 3.3 – ÉVALUATION ET LIMITES DU PROJET	65
 CONCLUSION	68
 ANNEXES	71
 BIBLIOGRAPHIE	84

SIGLES

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
INSEE	Institut National des Statistiques et Etudes Economiques
INSEP	Institut National du Sport et de l'Education Physique
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

INTRODUCTION

C'est en se relevant d'une période difficile, celle de la guerre 1939-1945 et de la phase de reconstruction qui a suivi, que notre pays s'est rappelé qu'il avait le devoir de veiller aux plus faibles de sa population, notamment aux anciens.

Un conseiller d'état nommé Pierre Laroque fut chargé en 1960 d'animer une commission d'étude de la vieillesse.

Le rapport Laroque, issu des travaux de cette commission est à la base de tout ce qui s'est construit autour de la vieillesse en France depuis quarante ans.

Un certain nombre de préconisations fortes étaient à ce moment là affirmées. Je n'en citerai, ici, que quelques-unes.

« La commission condamne de manière la plus formelle toute solution qui conduirait de quelque manière que ce soit à une ségrégation des personnes âgées. »

« Le maintien à tous égards souhaitables, des personnes dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale. »

Depuis ce rapport, les politiques sociales successives ont marqué leur volonté de prise en compte des problématiques des personnes âgées dans le sens d'une intégration dans la société.

Aujourd'hui, les discussions concernant l'hébergement des personnes âgées traitent le plus souvent de préoccupations liées à la dépendance.

En fait, l'hébergement des personnes âgées dépendantes, relève d'une double réglementation, instituant une dichotomie entre le secteur social médico-social, d'une part, et le secteur sanitaire, d'autre part.

La volonté de séparer l'hébergement des personnes âgées du milieu hospitalier avait déjà été affirmée, dès le début des années soixante, dans le rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse ; c'est à partir de ce moment là que se développèrent les maisons de retraite.

En 1970, la loi du 31 décembre consacre la séparation entre l'hôpital, clé de voûte du système sanitaire, et l'accueil des personnes âgées. En 1975, la loi du 30 juin venait ensuite réglementer l'ensemble du champ des établissements médico-sociaux et, par voie de conséquence, l'hébergement des personnes âgées.

Même si cette séparation avait été mûrement élaborée, la réalité des situations particulières a amené un infléchissement des principes initiaux ; ainsi des unités de long séjour ont été créées, par

la loi du 4 janvier 1978, avec pour mission d'héberger des personnes âgées nécessitant une surveillance médicale constante.

Finalement, le grand âge rend floues les frontières entre l'état de bonne santé et la maladie et, les réflexions actuelles concernant l'action sur le mode de vie et l'hébergement des personnes âgées sont centrées sur le risque de dépendance.

Dans son livre « Politiques sociales »⁽¹⁾ Marie Thérèse Join Lambert rapporte « que les seules enquêtes nationales disponibles estiment que le nombre de personnes âgées de soixante-cinq ans et plus souffrant de dépendance physique lourde (personnes confinées au lit et au fauteuil, ayant besoin d'une tierce personne pour l'habillage) sont 700 000 en 1995 (270 000 dans les établissements pour personnes âgées, 430 000 vivant à domicile). Toutefois, ces données ne reflèteraient que partiellement la réalité, notamment parce que la définition ne retient pas les personnes âgées valides qui souffrent de détérioration intellectuelle (maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence sénile) ».

L'établissement que je dirige n'a pas échappé à l'évolution de l'hébergement des personnes âgées puisqu'il s'agit de la restructuration d'un ancien sanatorium créé par la Congrégation des religieuses du Bon Pasteur, en 1959.

En 1970, année de séparation de l'hôpital et de l'accueil des personnes âgées, la Congrégation décidait d'ouvrir une maison de retraite d'une capacité de 50 lits : à ce moment là, l'établissement accueillait surtout des religieuses âgées et fatiguées et aussi des sœurs rapatriées d'Algérie.

Petit à petit, l'établissement s'est ouvert aux laïcs même si encore aujourd'hui, quelques religieuses sont toujours accueillies.

Face à l'accroissement de la dépendance et de l'âge de plus en plus avancé des personnes accueillies par la maison de retraite, les réponses ont essentiellement été dans un premier temps médicales avec notamment pour effet de rassurer l'institution et ses instances dirigeantes.

Cette orientation s'est, plus tard, considérablement infléchie, du fait de l'évolution de la population accueillie et a nécessité de nouvelles réponses.

Mon recrutement, en janvier 1997, s'est notamment effectué à partir de critères inhérents à la volonté de la Congrégation d'élargir la mission initiale et traditionnelle de la maison de retraite, qui est l'accueil et l'hébergement des personnes âgées, en y ajoutant une conception plus dynamique, tournée davantage vers l'accompagnement des personnes ; un accompagnement personnalisé et évolutif dans lequel la personne serait acteur de son propre changement.

L'accent était mis sur une prise en charge plus globale des personnes âgées.

Si j'ai eu, jusque là, une vision d'une prise en charge très passive, caractérisée par l'absence de projet, avec des prestations répétitives des personnes âgées en institution, la nécessaire mutation de la prise en charge m'a vivement intéressé ; elle a aussi constitué la condition sans laquelle j'aurais renoncé à cette expérience de directeur de maison de retraite.

Ce mémoire traitera donc du projet de vie comme moyen de réponse à l'émergence de nouveaux besoins, projet résolument tourné vers une dimension plus globale de la prise en charge.

Gérer un tel changement c'est probablement aussi rendre possible une complémentarité « médical/social ».

Nous verrons que cela est tout à fait réalisable mais seulement à partir du moment où chacun, de sa place, s'est exprimé sur sa perception du besoin et de l'intérêt de l'utilisateur, pour ensuite se centrer sur une même définition du besoin et des actions à mener.

Nous verrons que la composante médicale de la prise en charge est certes nécessaire mais pas suffisante à elle toute seule pour aider les personnes et qu'elle peut dans certains cas même, créer une forme de dépendance.

Nous verrons aussi, qu'engager une telle démarche nécessite des bouleversements parfois culturels dans les pratiques professionnelles, d'où l'importance d'une bonne gestion des ressources humaines pour accompagner ces changements.

Ainsi trois parties composeront ce mémoire :

La première partie traitera de l'évolution de la population accueillie par la maison de retraite et de l'émergence des besoins nouveaux.

La deuxième partie sera consacrée aux causes et aux conséquences de cette évolution, à l'analyse et à leur prise en compte par les politiques sociales.

La troisième partie sera réservée au projet de vie, à son contenu, à sa stratégie de mise en œuvre et à son évaluation.

⁽¹⁾ Marie Thérèse Join-Lambert, Anne Bolot-Gittles, Christine Daniel, Daniel Lenoir, Dominique Méda – Politiques sociales – Presses de Sciences po et Dalloz, 1997(Amphithéâtre).

1^{re} PARTIE

**L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE
PAR LA MAISON DE RETRAITE
ET ÉMERGENCE DE BESOINS NOUVEAUX**

1.1 – LE PHENOMENE DU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement et la vieillesse n'ont jamais cessé d'être l'objet d'appréciations diverses, hésitantes et souvent contradictoires. D'un côté, on note la figure classique du vieillard pétri d'expérience et de sagesse, conseiller digne d'être écouté, symbole valorisé de la continuité, de la tradition, de l'ordre et du maintien des valeurs essentielles. D'un autre côté, on souligne l'image du drame de la vieillesse, son immobilisme, sa laideur, son poids. La personne âgée dérange, inquiète et coûte.

Pour Platon, la vieillesse est une garantie de sagesse, de vertu tandis que pour Aristote, les personnes âgées sont des avarés timorés, ne connaissant pas l'amitié désintéressée.

Des historiens, G. Minois et J.P. Gutton, montrent que les représentations collectives relatives à la vieillesse sont identiques du moyen âge au XVIII^e siècle. La littérature identifie, le plus souvent, ses héros à la jeunesse et elle donne du vieillard, lorsqu'elle s'y consacre, une vision opposée de laideur physique et de décrépitude avec cependant, un éloge de la vertu et de la sagesse observé dans le dernier âge (Beauvoir, 1970).

Dans la littérature infantile, une étude menée par Arfeux et Vaucher⁽²⁾ en 1994, démontre que les thèmes de la vieillesse et de la mort sont restés tabous dans notre pays jusqu'à une période récente.

Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1970 que le vieux n'est plus seulement « un bon grand parent protecteur » ou « un vieil homme inquiétant et méchant ».

Le rapport Larroque en 1962, en voulant éviter l'exclusion et l'isolement des personnes âgées, prônait l'idée de la continuité du mode de vie et le maintien au travail et en activité.

Quant au rapport Lion « Vieillir demain » (en 1980), il sur-valorise les qualités particulières qu'il attribue aux personnes âgées : la sagesse, l'expérience et le savoir.

A cause de ces représentations culturelles, le vieux est absent de la scène publique excepté pendant certaines périodes comme la restauration, où le pouvoir est « gérontocratique ».

Certains auteurs évoquent « une vieillesse invisible » dans le courant du XIX^e siècle où la solidarité entre générations demeure essentiellement une affaire privée s'exerçant à l'intérieur de la famille. Les personnes âgées ne bénéficient, en effet, d'aucun statut social car ni l'état, ni les classes dominantes ne s'y intéressent.

⁽²⁾ ARFEUX-VAUCHER, G. (1994), La vieillesse et la mort dans la littérature enfantine, Paris : Imago, 284 p.

Pourtant, le progrès de la médecine allongeant l'espérance de vie d'un côté, et le développement de la société industrielle de l'autre, vont faire de la vieillesse pauvre un problème social et donc politique.

C'est en 1905 avec la loi sur l'assistance obligatoire aux personnes âgées sans ressources, et surtout avec l'invention et la généralisation de l'assurance vieillesse dans le cadre des accords du 4 octobre 1945 sur la sécurité sociale que la gestion socialisée de la vieillesse et l'invention d'un statut de la personne âgée interviennent.

Après ces quelques repères historiques concernant le phénomène de la vieillesse, voyons maintenant comment on peut la définir.

C'est un processus physiologique dont l'évolution est plus ou moins rapide selon les individus et leur histoire. Il se caractérise par une dégradation cellulaire entraînant une involution des principaux organes et une altération des fonctions, responsables d'une perte progressive des potentialités intellectuelles et physiques de l'être.

Ceci dit, le vieillissement de la population est un phénomène démographique dont on mesure mal les effets.

En 1997, les personnes âgées de soixante ans et plus représentaient vingt pour cent de la population française, alors qu'en 2020, si l'on s'en tient aux prévisions de l'INSEE⁽³⁾, la proportion sera de plus d'une personne sur quatre. Aujourd'hui les personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans sont au nombre d'un million.

Si l'on se réfère à l'enquête décennale de santé, une personne âgée sur douze est aujourd'hui très dépendante. Des estimations publiées par le ministère de l'emploi et de la solidarité soulignent qu'à l'horizon 2020, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait pour atteindre 760 000 à 1,2 millions de personnes.

Au vu de ces quelques données, un des enjeux majeurs des prochaines années sera la réponse à apporter en matière d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Aujourd'hui, l'hébergement collectif semble, très souvent, une réponse au grand âge, à la dépendance, à la solitude. Près de sept personnes hébergées en institution sur dix ont plus de quatre-vingts ans, neuf sur dix sont seules et la moitié d'entre elles présentent une forte dépendance physique à laquelle s'ajoute souvent une dépendance psychique.

Cependant, l'évaluation plus fine de la progression du nombre des personnes âgées dépendantes, à l'horizon des prochaines années, me semble totalement aléatoire car en matière

⁽³⁾ INSEE : Institut National des Statistiques et Etudes Economiques

d'évolution de l'état de santé, des incertitudes demeurent et l'évolution de l'espérance de vie, sans incapacité, n'est pas aujourd'hui maîtrisée.

Les éléments disponibles⁽⁴⁾ actuellement ne vont pas dans le sens d'une dégradation de l'état de santé. Au contraire, plusieurs études, parmi lesquelles celles réalisées en France sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991, plaident pour une diminution de la prévalence des incapacités physiques aux âges élevés. Le progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, depuis vingt ans, peuvent expliquer cette évolution favorable.

Néanmoins, faute de recul suffisant et en l'absence d'éléments précis sur l'évolution des démences séniles et de la situation des personnes en institution, le recul de l'incapacité ne peut être chiffré précisément.

Traiter de la généralité du phénomène du vieillissement m'a appris notamment que l'évolution entre la période de la « vieillesse invisible » du XIX^e et les préoccupations actuelles de nos gouvernants avec la nécessité de réformer certains aspects du système actuel de prise en charge financière de la dépendance par l'instauration de la « Prestation Spécifique Dépendance » et la réforme de la tarification, est considérable, au point que le phénomène est devenu une des préoccupations majeures des pouvoirs publics.

Je présenterai, dans la partie suivante, les caractéristiques de la population accueillie par la maison de retraite. Auparavant, je voudrais évoquer un poème intitulé « Les Vieux » (cf. Annexe 1), écrit par une personne retraitée et qui, au travers d'une expression simple mais révélatrice rapporte les mots utilisés, en fonction des périodes, pour désigner la personne âgée.

1.2 – CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE

L'établissement est constitué, en partie, par des religieuses du Bon Pasteur qui viennent directement de la dernière communauté où elles avaient été nommées. L'âge moyen des religieuses s'élève à quatre-vingt-dix ans. L'orientation vers notre établissement se fait dès lors que la communauté, formée de religieuses plus ou moins âgées, n'est plus à même d'assurer la perte d'autonomie de la ~~sour~~ sœur aînée, faute, notamment, d'équipement paramédical matériel et humain suffisant. Ces communautés occupent le plus souvent des logements anciens très rudimentaires et

⁽⁴⁾ cf. ⁽¹⁾ supra, page 3

dont la configuration architecturale ne se prête pas à l'accueil de personnes en perte d'autonomie. Le recrutement est dans ce cas national.

Les laïcs, l'autre partie des personnes accueillies, viennent, pour les trois quarts, de leur domicile, les autres sont admis soit après un séjour en milieu hospitalier, soit après un séjour chez un proche, ils sont en moyenne âgés de quatre-vingt-huit ans. Le recrutement est dans ce cas local, dans un rayon de dix kilomètres autour de l'établissement.

1.2.1 – UNE POPULATION VIEILLISSANTE

En 1997, année de ma nomination, l'âge moyen des résidants était de quatre-vingt-six ans ; la personne la plus jeune avait soixante et un ans, la doyenne quatre-vingt-seize ans.

Aujourd'hui, l'âge moyen est de quatre-vingt-neuf ans avec une répartition des âges allant de soixante-quatre à quatre-vingt-dix-neuf ans.

J'observe, en même temps, que le pourcentage des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans est passé, en trois ans et demi, de soixante-huit pour cent à soixante-seize pour cent toute population confondue, et non seulement du fait du vieillissement des personnes déjà admises mais également compte tenu des âges à l'admission de plus en plus élevés. Cette évolution mérite une vigilance toute particulière et la nécessité de repenser et d'adapter la réponse de l'établissement.

La durée du séjour qui raccourcit est aussi un indicateur du vieillissement de la population.

Je vais illustrer ce propos par les deux tableaux qui suivent.

En effet, on constate sur les tableaux ci-dessous ce phénomène où les personnes ayant moins de cinq ans de présence représentent cette année plus de cinquante-cinq pour cent des personnes accueillies tandis qu'en 1997, ces mêmes personnes représentaient un peu plus de quarante-quatre pour cent des personnes accueillies.

TABLEAUX DE L'ESPÉRANCE DE VIE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

ANNEE 1997

NOMBRE D'ANNEES DE PRESENCE	NOMBRE DE PERSONNES
- de 5 ans	24
de 5 à 9 ans	14
de 10 à 14 ans	7
de 15 à 20 ans	6
+ de 20 ans	3

ANNEE 2000

NOMBRE D'ANNEES DE PRESENCE	NOMBRE DE PERSONNES
- de 5 ans	30
de 5 à 9 ans	14
de 10 à 14 ans	4
de 15 à 20 ans	5
+ de 20 ans	1

Cette espérance de vie au sein de la maison de retraite diminue du fait de l'entrée plus tardive des personnes : plus la personne est âgée et plus « l'espérance de vie en établissement » a des chances de diminuer.

1.2.2 – DES DEMANDES D'ADMISSION POUR DES PERSONNES DE PLUS EN PLUS AGEES

Les personnes inscrites sur la liste d'attente et celles entrées en 1999 constituent l'échantillon de référence. On peut aisément y observer que soixante-quinze pour cent des demandes d'admission concernent des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans et que la moyenne d'âge des postulants avoisine celle des résidents et de toute population confondue.

En ce qui concerne les religieuses admises, les communautés les ont assumées le plus longtemps possible, au point, parfois, que cette activité d'accompagnement des sœurs âgées a pris le pas sur l'activité principale de la communauté. En ce qui concerne les personnes laïques, ce sont les limites de l'environnement socio-familial qui ont souvent été le déclencheur de la demande d'admission, parfois aussi les services de soins à domicile mais également les demandes spontanées des intéressés trop isolés, ayant des difficultés à se faire aider.

Accueillant donc des personnes âgées ne souhaitant pas ou ne pouvant plus rester chez elles ni dans leur communauté d'origine, la tendance est bien au vieillissement des résidents et à l'aggravation de la dépendance à l'entrée en institution ce qui concourt à l'augmentation de la proportion de personnes hébergées en institution lourdement dépendantes.

Cette situation s'explique aussi par l'ensemble des politiques sociales préconisées en vue du maintien à domicile développant notamment les services d'aide ménagère, les soins infirmiers à domicile, les télé-alarmes, la prestation spécifique dépendance et des dispositions particulières

relatives au logement des personnes âgées qui ont eu pour effet de retarder le plus possible la décision d'entrer en maison de retraite.

Dans mon département, une étude récente menée par les services du conseil général en vue de l'élaboration du schéma départemental, donnait les indications suivantes :

« La population des maisons de retraite a fortement évolué dans notre département. Elle est constituée, certes encore, de quelques retraités valides, mais surtout de personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans, physiquement très dépendantes et mentalement désorientées. Les deux populations cohabitent mal, la vision du cinquième âge fait fuir le quatrième. L'établissement devient un lieu où l'on vient mourir. Il faut assurer la confrontation permanente à la mort, et continuer de se comporter en lieu de vie. »

1.2.3 – UNE POPULATION DE PLUS EN PLUS DÉPENDANTE

La vieillesse n'est ni une maladie, ni un handicap ; cependant, l'avance en âge a pour effet de ralentir les capacités physiques et mentales des personnes ce qui a pour conséquence de porter atteinte à leur autonomie dans la vie quotidienne et, par voie de conséquence, de créer une certaine dépendance.

Autonomie, dépendance deux termes souvent employés dans le secteur des personnes âgées que je préfère définir dès à présent ; ainsi, lorsque je les utiliserai dans la suite de ce mémoire leur sens sera connu.

Autonomie provient de la source étymologique grecque : « autos » égale soi-même et « nomoi » égale lois. Il s'agirait donc de la capacité pour un individu, de la liberté et du droit d'établir ses propres lois et de se gouverner soi-même. Les Grecs définissent bien l'autonomie comme une absence totale de régulation ou de contrainte venant de l'extérieur.

