

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

I.R.T.S. – AQUITAINE

**DEVELOPPER LE PROJET PERSONNALISE, LEVIER DE
RESOCIALISATION DE LA PERSONNE AGEE
EN MAISON DE RETRAITE**

SACRISTE Dominique

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
1 CONNAISSANCE DE LA PERSONNE AGÉE.....	9
1.1 VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT	9
1.2 LE HANDICAP ET LA DÉPENDANCE	10
1.3 AUTONOMIE	12
1.4 LA POPULATION CONCERNÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DES PERSONNES ÂGÉES.....	12
1.5 L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ÂGÉE.....	14
1.5.1 <i>L'évolution démographique dans les pays occidentaux</i>	14
1.5.2 <i>Le vieillissement de la population Française</i>	14
1.5.3 <i>La réalité de la région Poitou-Charentes</i>	15
1.5.4 <i>La dépendance en Charente</i>	15
1.5.5 <i>L'équipement existant pour la prise en charge de la dépendance en Charente</i>	16
1.5.6 <i>Le schéma Départemental</i>	17
1.6 LES POLITIQUES SOCIALES : D'UNE LOGIQUE D'ASSISTANCE VERS UNE LOGIQUE DE CITOYENNETÉ.....	18
1.6.1 <i>Le maintien à domicile</i>	19
1.6.2 <i>La vie en institution</i>	20
1.6.2.1 La loi du 24 janvier 1997 sur la Prestation Spécifique Dépendance.....	22
1.6.2.2 La réforme de la tarification	23
1.6.2.3 La convention tripartite : vers une démarche qualité pour les établissements	23
1.6.2.4 La rénovation de la loi de 1975 : revoir l'ensemble des dispositifs	24
1.6.2.5 Le rapport Guinchard-Kunstler : reconsidérer la place de la personne âgée	24
1.7 L'HÔTEL DE RETRAITE DE RUELE	25
1.7.1 <i>La ville de Ruelle</i>	25
1.7.2 <i>L'établissement que je dirige</i>	26
1.7.2.1 Les valeurs fondatrices	26
1.7.2.2 L'évolution de l'établissement	27
1.7.3 <i>L'effectif en personnel</i>	28
1.7.4 <i>La population accueillie à l' Hôtel de Retraite</i>	28
1.7.4.1 L'hébergement permanent	28
1.7.4.2 L'hébergement temporaire	29
1.7.4.3 L'accueil de jour.....	30
1.7.4.4 La durée moyenne de séjour à l' Hôtel de Retraite	30
1.7.4.5 La répartition géographique :.....	30
1.7.5 <i>La situation actuelle et la problématique dominante pour le directeur</i>	30
1.7.5.1 Vers une médicalisation surdimensionnée ?.....	31
1.7.5.2 Vieillir à l'Hôtel de Retraite ne doit pas être une maladie.....	31
1.7.5.3 La vie au-delà de la dépendance	32
1.7.5.4 Le personnel et les familles dans l'incompréhension mutuelle	33
2 DE LA LÉGITIMITÉ AUX LIMITES DU PROJET PERSONNALISÉ.....	36
2.1 DE LA NOTION GÉNÉRALE DE PROJET À CELLE DE PROJET PERSONNALISÉ.....	36
2.1.1 <i>Le projet</i>	36
2.1.1.1 La gestion du projet	36
2.1.1.2 Le projet au service de la gestion de l'incertitude	37
2.1.1.3 Une démarche de projet : l'implication et la cohésion des acteurs	37
2.1.2 <i>Les fondements du projet personnalisé</i>	38

2.1.2.1	Passer du prêt-à-porter au fait-sur-mesure	39
2.1.2.2	Les concepts-clés , pour la promotion de la personne	39
2.1.2.3	Les finalités du projet personnalisé: Faire exister l'utilisateur	40
2.1.2.4	Le projet personnalisé existe déjà dans le secteur de l'enfance handicapée	40
2.1.2.4.1	Les annexes XXIV.....	40
2.1.2.5	Les points d'achoppement.....	41
2.2	LA LÉGITIMITÉ DU PROJET PERSONNALISÉ DANS LE SECTEUR DES PERSONNES ÂGÉES	42
2.2.1	<i>Les besoins</i>	42
2.2.1.1	La hiérarchisation des besoins selon A. Maslow.....	42
2.2.1.2	Les quatorze besoins selon Virginia Henderson :	43
2.2.2	<i>Les désirs</i>	45
2.2.3	<i>Les droits et libertés</i>	46
2.2.3.1	La charte des personnes âgées dépendantes	46
2.3	LES FREINS À LA MISE EN PLACE DU PROJET PERSONNALISÉ DANS LE SECTEUR DES PERSONNES ÂGÉES.....	46
2.3.1	<i>La représentation sociale de la vieillesse</i>	47
2.3.1.1	Une division de la vieillesse	47
2.3.1.1.1	L'âge de la retraite	47
2.3.1.1.2	L'âge de la grande vieillesse.....	48
2.3.1.1.3	Une charge pour l'entourage	48
2.3.1.2	Un remède : La valorisation des rôles sociaux.....	49
2.3.2	<i>La relation entre la famille et l'institution</i>	50
2.3.2.1	La famille que se construit la personne âgée	50
2.3.2.2	Le fonctionnement familial.....	51
2.3.2.2.1	L'apparition des dysfonctionnements	51
2.3.2.2.2	La dépossession de l'être âgé.....	52
2.3.2.2.3	L'atteinte de l'intimité.....	52
2.3.2.2.4	Les réactions familiales	53
2.3.2.2.5	L'incompréhension entre la famille et l'institution	53
2.3.3	<i>La culture des professionnels</i>	54
2.3.3.1	Le soin et non le prendre soin	54
2.3.3.2	Revoir les modes d'apprentissage	56
2.3.3.3	Changer la culture des professionnels : De la gériatrie à la gérontologie	56
2.3.3.4	L'usure des professionnels	58
2.3.3.4.1	Le burn out.....	58
2.3.3.4.2	Le poids de la mort	58
2.3.3.5	Ces institutions à caractère humain qui deviennent totalitaires	59
2.3.3.5.1	Lieu de vie et lieu de travail.....	59
2.3.3.5.2	La domination d'un groupe social sur un autre groupe social.....	61
2.3.3.5.3	La peur du changement.....	61
3	INSTALLER LE PROJET PERSONNALISÉ A L'HOTEL DE RETRAITE DE RUELLE.....	63
3.1	LES OBJECTIFS DU PROJET	63
3.2	LES ÉTAPES DU PROJET PERSONNALISÉ	63
3.2.1	<i>La démarche du projet personnalisé</i>	64
3.2.1.1	L'admission, la réponse administrative.....	64
3.2.1.2	L'accueil	64
3.2.1.3	La mise en place du référent, le garant du projet.....	65
3.2.1.4	Les réunions de projet, la validation du projet personnalisé.....	66
3.2.1.5	Les rencontres avec les familles, pour consolider le lien social du résident	67
3.2.1.6	La contractualisation de la démarche	67
3.2.1.7	L'évaluation du projet personnalisé.....	67
3.3	LA FORMALISATION DU PROJET PERSONNALISÉ	68
3.3.1	<i>Le dossier personnalisé : la prise en compte des besoins du résident</i>	68
3.3.1.1	Le dossier administratif	68
3.3.1.2	Le dossier soins	68
3.3.1.2.1	Le dossier médical.....	68
3.3.1.2.2	Le dossier infirmier.....	69
3.3.1.3	Le projet de vie	69
3.4	LES MODIFICATIONS SUBSTANTIELLES DE L'EXISTANT	70
3.4.1	<i>La mise en place progressive de la centration sur l'utilisateur</i>	70

3.4.2	<i>Adapter les réunions institutionnelles en réunions de projet.....</i>	71
3.4.3	<i>La création d'un temps de rencontre avec les familles.....</i>	71
3.4.4	<i>Instaurer des réunions de régulation d'équipe.....</i>	72
3.4.5	<i>Les besoins en formation.....</i>	72
3.4.5.1	Repenser l'organisation des moyens humains.....	75
3.4.5.2	La réactualisation du projet d'établissement.....	76
3.4.6	<i>L'informatisation du dossier individuel, le logiciel Osiris.....</i>	76
3.5	LA STRATÉGIE DU DIRECTEUR POUR INSTAURER LE PROJET PERSONNALISÉ	77
3.5.1	<i>La stratégie de la théorie au particulier</i>	77
3.5.2	<i>Le lien avec le conseil d'administration</i>	78
3.5.2.1	Le projet associatif de l'Hôtel de Retraite de Ruelle, être au service de tous les besoins de l'utilisateur.....	78
3.5.2.2	La volonté du Conseil d'Administration et la demande faite au directeur.....	78
3.5.3	<i>Le lien avec les autorités de contrôle</i>	79
3.5.4	<i>Utiliser les atouts de l'établissement.....</i>	79
3.5.4.1	Les compétences du personnel.....	80
3.5.4.2	L'image positive de l'établissement.....	80
3.5.5	<i>La communication du projet.....</i>	80
3.5.5.1	La communication générale.....	80
3.5.5.2	Les entretiens individuels annuels	82
3.5.6	<i>La création d'un comité de suivi</i>	82
3.5.7	<i>L'incidence financière.....</i>	84
3.5.7.1	L'incidence liée au recrutement d'un psychologue à temps partiel.....	84
3.5.7.2	L'incidence liée à la formation continue	84
3.6	L'ÉVALUATION DU PROJET	85
3.6.1	<i>L'évaluation de l'amélioration des prestations et du ressenti des usagers et de leur famille</i>	85
3.6.2	<i>L'évaluation de la motivation du personnel.....</i>	86
CONCLUSION.....		86
BIBLIOGRAPHIE.....		87
ANNEXES		88

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Structure d'Age de la population de la région Poitou – Charentes.....	15
Tableau 2 : Liste du personnel	27
Tableau 3 : Répartition des G.I.R.....	28
Tableau 4 : Cotisations affectées à la formation continue.....	84
Tableau 5 : Répartition et planification des formations.....	84
Figure 1 : Pyramide de Maslow.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS

A.G.G.I.R	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
A.S	Aide-soignant
A.S.H	Agent des Services Hospitaliers
C.A	Conseil d'Administration
C.R.I.S.M.S	Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales
C.R.O.S.S	Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale
D.A.S	Direction de l'Action Sociale
D.C.N	Direction des Constructions Navales
D.D.A.S.S	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.H	Direction des Hôpitaux
E.C.A.N	Etablissement des Constructions et Armes Navales
E.T.P	Equivalent Temps Plein
F.E.H.A.P	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés
G.I.R	Groupe Iso Ressources
I.D.E	Infirmier Diplômé d'Etat
I.N.S.E.E	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
P.S.D	Prestation Spécifique Dépendance
S.C.M	Section de Cure Médicale

INTRODUCTION

L'entrée des personnes âgées en institution se fait de plus en plus tardivement face à l'accroissement de l'espérance de vie et au succès des politiques de maintien à domicile.

Les institutions qui hébergent les personnes âgées sont représentées par une population de plus en plus dépendante dont les besoins d'accompagnement sont multiples. Cependant, face à cette catégorie d'usagers, les professionnels marqués par une culture hospitalière, ont tendance à surdimensionner l'aspect médical au détriment des autres besoins humains et sociaux de la personne âgée.

Celle-ci se retrouve alors isolée dans la dépendance, dans cette « maladie » qui ne guérira pas et est petit à petit dépossédée de son rôle social au sein même de la famille ou plus largement de la société.

Elle est confinée dans un univers restreint, où la plupart des décisions sont prises, à titre d'expert, par des tierces personnes qui se soucient peu de son vécu. Vivre implique de prendre des risques, le refuser aux personnes âgées constitue un refus du droit à la vie.

Ces différentes observations ont mis en évidence la nécessité de considérer la personne âgée non plus comme un objet, mais comme une personne à part entière.

L'Hôtel de Retraite de Ruelle, situé en Charente, occupe une place observée par les autorités de contrôle sur le développement de la qualité des prestations. Marqué depuis la création de l'établissement par le souci de maintenir les résidents dans leur propre histoire, le besoin de considérer la personne âgée comme une personne à part entière est un sujet actuel pour les acteurs de l'institution.

L'objet de ce travail représente la volonté commune du Conseil d'Administration, du directeur et des professionnels de voir les interventions se centrer autour du résident.

Dans la première partie de ce travail, après avoir décrit la situation actuelle des personnes âgées et les réponses qui leur sont apportées par les politiques sociales, la problématique liée à l'Hôtel de Retraite apparaît afin d'énoncer le sujet de la réflexion :

Comment permettre au résident d'être resocialisé en n'étant plus un objet de soins ?

La réflexion autour d'axes théoriques se situe dans la deuxième partie et amène la confirmation que l'utilisation du projet personnalisé est un remède essentiel aux problèmes rencontrés.

La problématique sera traitée dans la troisième partie avec la mise en œuvre de ce projet personnalisé qui vient valider l'hypothèse posée précédemment.

Cette dynamique va permettre de créer un lien entre chaque acteur et améliorera le quotidien des professionnels qui ont tendance à ne plus voir chez les résidents les potentiels enfouis.

Ainsi l'institution va offrir aux résidents, la possibilité de continuer leur vie, entourés de ce qui a façonné leur existence.

1 CONNAISSANCE DE LA PERSONNE AGÉE

Nous ne pouvons écrire à propos des personnes âgées sans définir au préalable plusieurs termes qui reviendront sans cesse dans cet écrit.

1.1 Vieillesse et vieillissement

Le dictionnaire Hachette définit la vieillesse par « une période ultime de la vie, le fait d'être vieux », alors que le vieillissement serait « le fait de vieillir ».

L'encyclopédie Encarta est plus explicite sur le vieillissement en le définissant par l'« ensemble de modifications biologiques communes à tous les êtres vivants, qui semblent apparaître inévitablement et irréversiblement avec le passage du temps et qui aboutissent à un affaiblissement des différentes fonctions de l'organisme, puis à la mort. Les effets du temps et leur amplitude sont très différents d'une espèce vivante à l'autre et, au sein d'une même espèce, d'un individu à l'autre ».

Simone de Beauvoir disait, « la vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non-sens que revêt le vieillissement au sein d'une société met celle-ci toute entière en question puisqu'à travers elle, se dévoilent le sens ou le non-sens de toute la vie antérieure »¹. Quelle fonction sociale est alors donnée à un être vieillissant, et selon les différents handicaps qui le concernent, quelle place dans cette même société ?

Si la vieillesse apparaît être une étape de la vie, le vieillissement s'impose dès la naissance à une vitesse variable selon les individus. La question qui persiste est de savoir à quel moment on devient vieux ? Le signe le plus perceptible du vieillissement est constitué par la baisse de la capacité d'adaptation au milieu environnant. Il ne tient pas compte de l'état civil, il est différent d'une personne à l'autre en fonction de facteurs multiples internes et externes.

Le vieillissement qui s'installe progressivement au cours de la vie, ne devrait pas être ressenti comme une perte évolutive mais comme la somme de capacités et de connaissances. Cette richesse capitalisée depuis la naissance fait la valeur de l'être humain. Malheureusement, les difficultés d'ordre médical ou social qui apparaissent quelques fois ont tendance à primer sur toutes les autres capacités de la personne.

Cette étape de la vie évolue dans un contexte négatif et discriminant, où le handicap et la dépendance se mélangent sans que la société puisse mettre en évidence les ressources encore existantes de l'âgé.

¹ Simone de BEAUVOIR, *La Vieillesse*, Collection « Idées », Editions Gallimard.

Il convient alors de définir ce que peuvent représenter le handicap d'un côté et la dépendance de l'autre.

1.2 Le handicap et la dépendance

Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'aide pour des actes quotidiens qu'elles ne peuvent plus assumer seules. Cet état les place dans une situation ambiguë vis à vis de l'entourage ou des tiers qui interviennent auprès d'elles. Il est, je crois, important avant de parler de la nature des aides dont elles peuvent avoir besoin de distinguer les altérations qui apparaissent, leur nature ainsi que les conséquences qu'elles entraînent.

Wood a distingué trois concepts en proposant une classification des patients atteints de maladies chroniques, qui sont : la déficience, l'incapacité, le handicap². La déficience représente la perte ou l'altération d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique. Elle peut être temporaire ou permanente, accidentelle ou physiologique. Cette déficience va entraîner une incapacité qui procure une réduction totale ou partielle des capacités d'accomplir des actes de la vie courante. Le fait de ne pouvoir dépasser cette incapacité par une aide éventuelle ou un accompagnement va entraîner ce que l'on appelle le handicap.

Le handicap peut être défini comme un « désavantage social pour un individu donné, résultant d'une déficience ou d'une réduction de capacités qui rend difficile ou impossible l'accomplissement d'un rôle normal. Le handicap résulte pour chaque individu des altérations de l'état de santé physique et mental et des conditions d'environnement personnel et collectif »³.

La déficience et le handicap représentent la même réalité. La déficience est mesurable et concerne la dimension sanitaire. Le handicap représente la perte des rôles sociaux d'une personne ou d'un groupe de personnes à partir d'une déficience.

Ces états sont toutefois différents selon l'âge de la personne et la représentation que l'on en a. La société classe les adultes jeunes dans un groupe dit de handicapés et les personnes âgées dans une catégorie de personnes dépendantes.

Il est alors intéressant de définir ce qu'est la dépendance.

Plusieurs définitions existent pour un terme très souvent employé sans que l'on sache vraiment ce qu'il signifie.

Ce terme est apparu vers 1973 par l'intermédiaire du Docteur Delomier qui parlait ainsi des personnes âgées : « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour

² Jean-Claude Henrard, Joël Ankri, Grand âge et santé publique, ed E.N.S.P, 1999, page 82.

³ Jean-Claude Henrard, Joël Ankri, Réf. N°2, page 82.

survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie»⁴. A partir de cette définition, la dépendance a véhiculé une vision négative de ce qui serait, chez un adulte, qualifié de handicap.

D'autres définitions viennent renforcer cette image, telle celle du *dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement* qui la définit ainsi : « La dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne, ou à un groupe, famille ou collectivité ». La loi du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) confirme cette vision en terme d'incapacité : « La dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière »⁵.

Le handicap et la dépendance sont intimement liés pour les personnes âgées et procèdent du contenu de l'aide apportée à la personne. On peut considérer que tout être humain valide dépend de l'environnement qui l'entoure et que son autonomie reflète sa capacité à faire des choix dans la gestion de cette dépendance. Une personne âgée porteuse de handicap sera dans une situation de dépendance vis à vis des aidants. Elle pourra néanmoins rester autonome dans ses choix si l'aide apportée ne l'enferme pas dans un assistanat permanent et incontournable.

Cependant la représentation sociale dominante de la vieillesse contribue à transformer cet accompagnement en prise en charge totale. La personne âgée est alors qualifiée de dépendante et ne peut espérer s'inscrire dans une démarche de projet et de promotion de sa vie comme il est essentiel de le faire pour un adulte jeune. Cette discrimination ne repose en fait que sur des visions sociétales qui placent l'âgé dans un groupe social en attente d'une mort certaine, alors qu'auparavant cette mort peut paraître incertaine. Parler de dépendance chez la personne âgée, c'est lui refuser le statut de handicapé, c'est favoriser la ségrégation.

Toutefois, malgré mon désir de parler des incapacités de la personne âgée en terme de handicap, je m'exprimerai dans cet écrit en utilisant le mot dépendance afin de respecter la terminologie employée dans les textes officiels.

Les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées parlent souvent de leur maintenir une certaine autonomie. Ce mot doit être défini afin de montrer qu'il n'est peut-être pas toujours accompagné de sa signification réelle.

⁴ Amyot, Jean-Jaques, Guide de l'action gérontologique, Ed Dunod, page 79

⁵ Amyot, Jean-Jacques, Réf. 3, page 80.

1.3 Autonomie

Le *dictionnaire Hachette*, définit ce terme par « ... Liberté, indépendance de comportement... »⁶, le *lexique des sciences sociales*, par « Capacité d'un individu de conserver son intégrité et son indépendance vis-à-vis du milieu physique et social... ». Le *dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, paru en 1984, comporte deux définitions de l'autonomie :

« Capacité et droit d'une personne à choisir elle-même les règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir »,

« Possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son vieillissement ».

Cette notion d'autonomie mérite que l'on dépasse la définition purement professionnelle pour aller vers une représentation plus large, sachant que l'incapacité peut ne pas altérer la capacité de décision de la personne. C'est souvent ce qui pose problème auprès des personnes âgées, les professionnels pensant qu'une incapacité entraîne une absence complète d'autonomie.

Certaines personnes âgées ne sont ni valides ni autonomes. L'altération des fonctions supérieures entraîne un transfert des décisions sur des tierces personnes qui doivent toutefois s'inspirer le plus fidèlement possible des habitudes de vie de la personne concernée.

Devant la montée en charge du nombre de personnes de plus en plus âgées, la qualité de vie de celles-ci est intimement liée aux réponses que les institutions sauront apporter.

Il est alors intéressant d'examiner la population qui fréquente aujourd'hui les établissements pour personnes âgées.

1.4 La population concernée par les établissements recevant des personnes âgées

La population qui fréquentait les maisons de retraite, il y a quelques années, était composée de personnes âgées valides qui ne souhaitaient pas vivre à domicile et préféraient un lieu de vie sécurisant en institution. La génération suivante a changé de comportements et les politiques de maintien à domicile ont eu des effets positifs car de nombreuses personnes âgées n'entrent aujourd'hui en institution qu'à un âge très avancé

⁶ Dictionnaire Hachette Encyclopédique page 41

(autour de 85 ans) et avec un état de handicap assez important, c'est ce que l'on appelle le 4^{ème} âge.

L'avenir semble pourtant se tourner vers des établissements recevant des personnes âgées de plus en plus handicapées. Or cette population bénéficie d'une prise en charge médicale plus marquée. Les établissements depuis quelques années ont développé cette prise en charge en augmentant le nombre de lits médicalisés et en recrutant du personnel qualifié. Cette médicalisation, face à une partie des besoins de la personne âgée, a peu à peu contraint celle-ci à vivre en permanence dans un statut de « malade » dans un environnement devenu spécialiste du traitement des maladies liées au vieillissement. Cette situation transforme la vieillesse toute entière en maladie et met en arrière-plan tous les autres besoins de la personne âgée qui sont de ce fait non satisfaits.

Il est alors créé un groupe social composé de personnes très âgées, très dépendantes avec un état morbide empirique, dont la vie ressemble à un véritable calvaire. Devant cet état de mort en attente, il n'est pas question de faire des projets pour la personne, il paraît dérisoire de lui recréer l'univers qui était le sien. Tout processus de développement s'arrête, l'entourage se sentant impuissant à envisager son avenir autrement que dans une mort inéluctable.

Cette réalité est relayée par des équipes de professionnels en mal de spécialisation gériatrique et en difficulté de réflexion idéologique face à la charge de travail croissante et à des tâches répétitives et peu valorisantes. Tout ceci aboutit à une usure et à une négativation de la représentation de cette population. La personne âgée dépendante est alors désocialisée et devient un objet de soins devant des aidants qui ont du mal à construire une représentation positive et optimiste de cette « grande vieillesse ».