Les stoïciens enrichissent cette notion par l'apport d'idées nouvelles qui montrent le lien entre le bien souverain de l'homme et l'indépendance qu'il conquiert en se soumettant aux contraintes de l'extérieur.

L'autonomie apparaît au fil des ans comme une notion liée à la dépendance ; pour le mouvement des lumières, le sage se rend autonome dans la mesure où il cherche à se soustraire aux contraintes pour se placer lui-même et par une décision de son propre jugement sous l'autorité de la loi naturelle tout en distinguant les bonnes et mauvaises lois.

Selon E. Morin⁽⁵⁾, l'individu acquiert son autonomie dans et par les dépendances, les servitudes pour cesser d'être le pur jouet des aléas.

Dépendance vient du latin « dépendere » être suspendu à. Elle exprime le sens de liaison, de relation, mais de relation de subordination, de soumission.

A. Memmi⁽⁶⁾ définit selon moi le mieux la dialectique autonomie, dépendance. Il montre d'une part que la dépendance n'est pas toujours subordination et domination ; d'autre part que l'autonomie ne signifie pas systématiquement la disparition des dépendances.

Tout homme est en effet dépendant, chacun à sa façon, inégalement et d'une manière dynamique et variable selon les conjonctures.

Autonomie, dépendance : deux notions opposées ?

Pour le dictionnaire critique de l'action sociale⁽⁷⁾, « l'autonomie est l'autogestion équilibrée des multiples réseaux et chaînes de dépendances que nous entretenons avec les autres individus ; groupes, institutions, objets ; tissu de relation où tour à tour nous sommes pourvoyeurs et receveurs dans la ronde incessante de la satisfaction de nos divers besoins. »

Pour conclure dans ce domaine, je préférerais parler de propension à l'autonomie. L'autonomie resterait toujours relative, positionnée dans une trame relationnelle avec autrui et l'environnement.

Transposées au secteur des personnes âgées, ces deux notions d'autonomie et de dépendance m'amènent à m'intéresser, au sein de mon établissement :

- à la mobilité physique et aux déplacements des personnes dans leur lieu de vie.
- au degré d'indépendance physique vis à vis d'un tiers pour les actes courants de la vie quotidienne (se lever, se laver, manger, s'habiller, se coiffer).
- aux occupations habituelles des personnes ; de quoi est faite leur existence sociale.
- à la suffisance économique.

Mesurer le degré de dépendance et/ou d'autonomie des personnes accueillies, dans l'établissement que je dirige, n'a jamais été fait. La capacité était reconnue à l'infirmière de se prononcer sur les niveaux de difficultés des personnes ; appréciation bien subjective puisque émanant d'une seule personne.

⁽⁵⁾ E. Morin, La méthode, Le Seuil, Tome 2, La vie de la vie, Paris. 1980

⁽⁶⁾ A. Memmi, La Dépendance. Esquisse pour un portrait du dépendant, NRF, Paris. 1979.

⁽⁷⁾ Dictionnaire critique d'action sociale : sous la direction J.Y. Barreyre, Brigitte Bouquet, André Chantreau, Pierre Lassus- Collection Travail social Bayard, édition 1995.

J'ai donc mis en place, avec comme support les grilles AGGIR⁽⁸⁾, des réunions de synthèses ouvertes à tous les salariés de l'établissement, avec pour objectif à partir de l'observation des membres de l'équipe, de dégager des hypothèses de travail formalisées par un projet individualisé.

Quelques explications sont nécessaires en ce qui concerne la grille AGGIR que l'équipe a utilisée, avant d'aborder les résultats obtenus.

AGGIR signifie (Autonomie – Gérontologique – Groupe – Iso – Ressources).

C'est une grille de lecture qui permet d'évaluer certains aspects de l'autonomie, grâce à l'observation des activités effectuées par la personne âgée et de définir des groupes « iso-ressources » prévus par la loi numéro 97-60 du 24 janvier 1997 portant sur la prestation spécifique dépendance.

Au début des années 1990, dans un contexte de foisonnement des outils d'évaluation de la dépendance, plusieurs organismes se sont orientés vers le choix d'un outil commun d'évaluation afin de ne pas multiplier les demandes similaires auprès des professionnels de terrain et de pouvoir comparer leurs données.

Les médecins conseils de la CNAMTS⁽⁹⁾ envisageaient également un tel instrument pour les personnes âgées.

Afin de mener à bien l'expérimentation « prestation dépendance », il fallait enfin disposer d'un outil d'évaluation de la perte d'autonomie qui soit :

- l'objet d'un certain consensus,
- à vocation nationale,
- valable tant à domicile qu'en institution,
- avec des données pathologiques et l'environnement, l'un des éléments permettant à une équipe médico-sociale de déterminer un plan d'aide,
- simple (et donc nécessairement réducteur).

La grille AGGIR porte donc sur une évaluation qualitative et quantitative (cf. annexe 2).

Cette méthode de mesure est un outil centré sur l'individu en ce sens qu'il ne prend en compte que ce que fait la personne concernée dans un environnement donné ; il tend à créer un langage commun pour des professionnels d'horizons différents ayant reçu une formation appropriée.

⁽⁸⁾ AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources.

⁽⁹⁾ CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

AGGIR n'évalue pas tout, ce sont ses limites ; l'évaluation de l'état de santé n'est pas prévue ni l'environnement physique et social de la personne.

Le dispositif de la grille AGGIR a donc été appliqué à notre établissement et les résultats obtenus font apparaître que :

17 personnes sont dans le groupe 1 soit 34 %

8 personnes sont dans le groupe 2 soit 16 %

13 personnes sont dans le groupe 3 soit 26 %

6 personnes sont dans le groupe 4 soit 12 %

3 personnes sont dans le groupe 5 soit 6 %

3 personnes sont dans le groupe 6 soit 6 %

Même si elle reste incomplète, cette mesure de la dépendance donne malgré tout une indication sur la réalité de la situation de notre établissement ; d'autres indicateurs plus aléatoires tirés des réactions des usagers eux-mêmes, de leur famille à l'occasion des visites ; les souvenirs des personnels les plus anciens dans la maison mais aussi la simple observation des équipements matériels de plus en plus nombreux viennent conforter les tendances relevées à partir de la grille AGIRR ; c'est ce que je vais évoquer ci-dessous :

➤ Les usagers d'abord :

- ◆ Certains usagers se montrent dérangés par l'augmentation de la dépendance et de tous ses effets. Les réflexions se produisent souvent à l'occasion des repas pendant lesquels, le fait pour une personne d'assister au repas d'une autre personne en grande difficulté n'est pas très agréable.
- ◆ D'autres personnes se sentent très peu concernées par la vie de la maison, arguant du fait que les personnels sont là pour les plus défailants et qu'eux-mêmes, en « pleine possession de leurs moyens », n'ont besoin d'aucune aide.
- ◆ D'aucuns jalourent les personnels qui se montrent moins disponibles avec parfois un léger sentiment d'injustice vis-à-vis des plus dépendants qui mobilisent davantage des personnels.

➤ Les personnels les plus anciens ensuite :

- ◆ Ceux-ci témoignent de la progression de la dépendance dans l'établissement, se souvenant de certaines activités ou sorties générales « d'autrefois » où tout le monde

participait. Ils évoquent aujourd'hui les complications pour mettre sur pied de tels projets, difficultés liées au nombre croissant de personnes dépendantes.

- ◆ Même s'il convient d'entendre ces témoignages, probablement chargés de subjectivité, avec précaution, ils ne sont pas inintéressants dans la mesure où ils traduisent l'état de perception des personnels à un moment donné.
- Les faits observables :
 - ◆ C'est le nombre croissant de lits médicaux complétés, au fur et à mesure des besoins, par des barrières de sécurité.
 - ◆ L'organisation d'un service de repas supplémentaire permettant d'avancer dans le temps, le repas des plus dépendants dont l'installation à table est plus longue et la prise des aliments nécessite l'aide d'un tiers, mobilisant de ce fait plus de personnels.
 - ◆ C'est la vision de cette quinzaine de résidants qui, dans les moments où ils ne sont pas pris en charge par le personnel, attendent dans leurs fauteuils roulants, regroupés dans une pièce sans rien manifester ou presque et s'animant à peine lorsqu'une personne s'approche.

1.3 – UNE EQUIPE CENTREE SUR LES SOINS MEDICAUX

La première personne qui m'a été présentée dans l'établissement par la précédente directrice (qui était en même temps supérieure de la communauté des sœurs aînées accueillies dans l'établissement), a été l'infirmière. J'ai pu vérifier que cette personne, du fait de sa qualité d'infirmière, représentait une sécurité pour la sœur directrice et que, symboliquement, elle garantissait, à elle toute seule, la bonne prise en charge des personnes.

On peut dire qu'un univers hospitalier s'était créé au sein de l'établissement, que très souvent étaient prises pour modèles des références hospitalières et que le fonctionnement de l'équipe s'apparentait à celui d'un service de gériatrie au sein d'un hôpital avec notamment le couple infirmier-médecin comme personnages centraux avec un lien de subordination très fort des personnels non soignants.

Il s'ensuivait une hiérarchisation des métiers dans l'établissement, contraire à l'esprit d'équipe, puisque cohabitaient des métiers plus « nobles » que d'autres.

Les relations professionnelles au sein de « l'équipe » s'étaient considérablement rigidifiées et produisaient des actions tronquées peu ou pas concertées du tout auprès des résidants.

L'organisation du travail ne prenait en compte que les besoins de première nécessité des personnes tels que les toilettes, les levers, les couchers, les repas, la prise de médicaments. Il existait un souci très présent de sécurité des personnes, se traduisant le plus souvent, par le « faire à la place » plutôt que par « aider à faire ».

Sans rejeter la réponse médicale qui constitue, pour moi, seulement une partie de la réponse dans la prise en charge des personnes âgées, elle présente un inconvénient non négligeable si on n'y prend pas garde, celui d'être un domaine réservé à des spécialistes, c'est-à-dire avec un vocabulaire spécialisé, une expression accessible uniquement à des spécialistes avertis. Dès lors, les effets sont évidents à l'égard des bénéficiaires, ils se retrouvent dans une espèce de « hors jeu » relationnel dans lequel l'incompréhension empêche de donner un avis, préférant s'en remettre par la force des choses aux spécialistes. Ces conditions de prise en charge créent un état de dépendance vis-à-vis des spécialistes, ce qui me paraît aller à l'encontre d'une démarche plus dynamique tendant à associer les personnes au projet les concernant.

Ainsi donc, face à l'évolution de la population accueillie au sein de l'établissement et à un style de prise en charge fortement marqué par le médical, voyons maintenant quels sont les nouveaux besoins de ces personnes. Je propose d'aborder dans la partie suivante les besoins d'accompagnement dans les actes de la vie courante, les besoins de surveillance médicale et les besoins de réponses concertées globales et donc partenariales.

1.4 – NOUVEAUX BESOINS REPERES : UNE OBSERVATION QUI DEPASSE LE CADRE DE L'ETABLISSEMENT

Les besoins recensés à partir de l'analyse de la grille AGGIR sont :

- des besoins d'accompagnement dans les actes de la vie courante,
- des besoins de surveillance médicale,
- des réponses concertées, globales et donc partenariales.

1.4.1 – LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LES ACTES DE LA VIE COURANTE

Ce sont les aides à l'alimentation, à la toilette, à l'autonomie locomotrice et aux besoins sphinctériens.

La moitié des personnes nécessite, au sein de la maison de retraite, ce type d'aide pour au moins un de ces actes.

Lorsque viennent se rajouter des difficultés d'ordre psychique avec parfois des troubles de comportement, l'aide apportée par les professionnels est plus délicate ; une attention de tous les instants est nécessaire.

L'aide apportée aux personnes dépendantes ne s'improvise pas ; elle nécessite des intervenants formés à cette technique. L'expérience de travail auprès de personnes âgées et la bonne volonté ne suffisent pas, à mon sens, à aider les professionnels dans leur travail auprès de personnes âgées dépendantes.

Pour ce faire, nous avons besoin d'agents formés et qui bénéficient de sessions de formation sur leur temps de travail afin de rendre possible une prestation de meilleure qualité.

1.4.2 – LES BESOINS DE SURVEILLANCE MEDICALE

Les personnes admises en maison de retraite ne sont pas forcément des personnes malades ; par contre, elles sont souvent atteintes d'affaiblissement dû à l'âge avec un état de dépendance réelle.

Les besoins en soins médicaux et infirmiers sont l'exception. En revanche la prévention, les soins d'entretien et d'hygiène sont les plus courants ce qui suppose une fonction de surveillance bien organisée et individualisée.

L'infirmière de l'établissement doit aussi avoir une vision globale de chaque personne et doit organiser leur surveillance eu égard à leurs besoins spécifiques.

1.4.3 – LES BESOINS DE REPONSES CONCERTEES GLOBALES ET DONC PARTENARIALES

Les personnes âgées entrant dans l'institution sont, nous l'avons vu, de plus en plus âgées ; certaines encore valides, d'autres dépendantes avec la volonté de terminer leurs jours dans l'établissement et c'est aussi ce que nous leur garantissons : c'est-à-dire, tout mettre en œuvre pour que la personne quel que soit son état termine ses jours dans un environnement familial.

Cette volonté de l'établissement suppose une organisation de la prise en charge adaptée, évolutive et individuelle.

La meilleure garantie pour l'usager est de lui montrer que si nous prenons en compte sa situation dans sa globalité, nous ne savons pas tout faire et nous préférons nous entourer de spécialistes tels que kinésithérapeutes, médecin psychiatre, infirmière libérale, infirmière psychiatrique, etc.

Une bonne coordination des différentes interventions est nécessaire si l'on veut garantir une qualité de soins et il me paraît souhaitable que la maison de retraite en assure l'animation.

En effet, confronté à la reconquête de son corps qui se dérobe à lui de différentes manières, le sujet dépendant a tendance à renoncer lorsqu'il se retrouve seul face à son désarroi ; et pourtant, répondre dans l'instant à la demande angoissée de la personne « de faire à sa place » rend le projet impossible. On renforce ainsi, avec la meilleure volonté du monde, sa dépendance. Pris dans le quotidien, dans les tâches matérielles, parfois rituelles et obligatoires, les professionnels ont beaucoup de mal à modifier leurs pratiques parce qu'ils ne voient que la dépendance s'installer (c'est probablement une vision d'actif) et ne parviennent pas à se mettre suffisamment à distance de leurs habitudes ce qui leur permettrait de gagner en liberté de perception.

Une personne accueillie en institution perd, si on n'y veille pas, le contrôle de sa vie ; sa tendance est de s'en remettre à l'environnement professionnel.

La démarche, qui consiste à aider la personne à travers de nouvelles solutions dans ce nouveau cadre inconnu jusque là qu'est l'établissement, n'est pas toujours facile à mener.

Or, pour prétendre à ce type de démarche, il faut un préalable, celui qui consiste à considérer que la personne âgée a certes terminé sa croissance mais pas forcément ses possibilités de développement. Il s'agit donc pour les aidants de passer d'une conduite de « faire à la place » à une conduite d'aide au « faire » ou de « faire-faire ».

Prendre conscience qu'une personne âgée a des possibilités est probablement la meilleure perception que l'on peut avoir d'elle.

Un autre niveau d'aide à une personne âgée dépendante consiste pour l'aidant à se faire aider par celle-ci pour la rendre partie prenante de son projet. Il s'agit par cette attitude de redonner du pouvoir et de la maîtrise à la personne dépendante si l'on veut qu'elle demeure une personne âgée responsable.

Ces trois besoins fondamentaux que l'on retrouve d'ailleurs dans les valeurs de l'organisme gestionnaire de l'établissement qui sont :

- droit à la vie,
- droit à la différence,

– droit à l'information le concernant,

ne sont satisfaits que si les professionnels des institutions parviennent à tempérer leur hyperactivité pour la remplacer par une attitude de « passivité active » dans laquelle il s'agira de mener un accompagnement sensible aux tâtonnements de la personne âgée dépendante plutôt que de se focaliser par exemple sur un maternage exagéré.

Le deuxième niveau d'aide, celui qui consiste pour l'aidant à se faire aider par la personne âgée, objet de l'aide, présente au-delà du sujet d'autres avantages, notamment celui de soulager le professionnel lorsque la situation de pénurie de personnel augmente la fatigue, l'effort et diminue le plaisir au travail.

Cette expérience de travail en maison de retraite, même si elle est encore récente, me permet de dire que le travail auprès de personnes âgées est un service actif ; que l'état d'impuissance apparent dans lequel se trouve la personne, peut être dépassé dans une relation valorisée par la responsabilité offerte à la personne âgée dépendante.

Cela concourt, en outre, à redonner priorité à l'activité du sujet. D'autre part son environnement professionnel et même familial doit rester sensible aux maladresses de la personne âgée dépendante afin de lui permettre de les surmonter.

Les personnels de l'établissement commencent à exprimer maintenant que ce mode d'intervention, nouveau pour eux, est finalement plus réalisable qu'on ne le croit ; la dépendance apparaît alors comme plus relative puisqu'elle est aussi fonction du regard que porte l'aidant sur la personne objet de l'aide.

Cela dit, cette démarche n'étant pas anodine, elle doit être encadrée. En effet, une mauvaise évaluation des capacités de la personne dans le sens d'un optimisme excessif peut conduire à des attitudes de « laisser faire » qui ont pour conséquence de créer de l'angoisse chez la personne âgée dépendante.

Parvenu au terme de ce recensement des nouveaux besoins, je confirme qu'un écart important existe entre ces besoins tels que je viens de les décliner (liés à l'évolution de la population accueillie) et l'organisation de la réponse par l'établissement ; c'est donc cela que je propose de traiter dans la partie suivante.

1.5 – CONSTAT DE L'INADEQUATION ENTRE LES BESOINS DE LA POPULATION ACCUEILLIE ET LA PRESTATION OFFERTE

Les personnes accueillies dans l'établissement vieillissent, nous l'avons vu et avec ce vieillissement, les risques d'augmentation de la dépendance physique et psychique s'accroissent. L'entrée plus tardive des personnes âgées, dans l'établissement, produit, dès l'admission, un degré global de dépendance plus élevé au point que l'établissement se voit bousculé dans son mode de prise en charge habituel.

Le personnel, d'abord, se sent démuné face à la mutation des problématiques des personnes admises dans l'établissement.

Deux modes de prise en charge sont, à ce moment là, offerts ; l'un strictement médical et l'autre strictement « hôtelier ».

La prestation hôtelière était réputée ne pas nécessiter de qualification particulière ; quant à la réponse médicale, elle répondait à une préoccupation sécuritaire.

La directrice précédente était une religieuse, elle m'avait informé que le recrutement du personnel hôtelier était, pour partie, effectué davantage sur des critères de situation familiale et sociale que sur des critères de compétence professionnelle tout en regrettant parfois ses choix. J'ai pu me rendre compte auprès d'autres collègues directeurs, que cette tendance n'était pas liée aux religieuses comme j'aurais pu le penser, mais présente dans beaucoup d'établissements pour personnes âgées. L'établissement assure donc en même temps une fonction sociale pour une partie du personnel qu'il emploie. Un personnel hôtelier pas du tout ou très peu demandeur de formations ne peut réagir à cette mutation des besoins. L'accompagnement des personnes, la prise en compte de leurs troubles psychologiques étaient autant de dimensions quasiment absentes de la prise en charge.