Certes, il ne faut pas nier les difficultés liées aux handicaps. Il ne faut pas nier non plus le poids de l'âge, l'altération physique et psychique et la difficulté des prises en charge quotidiennes de ces besoins. Mais cet état ne doit pas enfouir les potentiels encore existant de l'âgé dont le seul fait de les mettre en évidence peut lui redonner l'envie d'être resocialisé. Chaque personne est différente, chaque vie est unique, il apparaît alors que chaque prise en charge doit être personnalisée selon le vécu, l'ensemble des besoins (médicaux et sociaux), les désirs qui ne sont pas toujours visibles et le potentiel de la personne et de son entourage.

Alors, à partir de cette transformation des prises en charges, la maison de retraite perdrait peu à peu l'image de mouvoir qu'elle représente et permettrait à l'âgé de bénéficier de prestations de qualité, personnalisées et dans un axe de valorisation du rôle social de celui-ci.

Après avoir essayé de définir la vieillesse et la situation actuelle des établissements recevant des personnes âgées dépendantes, voyons ce qu'elle représente aujourd'hui.

1.5 L'évolution démographique de la population âgé

Un des phénomènes les plus importants de notre société, le vieillissement de la population, ne peut se superposer à la sénescence d'un individu. Il représente en fait l'augmentation du pourcentage de personnes vieillissantes par rapport aux autres membres de la société.

La population âgée comporte un double mouvement démographique et social : des personnes très âgées (85 ans et plus) en augmentation constante, alors que la tranche 65/75 ans est stable du fait du déficit des naissances durant la guerre de 1914/1918. Parallèlement le nombre de retraités augmente par arrêt de l'activité à un âge plus jeune en lien avec les changements économiques.

1.5.1 L'évolution démographique dans les pays occidentaux

Dans les pays occidentaux, l'espérance de vie a augmenté de 20 ans en moyenne chez les femmes, et de 18 ans chez les hommes entre 1900 et 1950⁷.

Les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie et de travail expliquent ce phénomène.

Dans les 40 ans à venir, la population des personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 12,2% à 21,19%⁸.

1.5.2 Le vieillissement de la population Française

En 1999, la population Française est estimée à 59 millions d'habitants avec une espérance de vie de 74,6 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes. La répartition par âge montre que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 18% en 1970 à 20,4% en 1999. Il rejoint pratiquement le taux des moins de 20 ans qui est de 25,8%⁹.

En 2010, les 65 ans et plus représenteront 22,80 % de la population, les 75 ans et plus 8,90 % et les plus de 85 ans 2,5 %. En 2050, si les données démographiques se vérifient, le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus devrait augmenter pour atteindre 33,70 % de la population, celui des 75 ans et plus devrait atteindre 15,20 % et les

⁷ Sources : I.N.S.E.E, année 2000.

⁸ Sources : I.N.S.E.E, année 2000.

plus de 85 ans représenteront 6,90 % de la population totale. Le nombre de centenaires devrait passer de 6000 actuellement à 150.000 en 2050 ¹⁰.

1.5.3 La réalité de la région Poitou-Charentes

L'établissement que je dirige se situe dans le département de la Charente, dans la région Poitou-Charentes, il me semble intéressant d'observer la réalité de cette région.

En Poitou-Charentes, le pourcentage de 65 ans et plus représente 19,84% de la population totale. En Charente, les 65 ans et plus se situent dans cette moyenne avec 19,67% de la population du département. Ce score est devancé par le département de la Charente Maritime, mais se situe à la deuxième place régionale pour cette catégorie de population¹¹.

D'une manière générale, à l'intérieur du groupe des personnes de plus de 65 ans, les chiffres montrent que la catégorie des 85 ans et plus est en augmentation par rapport aux 65-84 ans. Ceci implique que les besoins d'accompagnements de la population dépendante vont augmenter et que cette image négative de la dépendance va continuer à développer une représentation pessimiste de la grande vieillesse.

Tableau 1 : Structure d'âge de la population de la Région Poitou - Charentes ¹²

	Charente	Charente - Maritime	Deux - Sèvres	Vienne
65 Ans et plus	66800	119400	65400	73900
Total Population	339600	557100	344400	399100
Pourcentage	19,67%	21,43%	18,98%	18,51%

1.5.4 La dépendance en Charente

Les chiffres de l'INSEE montrent que le pourcentage départemental de personnes âgées dépendantes (65 ans et plus) va passer de 1,1% en 2000 à 1,3% en 2010 avec une forte progression dans la tranche d'âge de 85 ans et plus, à savoir 15% entre 2000 et 2010¹³.

⁹ Sources : I.N.S.E.E, année 2000.

¹⁰ Sources : Rapport à Monsieur le Premier Ministre - Juin 1999 - Paulette GUINCHARD - KUNSTLER - Page 10.

¹¹ Sources : I.N.S.E.E, année 2000.

¹² Extrait des Statistiques et Indicateur de la Santé et du Social - Mémento 1999 - Poitou - Charentes - Page 6

¹³ Source : OMPHALE - INSEE

La zone géographique où se situe la progression la plus forte est le secteur du grand Angoulême avec +22%.

1.5.5 L'équipement existant pour la prise en charge de la dépendance en Charente

Face à cette progression constante de la dépendance, le département de la Charente possède plusieurs structures pour répondre aux besoins de cette population. Elles sont ainsi réparties au 1^{er} Janvier 2000 :

- Court séjour hospitalier : 1300 lits,
- Soins de longue durée : 590 lits,
- Soins de suite et de réadaptation : 424 lits,
- Court séjour gériatrique : 20 lits,
- Foyer-logement : 977 lits dont 98 médicalisés dans 17 établissements,
- Maison de retraite : 69 établissements, 3682 lits dont 867 médicalisés,
- Hébergement temporaire : 67 lits,
- Accueil de jour : 4 établissements pratiquent cet hébergement dans le département.

Les structures d'accueil sont concentrées autour du chef-lieu du département, leur taux d'occupation est élevé, autour de 95%. Le niveau de médicalisation est élevé dans les maisons de retraite à l'opposé des foyers hébergement dont quelques uns seulement commencent à le devenir. Le taux d'équipement en structure d'hébergement pour personnes âgées est de 157,76 lits en Charente pour un taux de 151,68 dans la région. Le taux national est de 144,82. En revanche, le taux d'équipement en lits médicalisés est de 52,01 lits dans le département pour un taux de 49,88 dans la région. Ces taux sont très inférieurs au taux national qui s'élève à 58,22 lits¹⁴.

Le retard de médicalisation des établissements est peut-être à la source du déséquilibre dans la réponse aux besoins des personnes âgées. En effet, devant des besoins médicaux qui existent, il peut y avoir un transfert de compétences au niveau du personnel. Le manque d'agents médicaux et paramédicaux est souvent pallié par des agents sociaux ou par des auxiliaires de vie. Il y a alors mise à l'écart des réponses sociales par une médicalisation mal gérée et mal évaluée.

Cette réponse pourrait se trouver dans le schéma départemental qui attend aujourd'hui sa nouvelle mouture.

¹⁴ Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, Mémento 1999 Poitou-Charente, page 15.

1.5.6 Le schéma Départemental

Le schéma départemental est indicatif et permet de trouver des éléments clés pour la stratégie de développement de l'institution dans un cadre géographique local. Le principe de base du schéma départemental est de définir des réponses aux besoins des personnes âgées. L'objectif de celui du département de la Charente est de faire en sorte que les établissements médico-sociaux soient les promoteurs d'une organisation en réseau avec les structures de maintien à domicile afin de réduire le nombre d'hospitalisations non justifiées.

En 1989, le Conseil Général de la Charente, dans le cadre du schéma départemental en faveur des personnes âgées, a fait plusieurs propositions pour la mise en œuvre des directives ministérielles :

- aide au maintien à domicile en améliorant l'habitat, en renforçant les services d'auxiliaire de vie, par la formation des personnes intervenant auprès des personnes âgées, en prévoyant des lits supplémentaires pour l'hébergement temporaire, en installant la télé surveillance, en développant les repas à domicile,
- favoriser la création d'unités de vie proches des conditions de vie antérieures de l'utilisateur, dont la taille doit rester inférieure à 100 lits, satisfaisant les exigences de la vie sociale, d'animation et de médicalisation,
- poursuivre la médicalisation des établissements en ayant pour souci de développer une autre image de la vieillesse ainsi que les droits des personnes âgées.

Le second schéma¹⁵ qui couvre la période de 1995 à 1999 traduit à la fois une continuité et une rupture dans la politique conduite au plan départemental. La continuité se situe au sein du maintien à domicile, de l'humanisation des anciens hospices et de la coordination gériatrique.

La rupture se situe dans une approche plus qualitative des prises en charge par le développement du projet de vie dans les lieux de vie et dans l'accueil familial. Cet état de fait montre à quel point la nécessité de travailler sur la qualité des prises en charge est importante. Les autorités de contrôle ne se contentent plus d'une surveillance financière des établissements, mais mettent de plus en plus l'accent sur le contenu des prises en charge.

Le projet personnalisé entre à part entière dans cette recherche de qualité et l'organisation des institutions autour des besoins de l'utilisateur passe de l'idéalisme à une réalité de plus en plus présente dans les textes législatifs. Le défi de la gestion des établissements recevant des personnes âgées dépendantes va se situer dans cette révolution

¹⁵ Schéma départemental, 1995-1999, source Conseil Général Charente.

de l'organisation interne et dans le changement de regard porté sur la prise en compte globale de la personne. Le schéma départemental insiste sur cette amélioration de la qualité des prestations et incite les établissements à s'inscrire dans une démarche d'individualisation des prises en charge afin de respecter chaque usager dans sa globalité et sa singularité.

Il est regrettable que le schéma départemental qui a pris fin en 1999 ne soit pas suivi par la préparation du suivant. Tout semble être au point mort dans ce domaine, les services déconcentrés et décentralisés ayant du mal à se réunir autour de nouveaux objectifs. Le secteur de la gérontologie dans son ensemble a pourtant besoin d'un schéma directeur afin de répondre pleinement et efficacement aux besoins des usagers.

Après avoir défini cette population âgée dépendante, voyons la place qui a pu lui être donnée au cours des décennies précédentes et les orientations politiques pour les années à venir.

1.6 Les politiques sociales : d'une logique d'assistance vers une logique de citoyenneté

La personne âgée a connu, selon les périodes, des représentations différentes. Tantôt considérée comme le sage et celle qui peut transmettre le savoir, elle représente aussi l'image désolante de la dégradation physique et mentale qui la place dans une situation dévalorisée car absente d'un processus de développement. A cette image, s'associent la peur, l'immobilisme, le drame de la mort.

De ce fait, « la vieillesse est restée longtemps une affaire privée ou relevant d'un réseau traditionnel d'assistance »¹⁶.

A la fin du Moyen Age, la vieillesse représente pour des catégories aisées une mise en retrait de la vie publique. La personne âgée a pu se constituer un capital qui lui permet de subvenir à ses besoins sans se sentir dépendante de ses enfants. Cette situation intéresse une petite partie de la population. Pour les moins aisés, la mise à l'écart du monde du travail les rend dépendants de leurs descendants, ce qui entraîne un poids social souvent difficile à soutenir et contribue à isoler le vieillard. Cette représentation ne cessera de vaciller en fonction de la nature des besoins qu'elle entraîne. Elle est toujours intimement liée à l'utilité qu'elle représente pour la société dominante.

¹⁶ Christophe de Jaeger, Réf. 14, page 27

Pour les plus démunis, s'est installé à partir du XIX^{ème} siècle un système d'assistance porté sur un réseau de secours publics ou privés relevant du concept de charité au même titre que les infirmes et les incurables.

Après la deuxième guerre mondiale, la généralisation des systèmes de retraite a permis de dissocier l'aide aux personnes âgées des autres catégories, ceux-ci appartenant désormais à un groupe social repéré. L'évolution économique de notre société, au cours du XX^{ème} siècle a eu tendance à avancer l'âge de la retraite. Cette évolution vers un monde tourné vers la production contribue encore à déprécier la valeur de l'homme selon qu'il est productif ou pas.