Cependant, petit à petit, notamment dans le domaine des soins traditionnels, les personnels en charge de cette fonction s'aperçoivent que la médication classique ne résout pas tout et qu'un nouveau mode de prise en charge doit être pensé et conçu afin de répondre à cette perte de capacité inéluctable (par un accompagnement ou des actions de prévention) liée au grand âge. Dès lors, l'idée que d'autres personnes peuvent jouer un rôle commence à germer dans les esprits. Cela a fini par constituer notamment le point de départ d'un travail en partenariat et de réseau. Je développerai cet aspect un peu plus tard.

C'est dans les apports de la médicalisation et ses conséquences, c'est dans l'allongement de l'espérance de vie et ses effets, que l'on trouve les explications à l'évolution du public accueilli par la maison de retraite.

En même temps, l'évolution des représentations de la personne âgée demeure très déterminante dans l'élaboration des nouvelles modalités d'interventions.

Ces modalités se situent au plan des actes de la vie quotidienne, au plan médical et au plan des personnes dans leur globalité :

- Elles doivent, bien entendu, être pratiquées dans le cadre des politiques sociales et dans le contexte de mon établissement.
- Je vais donc traiter d'une manière plus précise et détaillée ces différents aspects dans la deuxième partie de ce mémoire.

Nous verrons que la mutation des caractéristiques des populations accueillies entraîne inévitablement un nécessaire dépassement de la prise en charge traditionnelle centrée sur les soins et tout ce que cela représente de sécuritaire, pour s'ouvrir à des actions de prévention de la dépendance prenant en compte la personne dans sa globalité.

2^e PARTIE

**LES CAUSES ET LES CONSÉQUENCES
DE CETTE ÉVOLUTION DE LA POPULATION
ET DES BESOINS
ANALYSE
LEUR PRISE EN COMPTE
PAR LES POLITIQUES SOCIALES**

2.1 – CAUSES ET CONSEQUENCES DE CETTE EVOLUTION

2.1.1 – LES APPORTS DE LA MEDICALISATION

2.1.1.1 – D'un point de vue des politiques

L'amélioration de la santé des personnes âgées se manifeste par le fait que l'augmentation de l'espérance de vie n'est pas la conséquence d'un accroissement de la longévité humaine, ni de progrès importants dans les domaines de la mortalité infantile, ni même dans la mortalité prématurée, mais reflète une baisse de la mortalité au sein du groupe des personnes âgées.

Le système de soins est pour partie déterminant dans l'amélioration de la santé des personnes.

Il existe, un peu partout sur le territoire, des dispositifs préventifs dont l'accès est gratuit : dispensaires antituberculeux, dispensaires d'hygiène mentale et services préventifs de la médecine du travail, etc.

Signalons, également, une bonne couverture vaccinale de la population et une progression régulière de cette couverture.

Les améliorations techniques des dernières décennies ont été parfois spectaculaires ; qu'il s'agisse des progrès de la biologie (biologie moléculaire,...), de l'imagerie (doppler, échographie, scanner, résonance magnétique nucléaire...) de la chirurgie (sous coelioscopie, laser,...), de l'industrie pharmaceutique (avec les nouvelles molécules intervenues dans différents domaines).

L'hypothèse peut être posée que la réduction de la durée des incapacités et de leur sévérité n'est pas sans lien avec les progrès intervenus dans deux domaines particulièrement répandus et invalidants : les affections ostéo-articulaires (chirurgie et prothèses) et les maladies cardiovasculaires (détection précoce, chirurgie, traitement d'entretien).

Le recours à l'hospitalisation augmente, certes, avec l'âge mais la nature des services fréquentés, les durées de séjour et l'intensité des soins reçus se modifient. Au taux d'hospitalisation plus élevé des personnes âgées s'ajoute une durée de séjour en moyenne plus longue, mais des densités de soins par jour moins importantes.

Le taux d'hospitalisation, dans les services de soins de courte durée, augmente rapidement avec l'âge passant de 190 séjours par an pour 1.000 personnes de 45 à 64 ans, à 316 séjours entre 65 et 74 ans, et 566 au-delà de 85 ans. De plus, la durée de séjour passe de 8,9 jours de 65 à 74 ans à 9,6 jours de 75 à 84 ans et 12,7 jours au-delà de 85 ans.

Comprendre mieux comment notre pays est parvenu à un niveau d'état de santé élevé suppose de regarder également du côté de déterminants culturels, historiques et relatifs à notre système de protection sociale.

Tout d'abord, la France est un pays développé, qui a connu depuis cinquante ans une ère de paix intérieure et extérieure sans précédent. La santé d'un pays c'est aussi comme pour un individu, l'absence de malheur comme en témoigne a contrario l'évolution de l'espérance de vie et notamment de la mortalité infantile dans certains pays d'Europe de l'Est (Russie, Bulgarie, Pologne,...).

Les conditions de vie, avec notamment les efforts de contrôle de la qualité des produits consommés, la politique d'éducation nutritionnelle ainsi que la qualité, la variété et la régularité des repas, jouent un rôle positif.

Les conditions de logement et leur amélioration constante, tant en équipement qu'en superficie, concourent aussi à bonifier l'existence de chacun.

L'exercice physique modéré a un rôle de prévention non négligeable notamment dans le domaine des maladies cardio-vasculaires

Une enquête de l'INSEP (Institut national du sport et de l'éducation physique), réalisée en 1985, fait apparaître un spectaculaire développement des activités physiques et sportives. En 1967, un français sur quatre déclarait avoir une activité de ce type. En 1985, ils étaient 73,8% de la population des douze à soixante-quatorze ans ; ces pratiques étant poursuivies par la suite.

Plus récemment, la couverture maladie universelle (loi numéro 99-641 du 27 juillet 1999) doit permettre aux plus exclus de bénéficier des soins nécessaires à leur santé.

Finalement, la meilleure santé que nous constatons depuis cinq à dix ans, est, d'une certaine manière, le produit de la prospérité d'après guerre, celle des « trente glorieuses ». Ce n'est que dans dix ou quinze ans que se traduiront peut être sur les indicateurs de santé, les effets de la vie économique, du chômage et de l'exclusion qui se poursuivent depuis les années 1975.

Voyons maintenant comment au sein de l'établissement est organisé le dispositif relatif aux soins.

2.1.1.2 – Les dispositifs génériques

Depuis 1978, les établissements accueillant des personnes âgées, se voient dotés d'un forfait soins courants versé par la caisse de sécurité sociale ; ce forfait de l'ordre de 29,36 francs par jour et par personne, à ce jour, doit permettre d'assurer des soins courants à l'ensemble des pensionnaires.

Certains établissements ont bénéficié de la création d'une section de cure médicale permettant de répondre à des nécessités de soins plus conséquents et spécifiques, mais ce n'est pas le cas pour le nôtre.

Ce sont, aujourd'hui, les deux dispositifs en vigueur dont peuvent bénéficier les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Ces dispositions ont pour objectif de répondre aux besoins en soins d'hygiène et en soins infirmiers dans l'environnement familial de la personne âgée et d'éviter autant que possible une hospitalisation.

2.1.1.3 – Le dispositif au sein de l'établissement

L'établissement que je dirige ne dispose pas de section de cure médicale ; il s'agit d'une volonté de la congrégation, étant donné au départ la forte proportion de religieuses accueillies et l'existence du forfait, dont elles bénéficiaient, versé par la caisse de sécurité sociale des cultes au vu de l'état de santé de la personne ; forfait, qui, à quelque chose près, était destiné à assurer la même prestation que dans la cure médicale.

Aujourd'hui, compte tenu de la nouvelle prestation spécifique dépendance et du projet de nouvelle tarification des établissements, la création d'une section de cure médicale n'est plus d'actualité.

C'est bien entendu en terme de personnel supplémentaire que les moyens se sont mis en place notamment par le recrutement d'une infirmière et d'aides soignantes.

D'autres personnels médicaux et paramédicaux extérieurs à l'établissement interviennent, comme les médecins généralistes et psychiatres, une infirmière libérale, une infirmière psychiatrique, un kinésithérapeute, en soutien mais aussi en apportant la spécificité de leur action.

2.1.2 – L'ALLONGEMENT DE L'ESPERANCE DE VIE ET SES CONSEQUENCES

L'accroissement de la longévité humaine conduit à soulever la question de ses limites.

Comme le dit J. Vallin⁽¹⁰⁾ dans une publication intitulée « L'avenir de l'espérance de vie » :

⁽¹⁰⁾ Vallin J. : L'avenir de l'espérance de vie. Actes d'un séminaire de la société internationale de démographie, d'économie et de sociologie médicale, Paris : 13 sept. 1991, Pub-Ined, Paris, 1993

« Il n'est pas très difficile d'admettre que l'homme, comme toute espèce vivante, est doué d'une certaine durée de vie et que sa biologie fixe à cette durée un maximum. Il est déjà plus difficile de préciser où se situe cette limite extrême de la vie humaine ».

D'autre part, il me semble peu probable que le maximum soit le même pour tous, mais les spécialistes de la question divergent. Le rhumatologue américain James Fules pense qu'il existe un plafond quasi infranchissable autour de quatre-vingt-cinq ans d'espérance de vie, du fait de la très forte concentration autour de cet âge des limites biologiques individuelles.

Certains démographes privilégient la thèse d'un accroissement continu de l'espérance de vie s'en référant aux taux de mortalité aux grands âges qui continuent de baisser.

En effet, s'il existe une limite biologique, n'y a-t-il pas lieu de penser que les progrès de la biologie permettront un jour de modifier cette limite elle-même ?

Toujours est-il que la maison de retraite est directement concernée par ce phénomène de l'allongement de l'espérance de vie avec son cortège d'incapacités et sa somme de difficultés qui font que le quotidien devient chaque fois un peu plus compliqué.

La place de la personne âgée évolue également avec l'avancée en âge et sa tendance est assez souvent de se réfugier dans la maladie comme s'il était plus facile de s'assumer en tant que malade qu'en tant que vieillard qui pèse à tous. Le refuge dans la maladie prend parfois une valeur de communication par laquelle la personne âgée sollicite une aide et de la compréhension. La maladie parfois, donne un rôle social à la personne âgée, celui qui permet de régresser et de se faire soigner ; il s'agit de mobiliser l'entourage afin d'en tirer des bénéfices secondaires ; ces attitudes masquent en général une grande anxiété de la personne devant les faiblesses de son corps et des défaillances qui en découlent.

2.1.3 – LES NOUVELLES REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE AGEE

Les images de la vieillesse s'expliquent en partie par le contexte culturel et la question relative à la vie et à la mort et en partie par la situation économique.

Des représentations relatives au vieillissement et à la vieillesse se construisent également dans le domaine de la médecine et dépendent de l'évolution des institutions prenant en charge les personnes âgées.

La valeur travail et la notion de productivité qu'imposent les sociétés industrialisées renforcent la dévaluation et l'inutilité de l'homme âgé, devenu un travailleur vieillissant. Dans une période de crise économique et de pénurie d'emploi, ce dernier devient un poids pour l'entreprise.

Les difficultés économiques, les restructurations industrielles et les sur-effectifs qui en résultent, font de l'âge le principal critère de licenciement. Le travailleur est exclu dès soixante ans et parfois même plus tôt parce qu'il est en surnombre. En cas de modernisation de l'appareil de production, il est considéré comme inapte à la formation et à toute adaptation aux nouvelles technologies.

Son expérience est dépréciée car elle apparaît comme un facteur d'immobilisme et un obstacle à la modernisation.

La médecine a cherché, de tout temps, à expliquer les causes du vieillissement, mais elle ne s'est intéressée à l'aspect inactif qu'à partir du milieu du XX^e siècle. Si l'assimilation de la vieillesse à l'indigence a pour effet, jusqu'au XX^e siècle, un déplacement des vieillards pauvres de l'asile à l'hospice, des familles aux institutions, les politiques médico-sociales et l'évolution du statut social de la personne âgée tendent à faire sortir la vieillesse de la ségrégation et de l'assistance pour l'assimiler à la maladie, et pour faire de l'homme âgé l'objet d'un soin médical spécifique. Le diagnostic médical se substitue au diagnostic social et la logique thérapeutique détrône progressivement la logique ségrégative.

Dans « Gérontologie et société⁽¹¹⁾ », Monique Legrand⁽¹²⁾ rappelle que bien que l'hospice se définisse, à partir de 1905, uniquement comme une institution d'hébergement social, il reste dans l'orbite de l'hôpital qui affirme sa vocation de soins, et l'espace des indigents devient, sous l'influence du vocabulaire médical, l'espace des malades incurables. Le développement de la médecine hospitalière et l'émergence d'une réflexion politique, dans les années soixante, sur le vieillissement, conduisent des membres modernistes du corps médical à récuser la représentation traditionnelle selon laquelle le vieillard est incurable et à fonder la gériatrie pour qui la vieillesse relève d'une polyopathie. D'une part, la personne présente une diminution générale de ses capacités physiologiques, et d'autre part, elle est de plus en plus victime de ses prédispositions pathologiques. La vieillesse est définie en fonction des critères anatomiques et psychiques qui l'assimilent à un état d'incapacité. Le vieux est alors celui qui porte les stigmates d'un naufrage, et il devient un enjeu de développement de la science médicale : il s'agit de réduire les atteintes du temps et de prévenir ce que l'on appelle « un mauvais vieillissement ». Cette lutte contre le vieillissement et ses effets, renforce la crainte et le refus de la vieillesse.

⁽¹¹⁾ Gérontologie et société : 30 ans de politique vieillesse – cahier n°81 – 1997.

⁽¹²⁾ Monique Legrand : Maître de Conférences en sociologie – Université Nancy II, 23-25 Bd Albert 1^{er}, casier 29, 54000 Nancy

La transformation de l'hospice en « long séjour médicalisé » consacre ce processus de médicalisation de la vieillesse et plusieurs rapports relatifs au coût et à la prise en charge de la dépendance renforcent la mission dévalorisante de la vieillesse qui est objet de gériatres, c'est-à-dire, un état de dégradation et de dépendance auquel on ne s'intéresse plus que d'un point de vue médical et gestionnaire. La vieillesse est alors la dépendance qui est évaluée selon des grilles à partir de critères dits objectifs, mis en place par des spécialistes.

Cette vision médicale et réductrice prive le vieux de son pouvoir de décision et le fait entrer dans un processus de dépendance plus large vis-à-vis des experts gérontologues. Les recherches sociologiques, sur le processus de décision de recours à un service d'aide à domicile ou d'entrée en institution, montrent que les personnes âgées dites dépendantes sont très rarement à l'origine de la demande de prise en charge qui est, le plus souvent, déposée par les gérontologues et les familles. Le vieillissement et son approche, en terme de dépendance, mettent la personne dans une situation de hors jeu relationnel. La loi du 7 janvier 1997, sur la prestation spécifique dépendance, loin de redonner à la personne son autonomie de décision, renforce cette image négative et fait toujours de la vieillesse une réalité exclusivement biologique et économique.

Pour ce qui me concerne, c'est à la citation de L.V. Thomas (Veysset⁽¹³⁾, 1989) que je ferais référence si j'avais à porter une appréciation en terme de représentation de la personne âgée :

« La véritable dépendance reste de l'ordre de la réciprocité...Pas de dépendance sans inter dépendance, telle est la vérité indiscutable. Il importe que notre société, à accumulation de biens, axée sur la rentabilité et le profit, retrouve les lois de la sagesse où la vieillesse se définit autant en termes de gains que de manques ».

2.2 – ANALYSE DES NOUVEAUX BESOINS

Les apports de la médicalisation, les conséquences de l'allongement de l'espérance de vie ou bien encore l'évolution des représentations de la personne âgée, déterminent les nouvelles formes de besoins des personnes âgées.

C'est ce que je vais aborder dans cette partie en les rassemblant en trois niveaux de besoins pour les nécessités de simplification de la présentation, il s'agit :

- des besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne,
- des besoins de soins et de surveillance médicale,

- des besoins de prise en charge plus globale.

2.2.1 – LES BESOINS D'AIDE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'aide à apporter aux personnes âgées dépendantes doit être de nature à les rendre aptes à contrôler les situations quotidiennes. La conduite des aidants doit s'attacher à rendre possible de nouveaux apprentissages tout en sachant trouver un savant dosage. Il s'agit, en effet, d'éviter que la confrontation de la personne âgée à ces nouveaux apprentissages accentue sa passivité et génère des tendances dépressives si les méthodes proposées sont perçues par la personne totalement indépendantes de ses actions propres.

Constamment confronté à une diminution régulière des capacités d'adaptation de la personne âgée à son environnement, il est demandé au personnel de s'employer à retarder le plus possible cette entrée progressive dans la dépendance.

Aider les personnes âgées à s'accommoder des nouvelles difficultés, tel est l'enjeu de la relation d'aide dont le parcours est souvent plus délicat qu'il n'y paraît.

L'aide proposée doit veiller à ne pas créer l'impuissance de la personne âgée car cela aurait pour effet de provoquer un désinvestissement par la personne âgée des relations avec son entourage ; seul moyen pour elle de ne pas se mettre en situation d'échec.

En effet, le déficit émotionnel et la baisse de l'estime de soi sont particulièrement graves pour une personne âgée et peuvent générer de sérieuses perturbations.

L'affaiblissement dû à l'âge est plus facilement propice, comparativement à un sujet plus jeune, à la mélancolie, à l'absence de désir comme si, face aux difficultés liées à son âge, la personne avait choisi le parti de se laisser aller tout doucement et parfois même jusqu'à la mort.

Par ailleurs, j'ai le sentiment que lorsque le rythme imposé dépasse les possibilités de contrôle de la personne âgée, alors un phénomène de rejet se crée. Dès lors, la personne se réfugie généralement soit dans l'agressivité, soit dans la passivité et dans des attitudes régressives.

Tout l'art du travail de l'aidant consistera donc à proposer à la personne âgée dépendante des nouveaux moyens lui permettant de contrôler les actes de la vie quotidienne et ce, dans une nécessaire synchronisation temporelle.

⁽¹³⁾ VEYSSET, B. (1989). Dépendance et vieillissement. Paris : L'Harmattan, 171 p.

2.2.2 – LES BESOINS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE MEDICALE

Si les pathologies augmentent avec l'âge, il serait faux d'assimiler grand âge et maladie. De nombreuses personnes souffrant de maladie chronique s'estiment en bonne santé, même quand elles sont atteintes d'incapacité. La santé au grand âge doit donc s'appréhender à travers une approche plus globale que la seule absence de maladie.

En pratique, le vieillissement biologique peut donner lieu à plusieurs types d'efforts qui interfèrent de façon variable avec la santé (bonne ou mauvaise). Globalement, il se traduit par un déclin des capacités de l'organisme à maintenir ses fonctions internes face à des agressions physiologiques extérieures telles que les maladies par exemple.

Le grand âge est aussi celui marqué par une forte proportion de personnes atteintes d'incapacité fonctionnelle et donc en grande difficulté dans la vie quotidienne, difficulté se situant plus particulièrement au plan de l'incapacité à utiliser toutes les ressources de l'environnement.