Afin de ne pas reproduire les erreurs du passé qui avaient consistées à marginaliser les aînés et à les enfouir dans un vide social, les politiques sociales depuis quelques décennies insistent sur la notion de citoyenneté dont la personne âgée doit pouvoir encore bénéficier.

Nous passons donc progressivement d'une logique d'assistance sans utilité sociale, vers une logique de citoyenneté où la personne âgée pourra retrouver toute l'utilité à laquelle tout être humain peut prétendre.

Ces idées font l'objet d'une suite de textes législatifs qui organisent les prises en charge des personnes âgées autour de deux axes principaux qui sont : Le maintien à domicile et la vie en institution.

1.6.1 Le maintien à domicile

Jusqu'en 1960, il n'y a pas à proprement parler de politique d'action sociale spécifique pour les personnes âgées. En 1960, la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque est chargée de faire le bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager des lignes directrices d'une politique de la vieillesse. Elle est alors perçue comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale. Les conclusions de la commission proposent une nouvelle conception de cette étape de la vie centrée sur l'autonomie et la participation à la vie sociale. Les propositions qui en découlent sont :

- la prévention de l'exclusion sociale et la relégation en institution,
- des mesures destinées à faciliter le maintien à domicile et le maintien des activités.

Cette politique s'est voulue, dès le départ, globale et coordonnée avec un partage des responsabilités décisionnelles et financières entre :

- l'Etat pour la définition du rôle des divers intervenants et le contrôle du respect de la réglementation,
- les financiers habituels pour le paiement des prestations (assurance maladie pour les soins, aide sociale, assurance vieillesse pour les aides ménagères...),
- le secteur public, privé non lucratif ou lucratif, pour dispenser des prestations individuelles.

Durant les dix ans qui séparent le rapport Laroque du VI^{ème} plan (1971-1975), l'Etat n'a pas développé de mesures importantes dans ce secteur. Les propositions de la commission Laroque ont connu, dix ans plus tard, des programmes spécifiques destinés aux personnes âgées.

Ces programmes sont inscrits dans les VI^{ème} et VII^{ème} plan (1976-1980) :

- Dans le VI^{ème} plan, un premier programme finalisé a été retenu et prévoyait d'éviter l'entrée en institution d'environ 25% des personnes âgées grâce au développement des services sectorisés facilitant le maintien à domicile,
- Dans le VII^{ème} plan, divers objectifs obligatoires ont été ajoutés aux précédents pour chacun des secteurs créés par :
 - la participation sociale des retraités notamment à la conception et à la gestion des équipements les concernant,
 - et l'amélioration de l'habitat.

Les deux plans ont abouti à la signature de contrats de secteur gérontologique passés entre l'Etat, des municipalités ou des associations. Les contrats portaient sur la mise en place d'actions coordonnées de maintien à domicile. La politique du maintien à domicile est toujours d'actualité. Elle a permis de créer de nouveaux services qui ont toutefois des difficultés à trouver une coordination efficace de leurs activités pour la prise en charge de la personne âgée et les autorités de contrôle semblent vigilantes par rapport à la qualité des prestations pour ce secteur.

1.6.2 La vie en institution

En parallèle à ce développement du maintien à domicile, deux lois et leurs décrets d'application concernant l'hébergement collectif ont été promulgués, par la Direction des Hôpitaux (D.H.) et la Direction de l'Action Sociale (D.A.S.) :

- La loi n° 91 748 du 31 juillet 1991 « portant réforme hospitalière », dont le champ

d'application comprend les structures d'accueil des personnes âgées. Cette loi est venue réformer la loi du 31 décembre 1970,

- La loi 75-535 du 30/06/75 relative aux institutions sociales et médico-sociales offre un cadre juridique pour la transformation des hospices, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées de 60 ans et plus. Un décret d'application (1977) définit les conditions de création, de fonctionnement et de tarification des sections dites « de cure médicale » au sein de ces établissements et fixe un plafond de 25% des lits par institution.

Une autre loi vient compléter ces dispositifs : la loi 89-475 du 10 juillet 1989 réglementant l'accueil, par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes. Il y a dans ce cas là, nécessité d'un agrément de la part du Président du Conseil Général. Le nombre de personnes accueillies est de 2, voire, exceptionnellement 3.

Les lois de décentralisation (loi 82-213 du 2/3/1982, loi 83-8 du 7/1/1983, loi 86-17 du 6/1/1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé) confient la responsabilité de l'Action Sociale en faveur des personnes âgées (entre autres) aux départements.

Trois objectifs sont alors recherchés:

- une meilleure adaptation de l'offre aux besoins par la proximité des responsables politiques,
- une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des politiques sociales,
- la maîtrise des coûts.

Le Président du Conseil Général devient responsable de l'autorisation des nouveaux établissements et fixe le prix de l'hébergement lorsque la structure est habilitée à l'aide sociale. La décentralisation ne concerne pas les services et institutions relevant d'un financement par l'assurance maladie, celui-ci étant de la compétence du Préfet de département.

Après cette étape organisant les institutions chargées de recevoir les personnes âgées en favorisant l'humanisation des lieux, de nouveaux besoins à caractère financier sont apparus. Devant l'augmentation de la dépendance et le coût lié à celle-ci, il parut nécessaire de légiférer afin de permettre des aides financières nouvelles aux plus nécessiteux.

1.6.2.1 La loi du 24 janvier 1997 sur la Prestation Spécifique Dépendance

Le 24 Janvier 1997, 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 » est promulguée. Cette loi est destinée aux personnes de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide pour exécuter les actes de la vie courante. Elle est financée par les Conseils Généraux. C'est une prestation en nature, affectée en paiement de dépenses préalablement déterminées. Elle est attribuée sur la base du rapport d'une équipe médico-sociale qui définit les besoins à partir d'une grille d'évaluation de la dépendance. (grille A.G.G.I.R¹⁷ : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) et élabore un plan d'aide qui permet de fixer son montant.

Parallèlement à la création de la P.S.D, la loi n° 9760 du 24/1/1997 instaure une coordination gérontologique obligatoire au niveau de chaque département pour améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées. Dans le département de la Charente, cette coordination n'a toujours pas vu le jour.

Trois ans plus tard, cette loi très contestée n'a pas apporté les résultats escomptés aux personnes âgées. Elle souffre de plusieurs défauts majeurs, tels que :

- des disproportions financières dans les attributions d'aides en fonction des différents départements,
- des refus de prestations en nombres importants de la part des usagers en lien avec le recours sur succession,
- une baisse des prestations par rapport aux allocations précédentes,
- certains Groupes Iso-Ressources (G.I.R.) ne sont pas financés dans le plan d'aide.

Depuis une première vague de contestations, quelques recentrages ont été opérés, mais l'ensemble des professionnels et la population concernée ne cessent de réclamer une « prestation spécifique autonomie », dont certains voudraient qu'elle soit prise en charge par l'assurance maladie au titre du 5^{ème} risque.

Aujourd'hui, les modifications apportées à la P.S.D sont au point mort et les établissements attendent une avancée significative.

En parallèle à cette P.S.D, a été instaurée une réforme de la tarification des établissements recevant des personnes âgées dépendantes.

¹⁷ cf annexe N°1.

1.6.2.2 La réforme de la tarification

Le but est de passer d'un système binaire (forfaits soins – tarif hébergement) vers un système ternaire (soins – hébergement- dépendance). Les objectifs sont multiples :

- améliorer la prise en charge de la dépendance au bénéfice des usagers,
- parvenir à une meilleure médicalisation des établissements,
- rationaliser l'utilisation des ressources.

Cette loi qui n'est toujours pas appliquée, fait l'objet d'une étude pour mettre au point ce que certains appellent « la réforme de la réforme ». Les responsables d'établissements ont un ressenti plutôt négatif devant ce décret du 26 Avril 1999, par la difficulté de gestion qu'elle entraîne en relation avec l'éclatement tarifaire lié aux G.I.R. Il persiste une difficulté pour le public de comprendre l'évolution des tarifs selon l'évolution de la dépendance, d'autant que certains qui ne bénéficient pas de la P.S.D auront à payer l'hébergement et la prise en charge de la dépendance.

Avec la recherche d'amélioration de la dimension financière, l'Etat juge nécessaire d'améliorer le contenu des prestations produites par les établissements. Plusieurs textes vont dans ce sens et posent les préliminaires d'un travail institutionnel nécessaire afin de rendre plus harmonieuse la vie en institution.

1.6.2.3 La convention tripartite : vers une démarche qualité pour les établissements

La convention tripartite doit être signée entre l'Etat, le Conseil Général et l'établissement pour que ce dernier puisse recevoir des personnes âgées dépendantes. Elle s'appuie sur un cahier des charges qui fera date dans l'histoire des institutions hébergeant des personnes âgées. Il permet une avancée repérable dans l'amélioration de la qualité des prises en charge. Les deux objectifs de la convention tripartite sont :

- définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de la formation du personnel d'accueil,
 - de préciser les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de celle-ci
- Le cahier des charges répond à 4 objectifs :

- préciser les caractéristiques générales auxquelles doivent répondre les conventions et définir les recommandations relatives aux principaux critères que devraient présenter les établissements pour entrer prioritairement dans le nouveau dispositif conventionnel,

- détailler les principales recommandations visant à garantir et améliorer la qualité des prises en charge des résidents,
- définir les recommandations concernant les objectifs d'évolution des établissements au cours de la période couverte par la convention et préciser les nécessaires adaptations des moyens et des financements permettant d'atteindre graduellement les objectifs précités,
- proposer une liste d'indicateurs utilisables afin d'évaluer les modalités d'exécution du dispositif conventionnel.

Les autorités de contrôle ne se satisfont plus d'un regard uniquement financier sur les établissements. La rénovation de la loi de 1975 et le rapport Guinchard-Kunstler sont des exemples de recherche d'amélioration de la vie institutionnelle. Ils posent une rénovation du cadre juridique dont l'établissement doit se saisir afin de revisiter la qualité de l'offre de service qu'il propose et de personnaliser la prise en charge.

L'établissement que je dirige s'inscrit dans cette démarche et recherche dans la personnalisation des prises en charge, une source d'amélioration de la qualité.

1.6.2.4 La rénovation de la loi de 1975 : revoir l'ensemble des dispositifs

Annoncée depuis longtemps, travaillée à maintes reprises, cette rénovation de la loi de 1975, qui n'est pas encore votée nous propose 4 objectifs principaux :

- Mieux affirmer la place centrale des usagers,
- Mieux définir le champ d'application de la loi,
- Améliorer la coordination entre les différents acteurs,
- Permettre une meilleure régulation et planification.

Outre des indications d'ordre structurels, l'intérêt de ce projet de loi est d'insister sur la place centrale de l'usager et du rôle des familles dans la détermination d'objectifs pour le projet de vie de la personne. Dans le secteur gérontologique, une telle avancée va permettre de donner des moyens pour réformer les accompagnements proposés, d'organiser les structures autour des besoins de l'usager, aussi nombreux soient-ils, et de transformer les modes de prises en charge au bénéfice de la personne âgée. L'objectif principal est que ce ne soit plus l'usager qui s'adapte à la structure mais bien celle-ci qui s'organise autour des besoins réels, des désirs et du projet de la personne.

1.6.2.5 Le rapport Guinchard-Kunstler : reconsidérer la place de la personne âgée

En 1999, Madame Paulette Guinchard Kunstler député du Doubs a remis au Premier Ministre un rapport sur les situations de la vieillesse dans notre pays. Faisant un constat

très réaliste de la prise en charge du vieillissement, elle met en lumière les carences des dispositifs actuels. Elle affirme avec équilibre et prudence « qu'en trente ans, l'accompagnement des personnes âgées est passé d'une approche sociale à une approche trop médicalisée »¹⁸. Le rapport avance une série de recommandations en lien avec l'organisation des prises en charge par une vraie mise en réseau des acteurs, la formation des professionnels et l'aide aux aidants. Elle base ses recommandations en préconisant au préalable un changement du regard porté sur la vieillesse. Partant du principe que « vieillir n'est pas une maladie, il importe aujourd'hui de donner de la vie aux personnes âgées afin de favoriser le maintien de leurs liens sociaux »¹⁹.