Dès lors, je définirai les besoins en santé les plus opérationnels pour cet âge, comme l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux, compte tenu des incapacités.

Dans ce sens, la mauvaise santé s'exprime donc par la perte des rôles sociaux et par les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies et des déficiences.

La présence de maladies et même d'incapacités n'est pas synonyme pour les personnes du grand âge de mauvaise santé. Le sentiment d'utilité sociale, les échanges avec l'entourage me paraissent essentiels pour conserver le sentiment de bonne santé et une bonne qualité de vie ; même en cas d'incapacités parfois sévères.

Les besoins des personnes accueillies, au sein de l'établissement que je dirige, évoluent et les réponses doivent en conséquence évoluer pour s'adapter aux nouvelles problématiques.

S'occuper de personnes âgées en maison de retraite ce n'est pas uniquement apporter des réponses médicales qui ne règlent rien si elles demeurent isolées, ce n'est pas non plus et uniquement suppléer les personnes dans les actes de la vie quotidienne ; c'est aussi et surtout, à mon sens, s'employer à concevoir une réponse globale, prenant en compte d'autres composants de la personne que sont la vie sociale et culturelle.

2.2.3 – LES BESOINS DE PRISE EN CHARGE PLUS GLOBALE

Ces deux notions de vie sociale et culturelle me paraissent faire partie intégrante de la mission de l'établissement.

A contrario, nier ce besoin au sein de l'institution voudrait dire, pour moi, que vie en société et culture disparaissent quand on devient vieux et qu'on a quitté son domicile. Cela signifierait aussi que l'on peut impunément amputer l'être humain d'une partie de lui-même, comme d'un membre, et que les choses sérieuses ne concernent que ses fonctions nutritives, digestives et locomotives.

Pourtant la difficulté n'est pas mince de parvenir à décoder les besoins et les désirs d'une personne âgée lorsque celle-ci, faisant preuve d'un manque de motivation apparent ou de son désintérêt pour la vie, est dans l'incapacité d'exprimer autre chose.

Je reste pour ma part convaincu que le maintien d'une vie sociale et culturelle à une incidence importante sur la vie de la personne âgée.

Le grand âge n'exclut pas non plus le plaisir mais encore faut-il trouver les éléments de motivation dans la quête de ce plaisir.

Si les années à venir laissent supposer que les clientèles institutionnelles potentielles seront constituées d'anciens consommateurs d'activités de loisirs du troisième ou quatrième âge, cela augure chez ces derniers d'un degré de motivation important dans la pratique d'une vie socio-culturelle intra et extra établissement et obligera l'institution à s'adapter à ces besoins.

Aujourd'hui, la grande majorité des personnes accueillies dans l'établissement ne sont pas des ex-adhérents aux clubs de retraités et leur besoin d'activité n'est pas toujours apparent.

Je n'irai pas jusqu'à dire que le fait, pour la plupart, de n'avoir connu que l'équation vie égale travail engendre à l'achèvement de ce travail, l'achèvement de la vie mais j'ai constaté auprès de ceux pour qui vie égale travail plus loisirs, que le degré de motivation est bien supérieur.

D'autres facteurs comme la capacité à faire liée au niveau d'autonomie ou encore les conditions particulières de l'entrée dans l'établissement et la façon dont a été ressenti l'abandon du domicile impliquent ici ou là des comportements différents.

Il arrive aussi parfois que des résidents ne veuillent pas se mélanger à d'autres dans la pratique d'une activité.

En observant quelque peu les raisons des non-motivations ou le manque de réceptivité aux propositions d'animation, on peut, au sein d'une équipe, trouver des moyens et les ressources nécessaires au développement de la vie socioculturelle, dès lors que rien n'est inéluctable, ni lié à la fatalité, mais simplement, la conséquence de circonstances particulières.

L'important est, pour moi, dans l'attitude que l'on doit adopter par rapport à ces comportements : doit-on laisser tranquilles les gens qui n'ont envie de rien ou doit-on au contraire avoir un rôle plus dynamique qui, sans caractère obligatoire, incite, encourage à faire, à participer ?

La réponse se situe probablement entre les deux, en tout cas dans l'approche entamée par le personnel, dans le devoir d'avoir un regard singulier et particulier sur la personne âgée, dans le devoir de lui reconnaître le droit à la différence.

Cette approche socio-culturelle dans l'accompagnement de la personne âgée doit être élevée, au même titre que les autres prestations au rang d'approche thérapeutique. Participant activement à la lutte contre le repli et l'isolement, je la considère comme un « soin » à part entière. Dès lors, il convient aussi de se demander si cette pratique de soin est suffisante ou non. Pour cela, il faut l'évaluer.

2.3 – LES APPORTS DES POLITIQUES SOCIALES EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

2.3.1 – L'HISTOIRE DE L'INTEGRATION SOCIALE DU « TROISIEME AGE »

Jusque dans les années soixante, il n'y a pas à proprement parler de politique d'action sociale spécifique. La majorité des personnes âgées vit en famille.

Les mutations sociologiques qui tiennent aux modes de vie des familles, notamment à la diminution de la cohabitation des générations au sein d'une même famille ont été déterminantes dans l'isolement des personnes âgées. Ensuite, l'urbanisation, liée à l'installation et à la salarisation avec le développement de l'activité professionnelle des femmes en particuliers, a marqué la nature des problèmes de dépendance.

En 1960, est créée par le Premier Ministre, la Commission d'Etude des Problèmes de la vieillesse présidée par René Larroque, l'un des pères fondateurs de la Sécurité Sociale. Elle comprend, en outre, les personnes les plus renommées dans le domaine du vieillissement et des spécialistes des sciences sociales de grande réputation. Elle est chargée de fixer un bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager les lignes directrices d'une politique de la vieillesse.

La vieillesse est perçue, à travers le rapport de cette commission, comme étant en situation de marginalité et d'exclusion sociale.

Refusant cette situation, les membres de la commission vont passer de la problématique de l'assistance aux vieillards pauvres à celle du vieillissement démographique mettant en cause la reproduction de la société et à une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie et la participation à la vie sociale. La finalité de la politique vieillesse devient alors le maintien des

personnes âgées dans la société. Cette politique a donné lieu à des propositions visant à prévenir l'exclusion sociale et la relégation en institution, parmi lesquelles s'inscrivent des mesures destinées à faciliter le soutien à domicile et le maintien d'activités : action sur le logement, développement d'activités de loisirs et de services d'aides pour les tâches essentielles de la vie domestique et de soins aux personnes handicapées sur le plan physique.

Cette politique s'est voulue, dès le départ, globale et coordonnée avec un partage des responsabilités, décisionnelles et financières : à l'Etat, la définition du rôle des divers intervenants et le contrôle du respect de la réglementation ; aux financeurs habituels, le paiement des prestations (assurance maladie pour les soins ; aide sociale pour les prestations sociales légales, attribuées aux personnes sous condition de ressources ; assurance vieillesse pour les prestations sociales facultatives telles que l'aide ménagère).

2.3.2 – SA MISE EN ŒUVRE

Pendant dix ans, l'Etat n'a pas développé de mesures importantes. Quelques circulaires simplement ont été émises par le ministère de la santé publique en 1960 et 1961.

Ce n'est donc que dix ans plus tard notamment avec les VI^e et VII^e plans quinquennaux de développement économique et social (1970-1974 et 1975-1979) que les propositions de la commission d'étude ont connu un développement notable.

Le premier programme finalisé, retenu dans le VI^e plan, ajoutait deux objectifs obligatoires aux objectifs précédents ; d'une part, la participation sociale des retraités à la conception et à la gestion des équipements les concernant et, d'autre part, l'amélioration de l'habitat.

Les deux plans aboutissaient à la signature de contrats de secteur gérontologique passés entre l'état et une municipalité ou une association. Ces contrats portaient sur la mise en place d'actions coordonnées de maintien à domicile.

Parallèlement, deux lois et leurs décrets d'application, concernant l'hébergement collectif des personnes âgées, ont été promulgués par deux directions du ministère de la santé et des affaires sociales : la direction des hôpitaux et la direction de l'action sociale.

La loi hospitalière, organisant le service public hospitalier (loi du 31 décembre 1970), exclut les hospices du domaine sanitaire hospitalier. Elle est complétée par la loi de janvier 1978, définissant les services ou unités de long séjour chargés de prendre soin des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

La loi sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975 offre un cadre juridique pour la transformation des hospices, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées de soixante ans et plus. Un décret d'application (1977) définit les conditions de création, de fonctionnement, de tarification des sections dites de cure médicale pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant un traitement d'entretien, et fixe le plafond à 25 % des lits par établissement.

En réalité, seuls se sont développés d'une manière importante, les services les moins coûteux : actions visant à améliorer la vie matérielle telles que les services de portage de repas à domicile, de lavage du linge, les foyers restaurants ; actions facilitant la vie sociale telles que les centres d'informations départementaux pour personnes âgées, expérience de transports en milieu rural, installation de téléphones, clubs.

Dans le secteur des aides à domicile, seuls les services des aides ménagères se sont développés tandis que les services de soins infirmiers à domicile se sont très peu développés.

Le secteur qui nous intéresse de l'hébergement collectif a abouti, contrairement aux recommandations initiales, à deux catégories d'établissements ; l'une sanitaire, l'autre sociale avec des réglementations, des tarifications, des personnels différents pour des clientèles très voisines. Cette dichotomie a consacré la coupure entre le secteur sanitaire et le secteur social.

A la fin des années 1970, les sections de cure médicale des établissements sociaux se sont très peu développées. Dans le secteur sanitaire, le nombre de lits de long séjour est plus important. Les foyers logements enfin ont connu un développement notable.

C'est en 1978, qu'un groupe de travail, chargé, en vue de la préparation du VIII^e plan, de faire le bilan de la politique vieillesse, constate le rejet des retraités par le monde des actifs, ainsi que leur perte du pouvoir de transmission culturelle car, mises en marge, les personnes âgées sont considérées comme une charge pour la collectivité.

Le rapport de cette commission souligne que la priorité du maintien à domicile ne s'est pas traduite dans les faits ; l'accent est également mis sur plusieurs dysfonctionnements d'ordre organisationnel et financier faisant obstacle à une action médico-sociale globale et coordonnée : dichotomie entre l'action sanitaire et l'action sociale et insuffisance des crédits d'action sociale.

Le rapport propose donc pour le VIII^e plan, un programme d'ensemble portant :

- ♦ Sur les établissements : en préconisant d'éviter les grandes unités et la surmédicalisation tout en poursuivant la médicalisation des maisons de retraite,

notamment grâce à des forfaits de soins plus élevés et donnant la préférence au long séjour social comme lieu de vie.

- ♦ Sur des solutions intermédiaires entre le domicile et les grands équipements individuels.
- ♦ Sur la répartition des responsabilités et des charges financières : engagement plus net de l'état dans la programmation des équipements et responsabilités des communes en matière d'action sociale.
- ♦ Sur l'insertion des personnes âgées dans la vie sociale et la participation des retraités à la gestion des services et équipements qui les concernent.

1981 : un secrétaire d'état, chargé des retraités et des personnes âgées, est nommé ; il est chargé d'appliquer les recommandations du rapport de la commission. Une circulaire de 1982 définit les objectifs en tenant compte du projet de décentralisation.

Au niveau départemental, la politique en faveur des personnes âgées doit s'appuyer sur un plan gérontologique. Ainsi les services de soins infirmiers à domicile sont réglementés, le statut des aides ménagères est amélioré par une convention collective.

En ce qui concerne les établissements, l'état vote des crédits en vue de la transformation des hospices et le nombre de places médicalisées en institution est multiplié par six.

Cette politique recevra, en 1983, l'approbation des personnes âgées lors d'assises nationales chargées de préparer le IX^e plan quinquennal (1984-1989).

2.3.3 – LA NOUVELLE DONNE ECONOMIQUE – MAITRISE DES DEPENSES ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES

En 1983, la situation économique est critique ; la maîtrise des dépenses allouées à la protection sociale devient l'une des priorités de l'action gouvernementale. Ainsi les couvertures des services de soins infirmiers et de sections de cure sont bloquées même si elles ont été autorisées.

Pendant la même période (1983-1986) les lois de décentralisation (loi du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986) confirment la responsabilité de l'action sociale et de l'aide sociale pour les personnes âgées, aux départements.

Le département est responsable de l'établissement d'un schéma départemental des services et institutions sociales. La décentralisation, ne concernant pas les services et institutions relevant d'un financement par l'assurance maladie, la dichotomie entre le sanitaire et le social est renforcée, cela

freine considérablement le développement du secteur médico-social censé prendre en charge les personnes âgées dépendantes.

Le 10 juillet 1989, une loi sur l'accueil des personnes âgées et handicapées adultes par des particuliers à leur domicile, est adoptée.

2.3.4 – LES DISPOSITIONS PLUS RECENTES ET LE FINANCEMENT DE LA DEPENDANCE

Face au vieillissement très important de la population âgée et à l'insuffisance des moyens pour répondre aux besoins croissants d'aide aux personnes dépendantes, une allocation dépendance est remise à l'étude. Plusieurs projets sont discutés entre 1992 et 1997 puis, en janvier 1997, une loi est promulguée. Il s'agit d'une loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Son obtention est soumise à conditions de ressources et donne lieu à récupération lors de la réversion. Son financement par le département est, pour partie, une substitution à l'allocation compensatrice pour personnes handicapées car elle est attribuée sous conditions de ressources, pour payer un service ou une personne et donne lieu à récupération sur succession. La responsabilité de son attribution est confiée aux conseils généraux. Son montant varie selon les besoins d'aides évalués par une équipe médico-sociale désignée par le département responsable de la mise en place d'un plan de soin. Elle est censée faciliter la coordination des divers intervenants mais laisse mal résolus les problèmes de sa place et de ses critères d'attribution par rapport aux services d'aides et de soins existants, aux aides apportées par la famille et à la qualité de l'environnement.

Parallèlement, la loi du 24 janvier 1997 a prévu une réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Outre le fait qu'il s'agit d'une nouvelle répartition des financements entre le conseil général et l'assurance maladie au vu de l'état de santé ou de l'état de dépendance de la personne âgée, un certain nombre d'obligations pour les établissements a été fixé.

En effet, une convention pluriannuelle avec le préfet, le président du conseil général et l'établissement prévoit que pour accueillir des personnes âgées dépendantes, tout établissement doit notamment préciser ses conditions de fonctionnement au plan de la qualité des prises en charge, au regard de la formation des personnels.

D'autre part, les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités d'évaluation doivent être précisés, un règlement intérieur et un contrat de séjour rédigés est remis à chaque résident.

Je considère pour ma part que si, à première vue, le dispositif de la tarification paraît compliqué, il a le mérite de tenter de répondre à la prise en compte de la dépendance, indépendamment de la maladie et par ses autres dispositions, notamment celles touchant à l'information des usagers à propos de la prestation offerte, de s'inscrire dans la réforme de la loi de 1975 en ce qui concerne le volet renforcement de l'accès aux droits des usagers. En cela donc, je trouve ce projet de réforme positif.

Les politiques sociales évoluant dans ce sens, c'est bien en intégrant cette dimension essentielle d'accès aux droits et à l'information que seront élaborées les réponses.

2.3.5 – LES OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE ET LEURS EFFETS

Voici donc brossés chronologiquement les apports des politiques sociales en faveur des personnes âgées. Pour les nécessités de la présentation, les différentes étapes s'enchaînent en toute facilité ; dans la réalité, les dispositifs ont parfois eu du mal à s'harmoniser ; nombreux sont les obstacles de natures diverses qui ont retardé leur mise en œuvre. Je ne cite, ici, que les plus significatifs, il s'agit :

- ♦ De la fragmentation des responsabilités en matière d'organisation et de financement du système de services et d'aides, entre notamment, la santé et l'action sociale, créant parfois de la concurrence.
- ♦ De la conception biomédicale de la santé et de la maladie conduisant à la médicalisation des problèmes sociaux des personnes très âgées. Il en résulte une croissance sans fin des soins techniques, quel qu'en soit le coût, une priorité conférée aux soins techniques plus qu'aux soins médico-sociaux, destinés à soulager les conséquences fonctionnelles et sociales pour la personne âgée.
- ♦ De la notion de « troisième âge » qui a abouti à transférer les responsabilités de la famille sur les personnes âgées elle-mêmes, avec l'aide éventuelle de services professionnels d'où un affaiblissement des liens familiaux et un accroissement des dépenses socialisées. Cette conséquence peut paraître en contradiction avec le poids mis, aujourd'hui, sur les solidarités familiales et de voisinage.

2.4 – LE SCHEMA DEPARTEMENTAL

C'est dans le contexte de la décentralisation de l'action sanitaire et sociale que s'insère l'action des pouvoirs publics et notamment du département.

Le schéma départemental des personnes âgées constitue l'instrument essentiel qui définit la politique départementale en matière d'aide aux personnes âgées. C'est la loi numéro 83.663 du 22 juillet 1983, relative à la répartition des compétences entre communes et départements, régions et état qui pose le principe, dans son article 42, d'un schéma départemental d'organisation des établissements et services sociaux.

Le projet de réforme de la loi numéro 75.535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, prévoit l'opposabilité des schémas départementaux.

Selon les termes de la loi, le schéma départemental doit préciser :

- ◆ La nature des besoins sociaux et notamment de ceux qui nécessitent des interventions sous forme de création d'établissements, de services sociaux, médico-sociaux ou par une autre voie.
- ◆ Les perspectives de développement et de redéploiement de ces établissements et services.
- ◆ Les critères d'évaluation des actions conduites.
- ◆ Enfin, les modalités de collaboration et de coordination susceptibles d'être établies ou recherchées avec d'autres collectivités afin de satisfaire tout ou partie des besoins recensés.

S'ajoute, bien entendu, l'interrogation relative à l'effort financier qui doit être consenti par le conseil général et ses partenaires.

Le schéma départemental des personnes âgées, récemment élaboré, constitue pour l'établissement le cadre de référence dans lequel doit s'inscrire la démarche préconisée par la maison de retraite.

Dans le département, la volonté a été affirmée de recherche du bien être des personnes âgées, en leur permettant notamment un rôle actif au sein de la cité, au contact des autres générations et dans le respect de leurs différences.

Concernant les personnes âgées hébergées en établissement, l'accent est mis sur la nécessité d'atténuer les souffrances ou les difficultés des personnes âgées qui intègrent une institution, la plupart du temps à contre cœur.

La prise en compte de la dépendance autant physique que psychique demeure une préoccupation prioritaire pour le département avec la nécessité, lorsque la personne âgée intègre une institution, de rendre cet environnement qu'est la maison de retraite, non pas plus contraignant mais plus adapté à l'état des personnes.

Toute la question de la coordination gérontologique a été largement débattue au long de l'élaboration de ce schéma en tant que devant constituer une nouvelle forme d'intervention dans une dimension de complémentarité.

Je considère, pour ma part, que la venue aussi tardive, (il date de 1999) de ce schéma, alors que les lois de décentralisation (loi du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986) confirmaient la responsabilité de l'action sociale pour les personnes âgées aux départements, n'a pas été que négatif. Cela a permis de prendre en compte la situation plus actuelle des personnes âgées dans le département, une quinzaine d'années s'étant écoulées entre les lois de décentralisation et l'élaboration du schéma.

Ce schéma me paraît, au travers des différentes préconisations, s'être construit autour des besoins des personnes. En effet, on y parle d'éviter des traumatismes, d'atténuer les souffrances, on y parle d'adapter les structures à l'état des personnes, on y parle encore de respecter les différences et aussi de la nécessité pour les personnes de jouer un rôle actif dans leur environnement.

La coordination gérontologique et la nécessité d'évaluer les actions auprès des personnes et les structures traduisent, pour moi, une dynamique de prise en charge au plus près des intérêts des personnes âgées.

D'un côté donc, un accroissement du vieillissement de la population ; de l'autre des réponses insuffisamment adaptées de la maison de retraite comme j'ai pu l'expliquer dans la première partie, avec notamment :

- une attention trop centrée sur « les rituels » techniques avec pour effet de créer une nouvelle forme de dépendance dans laquelle le sujet disparaît. « Il n'est plus qu'un être sous la main du professionnel ».
- un travail sans concertation avec des relations professionnelles au sein de l'équipe considérablement rigidifiées et produisant des actions tronquées auprès des personnes âgées.

m'ont amené à préconiser la mise en œuvre d'un projet de vie.

Comme le dit J.M. Miramont⁽¹⁴⁾ dans son ouvrage « Le métier de directeur : techniques et fictions » : « C'est notamment lorsqu'il y a constat de l'inadéquation entre le fonctionnement de l'établissement et les besoins de la population accueillie que s'entreprind l'élaboration du projet institutionnel ».

C'est en terme de réponse que sera élaboré ce projet de vie par et avec les différents composants de la maison de retraite (Congrégation, Usagers, Familles, Professionnels) et dans son environnement législatif, partenarial et ses contraintes budgétaires.

Ce projet de vie est le support, pour les différents interlocuteurs au sein de l'établissement, permettant de définir et de mettre en œuvre une prise en charge plus adaptée et donc plus globale des personnes accueillies.

⁽¹⁴⁾ J.M. Miramont, D. Couet, J.B. Paturet ; « Le métier de directeur : techniques et fictions », Revue, ENSP, 1992.,

3^e PARTIE

LE PROJET DE VIE :

CONTENU

STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE

MOYENS ET ÉVALUATION

3.1 – LE PROJET DE VIE

3.1.1 – CONTEXTE ET FONDEMENTS

Un projet de vie : c'est depuis la loi numéro 75.535 du 30 juin 1975 et ses suites, reprises dans son projet de réforme, la grande demande qui nous est faite. L'article 261-6 du projet de rénovation de la loi de 1975 dispose que :

« Pour chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, associé le cas échéant à un programme architectural, qui définit, notamment sur la base d'un choix de vie, d'animation, de réinsertion, et le cas échéant thérapeutique, les objectifs généraux de l'établissement ainsi que les mesures d'organisation et de fonctionnement concourant à la qualité des prestations délivrées au regard de la nature des prises en charge qu'il réalise. Le projet susvisé est établi, en lien avec l'instance mentionnée à l'article 261-8 ou la commission de suivi mentionnée à l'article 265-9, pour une durée maximale de cinq ans ».

Tous les textes législatifs des dernières années, touchant les personnes en difficulté, nous rappellent que ces personnes ont les mêmes droits (et obligations) que tous les autres hommes, qu'il n'y a pas de droit d'exception et que notre travail consiste à rendre ces droits compatibles avec l'évolution des personnes qui nous sont confiées dans le contexte social qu'il nous revient de faire progresser, pour que les écarts constatés se réduisent.

Dans ces conditions, je considère que notre rôle est moins de rééduquer, de réadapter, que de faire se développer les personnes que nous accueillons, dans le sens où elles vont pouvoir trouver l'équilibre qui leur convient, qui répond à leurs possibilités, à leurs désirs, en s'épanouissant au milieu des autres : au milieu et non au détriment des autres.

Je cite ici Jean Paul Sartre⁽¹⁵⁾ qui définit le projet comme suit : « le projet est ce dépassement perpétuel qui arrache l'homme aux déterminants de sa situation, qui l'ouvre au monde des possibles. Le projet constitue la façon originaire d'être au monde, c'est-à-dire d'entrer en relation avec ce temps à venir, avec l'espace à créer. C'est à travers cette double relation que l'homme peut s'affirmer, prendre acte de sa condition. »

⁽¹⁵⁾ Jean Paul Sartre Philosophe et écrivain français (Paris 1905 – 1980)

3.1.1.1 – Impulser une dynamique globale d'élaboration

Le projet de vie tel que je le conçois – et il rejoint en cela les valeurs de la congrégation, nous le verrons dans le chapitre suivant – ne peut pas être la volonté d'une seule personne au sein de la maison de retraite ; il m'incombe, par contre, d'impulser une dynamique et de concentrer les intérêts de chacun et de chacune sur une démarche d'élaboration.

Pour ce faire, il m'a été nécessaire d'amener la congrégation à une prise de conscience de l'inadéquation entre les besoins de la population accueillie et les réponses apportées.

Nous avons pour cela fait et présenté une étude de la population sur quelques années en montrant d'une part l'augmentation de l'âge des personnes au moment de l'admission et, d'autre part, la diminution de « l'espérance de vie » au sein de l'établissement.

J'ai par ailleurs présenté, sur une période de dix ans, une courbe faisant apparaître l'augmentation de l'âge moyen des personnes accueillies.

En ce qui concerne les besoins de la population et les réponses apportées, et afin d'explicitier au mieux l'inadéquation, nous avons présenté le déroulement d'une journée ordinaire de travail, présentation par des membres du personnel et par deux personnes résidentes, puis, au travers de trois situations de personnes, j'ai pu exprimer et mettre en parallèle ce qui était fait réellement dans chaque cas et ce qu'il aurait été souhaitable de faire pour tendre vers une meilleure prise en compte des besoins des personnes.

Nous avons ensuite organisé une réflexion sur la marche de l'établissement avec la congrégation gestionnaire.

Parallèlement, j'ai constitué un groupe de pilotage représentatif des différentes parties au sein de l'établissement (notamment à partir du conseil d'établissement) en lui fixant pour mission de gérer l'ensemble de la démarche et de formuler le projet.

Il s'est agi aussi d'organiser une consultation générale afin d'impliquer l'ensemble des personnels, de dresser un état des lieux en les faisant s'exprimer sur la réalité de leur travail et en leur faisant nommer les difficultés rencontrées.

En ce qui concerne la production propre du projet, j'ai choisi la formule garantissant, à mon avis, le mieux, et la fiabilité de la démarche et l'appropriation par tous, d'allers et retours entre le groupe de pilotage produisant les éléments du projet et les groupes de base qui réagissent et amendent les éléments soumis.

Nous pouvons dire que cette méthode a mobilisé l'ensemble des parties dans l'établissement, même si, dans sa phase initiale, des personnels et plus particulièrement les agents hôteliers et même une aide soignante ont été quelque peu déroutés, par le fait qu'il leur était demandé de s'exprimer sur les personnes accueillies et sur leur propre travail car cette demande leur apparaissait trop inhabituelle.

3.1.1.2 – Les valeurs qu'il contient

Pour Jacques Ladsous⁽¹⁶⁾ dans « Communautés éducatives » numéro 106 de mars 1999, le projet de vie est une expérience équivalente à un pléonasme car, dit-il, « il ne saurait y avoir de vie sans projet ».

Pour l'organisme gestionnaire, c'est-à-dire la congrégation du Bon Pasteur, trois valeurs dominantes sous-tendent les actions, il s'agit :

1) - de développer la vie

« Cela signifie, accompagner une certaine re-création de personnes blessées plus profondément par la vie et ce, dans toutes leurs dimensions : physique, affective, professionnelle, spirituelle ».

2) - de reconnaissance de l'altérité

« Chacun est unique et par sa différence, il participe à la nature humaine. Regarder l'autre ainsi le fait grandir et être lui-même. Les différences peuvent co-exister, elles aident à se comprendre unique et solidaire ».

3) - de libération

« Il s'agit de délier les chaînes de l'injustice, de la solitude et de la souffrance. Il s'agit de faire découvrir, à la personne blessée, les possibilités qu'elle porte au plus profond de son être, que rien n'est jamais perdu, qu'un avenir est possible malgré les échecs ».

Transposées à la problématique des personnes âgées, ces valeurs sous-tendent bien l'idée que prendre en compte les personnes âgées dépendantes, ce n'est pas seulement s'occuper de leur mort biologique mais c'est plutôt s'affranchir des dépendances que l'on croit irrévocables.

Ces valeurs véhiculent bien à mon sens que l'aide préconisée est plus celle d'un accompagnement à la vie que celle d'un accompagnement en fin de vie.

⁽¹⁶⁾ Jacques Ladsous : Vice-président du conseil supérieur du travail social.

Cette approche m'inspire une vision optimiste de la notion de projet ; pour moi, le projet évoque perspective, dynamique et mouvement et c'est le sens que j'ai voulu donner à l'action de notre établissement plutôt que de se cantonner à un style de prise en charge passive rythmée par des actes répétitifs assimilant, comme j'ai pu l'exprimer dans la première partie, la personne vieillissante à un état « incurable ».

J'ai mis en œuvre un certain nombre de formations, au sein de l'établissement, portant sur le phénomène du vieillissement et ce d'une manière transversale, tous métiers confondus afin, d'une part, de ne pas renforcer les velléités corporatistes encore tenaces dans la maison de retraite et afin, d'autre part, de confirmer que la prise en charge était bien l'affaire de tous et qu'il n'y avait pas de domaine réservé à certains et prohibés à d'autres puisque tous les acteurs étaient utiles.

Un certain nombre de réactions se sont dégagées de ces actions de formation et nous avons pu en extraire quelques idées fortes qui sont :

- 1) -Chaque personne est un être unique, différent mais elle existe aussi en tant qu'être social, d'appartenance à une famille, à un milieu, à une culture. Dès lors, aucune analyse des capacités de la personne ne peut se faire sans faire état de son origine, de son territoire et de son milieu.
- 2) -Il est nécessaire de garantir aux personnes accueillies une prise en charge continue quel que soit son état et donc évolutive.
- 3) -L'action de l'établissement doit permettre de développer les capacités des personnes. La personne doit demeurer l'acteur privilégié de son propre développement ou perfectionnement
- 4) -Même en institution, la vie sociale et culturelle de la personne doit pouvoir se poursuivre. Des actions doivent être menées pour rendre cela possible.

Voyons maintenant plus précisément comment se décline le projet pour les personnes.

3.1.2 – CONTENU ET OBJECTIFS

3.1.2.1 – Une aide individualisée

Prendre le temps de connaître les besoins de chaque personne a nécessité une période d'entraînement à l'observation (qui a une vertu en elle-même : l'attention portée à l'autre) et a débouché sur la prise de conscience des besoins spécifiques.

Cette observation a également permis de repérer les domaines susceptibles d'être mis à contribution pour aider la personne, Il s'agit d'utiliser ses ressources propres pour pallier les défaillances.

Malgré ses imperfections, la grille de dépendance AGGIR – parce qu'elle est un outil d'utilisation facile centré sur la personne et qui constitue, dès lors, les éléments d'un langage commun pour les professionnels de la maison de retraite – a servi de support d'observation et d'évaluation des points forts et des faiblesses des personnes afin de déterminer le type d'aide à mettre en œuvre.

Cela dit, la grille AGGIR doit être maniée avec précaution. L'évaluation doit être effectuée dans l'environnement habituel de la personne. AGGIR présente, selon moi, quelques inconvénients et notamment celui de ne pas faire apparaître l'environnement physique et social de la personne. Elle doit être complétée par l'évaluation de l'état de santé de la personne.

3.1.2.2 – Des actions concertées et globales

Accompagner les personnes, admises dans l'établissement, c'est veiller à ne jamais rien enfermer dans une routine mais à ouvrir toutes les portes possibles sans négliger le rythme de chacun.

Cette démarche d'accompagnement ne peut être menée par une personne seule car moins la personne est à même d'exprimer son besoin et plus il est nécessaire de procéder à une évaluation contradictoire, c'est-à-dire au moins à deux personnes, afin de garantir une plus grande objectivité. Elle ne peut être menée qu'à plusieurs, en équipe, où, quelles que soient les hiérarchies de notre organisation interne, la parole de chacun doit être écoutée.

Face à l'hétérogénéité des phénomènes de dépendance, la prise en charge doit être la plus complète possible. La prise en charge médicale, certes, doit être assurée si nécessaire, mais il conviendra d'être vigilant car comme je l'ai démontré dans la première partie, le risque est de faire d'un problème personnel une affaire de spécialistes totalement inaccessible à l'intéressé d'abord et à son environnement aussi, dans laquelle la personne se retrouverait totalement étrangère et extérieure à sa propre prise en charge.

3.1.2.3 – Une aide dont l’objectif est de rendre ses capacités à la personne

Vouloir agir sur les capacités de la personne dépendante est déjà la considérer comme capable d’amélioration ; c’est en même temps, pour l’aidant, considérer sa mission comme dynamique et évolutive.

Prétendre aider l’autre à retrouver ses capacités suppose un préalable, celui de connaître un peu l’histoire de la personne.

En effet, il ne saurait y avoir de projet concernant une personne, indépendamment de son histoire. Connaître, simplement pour comprendre, pour partager, pour échanger autour de ce passé. Cette connaissance est un moyen de découvrir les potentialités propres de l’autre, à travers des différences qu’il manifeste, et ces différences doivent être perçues et parlées comme autant de discriminations à utiliser de manière positive.

Toute attitude d’esquive ou de soumission laissant entendre que le sujet ne pourra plus évoluer, ni progresser, est comme « un arrêt de croissance », un refus d’accompagner la vie.

Dans l’idée de collecter un minimum d’informations concernant les personnes âgées, ce dans l’objectif de leur proposer un accompagnement personnalisé, nous avons créé un imprimé intitulé « Bilan Social à l’entrée » (cf. annexe 3). Ce document rassemble d’une manière très synthétique mais précise les caractéristiques de chaque personne.

Il s’agit dès lors, non pas d’encourager démagogiquement l’illusion, mais de mobiliser les forces positives ; cela est déjà le signe de la prise en compte de la dimension citoyenne de la personne.

3.1.2.4 – Une aide à la restauration de la citoyenneté de la personne

C’est d’abord respecter la personne dans les choix qui peuvent être les siens. Respecter n’est pas forcément approuver. Cela ne signifie aucunement que nous n’ayons rien à dire mais je pense que nous n’avons pas à imposer notre point de vue. Certes, dans l’accompagnement du projet, nous avons à dire, quant à sa cohérence, aux repères qu’il comporte, aux obligations qu’il contient, mais le projet doit être celui de la personne.

La tentation est grande de faire à la place ou bien de décider à la place d’une personne dépendante, mais je souhaite que nous évitions de nous substituer à elle dans les décisions, à ne pas trop orienter ses choix. Par contre, il est de notre devoir de fournir tous les avertissements utiles. Je

suis bien en train de dire qu'il est impératif de solliciter l'avis des personnes et de reconquérir leur compréhension dans le cadre de vie que nous leur proposons.

De même, il est de notre devoir d'informer les personnes de leurs droits et de leurs obligations, de favoriser l'émergence de leurs désirs et d'être attentifs à l'exercice de leurs libertés. Accompagner une personne âgée, nous l'avons vu, ne doit pas être une démarche isolée dans l'établissement d'accueil mais doit s'inscrire dans un projet global pour la personne d'une part et être évalué d'autre part.

Dans le cas de dépendance lourde, dans laquelle la personne n'est pas en état d'exprimer librement sa volonté, nous avons convenu de solliciter l'autorité judiciaire compétente afin que soient organisées les conditions d'exercice de la capacité civile de la personne.

Cette demande a pour effet de voir désigner, par le magistrat, une personne dite tuteur ou curateur dont la mission sera de veiller aux intérêts de la personne. Le mandataire, parfois choisi dans la famille de l'intéressé, deviendra notre interlocuteur pour tout ce qui touche la personne âgée.

3.1.2.5 – Elaboration de plans d'actions

C'est un document de travail, classé dans le dossier de la personne, stocké au sein du secrétariat et contenant :

- 1) Une partie consacrée à l'histoire de la personne, à ses antécédents.
- 2) Une partie consacrée au plan d'action, décliné en objectifs à atteindre et en moyens pour y parvenir.
- 3) Une colonne réservée aux échéances car il ne suffit pas de fixer des objectifs, encore faut-il se fixer des dates butoirs afin de mesurer le niveau de réalisation de ces objectifs.
- 4) Une colonne consacrée aux résultats et aux écarts observés. Les remarques rapportées dans cette colonne sont ensuite analysées en réunion d'équipe, puis de nouveaux objectifs sont, le cas échéant, fixés ou bien, alors, les objectifs précédents sont modifiés et ajustés à la situation.

L'élaboration de ce document incombant à l'équipe, c'est un outil de travail à la disposition de chacun de ses membres et porté à la connaissance des intéressés dans des formes adaptées à l'état des personnes.

D'autres moyens, encore, permettent d'affiner l'accompagnement proposé et concourent à le rendre plus complet : Il s'agit de notre réseau de partenaires et des rencontres de travail que nous organisons régulièrement.

Cet aspect sera traité plus en détail dans le paragraphe 3.1.4.

3.1.3 – LE PROJET D'ANIMATION

La circulaire du 7 avril 1982 prévoit que l'animation « doit être comme un projet élaboré en commun, à des fins non seulement de loisirs mais aussi de thérapeutique sachant qu'avec l'avance en âge et la diminution de l'autonomie, l'animation doit jouer davantage un rôle de soutien avec une ouverture essentielle sur l'extérieur ».

Pour Monsieur Pierre Tap⁽¹⁷⁾, l'animation « est le fait de développer des actions pour des personnes considérées comme des sujets, des acteurs, afin de conserver, développer, enrichir, renouer des liens sociaux, en s'appuyant sur des supports multiples, favorisant l'expression, la communication et la création ».

Le projet d'animation a une fonction de restauration de la personne âgée par la prise en compte de l'ensemble des dimensions humaines de façon simultanée. En agissant sur la stimulation de l'intérêt, du désir, de la confiance en soi et également en développant la prévention de la dépendance et l'adaptation de/et à l'environnement institutionnel et, plus généralement social, la démarche d'animation est au cœur du projet de vie. Sans projet d'animation, il est difficile, à mon avis, de parler de projet de vie.

Sans entrer plus en détail dans le projet d'animation tel que nous avons commencé de le mettre en œuvre depuis un an et demi, je dirai que les différentes actions d'animation proposées relèvent à la fois du quotidien et du ponctuel, du régulier et du spectaculaire, de l'occupationnel et du créatif ; elles sont orientées vers l'intérieur de l'institution et aussi vers l'extérieur.

S'agissant d'activités tournées vers l'accès à l'information des personnes, nous avons mis en place des ateliers d'entraînement de la mémoire, des ateliers de lecture de l'actualité locale, nationale et internationale, notamment pour les personnes les plus en difficultés.

S'agissant des personnes victimes de défaillances de la fonction de dextérité, nous proposons un atelier poterie, confection de bibelots qui sont ensuite offerts à l'occasion de rencontres festives avec d'autres maisons de retraite de la région.