Ce rapport rejoint dans ses intentions, celles de la rénovation de la loi de 1975 et amplifie l'intérêt du cahier des charges de la convention tripartite. Il confirme l'intérêt de se centrer autour de l'usager et préconise que les modes de prises en charge ne peuvent pas reposer que sur une vision trop médicale de la personne.

Cette nécessité de re-socialisation de la personne âgée est donc un point central entre tous ces textes et fonde une nouvelle organisation des établissements au profit des usagers. Il légitime ainsi le projet personnalisé comme outil au service de cette reconsidération de la personne âgée dans sa globalité.

L'exemple de l'établissement que je dirige, va montrer comment une culture professionnelle et un mode d'organisation peuvent détourner les missions premières de l'institution. Cet établissement, en 25 ans, est passé d'un foyer hébergement en maison de retraite médicalisée. Cette évolution s'est accompagnée d'avancées positives et a été guidée par une stratégie de développement qui donne des résultats positifs. Malgré cela, il existe une zone d'ombre dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes pour lesquelles tous les besoins ne sont pas pris en compte. Seuls les besoins médicaux trouvent une réponse adaptée et de qualité. Il faut alors reprendre l'histoire de l'établissement afin de bien repérer comment devant l'évolution des besoins et une certaine représentation sociétale de la vieillesse, les prises en charge ont pu se transformer, faisant de l'usager un objet et non un être sujet de droits.

1.7 L'hôtel de retraite de Ruelle

1.7.1 La ville de Ruelle

Ruelle est une commune de 7220 habitants située à 8 km au nord du chef-lieu de

¹⁸ « Donner de la vie aux personnes âgées », *Le journal de l'Action sociale*, novembre 1999, N°41, page 8.

¹⁹ « Donner de la vie aux personnes âgées », Réf. 18, page 8.

département, Angoulême. Ville essentiellement ouvrière, elle possède comme principal employeur, une usine d'armement qui fut respectivement appelée « fonderie », « Etablissement des Constructions et Armes Navales »(E.C.A.N.) puis aujourd'hui « Direction des Constructions Navales » (D.C.N.).

La population locale est de plus en plus âgée. Plusieurs générations se côtoient, la plupart des ruellois ayant pu faire carrière jusque-là, de père en fils, à la D.C.N. La réorganisation des chantiers navals entraîne depuis quelques années des départs d'employés vers d'autres établissements et ce d'une manière régulière. On arrive petit à petit à deux cas de figures:

- des départs en pré-retraite à un âge assez jeune (< à 55 ans) ce qui provoque plusieurs générations de retraités dans la même famille,
- des départs vers d'autres régions, ce qui provoque un éclatement du tissu familial, caractéristique locale assez forte jusqu'à présent.

1.7.2 L'établissement que je dirige

Le mode associatif et coopératif a toujours été très développé à Ruelle en relation avec le fort pourcentage ouvrier. Au temps où certaines lois interdisaient les regroupements professionnels (la loi Le Chapelier en 1791), localement les ouvriers trouvèrent une solution pour favoriser la solidarité en créant le système mutualiste. Lors de l'autorisation des syndicats, si les objectifs de ceux-ci étaient différents des mutuelles, les deux organisations surent s'associer pour rendre efficaces leurs idées et leurs projets.

Celui de l'hôtel de retraite est né de cette dynamique. Dans les années 60, les seuls établissements recevant des personnes âgées étaient connus sous le nom d'hospices. L'idée, pour les familles ruelloises, de voir partir leurs aînés dans ce type d'établissement ne correspondait pas à l'image qu'elles voulaient donner de la vieillesse et de la fin de vie.

Une délégation inter-syndicale originaire de la Fonderie et des militants mutualistes s'unirent en 1966 en association loi 1901 pour rédiger les statuts en vue de la création d'un hôtel de retraite.

1.7.2.1 Les valeurs fondatrices

Pour "casser" l'image de l'hospice et pour éviter celle déjà trop "renfermée" des maisons de retraite qui naissaient à l'époque, l'Association Intersyndicale ainsi créée, eut l'idée de proposer un concept original, provocateur et innovant. Si l'établissement proposait un gîte, un couvert et l'animation auprès des personnes, il le proposait de manière à ce que le résident se sente libre d'organiser sa vie comme bon lui semblait, ne

prenant que ce qui lui était nécessaire...en somme comme dans un hôtel.

1.7.2.2 L'évolution de l'établissement

A l'ouverture en 1973, l'hôtel de retraite de Ruelle dispose de 73 lits et se destine à recevoir uniquement des personnes âgées valides de 60 ans et plus. Dès 1980, le besoin de médicalisation se fait sentir dans l'établissement par le vieillissement de la population et l'impossibilité pour les résidents d'être pris en charge après une hospitalisation et une aggravation de la dépendance.

Le conseil d'administration fait une demande de forfaits-soins courants à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S) qui est finalement acceptée en 1984. Un poste d'aide soignante est alors créé. Dès 1988, cette situation paraît insuffisante devant :

- Le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance,
- Les demandes d'entrées de plus en plus fréquentes de personnes âgées dépendantes.

Ce manque de capacités à apporter des réponses adaptées aux besoins croissants amène le conseil d'Administration à faire la demande de création de lits de Section de Cure Médicale (S.C.M). Cette demande sera acceptée après avis favorable du C.R.I.S.M.S (Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales) dans un premier temps, puis du C.R.O.S.S (Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale) dans un deuxième temps, et aboutira à la création de :

- 12 lits de section de cure médicale à compter du 1/4/1988,
- 3 lits supplémentaires à compter du 1/5/1990,
- 10 lits supplémentaires à compter du 1/7/1991,
- 10 lits supplémentaires à compter du 1/7/1993,
- 5 lits supplémentaires à compter du 1/7/1995.

En parallèle, dès 1988, le Conseil d'Administration fait une demande d'extension de 12 lits d'hébergement auprès du Président du Conseil Général. Après avis favorable de la C.R.I.S.M.S, et du service décentralisé, les travaux d'extension débutent en 1989 pour une finalité en 1990. Ces lits sont occupés dès l'ouverture, prouvant la nécessité des besoins constatés. En 1992, et afin de répondre aux propositions du Schéma Départemental, l'établissement demande l'autorisation de créer 7 lits d'hébergement temporaire. Après acceptation, l'ouverture est effective le 1er juillet 1993 dans des locaux jusqu'alors inutilisés. En 1995, devant des demandes pressantes d'entrées et pour des modes de prise en charge différents, 5 places en accueil de jour sont créées et accordées par le Conseil Général au titre des actions innovantes, toujours dans le cadre de la politique

départementale. L'hôtel de retraite a aujourd'hui une capacité d'hébergement de 101 lits, entièrement habilités à l'aide sociale, qui se décompose en :

- 89 lits d'hébergement permanent,
- 7 lits en hébergement temporaire,
- 5 places en accueil de jour.

L'effectif en personnel a lui aussi évolué. Il est aujourd'hui composé de professionnels qui peuvent, par leur savoir faire, répondre à l'ensemble des attentes des résidents.

1.7.3 L'effectif en personnel

Tableau 2 : Liste du personnel

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	PERSONNEL (E.T.P.)
Personnel Administratif	
Directeur	1
Secrétaire	1
Comptable	1
Personnel Soignant	
Médecin vacataire (S.C.M.)	0,13
I.D.E. (S.C.M.)	3
Aide Soignante de jour	7
Aide Soignante de nuit	2
Garde de nuit	2
Autre Personnel Soignant	
Ergothérapeute (S.C.M.)	0,75
Autre Personnel	
Chef cuisinier	1
Commis de cuisine	1
Tournant de cuisine	1,75
Ouvrier d'entretien	1
Agent de Services Hospitaliers	12,75
Coiffeuse	0,5
Animatrice	2
TOTAL	37,88

1.7.4 La population accueillie à l'Hôtel de Retraite

Plusieurs types d'hébergement existent dans l'établissement afin de répondre à des attentes différentes.

1.7.4.1 L'hébergement permanent

C'est un hébergement qui propose un lieu de vie permanent à la personne âgée. Celle-ci est locataire de son appartement et bénéficie des droits reconnus à cette catégorie d'usager. Elle peut quitter l'établissement quand bon lui semble et ce d'une manière définitive ou temporaire.

Afin de présenter la population qui fréquente l'établissement, il est utile de s'appuyer sur le résultat de l'évaluation des grilles A.G.G.I.R, et de définir

préalablement les différents G.I.R. Au 31/12/1999, la répartition des 89 résidents se présentait ainsi :

Tableau 3 : Répartition des G.I.R.

G.I.R 1 :	18 personnes	G.I.R 4 :	10 personnes
G.I.R 2 :	25 personnes	G.I.R 5 :	13 personnes
G.I.R 3 :	9 personnes	G.I.R 6 :	14 personnes

La population est composée d'une forte majorité de femmes (77/89) pour 12 hommes. Les couples sont minoritaires (3/89). La moyenne d'âge est de 89 ans, allant de 70 ans à 98 ans, elle se décompose ainsi :

- de 70 à 75 ans : 1 femme
- de 75 à 80 ans : 8 femmes
- de 80 à 85 ans : 12 femmes et 1 homme
- de 85 à 89 ans : 21 femmes et 5 hommes
- de plus de 90 ans : 35 femmes et 6 hommes.

Les personnes admises au cours de l'année 1999 sont à majorité féminines (10/11), représentant un pourcentage identique à celui de l'hébergement permanent par rapport aux différents âges ; une majorité (7/10) ayant de 80 à 90 ans. Les sorties définitives sont au nombre de 12 dont 10 femmes et 2 hommes. Elles correspondent toutes à des décès et pour 8/10 dans une tranche d'âge de 80 à 90 ans. Les deux hommes décédés avaient un âge supérieur à 85 ans. Les sorties temporaires sont de deux ordres :

- pour une hospitalisation : 254 journées
- pour des vacances : 117 journées.

3 personnes bénéficient de l'aide sociale du département.

1.7.4.2 L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est comptabilisé en nombre de journées, elles représentent pour 7 lits acceptés par les autorités de contrôle :

- 1686 journées/2394 pour des populations classées en G.I.R 5 et 6,
- 708 journées/2394 pour des populations classées en G.I.R 1,2 et 3.

La durée de l'hébergement temporaire se situe entre 24 heures et 4 mois, les personnes âgées entrant dans ce mode d'hébergement pour diverses raisons :

- sorties d'hospitalisation et attente soit d'une place en hébergement permanent, soit d'un retour à domicile,
- pendant l'absence des aidants,
- pour soulager les familles

- pendant une période de crise familiale (hospitalisation du conjoint...)

1.7.4.3 L'accueil de jour

La capacité accordée à l'établissement est une moyenne de 5 accueils par jour de 8 heures à 18 heures. Ils représentent 802 journées pour des personnes âgées classées en G.I.R 2 et 3. Une majorité (90%) de ces personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et ne peuvent rester seules à domicile ou viennent pour permettre au conjoint ou à la famille proche de se reposer, la vie commune devenant très difficile devant l'évolution de la maladie.

1.7.4.4 La durée moyenne de séjour à l' Hôtel de Retraite

Comme dans beaucoup d'établissements recevant des personnes âgées, la durée moyenne d'hébergement diminue d'année en année, ceci étant lié à l'augmentation de la dépendance et à l'entrée à un âge plus élevé qu'auparavant.