S'agissant d'actions orientées vers l'activité corporelle, nous avons mis en place des séances de gymnastique douce et de yoga.

S'agissant d'actions relatives à la communication, un journal trimestriel de la maison de retraite est élaboré par les résidants et diffusé aux familles, aux partenaires et au personnel.

En ce qui concerne les actions à vocation sociale, différentes démarches ont été engagées. Un groupe de résidants s'occupe de l'accompagnement scolaire de huit enfants, tantôt au sein de la maison de retraite, tantôt au domicile des enfants.

D'autres résidants, plutôt des résidentes d'ailleurs, reçoivent le mercredi un groupe de jeunes enfants d'un quartier défavorisé de la ville pour les sensibiliser à la lecture. Ces enfants issus pour la plupart de familles désunies ou mono parentales trouvent auprès de ces personnes âgées des images et plus que des images, de véritables grands-mères qui bien souvent leur font défaut dans leur propre environnement familial.

Du côté des personnes âgées, le fait d'être amenées à jouer ce rôle éducatif les valorise et les conforte dans un sentiment d'utilité sociale.

Plus que cela, l'animation au sein de la maison de retraite, c'est aussi prendre le temps d'associer une personne âgée à la réfection de son lit, c'est l'aider à entretenir sa chambre dans le sens de lui laisser la maîtrise de son environnement familial tout en lui garantissant l'hygiène et la sécurité.

Bien d'autres actions d'animation à visée thérapeutique sont mises en œuvre au sein de l'établissement ; elles sont coordonnées par une aide soignante formée à l'animation, détachée à temps plein.

Sans être une succession de distractions et d'activités, il s'agit d'un ensemble d'actions relevant du projet de prise en charge globale de la personne âgée ; l'animation s'inscrit dans le projet de vie de la maison de retraite.

L'animation n'est pas une contrainte, une obligation pour le résidant ; les acteurs de terrain doivent s'attacher à préserver la liberté individuelle des personnes et s'employer à la préservation de leur autonomie. Je souhaite que les actions d'animation soient personnalisées et adaptées aux potentialités de chacun, ce afin d'éviter de mettre la personne âgée en situation d'échec tant par rapport à ses facultés physiques que psychiques.

⁽¹⁷⁾ Pierre Tap : chargé d'enseignement de psychologie, co-directeur du laboratoire « Personnalisation et changements sociaux », associé au CNRS, Toulouse.

Elisabeth de Laroche Lambert⁽¹⁸⁾ dans son livre « Les institutions du grand âge et leur gestion » parle des « dix commandements de l'animation en institution du grand âge » ; qu'elle décline de la manière suivante :

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

Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, je souscris pleinement à cette conception de l'animation, simplement je rajouterai que, si elle est admise en tant que technique de prise en charge, et participant au même titre que les autres techniques au service auprès des personnes, elle doit être évaluée.

3.1.4 – L'INSCRIPTION DANS UN RESEAU DE PARTENAIRES

S'inscrire dans un réseau de partenaires, c'est déjà accepter de ne pas être tout puissant, c'est accepter de confronter son point de vue à celui ou à ceux d'autres professionnels. C'est, encore, partager, échanger autour d'une situation, c'est donc porter un regard très large sur cette situation.

La volonté d'offrir une réponse la plus complète possible suppose des compétences multiples que la maison de retraite à elle seule ne peut rassembler. Par exemple, les personnes atteintes de déséquilibres psychiques laissent les personnels parfois démunis devant la méconnaissance du phénomène et l'impuissance de leur réaction face à la personne. Nous avons passé une convention de partenariat avec l'équipe de psycho-gériatrie du centre hospitalier spécialisé et ainsi bénéficié, dans certains cas, d'une prise en charge temporaire en milieu hospitalier des personnes concernées,

⁽¹⁸⁾ Gérer la santé : Elisabeth de Laroche Lambert. Les institutions du grand âge et leur gestion. ESF, Editeur.

dans d'autre cas, d'un suivi des personnes au sein de l'institut par le médecin psychiatre, et enfin d'un travail de soutien de l'équipe institutionnelle par l'équipe de psycho-gériatrie.

Montrer et admettre qu'il y a une place pour la discussion, pour la négociation voire pour la contradiction, c'est ce qui peut, pour moi, le mieux garantir l'intérêt des bénéficiaires.

En effet, il serait réellement dangereux de penser qu'une seule personne (médecin, infirmière, directeur ou autre...) puisse déterminer l'intérêt d'une personne âgée et qui plus est, lorsqu'il s'agit d'une personne âgée dépendante. Laisser la parole à la personne, sujet de la prise en charge, doit rester la première règle. Rassembler les avis des différents intervenants est un impératif pour se rapprocher le plus de l'intérêt de la personne âgée lorsqu'elle ne peut pas y parvenir.

D'autres professionnels extérieurs à la maison de retraite participent à la prise en charge des personnes : une infirmière libérale en complément et/ou en remplacement de l'infirmière salariée de l'établissement notamment en période de congés, mais également des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, etc.

Quelles que soient les actions menées, quelles que soient les formes prises par ces actions, il convient d'en mesurer les effets et de se demander si ce que nous mettons en pratique est adapté, suffisant ou pas ; il faut par conséquent, l'évaluer, c'est ce que je propose de traiter dans le paragraphe suivant.

3.1.5 – UN SYSTEME D'EVALUATION REPERE PAR TOUS

Evaluation vient du latin valere, « valeur », elle est une estimation de la valeur, une mesure de l'importance des effets, le repérage d'un existant avec vérification de la concordance aux objectifs recherchés et adéquation aux besoins, elle est aussi appréciation de la qualité de la réponse.

Prétendre accompagner un projet de vie pour les personnes suppose une démarche d'évaluation continue des actions menées et de leurs effets. Cet état d'esprit, qui se voudrait spontané, n'est pas aussi aisé à insuffler, au sein de l'établissement que je dirige, mais peut-il en être autrement ? En effet, il ne me paraît pas très compatible de demander, en même temps, à un collaborateur et de s'employer à mener une action d'aide auprès d'une personne âgée et d'en évaluer, en continu, les effets. De même que l'établissement d'un projet au profit d'une personne âgée doit naître d'une discussion puis d'une décision d'équipe, l'évaluation doit aussi faire l'objet d'un échange au sein de l'équipe des intervenants, et plus les personnes auront du recul par rapport aux personnes âgées, et plus elles seront un révélateur des indicateurs de mesure des effets des actions menées.

Ce travail d'évaluation est inscrit dans la méthodologie de l'intervention ; deux heures par quinzaine sont réservées à ce que nous appelons des synthèses, réunissant l'ensemble des intervenants concernés internes comme externes.

L'objet de ce travail de synthèse est d'examiner en équipe l'état d'avancement du projet concernant la personne, et ce, par rapport aux objectifs fixés, aux moyens préconisés et aux échéances prévues. A partir des échanges entre les membres de l'équipe qui sont aussi des moments d'information et de concertation, les actions menées en faveur de la personne âgée sont, soit validées, soit invalidées, soit réajustées.

Dès lors, la production de ce travail d'équipe a valeur d'outil de travail, de référence, de marche à suivre, parfois par les acteurs titulaires, mais aussi à la disposition des éventuels remplaçants de congés maladies ou de congés tout court afin qu'il n'y ait pas de rupture dans l'accompagnement de la personne.

Pour ce faire, un rapport de synthèse est établi systématiquement et inséré dans le dossier de l'intéressé(e).

3.1.6 – UN SOUCI DE TRAÇABILITE DES ACTIONS MENEES

Même si ce terme peut sembler emprunté à un vocabulaire propre à la démarche qualité, il me paraît tout-à-fait bien adapté à la nécessité pour l'institution de pouvoir retrouver au-delà de la somme des souvenirs des uns et des autres, une trace fidèle des actions menées et de leurs effets.

D'autre part, même si, auprès des usagers, les acteurs de terrain sont en première ligne, chargés de mettre en œuvre les actions spécifiques, c'est bien l'institution qui garantit la prise en charge, c'est donc elle qui est amenée à rendre des comptes ; les écrits constituent, à ce moment là, un moyen pour l'institution de rendre compte du processus de prise en charge.

L'article 261-3 et 261-4 du projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 constitue une avancée dans la nouvelle conception du bénéficiaire comme étant au centre du dispositif. Les consommateurs de service doivent être informés du contenu des services. Autrement dit, ils doivent être consultés de manière systématique et exhaustive concernant les différents domaines des services qui leur sont proposés. Cette exigence nécessite une rigueur et une cohérence que beaucoup d'établissements sociaux n'avaient pas. Bien souvent, les écrits multiples qui existent se limitent à afficher le projet, l'intention, mais plus rarement l'effectivité.

S'employer à rendre compte du travail réalisé et des effets produits oblige à respecter une continuité logique entre les objectifs définis, les moyens mobilisés, les compétences reconquises, les fonctions impliquées et l'organisation mise en place.

Cette démarche de repérage permanent des effets des actions menées oblige à garder présent à l'esprit le projet pour la personne et éventuellement, pour les intervenants, à se réajuster par rapport à ce projet initial.

C'est, aussi, dans certains cas, l'occasion de mesurer l'écart entre les attentes des bénéficiaires, l'engagement de la maison de retraite (son projet : le service déclaré), et le service effectivement rendu.

Cela dit, la difficulté est parfois grande, pour les personnes dont les facultés personnelles sont gravement altérées, d'exprimer les attentes. Dès lors, la règle qui consiste, dans la maison de retraite, à définir chaque fois que possible avec les bénéficiaires, le contenu de la prestation est, dans ces cas, mise à mal.

Pour pallier cette carence d'expression de la personne âgée dépendante, j'ai impulsé une méthode de travail qui consiste à formaliser les attentes en y associant les familles et/ou le représentant de la personne âgée.

Cette démarche me paraît indispensable pour deux raisons ; d'une part, cela permet de tendre vers une meilleure prise en compte de l'intérêt des personnes et d'autre part, cela procure un support commun à tous les acteurs de terrain.

Ainsi, nous trouvons au sein de l'établissement, concernant chaque personne accueillie :

- un document intitulé « Bilan social à l'entrée » tel que figurant en annexe 3,
- un document intitulé « Plan d'action » tel que je l'ai présenté dans le paragraphe 3.1.2.5,
- un document intitulé « Rapport de synthèse » (Il s'agit de l'évaluation de l'action menée et cette réflexion d'équipe doit déboucher sur un nouveau projet pour la personne).
- Une chemise comportant plusieurs grilles de dépendance AGGIR, datées bien entendu.

Pour donner à ces différentes méthodes de travail, projets formalisés, évaluation permanente du service rendu, formalisation des attentes des bénéficiaires, toutes les chances d'être intégrées, il m'a paru nécessaire d'organiser, auprès des intervenants acteurs de terrain, des actions de soutien,

des actions de formation visant à accompagner un changement dans leurs habitudes professionnelles.

3.1.7 – DES ACTIONS SPECIFIQUES AUPRES DU PERSONNEL

Parler d'actions spécifiques auprès du personnel m'amènera, bien entendu, à parler de management des ressources humaines, mais avant, de management de l'information.

3.1.7.1 – Le management de l'information

Il me paraît impératif, qu'au sein de l'établissement, l'ensemble des collaborateurs bénéficie d'un même niveau d'information. Je distinguerai deux types d'informations : d'un côté, celles qui sont formalisées et donc données sous formes de plans, de guides, de procédures ; celles plus hétérogènes, incomplètes, redondantes ; celles fortement dépendantes du contexte de leurs créations souvent réparties et disséminées ; on peut y tomber dessus mais personne ne sait exactement où elles sont lorsqu'il en a besoin. De l'autre, celles beaucoup plus liées aux personnes, à leur expérience.

Il s'agit pour l'établissement de constituer une base d'informations sur tous les domaines d'activité de la maison de retraite. La transversalité de ces informations permet un fichier unique, exhaustif, puisque chaque service y apporte ses propres informations.

Le moyen utilisé est un classeur à intercalaires dans lequel différents thèmes, nécessitant une information utile, ont été sélectionnés par l'équipe.

Pour n'en citer que quelques-uns, je retiendrai : hygiène avec comme sous chapitre, hygiène des personnes et hygiènes des locaux, mais aussi alimentation, lingerie, manutention, activité des personnes âgées, etc.

Il va sans dire que cette méthode n'a pas acquis son caractère d'outil de travail du jour au lendemain. Il m'a fallu œuvrer pour la rendre attrayante.

Pour y parvenir, j'ai choisi de réserver du temps à chacune des réunions de travail (environ une tous les deux mois) pour une mise en commun des expériences de chacun et ce, à partir, bien entendu du classeur de recueil d'informations. Ce partage n'est pas forcément chose facile pour tout le monde car les obstacles liés aux pratiques antérieures subsistent encore.

Cela dit, cette démarche intéresse beaucoup les collaborateurs tant ils y trouvent un moyen supplémentaire de compréhension de certaines situations et un véritable sentiment d'appartenance à une équipe de travail.

3.1.7.2 – Des actions de formation

Accéder à une forme de personnalisation de l'aide n'apparaît pas si facile aux aidants qui évoluent auprès des personnes âgées dépendantes et ce quelle que soit leur formation initiale.

En effet, la personnalisation demande à l'intervenant de s'intéresser à tous les aspects d'une personne unique et même de s'engager dans une démarche de diagnostic au regard bien évidemment de la spécificité de l'aidant. Le diagnostic d'un agent de service étant différent de celui d'une infirmière et différent de celui du médecin.

Cette relativisation de la notion de diagnostic, devra se conjuguer avec le développement d'un esprit d'équipe où chacun doit exister en fonction de ses compétences propres. C'est bien cette multiplicité des approches diagnostiques qui procèdera à la définition du cadre de l'intervention auprès de la personne âgée.

En fait, ce qui est en jeu, se situe autour d'une bonne connaissance de la personne âgée dans sa structure mentale et comportementale, ce qui n'est pas si facile quand on a affaire à une personne dont la dépendance est mentale.

Il me paraît donc opportun de développer des actions de formation qui visent à « déconditionner » les aidants par rapport aux images qu'ils ont des pratiques acquises, souvent au cours de formations initiales.

Sans qu'il s'agisse pour moi de se focaliser sur la profession et la formation des infirmières qui montrent par ailleurs tout leur intérêt, il faut constater qu'elles sont bien formées pour exercer dans une conception dominante du soin curatif, avec une approche plus ancrée sur la personne malade qu'âgée.

Ce constat m'amène à confirmer que les actions de cette catégorie de personnel reposent davantage sur des questions de compétences médicales que sur une compréhension de la personne âgée, comme si s'occuper de personnes âgées, voulait dire s'occuper de leur mort biologique plutôt que de s'affranchir des dépendances que l'on croît irrévocables.

Des formations continues, en prise directe avec la réalité du travail quotidien portant à la fois sur un travail d'analyse des pratiques et sur un travail de compréhension de la personne âgée qui est en face de soi et qu'il est facile d'enfermer dans une dimension pathologique, doivent se

développer. Ceci, particulièrement, si la personne âgée est atteinte par un certain nombre d'incapacités, de déficits, et donc de dépendances.

3.1.7.3 – Agir pour changer la culture de l'intervention

Pour progresser sur la voie de la participation des personnes âgées aux dispositifs et aux projets qui les concernent, il est nécessaire de bouleverser les pratiques professionnelles.

Les personnels de la maison de retraite ont, pendant plusieurs années, obéi à une logique « égalitaire » (les mêmes services et dispositifs pour tous).

Aujourd'hui, la prévention de la dépendance oblige à prendre en compte la singularité des personnes et des situations.

Cela suppose un changement dans les pratiques des professionnels qui ne peuvent plus se réfugier dans la neutralité de l'institution. Dans un tel engagement, le professionnel est amené à se dévoiler. Il est confronté à la fragilité de l'action, au risque de la relation avec un autre qui n'a pas les mêmes repères. Il est amené à s'impliquer dans des dynamiques collectives et est parfois perdu face au décloisonnement par l'institution des dispositifs pour tendre vers une approche globale de la personne.

Il devra donc poser davantage son action en fonction de critères qualitatifs qui donneront du sens, qu'il lui faudra prendre le temps de définir, sans quoi son travail risque de se réduire à des gestes techniques.

La formation à l'utilisation des outils d'observation, de mesure de la dépendance, d'évaluation, mais aussi de formalisation des projets au travers des plans d'action, ont été déterminants dans la sensibilisation des personnels au nouveau style d'intervention.

L'encadrement législatif (livret d'accueil, règlement intérieur, contrat de séjour) en matière de droits des usagers et d'accès à l'information concernant des prestations qui leurs sont offertes, a largement contribué à rendre possible cette nouvelle approche de la prise en charge.

Enfin, le fait de mettre en place l'instance du conseil d'établissement et d'autres moins formelles, ayant pour caractéristiques de permettre aux différents composants de la maison de retraite de travailler ensemble, a suscité une meilleure prise de conscience du positionnement de chacun au sein de l'institution eu égard à ses droits et obligations.

3.1.7.4 – Développer l'entraide entre chaque personne de qualification différente

Former une équipe d'intervenants, auprès des personnes âgées accueillies dans la maison de retraite, doit, me semble-t-il, constituer la priorité du directeur que je suis, si l'on veut prétendre proposer une prise en charge globale

Tout d'abord, les hommes et les femmes, qui sont les acteurs de cette prise en charge, doivent être reconnus dans leur singularité avec leurs points forts et aussi leurs faiblesses mais il s'agira de les amener à mesurer les effets de leur action auprès des bénéficiaires afin qu'ils en mesurent le bien fondé.

Il s'agira, aussi, de leur démontrer que leur travail s'inscrit dans un ensemble d'actions dont la mise en commun n'a d'autre objectif que d'accompagner les personnes âgées à s'adapter à leur environnement et à en utiliser les ressources.

Il appartient au directeur de motiver, de dynamiser et d'animer cette dimension de la prise en charge ; il s'agit, tout en demandant à chacun d'accomplir la mission liée à sa qualification, de rendre plus douces les articulations et meilleure la coordination pour parvenir à une entraide entre tous les membres de l'équipe.

Pour y parvenir, je préconise, pour commencer, de proposer une action mobilisatrice commune. Le terme action a toute son importance car il demeure généralement très opérationnel. C'est ce que l'on fait.

L'action prend le caractère d'action mobilisatrice commune lorsque chacun, après avoir débattu à propos de l'action, finit par la créditer de la même importance, de la même valeur. Dès lors, la fixation d'objectifs devient indispensable pour maintenir l'intérêt de chacun et ainsi pouvoir continuer à œuvrer.

Cette première étape doit s'enrichir par l'établissement de relations entre les personnes. Les relations, par leur qualité, auront toutes les chances d'aboutir à l'entraide entre toutes les personnes et cette entraide, c'est bien ce qui peut justifier la dénomination d'équipe.

C'est, à mon avis, l'instauration des réunions de synthèse qui a rendu possible une avance considérable dans la constitution de l'équipe.

En s'exprimant à tour de rôle, chaque personne a pris conscience de son propre rôle dans une action donnée et, en écoutant l'ensemble des intervenants à propos de la même action, chacun a mesuré la place des autres collègues.

Cette prise de conscience a été ensuite accompagnée par l'intervention d'un cabinet d'appui conseil, par le biais d'une présentation de la démarche qualité et de la nécessaire collaboration entre les membres de l'équipe.

Cela dit, une équipe, pour fonctionner, a besoin d'une organisation établie et d'un certain nombre de règles ; c'est ce que je vais expliciter dans le paragraphe suivant.

3.1.7.5 – L'organisation du travail

L'organisation du travail adoptée doit être au service du projet.

Il s'agit, en conséquence, de mettre en œuvre une organisation du travail par objectifs et non par tâches ; les objectifs doivent toujours porter sur l'aide aux personnes âgées, les tâches à accomplir étant un moyen pour y parvenir.

Des modes de transmission d'une équipe à l'autre ont été élaborés. Pour ce faire, il s'est agi d'ouvrir un cahier de liaison destiné à transmettre une information précise, nominative et individualisée.

D'autre part, deux types de réunions d'équipe ont été instaurés :

- ♦ Les réunions générales (tous les deux mois) où il s'agit d'échanger un certain nombre d'informations et de permettre à chacun de s'exprimer sur tous les sujets qui touchent l'établissement. Les problèmes de fonctionnement des différents services, les problèmes d'organisation, d'hygiène, sont abordés dans ces réunions.

La transversalité de ces réunions permet à chacun de prendre conscience aussi de la difficulté des collègues ou bien tout simplement de leur questionnement.

Cela permet de mettre en scène une nécessaire écoute et collaboration entre chaque intervenant et permet de mesurer que l'action de chacun dépend et conditionne à la fois celles des collaborateurs directs, ce qui structure d'ailleurs la globalité de la prise en charge.

Ces réunions sont programmées et portées à la connaissance de l'équipe en début d'année. Elles font l'objet d'un ordre du jour que je prépare et que je diffuse quinze jours avant la réunion. Il est composé généralement de trois questions principales puis de questions diverses. J'anime ces réunions ; un compte rendu est effectué, à tour de rôle, par les membres de l'équipe. Avant d'être remis à la disposition du personnel dans un classeur réservé à cet effet, je revois avec la personne qui l'a rédigé le contenu de ce compte rendu et nous y apportons les ajustements nécessaires.

- ♦ Les réunions de synthèse qui concernent également l'ensemble du personnel (une fois par mois) au cours desquelles sont définies les actions à mettre en place, le choix des moyens pour y parvenir et les échéances, ce pour telle ou telle personne.

Il s'agit aussi de mesurer les écarts et d'évaluer les effets d'actions déjà engagées auprès des personnes et de procéder parfois à des réajustements ou bien carrément à la définition d'un nouvel objectif.

L'intérêt de ce type de réunion est que chacun y apporte ce qu'il sait de la personne âgée et la perception qu'il en a ; ainsi le croisement des différents regards au sein de l'équipe permet d'adapter régulièrement le dispositif d'aide.

La réunion de synthèse comporte deux parties : la première partie est réservée soit à des situations de crise manifeste, soit à des situations qui posent problème à un membre de l'équipe. La deuxième partie porte sur l'examen des situations plus stables, programmées au début de chaque trimestre.

L'animation de ces réunions est assurée à tour de rôle par les membres de l'équipe ; la secrétaire procède à la rédaction d'un rapport de synthèse.

Le travail en réseau, les actions de formation des personnels, l'animation, l'évaluation, le développement de l'entraide au niveau de l'équipe et enfin l'organisation du travail, ne suffisent pas à garantir une prestation adaptée aux différents besoins, si les personnels, acteurs du service, n'ont pas un niveau suffisant de sensibilité à la démarche.

Il est possible, nous l'avons vu, d'amener cette prise de conscience, et je m'y emploie encore, mais il me paraît nécessaire d'agir aussi en amont, notamment au moment du recrutement des personnels.

3.1.7.6 – Le recrutement

Antérieurement, le recrutement était effectué au vu de la situation sociale de la personne ; la religieuse directrice considérait qu'elle devait venir en aide aux personnes en difficulté sociale par leur embauche. Les qualités professionnelles étaient donc peu déterminantes dans les recrutements.

Il s'est avéré, à l'usage, que lorsque de telles embauches étaient effectuées, les personnes qui en bénéficiaient, avaient, d'une part, beaucoup de mal à assurer le service et, d'autre part, étaient placées en situation de travail très difficile, venant souvent se surajouter à leur propre difficulté.

Au service du projet de vie, il est donc essentiel de réaliser un recrutement fondé sur les qualifications et les motivations des personnes. C'est ce que j'ai commencé de mettre en œuvre à l'occasion d'un départ à la retraite et de deux licenciements pour inaptitude définitive prononcée par la médecine du travail.

3.1.8 – LES ACTIONS PORTANT SUR LA STRUCTURE

L'ensemble des actions, évoquées ci-dessus, ont trouvé leur réalisation facilitée par un projet immobilier et d'équipement important.

Il s'est agi, en effet, d'adapter l'établissement existant, mais déjà ancien, au style de prise en charge préconisé.

Pour permettre aux résidants d'être plus autonomes dans leur environnement, les chambres et cabinets de toilette ont été réaménagés, avec des espaces suffisants pour permettre le passage des fauteuils roulants. Des espaces de toilettes accessibles avec vasques incorporées, barres d'appui, ont été prévus.

Le mobilier a également été renouvelé avec une configuration répondant mieux aux besoins actuels notamment par l'installation de lits à hauteur variable équipés de relèves bustes, de tables adaptées, etc.

La signalisation au sein de l'établissement a été totalement repensée. Chaque étage est d'une couleur dominante différente et chaque porte de chambre est personnalisée.

Chaque étage dispose d'une salle commune, salle à manger et salon, destinée à favoriser les rencontres et les échanges entre les personnes. C'est également un lieu utilisé pour les animations.

Un véhicule adapté a été nécessaire pour le transport des personnes dépendantes. La difficulté que représente le fait de monter dans une voiture d'un modèle courant est un obstacle au désir de la personne de sortir.

D'une part, la personne âgée se trouve en situation d'échec et, d'autre part, elle a le sentiment de déranger chaque fois qu'elle demande de l'aide pour effectuer le transfert du fauteuil à la voiture ou, simplement, pour monter dans la voiture.

J'ai donc procédé à l'acquisition d'un véhicule que nous avons fait spécialement aménager pour le transport de personnes à mobilité réduite, c'est-à-dire, comprenant un dispositif d'écrasement de la suspension arrière avec le déploiement d'une rampe d'accès très légèrement inclinée pour faciliter l'accès aux fauteuils roulants mais aussi aux personnes appareillées. Une fois

installés, les fauteuils sont solidement fixés sur un système de rails prévus à cet effet de manière à assurer le transport des personnes en toute sécurité.

L'acquisition de ce véhicule s'est faite en deux temps. Nous avons d'abord procédé à l'achat d'un véhicule utilitaire de base chez un concessionnaire proche de l'établissement et nous avons ensuite fait procéder à son aménagement par une société spécialisée.

Le coût a été assuré par le conseil général, l'investissement ayant été prévu en 1999 sur le budget prévisionnel 2000.

3.1.9 – LA MISE EN ŒUVRE DES MOYENS FINANCIERS

Au même titre que les moyens préconisés qui aident à la poursuite des objectifs définis au service des personnes, les moyens financiers ont dû accompagner le projet et le rendre possible.

Les budgets de l'établissement constitués par les prix de journée représentent l'essentiel des modes de financement de la maison de retraite. On distingue trois phases dans l'établissement de ce budget :

- ◆ Le budget prévisionnel qui permet à partir d'un nombre de journées prévisionnel et du projet de l'établissement de décliner les besoins tant en terme de personnel supplémentaire, que de qualification ou que d'investissement.
- ◆ S'ouvre ensuite une phase de négociation avec les autorités de contrôle. C'est, notamment, dans ce laps de temps que l'argumentation relative au projet est fondamentale.
- ◆ Le prix de journée est ensuite arrêté par l'autorité compétente, et il devient opposable après le délai applicable en vigueur. Dès lors, il s'agit de fonctionner avec parfois une double contrainte pour le directeur : celle de faire avec les moyens mis à disposition par l'autorité de contrôle et celle de poursuivre l'objectif fixé par l'établissement.

A la fin de l'exercice budgétaire, un compte de résultat est établi et soumis à l'autorité de contrôle ; il ne doit pas faire apparaître de variation importante mais rester fidèle aux prévisions.

Il m'a donc fallu imaginer d'autres systèmes, notamment pour permettre le financement d'une animatrice et les aménagements préconisés au niveau du bâtiment.

En ce qui concerne l'animation, le département a accepté de financer le poste à hauteur d'un mi-temps ; l'autre mi-temps est financé à partir de fonds de la caisse d'assurance maladie des religieuses, au travers des forfaits soins infirmiers versés pour la prise en charge des religieuses que nous accueillons.

En effet, cette caisse a considéré que l'intervention d'une animatrice faisait partie intégrante de la prise en charge des personnes âgées et qu'elle devait donc porter son effort dans ce domaine.

En ce qui concerne l'intervention de l'équipe de psycho-gériatrie (un psychiatre et deux infirmières psychiatriques) du centre hospitalier spécialisé : nous avons conclu une convention qui prévoit, en échange de la gratuité de leur intervention, l'accueil par notre établissement et dans la mesure de nos possibilités, des personnes provenant du centre hospitalier.

Le poste formation du personnel a été sollicité plus que de coutume. J'ai pu bénéficier d'une reprise de provision constituée à cet effet pour permettre de couvrir les frais de formation qu'il a fallu engager et ce, après épuisement, bien entendu, du financement ordinaire par *Uniformalion*, organisme collecteur. Nous avons, également, bénéficié d'un financement exceptionnel dans le cadre du plan de formation.

Pour tout ce qui touche aux aménagements des locaux, la congrégation, propriétaire des lieux, procède au fur à mesure, à la prise en charge de l'ensemble des travaux du propriétaire ; elle souhaite, par-là, contribuer à la prise en charge des personnes. Le prix de journée ne subit donc aucune incidence dans ce domaine.

3.2 – DES PREALABLES NECESSAIRES

Terminer par des préalables, cela peut paraître un peu curieux. En fait, si j'ai traité en début de troisième partie du niveau de participation de chacune des ressources de l'établissement que sont le conseil de gestion, les personnels, les usagers et leur famille et le conseil d'établissement, et ce, en fonction du rôle au sein ou à propos de la maison de retraite, je propose maintenant de montrer pour chacune d'elle séparément, comment elles ont été mobilisées.

3.2.1 – LA DECISION DU CONSEIL DE GESTION

A quelques détails près, le conseil de gestion tient lieu de conseil d'administration ; il est donc censé tracer les orientations, insuffler une idéologie, un esprit. Pour ce faire et pour éclairer les décisions et alimenter la réflexion, il appartient au directeur d'avoir une fonction d'interface entre ce conseil et la composante active : les collaborateurs de terrain.

C'est ce à quoi je me suis employé pour la conception de ce projet de vie. Il m'a fallu rester en relation permanente d'écoute, d'échange, d'observation et d'analyse avec le conseil et l'équipe

des collaborateurs pour ensuite élaborer et argumenter des propositions afin de faciliter la prise de décision, voir même de faire évoluer certaines positions institutionnelles.

3.2.2. – COMMENT RASSEMBLER LES PERSONNELS AUTOUR DU PROJET

Deux voies ont été utilisées dans l'objectif de mobiliser les personnels autour du projet de vie : la première, réglementaire, par le biais du conseil d'établissement⁽¹⁹⁾, la seconde a porté sur des expérimentations d'actions de terrain.

Pour la circonstance, nous avons prévu, avec le conseil d'établissement, de nous réunir deux fois par mois, pendant quelque temps, ce qui m'a permis d'apporter, au fur et à mesure des rencontres, des précisions et de laisser le temps aux représentants du personnel de s'informer et de poser toutes les questions nécessaires.

Sur la période d'une année précédant l'amorce de la réflexion autour du projet de vie, j'ai mis en œuvre certaines procédures et certaines formes de travail nouvelles avec l'objectif de les faire expérimenter par les collaborateurs pour qu'ils en mesurent simplement l'intérêt pour eux-mêmes et pour les personnes âgées.

Cela a été le cas, pour des actions d'animation, pour les réunions de synthèses, pour des actions de travail en partenariat.

Aujourd'hui, œuvrer à la conception du projet de vie est une démarche plus aisée, dès lors qu'il s'agit de créer une cohérence dans les actions menées et d'en extraire le sens commun à toutes.

Permettre aux collaborateurs de mesurer sur le terrain, en situation de travail, les effets de certaines actions, a permis de ne pas tomber dans les phénomènes d'abstraction et ainsi de favoriser l'engagement de tout le monde autour du projet de vie.

3.2.3 – LA MOBILISATION DES PERSONNES ACCUEILLIES ET DE LEUR FAMILLE

Comme j'ai pu l'évoquer dans une partie précédente et en référence, notamment, au projet de rénovation de la loi de 1975, l'institution se doit d'informer les usagers des prises en charge qu'elle offre et des conditions de leur mise en œuvre.

⁽¹⁹⁾ Prévu par la convention collective du 31 octobre 1951, article 03.04, composé des délégués du personnel titulaires et suppléants ainsi que de l'employeur ou de son représentant.

En temps ordinaire, ces informations sont consignées dans le règlement intérieur et la participation des usagers et de leur famille est prévue au travers de la tenue du conseil d'établissement⁽²⁰⁾ mais, pour l'occasion, j'ai choisi d'élargir la consultation et d'y associer toutes les personnes volontaires.

Ce choix a été aussi dicté par la nécessité de créer un « choc » émotionnel, au sein de l'établissement, de manière à réveiller l'intérêt des personnes en s'adressant directement à elles et en leur demandant directement de s'exprimer sur leurs conditions de prise en charge.

Des personnes accueillies font donc partie du comité de pilotage et participent avec la même intensité (et parfois même plus forte) que les personnels et la représentante de l'organisme gestionnaire.

3.2.4 – LA PARTICIPATION DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

Il est partie prenante de la réflexion autour du projet de vie. La législation en vigueur prévoit un fonctionnement minimum. J'ai suggéré à la présidente, qui a de suite accepté, d'ouvrir les séances au public de l'établissement afin de rendre les personnes âgées et leur famille encore plus impliquées dans l'élaboration de ce projet de vie.

Ainsi, le déroulement d'une séance du conseil d'établissement comporte deux temps : le premier temps est réservé à l'examen des questions prévues à l'ordre du jour, le deuxième temps est réservé aux questions directes des usagers et aux réponses apportées.

3.3 – EVALUATION ET LIMITES DU PROJET

Tout projet doit être évalué si l'on veut garantir sa mise au service des usagers.

Une fois par an me paraît la bonne fréquence afin de ne pas le perdre de vue, de le faire vivre et aussi de maintenir les équipes en éveil par rapport au projet.

Au-delà d'un an, les énergies ont, selon moi, davantage de chance de s'estomper et l'intérêt de chacun de s'émousser.

Il est essentiel que ce travail d'évaluation soit mis en œuvre avec les mêmes instances que celles qui ont œuvré à la mise en place du projet, à savoir : le conseil de gestion, les personnels, les

⁽²⁰⁾ Instauré par le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991.

personnes accueillies et leur famille et le conseil d'établissement car ils sont, pour moi, concernés de la même manière.

J'ai choisi de faire appel à l'aide d'un intervenant extérieur et plus précisément, à un cabinet d'appui conseil afin, d'une part, de nous assurer d'un regard extérieur (ce qui me paraît toujours bénéfique en situation d'évaluation), et en même temps, de bénéficier d'apports techniques d'évaluation.

A ce jour, j'ai pris un premier contact avec un cabinet d'appui conseil de la région, cabinet plus spécialisé dans le secteur social et médico-social. Nous avons convenu que je lui remettais un certain nombre de documents, de comptes rendus de réunions concernant le projet de vie afin que la personne, chargée de nous aider, puisse prendre la mesure de ce projet de vie.

A partir de l'examen de ces pièces, d'autres actions seront à préciser en fin d'évaluation.

Cela dit, et indépendamment de cette évaluation, une évaluation interne a été faite au bout de six mois de fonctionnement, à partir de la mise en place effective du projet de vie. Elle a permis d'accompagner les équipes dans les difficultés et de procéder sans attendre à des réajustements au vu des premières pratiques.

D'ores et déjà, je peux dire que toutes les actions nouvelles, engagées auprès des usagers, sont totalement intégrées, par les bénéficiaires et les personnels, à la prise en charge. Elles font maintenant intégralement partie de la prestation.

En ce qui concerne les usagers, ces nouveaux services que sont les groupes de parole, le travail de la mémoire, la rédaction d'un journal, pour n'en citer que quelques-uns, sont attendus d'autant plus qu'ils figurent dans le livret d'accueil.

Les personnes les plus valides, par contre, ont tendance à penser que toutes ces actions nouvelles ne les concernent pas, certaines leur paraissant même futiles.

On peut effectivement se réjouir de « l'auto gestion » de certaines personnes ; il faut à mon sens la favoriser et la rendre possible le plus souvent.

Cependant, pour éviter tout malentendu, j'ai fixé pour objectif aux équipes de s'arrêter sur ces quelques personnes qui, en apparence, se débrouillent seules, ne font jamais appel à personne, semblant parfaitement adaptées, afin que chaque situation soit examinée en réunion de synthèse pour déterminer si une intervention est nécessaire, pour en fixer les moyens ainsi que son mode d'évaluation.

En ce qui concerne les collaborateurs, c'est encore quelques résistances qui subsistent plus particulièrement au niveau des personnels les plus anciens en âge. Ces personnes, très minoritaires,

ne cherchant que leur confort de travail et se sentant bousculées dans leurs habitudes, perdent toute notion de prestation au service des usagers. Elles s'obstinent à penser qu'elles n'avaient pas besoin de tout ce travail autour du projet de vie pour définir les prestations qu'elles prétendent assurer elles-mêmes, seules et depuis longtemps déjà.

Les limites du projet de vie, ce sont aussi celles fixées par la capacité des personnels à se centrer sur une approche plus professionnelle de leur travail et à accepter la rigueur nécessaire afin de donner un sens aux actions menées pour tendre vers un objectif commun.

Ainsi, deux personnes se sont trouvées en grande difficulté, dans cette nouvelle forme de travail, au point qu'après de longs et répétés arrêts maladie, elles ont été reconnues inaptes définitives à tout travail dans l'institution par le médecin du travail. Elles ont par conséquent été licenciées pour ces motifs.

D'autres faiblesses du dispositif ont été très tôt observées. L'essentiel des remarques a porté sur le décalage constaté par les équipes entre l'engouement manifesté par tout le monde au moment de l'élaboration du projet de vie et puis l'absence de meneur au quotidien, ce qui avait pour conséquence de créer une certaine distance avec le projet.

J'ai donc choisi de nommer, avec son consentement bien entendu, un « meneur », (c'est bien le terme que nous avons retenu) dans chaque métier exercé au sein de la maison de retraite. Les quatre personnes déléguées sont plus particulièrement chargées d'accompagner la mise en œuvre de ce projet de vie afin qu'il trouve progressivement sa place dans la culture de l'établissement.