En 1999 :

- 10 personnes âgées résidaient dans l'établissement depuis moins d'un an,
- 42 personnes de 1 à 5 ans,
- 26 personnes de 5 à 10 ans,
- 10 sont présentes depuis plus de 10 ans, dont un homme depuis l'ouverture de l'établissement, c'est-à-dire 27 ans !

1.7.4.5 La répartition géographique :

La population qui fréquente l'établissement est d'origine ruelloise ou des cantons limitrophes. 32 résidents sur 89 sont issus de la commune et 42 des cantons limitrophes. Une seule personne provient d'un canton plus éloigné, alors que 14 résidents sont issus d'un autre département afin de se rapprocher de leurs enfants, installés sur la commune.

Dans l'année, l' Hôtel de Retraite a compté 11 entrées, 4 venant du canton de Ruelle, 7 des cantons limitrophes. Ces proportions sont assez fidèles depuis des années et confirment une des idées fondatrices de l' Hôtel de Retraite, à savoir le désir de vieillir dans sa commune au plus près de sa famille.

1.7.5 La situation actuelle et la problématique dominante pour le directeur

Même si l'Hôtel de retraite est réputé pour le niveau de ses prestations, le souci du Conseil d'Administration, du directeur et de l'équipe dans son ensemble est d'optimiser sans cesse la qualité des prises en charge. C'est pourquoi il est nécessaire de revisiter l'offre de service pour mettre en évidence des dysfonctionnements qui peuvent passer

inaperçus en raison du fonctionnement routinier de l'institution. Aujourd'hui, le questionnement porte sur le volet médical des prises en charge et l'importance qu'il revêt devant la montée en charge de la dépendance.

1.7.5.1 Vers une médicalisation surdimensionnée ?

16 ans après le début de la médicalisation la situation a évolué. Le nombre de personnes âgées dépendantes a augmenté, atteignant aujourd'hui 50% de la population totale. L'autre partie de la population est considérée valide en partie ou en totalité et représente une prise en charge médicale moins accentuée. La population dépendante entraîne donc une prise en charge importante nécessitant la présence de personnel qualifié. Elle nécessite néanmoins l'intervention d'autres acteurs qui, hors de la qualification paramédicale, ont un savoir-faire qui doit procurer à la personne âgée un complément de prise en charge social et humain que la dépendance ne doit pas faire oublier.

Depuis le début de la médicalisation, le nombre d'agents diplômés a augmenté sans toutefois atteindre une majorité numérique. Malgré cela, le personnel soignant a monopolisé les prises en charge, faisant de leurs actions l'épicentre des réponses de l'établissement, laissant les autres professionnels et les familles hors du champ de décision.

Si les réponses aux besoins médicaux sont de qualité très satisfaisante, l'organisation et la coordination de la prise en charge globale de la personne ne s'effectuent pas efficacement tant la représentation médicale de la vieillesse est devenue prégnante.

1.7.5.2 Vieillir à l'Hôtel de Retraite ne doit pas être une maladie

Vieillir à l'Hôtel de Retraite, pour la population dépendante, ressemble plus à la vie à l'hôpital qu'à la vie dans un domicile choisi et voulu selon certaines valeurs fortes. Les résidents vivent une prise en charge prescriptive qui répond certes aux besoins sanitaires, mais ne leur permet pas d'exprimer clairement leur projet de vie. Chaque personne possède un dossier soin regroupant les renseignements administratifs et médicaux, le support servant à inscrire les actions médicales mises en place au regard des besoins de la personne. Toutes ces composantes ne laissent que peu de place à la construction de l'accompagnement social, humain et au projet de vie. L'absence de projet personnalisé ne permet pas de valoriser toutes les dimensions de la personne et ne permet pas la dynamisation du projet participatif de celle-ci.

Il existe un fonctionnement très calqué sur celui de l'hôpital, où la vie de l'utilisateur s'organise selon celle de l'équipe soignante au détriment de son intimité et de sa liberté de décision. Après les soins, les résidents sont accompagnés dans les lieux collectifs et leur vie est organisée en fonction des priorités du personnel. Les grandes étapes de la journée

sont : le petit déjeuner, la toilette, le déjeuner, les animations collectives, le coucher, le repas du soir. Tout s'organise pour que tous les résidents soient pris en charge à l'heure et qu'il n'y ait pas de retard dans le déroulement de la journée. Devant cet impératif institutionnel, le résident a des difficultés à imposer son propre projet et sa propre intimité et subit le déroulement de la journée.

S'adressant à une majorité de professionnels paramédicaux, le contact ne s'établit, par la culture professionnelle de ceux-ci, qu'à travers des questions d'ordre médical. La relation ainsi instaurée montre que la personne âgée et le professionnel ne communiquent qu'en termes d'incapacités. Le fait de savoir que l'on est hébergé dans « un lit médicalisé », confirme que la vieillesse est une maladie. Le traitement d'une ou plusieurs pathologies, même si elles sont stabilisées, cache les capacités multiples que la personne âgée conserve afin de guider le sens de sa vie. La représentation sociale de la vieillesse, à l'Hôtel de Retraite comme ailleurs, conduit donc à anéantir tout ce que la personne peut encore exercer comme droits et envies pour le déroulement personnel et intime de sa vie.

1.7.5.3 La vie au-delà de la dépendance

Quel peut être le potentiel enfoui d'une personne âgée dépendante ? Au-delà du handicap et de la vision négative de ses incapacités, la personne âgée peut-elle encore ressentir autre chose que la douleur, la lassitude, la souffrance morale, l'isolement et l'envie de ne plus rien programmer ? Toutes ces questions renvoient les professionnels à la notion de représentation de la vieillesse. Il est incontestable que si le rôle médical est d'apaiser les souffrances physiques et morales qui peuvent en découler, l'accompagnement majeur d'un établissement médico-social doit s'exercer dans les réalités de la vie sociale, affective et humaine. Que ce soit à travers le respect de l'intimité, de la relation sociale avec les amis ou la famille, la personne âgée doit pouvoir bénéficier d'une aide qui lui évite le glissement vers la dépendance. Cet accompagnement concerne des actes simples de la vie qui sont oubliés devant le poids de la « maladie ». Ils font oublier peu à peu que cette personne peut avoir, malgré son âge, des envies d'évasion, de tendresse, de projet de rencontre et de recherche de relation avec l'autre, qu'il soit de son âge ou d'une autre génération. Le personnel soignant devrait en tenir compte pour valoriser le travail effectué par les autres professionnels, et s'appuyer sur ces dimensions pour aider la personne âgée à reconquérir l'intérêt de sa propre vie et de son devenir.

Cette prise en charge de la dépendance prive la personne âgée du déroulement normal de sa vie. Prise « en otage » par ses incapacités, elle peut avoir un sentiment de perte d'intérêt pour tout ce qui a construit sa vie ou qui peut encore la construire. Il ne reste

que la vision de la mort qui s'associe à l'âge, qualifié de dernière étape de la vie. Alors effectivement la vieillesse ne peut aboutir qu'à la mort.

1.7.5.4 Le personnel et les familles dans l'incompréhension mutuelle

Le personnel est également partagé dans la compréhension qu'il a du travail de l'autre et des compétences de chacun. Chaque catégorie professionnelle exécute les tâches pour lesquelles elle a été recrutée, sans qu'il y ait un lien entre elles afin d'apporter une réponse cohérente et coordonnée au résident. Cette situation est déstabilisante pour chacun et peut être à l'origine d'une certaine résistance allant même jusqu'à une forme de démotivation que l'on peut avoir tendance à qualifier d'usure.

Les familles mises à l'écart des décisions d'actions à mettre en place pour le résident ont des difficultés à entrer en contact avec les professionnels et se sentent « dépossédées » de leur parent. Cette mise à l'écart participe de l'incompréhension qui s'installe dans les comportements de chaque acteur : les professionnels trouvent que les familles se désengagent et les familles ont une certaine agressivité devant certains oublis commis par les professionnels.

Au milieu de tout cela, quelle place est laissée à l'usager pour qu'il puisse être acteur de son devenir ? Il pourrait être le lien de compréhension entre le cercle affectif (la famille) et le cercle aidant (les professionnels) dans une meilleure réalisation de son projet de vie. Les missions confiées à l'établissement sont toujours orientées vers un accompagnement et une réponse gérontologique globale et personnalisée pour l'usager.

Trois exemples viennent confirmer ce constat :

Mme B âgée de 92 ans, a eu trois enfants dont deux sont décédés. Le troisième vit aux Etats-Unis. Elle n'avait à domicile qu'une aide ménagère qui représentait à la fois l'amie, l'aide et la famille. Lors de son entrée à l'Hôtel de Retraite, l'équipe a mis à l'écart l'aide ménagère et a organisé les prestations qu'elle jugeait nécessaires pour *Mme B*. Très vite un syndrome dépressif s'est installé chez *Mme B*. Son fils depuis les Etats-Unis a ressenti cette situation et a demandé que l'aide ménagère soit réintégrée et puisse continuer à intervenir auprès de *Mme B*. Cette situation s'est avérée difficile à maintenir et ce pour plusieurs raisons:

-Le personnel soignant n'a pas complètement compris l'importance de la présence de l'aide ménagère pour *Mme B*,

-L'aide ménagère est acceptée, mais considérée comme gênante pendant les actes techniques (qu'elle effectuait auparavant à domicile),

-L'absence de référent n'a pas permis de rapporter la parole de *Mme B*.

Mme L est arrivée dans l'établissement présentée par sa famille. La description de *Mme L* faisait ressortir un degré de dépendance important, celle-ci ne pouvant prendre en charge aucun acte de la vie courante. Après que l'ergothérapeute ait effectué un bilan d'autonomie de *Mme L*, il s'est avéré que la famille avait accentué la dépendance afin qu'elle soit acceptée en maison de retraite. Ils avaient peur qu'elle soit refusée si elle était trop valide et ce sentiment de culpabilité, devant le choix du placement, était trop fort pour qu'ils décrivent *Mme L* telle qu'elle était réellement. Ils pensaient que le personnel ne s'occuperait d'elle que si elle était dépendante.

Mme C vivait depuis plus de 10 ans à l'Hôtel de Retraite. Très valide, elle avait organisé sa vie avec sa fille et sa petite fille, allant les voir régulièrement et les recevant dans son appartement où elle leur préparait du thé et des gâteaux. Elle jouait un rôle très important dans la cellule familiale et était toujours concernée par l'évolution des événements. A la suite d'un épisode pathologique banal, des complications s'installèrent et l'on découvrit une pathologie incurable ne lui laissant objectivement que peu de temps à vivre. Mise au courant par les spécialistes, elle était très consciente de la réalité et son état général se dégrada très vite. Le personnel paramédical pris une place très importante auprès d'elle, face à l'apparition de la dépendance, afin d'accompagner sa fin de vie. La famille eut du mal à se positionner par rapport à l'équipe soignante. La spontanéité des visites de la famille n'existait plus et *Mme C* s'en remettait aux « spécialistes » pour ses derniers instants. L'accompagnement ne s'est fait que partiellement avec la famille, alors qu'elle devait avoir, au regard des habitudes de vie, une place privilégiée. *Mme C* est décédée en compagnie d'une infirmière qui a prévenu la famille au moment du décès.

Il existe donc un écart entre le mode de prise en charge tel qu'il est pratiqué aujourd'hui par l'équipe soignante et la nécessité de personnaliser les prestations.

Il me revient de restaurer un équilibre dans la réponse apportée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire face aux besoins pluridimensionnels de l'usager. Il s'agit de repositionner toutes les catégories professionnelles et de personnaliser les prestations afin que la vieillesse vécue à l'Hôtel de Retraite de Ruelle ne soit pas synonyme de maladie. Partant du constat que la vieillesse n'est pas une maladie, il est nécessaire de soutenir les potentiels de citoyenneté et de désir de vivre de la personne âgée dépendante, afin que cette

étape de la vie, même en institution, corresponde le plus possible à ce qu'elle pourrait vivre en étant autonome.

J'émet l'hypothèse que la mise en place de projet personnalisé pour les résidents dépendants et la dynamisation d'une démarche participative de l'utilisateur ou de ses représentants permettront :

- une reconquête de la légitimité de l'établissement et une restauration des valeurs fondatrices de l'Hôtel de Retraite,
- d'apporter une réponse gérontologique globale aux besoins des personnes âgées dépendantes,
- d'obtenir une meilleure relation entre l'utilisateur, sa famille et le personnel dans un climat de compréhension et de respect mutuel,
- une dynamisation de l'équipe toute entière autour d'un projet réorganisant les pratiques professionnelles.

Nous allons voir, dans la deuxième partie, par une approche théorique en quoi le projet personnalisé est légitime pour le secteur des personnes âgées et quels sont les freins à sa mise en place.

2 DE LA LÉGITIMITÉ AUX LIMITES DU PROJET PERSONNALISÉ

Avant de définir d'une manière théorique le projet personnalisé, il est important d'approfondir le concept du projet lui-même.

2.1 De la notion générale de projet à celle de projet personnalisé

Pour J.P. Boutinet, le projet est une figure aux caractères flous qui exprime à travers ce qui n'existe pas encore, ce que les individus recherchent et ce qu'ils veulent donner dans le cadre de leur participation à l'évolution de l'entreprise.

Je vais, dans cette première partie, définir la notion de projet en l'explicitant d'une manière théorique et au travers des nécessités de sa mise en place.

2.1.1 Le projet

Le projet est associé au souhait, à l'intention, au désir, à l'aspiration, autant de notions liées implicitement au registre mental et plus difficilement opératoires. Le défi est ainsi posé lorsque l'on se propose d'écrire un projet d'établissement, de service ou personnalisé, de faire advenir un futur désiré dans sa perspective opératoire. Son caractère partiellement déterminé fait qu'il n'est jamais totalement réalisé, toujours à revoir, en perpétuel devenir.

Le projet comporte trois composantes qui sont les acteurs, le contexte et le processus. Il ne peut se concevoir sans ces trois composantes. Les acteurs évoluent dans un contexte à travers un processus.

Le projet d'anticipation n'est jamais qu'une émanation d'un projet plus profond, le projet existentiel. Se pose alors la question du sens, une notion qui ne peut être perçue qu'en acceptant le mystère de la conscience individuelle. Une notion faite de l'ensemble des valeurs, des expériences, des objectifs qui résonnent dans la conscience de chaque individu. Pour que l'homme résolve ses contradictions, il lui faut rendre cohérent le sens de sa vie. Trouver du sens à sa vie personnelle et professionnelle suppose qu'il mette en place des protections (savoir dire non à certaines choses) et des permissions (savoir dire oui à d'autres choses).

2.1.1.1 La gestion du projet

Tout projet nécessite d'être géré. On ne peut atteindre l'objectif que si un pilote est responsable de mener le bateau à bon port. C'est un point commun à tous les projets. Même si les types d'organisations changent, la méthodologie est toujours la même. Il faut

préciser un cadre de références (la philosophie, les valeurs) puis procéder à un état des lieux, à une analyse de l'existant. Il est nécessaire ensuite d'explicitier les assises du projet, d'en définir les finalités et de façon précise les objectifs. Ces objectifs devront faire l'objet d'un schéma, d'un processus pour les atteindre et il faut contrôler périodiquement l'avancement du projet, l'évaluer et éventuellement le réviser.

Le projet tire son énergie des besoins, des désirs et des motivations. Mais cette énergie se trouve canalisée, organisée et signifiée à travers des conduites à la fois cognitives et sociales, mais aussi affectives. Les émotions et les sentiments jouent un rôle essentiel dans la façon dont une action est envisagée. La quête du projet implique la capacité des acteurs à gérer du sens, à construire des intentions.

2.1.1.2 Le projet au service de la gestion de l'incertitude

Le projet doit se concevoir dans un environnement ouvert très largement, susceptible d'être exploré et modifié. Il conditionne de la part des acteurs un regard nouveau résolument tourné vers l'avenir. L'exercice est difficile car notre culture tend à être parfois ambivalente. Nous sommes à la fois enclins à évoluer, à innover, à nous mobiliser et en même temps empêtrés dans nos routines, nos façons de faire, nos privilèges.

Le projet est une définition de nouveaux enjeux alliant bon sens, créativité et professionnalisme. La démarche de projet amène les acteurs à d'innombrables situations de négociations les obligeant à trouver un compromis entre le possible et le souhaitable, entre un idéal et une réalité.

Les finalités, les valeurs sont souvent confrontées aux besoins identifiés, aux objectifs, aux moyens. Trouver une issue cohérente à cette confrontation entre finalités et analyse de la situation donne du sens, de l'inspiration et crée du lien au niveau des acteurs. Tout ce travail mobilise, augmente le niveau de faisabilité et facilite l'élaboration de stratégies pour concrétiser le projet.

2.1.1.3 Une démarche de projet : l'implication et la cohésion des acteurs

Le projet est une démarche d'innovation et de changement. L'aspect majeur du processus réside dans la possibilité offerte à ceux qui, individus et équipes, ont à vivre le changement. La concrétisation d'un projet nécessite l'implication des acteurs concernés. Il est essentiel que chacun se l'approprie, en soit codétenteur, et soit ainsi porteur d'exigences pour lui et les autres. Cette recherche effectuée ensemble aide à dépasser les phases de déstabilisation, à faire tomber les inévitables résistances aux changements.

La démarche projet est une excellente façon de produire un maximum de richesses, de diversités, d'innovations et de les globaliser dans une vision partagée. Cette exigence de

globalité traduit à sa façon une réplique aux différents clivages dont nos conditions de vie sont trop souvent l'expression, notamment la division du travail entre ceux qui pensent et ceux qui exécutent. Chacun a sa propre vision du monde. Tout l'intérêt consiste à construire dans la complémentarité, par des approches transversales, par la créativité, l'interactivité et un partage de l'expérience, de l'information, du savoir.

La démarche projet est une approche singulière d'une grande complexité, qui fait intervenir des disciplines multiples, connexes, complémentaires, dont il est nécessaire de coordonner les activités parfois contradictoires. C'est une action spécifique qui structure méthodiquement et progressivement une réalité à venir pour laquelle on n'a pas d'équivalent exact. C'est un outil de gestion de l'incertitude qui s'apparente à une méthodologie de résolution de problème.

Nous allons maintenant éclaircir, par une définition théorique, le projet personnalisé et sa justification pour la population étudiée.

2.1.2 Les fondements du projet personnalisé

Depuis quelques années, il est souhaité que l'institution s'organise autour de l'utilisateur afin de répondre au plus près à ses besoins mais aussi à ses aspirations et à sa singularité. C'est la justification de la démarche par projet et notamment par projet personnalisé.

Le projet personnalisé prend en compte toutes les dimensions de l'être humain à travers la réponse à l'ensemble de ses besoins. Dans le secteur des personnes âgées, cette notion de projet pour la personne n'est pas développée et cet état de fait conditionne la qualité de la prestation de service qui lui est fournie. Les établissements pour personnes âgées fonctionnent à partir des prestations qu'ils peuvent offrir à la personne et non en coordonnant autour d'elle les actions que sa situation nécessite.

Au-delà de la redéfinition de la prestation de service, le projet personnalisé permet d'améliorer la qualité du service rendu et d'en mesurer les effets par la satisfaction de l'utilisateur, la qualité de son intégration et le maintien du lien social qui le concerne.

Il permet aux établissements de passer d'une démarche prescriptive à une démarche participative pour l'utilisateur. Cette démarche met en relief les potentialités de l'individu alors qu'auparavant, seules les incapacités étaient retenues. Pourtant, « chez tout individu, c'est bien le développement de quelques zones positives qui lui permet de s'extraire de la médiocrité, et qui évite bien souvent les rechutes dans les zones d'ombres »²⁰.

²⁰ Jean-René LOUBAT, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, édition Dunod, page 131, 1997.

2.1.2.1 Passer du prêt-à-porter au fait-sur-mesure

Le projet personnalisé, c'est du « fait-sur-mesure » et non du « prêt-à-porter ». C'est une démarche qui va apporter un changement capital dans la vie de la personne. Elle va obtenir des prestations adaptées à sa personnalité et à ses attentes. Elle ne devra plus s'adapter à des prises en charge standard, mais trouvera dans la réponse institutionnelle les actions nécessaires à la continuité de sa propre vie. La personnalisation du projet s'inscrit dans un contexte d'évolution historique de nos sociétés et de nos mentalités : « Il s'agit de passer culturellement et pratiquement d'une logique de réparation à une logique de promotion, de faire avec une personne telle qu'elle est et non telle que l'on voudrait qu'elle soit, il s'agit de développer ce qui peut l'être et non pas ce qui ne l'a jamais été... »²¹.

Une définition du projet personnalisé est donnée par le CREA Rhône- Alpes : « Il est la manifestation concrète des compétences humaines et méthodologiques d'un établissement à appréhender la situation d'un usager, à mobiliser des dispositifs de promotion de cet usager, ainsi qu'à les évaluer ».

Le projet personnalisé, en maison de retraite, peut modifier l'image du mouvoir qui colle à ces institutions pour les transformer en établissements qui auront en charge le maintien et le développement du projet d'évolution personnelle de l'âgé. C'est alors une autre construction des actions qui va valoriser l'image de l'institution et celle de l'âgé dans le contexte de la société toute entière. Il faut partir du postulat que la croissance et le développement de toute personne procèdent de l'interaction de quatre dimensions :

2.1.2.2 Les concepts-clés , pour la promotion de la personne

Les quatre dimensions qui agissent pour le développement de la personne âgée sont :

- Le biologique (s'alimenter, prendre soin de son corps, se déplacer...)
- Le psychologique (ressentir, percevoir, aimer, désirer, communiquer...)
- Le social (avoir des relations, accomplir des actes sociaux...)
- Le cognitif (comprendre, penser, réfléchir, choisir...)

Ces interactions ne prennent sens que si elles sont reliées à l'environnement qui entoure la personne. D'où la nécessité de restaurer au mieux la régulation entre les caractéristiques de la personne (ses relations, ses compétences...) et l'environnement dans lequel elle vit (l'espace, l'accessibilité, la coordination des intervenants...).

Le développement de la personne, à cette étape de la vie, doit avoir pour objectif principal de faire exister l'usager.

²¹ Jean-René LOUBAT, Réf. N°21, page 129.

2.1.2.3 Les finalités du projet personnalisé : Faire exister l'utilisateur

Il est en lien avec le projet institutionnel et le projet de service. Il rappelle ce qu'on imagine du devenir de la personne en définissant des objectifs de travail, argumentés au sein de différentes équipes ou services. Le projet personnalisé canalise les envolées utopiques du personnel. Il donne un sens à la prise en charge et la recentre sur l'utilisateur. Il passe par la connaissance de l'histoire du résident et de sa vie quotidienne, il doit prendre en compte les besoins, les désirs, les potentiels de la personne. Il permet de faire s'exprimer la personne sur ses besoins, ses désirs, son vécu. Cette confrontation à la réalité induit d'emblée une dynamique qui fait exister la personne âgée, qui lui permet d'être active, créative, vivante.

« Le projet, c'est la vie, c'est la mise en œuvre de capacités spécifiquement humaines, c'est l'affirmation d'une marge de manœuvre possible pour les protagonistes »²².

Ce mode de pensée a déjà provoqué des transformations dans d'autres secteurs que celui de la gérontologie. Le secteur du handicap, par exemple, utilise le projet personnalisé et a pu expérimenter l'intérêt de sa mise en pratique.