Ce projet de vie me paraît être un bon moyen pour mettre l'établissement sur la voie de l'amélioration de la qualité. La recherche de la qualité est en marche maintenant dans la maison de retraite, l'amélioration de cette qualité devrait, du moins je le souhaite vivement, consolider la dynamique en cours et ce en faveur des personnes accueillies au sein de l'établissement.

CONCLUSION

L'amélioration des conditions de vie des personnes âgées demeurant en établissement est encore d'actualité alors que le programme d'humanisation des hospices en est à sa vingtième année d'existence : constat pour le moins surprenant.

En réalité ce sont essentiellement des actions de rénovation des bâtiments et de modification de statut des hospices qui ont marqué les premiers changements.

A partir de 1975, bon nombre d'établissements ont été rénovés avec pour seule vision celle de l'architecture trop souvent calquée sur le modèle hospitalier en éludant la question du lieu de vie.

Est ensuite venu l'engagement pour l'animation où, pour rompre avec l'image des « mouroirs », on s'est ingénié à introduire des activités de loisirs, au caractère généralement infantilisant, et ce, d'une manière plus souvent contrainte que choisie par les personnes âgées.

Enfin, le concept de médicalisation est apparu pour répondre aux besoins de soins et d'hygiène des personnes âgées.

Parallèlement, la représentation de la personne âgée a connu une évolution considérable.

Dans les années 1970, le vieux était celui que l'on négligeait, à l'égard duquel on témoignait parfois de l'indifférence.

A la fin des années 1980, les choses ont beaucoup évolué, les établissements sont mieux aménagés, les soignants mieux formés.

Le vieux devient alors l'objet de toutes les attentions de soins. Au vieillard indigent, souffrant d'exclusion qu'évoque le « Rapport Laroque » s'est substitué, trente ans après, celui qu'on gériatrise.

C'est probablement de ce paradoxe que sont nées la mobilisation des professionnels soignants ou non soignants, et celle des institutions d'hébergement.

Mais parler de prise en charge plus globale est encore pour beaucoup une sorte de révolution culturelle au regard des formations initiales basées sur l'acquis des techniques de diagnostic, de soins, d'animation.

Au milieu des années 1980 on a commencé à parler des mots vie et accueil. En 1995, l'UNIOSS⁽²¹⁾ mettait en œuvre les premières assises des maisons de retraite avec pour thème : « Adapter pour mieux accueillir ».

Ce mouvement a bien illustré le désir de bon nombre d'acteurs du secteur des personnes âgées, de réintroduire une dimension plus complète de la prise en charge tournée notamment vers la vie.

L'établissement que je dirige n'a pas échappé à cette évolution :

- ♦ Une population de plus en plus vieillissante observée notamment au travers d'indicateurs tels que les âges d'entrée en institution et le raccourcissement de la durée du séjour au sein de l'établissement.
- ♦ Une augmentation de la dépendance aujourd'hui mesurée à l'aide de la grille AGGIR et à l'aide d'autres indicateurs encore tels que définis paragraphe 1.2.3.
- ♦ Des réponses inadaptées, notamment centrées sur les soins médicaux, tandis que les besoins relatifs à l'accompagnement dans les actes de la vie concernant ceux nécessitant des réponses concertées, plus globales et donc partenariales étaient insuffisamment, voire pas du tout, pris en compte.

C'est donc en préconisant l'élaboration d'un projet de vie que j'ai amené les différentes parties de la maison de retraite (congrégation, usagers, familles, professionnels), à élargir le cadre de l'intervention classique pour la rendre plus globale, prenant en compte les différents aspects de la personne en veillant tout particulièrement à une évaluation contradictoire des besoins notamment pour les personnes les plus en difficulté et dans l'incapacité d'exprimer un quelconque avis sur leurs conditions de prise en charge.

Œuvrer à la mise en place de ce projet de vie, c'est réunir les conditions pour laisser la place à la vie en complément du besoin de soin, d'assistance, de sécurité et des inévitables contraintes de la vie institutionnelle.

C'est notamment accorder une attention toute particulière aux choix que chaque personne âgée peut faire pour tout ce qui touche à la vie quotidienne et personnelle.

Pour rendre cela possible, il a fallu donner à l'équipe les moyens d'être attentive au respect des choix et préférences de chaque personne.

La mise en place du projet de vie, c'est aussi susciter l'avis, les suggestions, voire les critiques des professionnels, des familles.

⁽²¹⁾ UNIOSS : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Ce projet de vie a forcé les réactions contre des points de vue figés sur les rôles et les statuts des différents acteurs concernés, installés depuis plusieurs années dans la maison de retraite.

J'ai pu me rendre compte que donner du sens au travail, avec des personnes âgées dont l'entrée en institution marque souvent une éprouvante rupture, et rechercher les potentialités de chacun, quelles que soient ses difficultés physiques ou psychiques, sont autant de moyens de motiver et de former une équipe. La formation et un recrutement plus adaptés jouent également un rôle fondamental comme leviers de changement.

Il n'y a pas, pour moi, de projet sans évaluation, dont l'intérêt est de pointer les forces et d'améliorer les faiblesses, mais cette démarche spécifique du projet de vie, parce qu'elle se fonde sur la prise en compte de paroles de tous les acteurs en présence et de dynamiques contradictoires sur les valeurs partagées, peut davantage permettre d'agir sur nos dysfonctionnements.

Ainsi, répondre à une nécessaire prise en charge plus globale des personnes âgées dépendantes par la mise en œuvre d'un projet de vie avec toutes ses exigences, constitue, pour moi, un gage de qualité qu'il faudra peut être compléter un peu plus tard par une démarche plus spécifique relative à la qualité.

Quant aux réflexions toujours actuelles concernant le financement de la dépendance, vont-elles enfin trouver un épilogue dans le projet de loi réformant l'actuelle prestation spécifique dépendance ?

Le Premier Ministre a confirmé que la prise en charge de la dépendance devait s'inscrire dans une coordination dont les départements ne seraient pas exclus mais relèverait davantage de la solidarité nationale.

De plus, cette gestion de la nouvelle « Aide Personnalisée » à l'autonomie serait confiée au département et aux caisses de sécurité sociale, et ce, en fonction des groupes iso-ressources.

Nous sommes encore loin du souhait de certains de voir une réforme dans le sens d'une intégration de la gestion du risque dépendance des personnes âgées par la sécurité sociale.

ANNEXES

- ANNEXE 1** Poème « Les Vieux »
- ANNEXE 2** AGGIR : Groupe Iso-Ressources
- L'évaluation qualitative
 - L'évaluation quantitative
- ANNEXE 3** Bilan social d'entrée

ANNEXE 1

LES VIEUX

*Je voudrais m'adresser à ceux
Qui ne veulent pas être des « Vieux » !
Alors amis que cela choque,
Comment désigner notre époque ?
Il faut bien une appellation
Pour ceux de ma génération !*

*D'autres ont cherché avant nous
Des mots plus « jeunes », des mots plus doux.
Quelqu'un me souffle : « les anciens »...
Les anciens, vous trouvez ça bien ?
La poussière, les antiquités !*

*Moi, ce qui me met en rage,
C'est le terme « troisième âge »,
Qui fait penser à la layette,
Au biberon, à la poussette ;
C'est une véritable offense :
On nous rejette dans l'enfance !*

*Eh Bien non ! j'ai beau réfléchir,
Et puisque, hélas, il faut vieillir,
Acceptons donc, faute de mieux,
D'être simplement de « bons vieux ».*

*Ce mot évoque la tendresse,
Les pépés de notre jeunesse,
L'accord si doux et si confiant
Des vieux et des petits enfants.*

*Alors, chers amis au grand âge,
Montrons-nous donc un peu plus sages,
Heureux et fiers d'être vieux,
Puisque ne vieillit pas qui veut.*

ANNEXE 2

AGGIR est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie et de définir un groupe iso-ressource.

Les groupes iso-ressources :

Les groupes iso-ressources ont été constitués par combinaison des dix variables discriminantes de leurs trois modalités (A, B, C) et d'une variable supplémentaire indiquant l'importance de l'aide apportée lorsque les personnes ne peuvent effectuer seules les activités discriminantes.

Le groupe 1 :

Il s'agit de personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Dans ce groupe se trouvent, entre autres, des personnes en fin de vie.

Le groupe 2 :

Deux sous groupes essentiels composent le groupe 2 :

- ♦ Les grabataires lucides ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Une majorité d'entre elles n'assurent pas seule tout ou partie de l'hygiène de l'élimination, de la toilette, de l'habillement et de l'alimentation.

Ceci nécessite une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit.

- ♦ Les déments déambulants ou les détériorés mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés.

La conservation de leurs activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

Le groupe 3 :

Il s'agit essentiellement de personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ils n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

Ils nécessitent une surveillance permanente.

Le groupe 4 :

Deux sous groupes essentiels dans le groupe 4 :

- ◆ Ceux qui n'assument pas seuls leurs transferts mais qui, une fois levés, ont des activités de déplacements à l'intérieur du logement et qui par ailleurs doivent être aidés ou stimulés pour la toilette, l'habillage et dont la presque totalité s'alimente seul.
- ◆ Ceux qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles y compris pour les repas.

Pour ces deux sous-groupes, il n'existe plus de personnes n'assumant pas seule ou totalement l'hygiène de l'élimination, mais des aides ponctuelles ou partielles peuvent être nécessaires.

Pour ces personnes les aides de tiers sont indispensables au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part.

Le groupe 5 :

Toutes les personnes de ce groupe assurent seules leurs transferts et les déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules.

Elles nécessitent une surveillance ponctuelle qui peut être étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Ce sont typiquement des personnes ayant besoin pour l'essentiel d'heures d'aides ménagères.

Le groupe 6 :

Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

(Le présent document ne décrit que les profils les plus statistiquement fréquents.)

Tableau de synthèse :

Ce tableau est représentatif des différences au niveau de la prise en charge.

	Surveillance	Présence	Fréquence des actions
Groupe 1	Permanente	Permanente	Permanente
Groupe 2	Permanente	Importante	Importante
Groupe 3	Non permanente	Importante	Importante
Groupe 4	Non permanente	Non permanente	Ponctuelle
Groupe 5	Ponctuelle	Ponctuelle	Ponctuelle

L'EVALUATION QUALITATIVE REPOSE SUR TROIS ELEMENTS : CHOIX DE VARIABLES, METHODE D'ANALYSE, MODALITES

a) Un choix de variables

Des variables discriminantes (relatives aux actes essentiels de la vie) qui sont :

COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon censée.

ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.

TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle.

HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter.

ALIMENTATION : manger les aliments préparés.

ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

TRANSFERTS : se lever, se couler, s'asseoir.

DEPLACEMENT : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.

A L'INTERIEUR

DEPLACEMENT : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.

A L'EXTERIEUR

COMMUNICATION : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette.

A DISTANCE

Des variables illustratives qui sont :

GESTION :	gérer des affaires, budgets, se servir de l'argent, demandes administratives, formulaires.
CUISINE :	préparer des repas.
MENAGE :	effectuer l'ensemble des travaux ménagers.
TRANSPORTS :	prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par mois).
ACHAT :	acquisition directe ou par organisme.
SUIVI DU TRAITEMENT	se conformer à l'ordonnance de son médecin.
ACTIVITE DU TEMPS LIBRE	sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe temps.

b) Une méthode d'analyse

Il s'agit de l'observation sur la manière dont la personne effectue seule ces activités, ce qui permet de ne pas confondre ce que fait la personne âgée et ce que font les aidants et les soignants.

c) Les modalités

A correspond à : « fait seul, totalement, habituellement et correctement. »

B correspond à : « fait partiellement ou non habituellement ou non correctement. »

C correspond à : « Ne fait pas. »

L'EVALUATION QUANTITATIVE :

Elle s'effectue en introduisant la charge de soins (importance des aides à apporter par un tiers).

Elle concerne des ensembles d'individus et résulte d'un double classement. Elle aboutit à la constitution de six « Groupes Iso-Ressources » :

GIR I : - Personnes confinées au lit ou dans un fauteuil aux fonctions intellectuelles gravement altérées.

GIR II : - Personnes confinées au lit ou dans un fauteuil aux fonctions intellectuelles pas totalement altérées.

- Personnes aux fonctions mentales altérées mais avec capacité de se déplacer.

GIR III : - Personnes avec leurs fonctions intellectuelles, une capacité partielle de se déplacer mais aidées pour leur autonomie corporelle

GIR IV : - Celles qui se déplacent seules à l'intérieur du logement et ont besoin d'aides à la toilette et à l'habillage.

- Celles qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais ont besoin d'aides pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR V : - Se déplacent, s'alimentent et s'habillent seules mais ont besoin d'aides ponctuels pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR VI : - Toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

ANNEXE 3

NOM :

PRENOM :

BILAN SOCIAL A L'ENTREE

Age :

Sexe : M F

Motif de l'admission :

Le résidant est-il d'accord :

Personne qui a pris la décision :

LIEU DE VIE ANTERIEUR**Lieu :**

Campagne

Village

Ville

Habitat :

Isolé

Maison Particulière

Immeuble

Etablissement Hospitalier

Etablissement à caractère social

Communauté religieuse

COMPOSITION DU FOYER

Personne seule

Vivait avec enfant(s)

Vivait avec conjoint (e)

Vivait avec enfant(s) et
petit(s) enfant(s)

Le résident a-t-il vécu des deuils récents ? **ENVIRONNEMENT HUMAIN**

Famille

Voisinage

Soins à domicile

Amis

Aide-ménagère

Lien relationnel

HABITUDES DE VIE**Horaires :**

Lever

Petit déjeuner

Déjeuner

Goûter

Dîner

Coucher

Hygiènes :

Se lave seul(e)

Aide IDE à domicile

Aide de la famille

Repas :Préparés seul(e)

Préparés par quelqu'un :

♦ famille/amis ♦ collectivité (portage) ♦ aide ménagère

VIE SOCIALE LOCALE

Sort peu Sort fréquemment Fait ses courses seul(e) Aidé(e) Participation au Club
du 3^{ème} âge

Autre :

Dans l'établissement affinités avec

CARACTERE DU RESIDANT

Que dit la famille ?

Que dit le résidant lui-même

Le résidant est-il ?

triste anxieux déprimé agressif communicatif émotif

VIE PROFESSIONNELLE ANTERIEURE

Profession

Lieu d'exercice (entreprise et ou ville)

RELIGION

Laquelle ?

Messe

Autres :

CENTRES D'INTERETS

LECTURE		COUTURE		PETANQUE		MUSIQUE ET CHANT	
CARTES		BRODERIE		PROMENADES		PHOTO VIDEO	
JEUX		TRICOT		VOYAGES		CONVERSATION	
GYM		BRICOLAGE		PECHE		TRAVAUX MANUELS	
GYM CERVEAU		JARDINAGE		MAGASINS		ANIMAUX	

Autres centres d'intérêts à préciser :

SITUATION SOCIALE

Mesure de protection judiciaire

- ♦ Type de mesure
- ♦ Nom du curateur ou tuteur

Donation contre soins

Devenir : Foyer logement

Domicile sans aide

Domicile avec aide (*)

- famille - amis - voisinage
- tierce personne - aide ménagère - SAD

DESIRS DE LA PERSONNE

.....

.....

.....

PRIORITES A METTRE EN ŒUVRE

.....

.....

.....

.....

.....

(*) Rayer les mentions inutiles dans les situations déclinées ci-dessous.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- > ATTIAS-DONFUT. C., *Génération et âge de la vie*, Paris, PUF, Collection « Que sais-je ? », 1991.
- > BOUTINET Jean Pierre, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 1992.
- > CALLOCH Pierre, *La responsabilité des établissements sanitaires et sociaux*, TSA, Collection Droit et Société Paris, 1996.
- > DANIEL, MEDA Dominique, *Politiques sociales*, 2^e édition et mise à jour, Presses de Sciences Po et Dalloz 1997.
- > DOBIECKI Bernard, *Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui*, ESF éditeur, 1998.
- > DREYFUS Françoise, D'ARCY François, *Les institutions politiques et administratives de la France*, Edition Economica, 5^e édition, 1997.
- > GEREMEK Bronislav, *La potence ou la pitié – l'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jours*, Edition Gallimard, 1978.
- > JAEGER Marcel (textes réunis par), *Guide de la législation en action sociale*, DUNOD, Paris, 1999.
- > JOINT-LAMBERT Marie Thérèse, *Les politiques sociales*, Paris, Dalloz, 1994.
- > LOUBAT J.R., *Elaborer son projet et établissement social et médico-social*, DUNOD, Collection Action Sociale Paris, 1997.
- > MAJNONI D'INTIGNANO, *La Protection Sociale*, Editions de Fallois, Collection Livre de Poche, Paris, 1997.
- > MIRAMON Jean .Marie, COUET Denis, PATURET Jean Bernard, *Le métier de directeur*, Techniques et fictions: Rennes, ENSP, 1992.
- > MIRAMON Jean Marie, *Manager le changement dans l'action sociale*, ENSP Editeur, 1996.
- > PITAUD Ph., VERCAUTEREN R., *Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale*, Ramonville, Erès, Pratiques d champ social.
- > ROGER FONTAINE, *Manuel de psychologie de vieillissement*, DUNOD, Paris, 1999.
- > SCHOPFLIN. P. sous la direction de..., *Rapport de la commission « Dépendance et solidarité »*, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, 1991.
- > THEVENET Amédée, *Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social*, ESF, Collection Action Sociales, Paris, 1996.
- > VEYREREGNER Claire, *La responsabilité du directeur d'établissement pour personnes âgées*, FNADEPA, 1999

REVUES, PUBLICATIONS, ARTICLES, RAPPORTS

- > « Art et vieillissement », Revue gérontologie et société, Cahiers de la fondation nationale de gérontologie, n° 87 1990, 201 p.
- > BOULARD Jean Claude, *Vivre Ensemble*, Paris, Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 1991
- > CHARPIN J Michel, *Projet de rapport sur les retraites*, Paris, Commissariat Général du Plan, 1999
- > Conseil Général des Pyrénées Atlantiques, *Schéma Départemental en faveur des Personnes Agées*, Novembre 1999

- > LAROQUE Pierre, Code de la vieillesse, *Commission d'études sur les problèmes de la vieillesse*, Paris: Documentation Française, 1962
- > *Qualité de vie*, Revue gérontologie et société, Cahiers de la fondation nationale de gérontologie, n° 78, Octobre 1996, 167 p.
- > SCHOPLIN Pierre, *Dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées*, Paris, Documentation Française 1991
- > *Trente ans de politique vieillesse*, Revue gérontologie et société, Cahiers de la fondation nationale de gérontologie n° 81, Juin 1997, 231 p.
- > UNIFORMATION, *Elaborer un plan de formation, mais c'est simple !* Uniformation 1994.

LOIS

- > Projet de rénovation de la Loi 75-535 du 30 juin 1975, *relative aux institutions sociales et médico-sociales*
- > Loi 83-663 du 22 juillet 1983 *relative à la répartition des compétences entre les Communes, les Départements, les Régions et l'Etat*
- > Loi 86-17 du 6 janvier 1986 *adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'Aide sociale et de Santé*
- > Loi 97-60 du 24 janvier 1997 *relative à la Prestation Spécifique Dépendance*