2.1.2.4 Le projet personnalisé existe déjà dans le secteur de l'enfance handicapée

Le projet personnalisé ne s'est pas imposé sans mal dans le monde médico-social. Le secteur de l'enfance handicapée l'utilise depuis la parution des annexes XXIV et le développement du concept d'intégration, apparues en 1989²³.

2.1.2.4.1 Les annexes XXIV

Les annexes XXIV introduisent deux notions essentielles : la mise en place du projet personnalisé et la nécessité de travailler avec les familles. Cette parution a entraîné plusieurs questionnements pour les professionnels du secteur. Ils ont interrogé la question des moyens, des modalités d'accompagnement ainsi que les projets d'établissement. L'évaluation aujourd'hui de la mise en place de ces annexes XXIV montre une certaine nuance dans la mise en place des actions. Les deux notions précitées ont du mal à s'imposer devant le changement culturel qu'elles imposent à un secteur dont les pratiques se sont construites autour des professionnels, de leur savoir faire et de leur fonctionnement autarcique. Cependant, « les annexes XXIV sont encore des points de repères essentiels

²² Jacques Danancier, *Le Projet Individualisé dans l'accompagnement éducatif*, édition Dunod, page 5, 1999.

²³ cf Le décret N° 89 798 du 27/10/89 instaurant les annexes XXIV.

d'une action médico-sociale conduite dans un souci de construction et d'accès pour tous au lien social»²⁴.

Ces annexes XXIV permettent au secteur gérontologique de mesurer les effets d'un tel changement culturel et les nécessités d'accompagnement de la mise en place du projet personnalisé. D'après les différents constats que Jean-René Loubat²⁵ a pu faire avec le recul nécessaire à toute évaluation, plusieurs points d'achoppement existent et peuvent permettre au secteur gérontologique de s'en protéger.

2.1.2.5 Les points d'achoppement

Un premier constat montre clairement la révolution institutionnelle que la mise en place du projet personnalisé opère. Lorsque celui-ci dépasse les formalités administratives, il entraîne un réexamen du projet d'établissement et une interrogation de la prestation de service. « De l'avis partagé des professionnels, la mise en œuvre du projet personnalisé interroge et remet en cause plusieurs aspects du fonctionnement des établissements, et ce à divers niveaux »²⁶. Un autre constat montre à quel point la méthodologie de mise en place du projet personnalisé est importante. Les principaux échecs proviennent des conditions de production et d'élaboration de ce projet. C'est toute l'organisation et la pensée de la prestation qui doivent être revisitées afin que la mise en place du projet personnalisé ne soit pas un échec pour les professionnels et l'utilisateur.

En réalité, la mise en place du projet interroge le secteur dans son ensemble au niveau de sa culture, de la formation des acteurs et de l'animation et de la gestion des établissements.

Toutefois, le secteur de l'enfance handicapée a le mérite de faire vivre ce projet personnalisé. Dans le secteur des personnes âgées, il n'en est pas de même et son existence tient de la volonté de certaines associations ou de certains directeurs de l'avoir mis en place. Même s'il apparaît dans les textes législatifs²⁷, il est difficile de trouver un établissement recevant des personnes âgées qui a procédé à la mise en place stratégique, politique et méthodologique du projet. Dans le souci de recherche de qualité, les actions se portent plus pour l'instant sur l'affinement des échantillons de services que sur le réexamen en profondeur des prestations et la réorganisation des valeurs.

Pourtant le projet personnalisé est légitime dans ce secteur et montre l'intérêt de concevoir des prestations autour des besoins, des désirs et des droits de l'utilisateur.

²⁴ Jacques Danancier, Réf. N°22, page 35.

²⁵ Jean-René Loubat, Réf.N°21, page 133.

²⁶ Jean-René Loubat, Réf.N°21, page 134.

2.2 La légitimité du projet personnalisé dans le secteur des personnes âgées

La personne âgée est un être complexe. Les effets du vieillissement sont visibles et peuvent masquer une réalité qui est parfois très différente de l'image que l'on a de l'âgé. Ce vieillissement est souvent synonyme de perte et de désappropriation. « Pourtant, malgré les apparences, il peut aussi être un processus d'épanouissement, où s'affirme et se consolide l'être social, psychique, spirituel, politique, intellectuel, religieux, sentimental et philosophique qu'est la personne âgée »²⁸.

2.2.1 Les besoins

La personne âgée présente, comme tout être humain, des besoins multiples qu'il apparaît difficile de discerner clairement afin d'y répondre globalement et d'une manière adaptée. Plusieurs concepts existent afin de recenser les différents besoins de l'humain en général et de la personne âgée en particulier. Ces besoins ne représentent pas seulement ceux qui nécessitent une aide, mais également ceux auxquels la personne peut répondre seule. Ils ne représentent pas uniquement les besoins vitaux dont la non satisfaction entraînerait un processus mortel. Ils concernent également des besoins moins apparents pour les soignants et qui ont une importance tout aussi forte dans le maintien de l'homéostasie. Les aidants qui interviennent auprès des personnes âgées doivent avoir cette réalité comme guide des actions afin de les satisfaire pleinement. La non prise en compte d'un besoin, même secondaire, peut être source de perturbation et engendrer le déclin qui caractérise souvent la personne âgée.

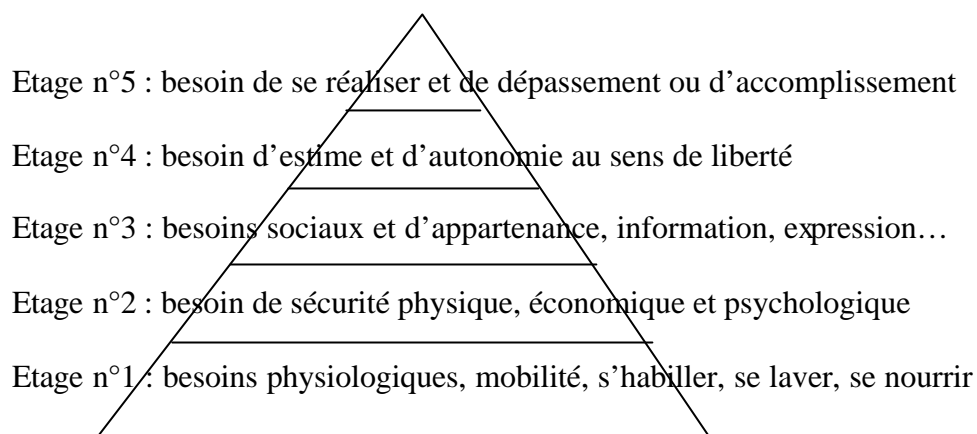
Tous ces besoins ont été décortiqués, analysés, classés, associés par des chercheurs qui en font une présentation souvent différente, malgré l'intérêt commun de n'en oublier aucun. Nous étudierons ici les deux concepts les plus connus dans le secteur de la gérontologie, à savoir la pyramide de Maslow et les quatorze besoins de Virginia Henderson.

2.2.1.1 La hiérarchisation des besoins selon A. Maslow

Maslow soutient que l'homme tend à satisfaire ses besoins dans un ordre prédéterminé. Quand le besoin a été comblé, l'homme n'est plus poussé par celui-ci, mais par des besoins d'ordre plus élevé. Ceux-ci seront ignorés tant que les besoins fondamentaux n'auront pas été satisfaits. En revanche, la satisfaction des besoins fondamentaux ne suffit pas à répondre pleinement aux attentes de l'homme.

²⁷ Voir infra 1^{ère} partie.

Figure n°1 : La pyramide de Maslow



La lecture de cette pyramide se fait du bas vers le haut. Les premiers besoins à satisfaire sont ceux d'ordre physiologiques. Viennent ensuite les besoins de sécurité. Il est intéressant de remarquer que les besoins d'appartenance doivent être satisfaits afin que les besoins d'estime le soient. Ce phénomène est important dans le secteur gériatrique où l'âge est souvent isolé et désocialisé. Il apparaît alors une perte de l'estime de soi qui entraîne un déclin physique et psychologique qui peut aboutir à la mort. Le dernier étage de la pyramide concerne les besoins de se réaliser et comprend, entre autres, la nécessité de prendre conscience de son potentiel et de le développer.

Cette notion, lorsqu'elle est utilisée pour les personnes âgées, est importante car elle justifie que l'âge est un être humain à part entière qui nécessite de poursuivre son développement même si le processus du vieillissement fait apparaître une diminution des capacités. Lorsqu'une équipe pluridisciplinaire a conscience de ces nécessités pour l'utilisateur, elle répond pleinement à tous ses besoins. L'utilisation du projet personnalisé doit amener les équipes de professionnels à assimiler cette globalité des besoins.

2.2.1.2 Les quatorze besoins selon Virginia Henderson :

Virginia Henderson, infirmière Canadienne, a classé les besoins en quatorze familles qui se complètent et qui gardent un peu la même évolution que chez Maslow. « En fait, chacun des quatorze besoins fondamentaux établis par Henderson se retrouve, selon la situation de l'utilisateur, sur l'un ou l'autre des paliers de la pyramide de Maslow »²⁹.

²⁸ Sylvie Lauzon et Evelyne Adam, *La personne âgée et ses besoins*, édition Seli Arslan, 1996, page 5.

²⁹ Sylvie Lauzon et Evelyne Adam, réf. N°29, page 7.

Les quatorze besoins selon V. Henderson se décomposent ainsi :

- respirer,
- boire et manger,
- éliminer les déchets de l'organisme,
- se garder propre, protéger ses téguments,
- se vêtir, se dévêtir,
- maintenir la température du corps dans la normale,
- se mouvoir et adopter la posture souhaitée,
- éviter les dangers pour soi-même et autrui,
- dormir et se reposer,
- communiquer avec ses semblables,
- agir selon ses croyances spirituelles,
- s'occuper de manière à se sentir utile,
- se récréer,
- apprendre.

Les mêmes notions que chez Maslow apparaissent mais, chez Henderson, elles ne sont pas priorisées. Il n'y a pas hiérarchisation des besoins, ce qui fait que dans l'utilisation professionnelle, les soignants accordent de l'importance aux besoins fondamentaux de santé (respirer, boire et manger, être propre...), en laissant de côté les autres besoins liés à la socialisation. Cette classification, si elle paraît complète, n'incite pas les professionnels à prendre en compte toutes les dimensions de l'être humain. C'est sûrement une des causes de la priorité médicale des prises en charge qui entraîne, in fine, une désocialisation de l'utilisateur.

Veiller à la satisfaction des quatorze besoins joue un rôle spécifique dans le maintien de l'estime de soi et de la capacité à vouloir développer son propre projet. Chaque réponse aux besoins doit se faire en fonction de la réalité de chaque personne et ne doit pas suivre un schéma institutionnel théorique qui va privilégier telle catégorie de besoins plutôt qu'une autre. «Cependant, se soucier de la dimension biophysique du besoin sans égard pour sa dimension psychosocioculturelle n'aide aucunement la personne âgée à maintenir son estime de soi»³⁰.

La priorité que la personne âgée accorde à certains besoins varie selon ses activités, ses préférences et son état de santé. «Consolider et renforcer les ressources personnelles de la personne âgée en vue de maintenir chez elle la satisfaction indépendante de ses multiples besoins s'inscrit dans la philosophie des soins de santé primaire à laquelle

³⁰ Sylvie Lauzon et Evelyne Adam, réf. N°29, page 7.

l'Organisation Mondiale de la Santé a appelé l'ensemble des professionnels de la santé à adhérer »³¹.

La satisfaction des besoins laisse entrevoir une autre dimension différente de celle-ci : les désirs de la personne âgée.

2.2.2 Les désirs

Si l'âgé a des besoins qui sont repérables et signifiés, il possède des désirs qu'il faut rechercher, qui ne sont pas toujours apparents et qui peuvent masquer une insatisfaction que les aidants vont avoir du mal à analyser. Jack Messy a défini clairement le désir. Pour lui, « le désir, qui se distingue du besoin, transcende la demande, échappe au conscient. L'objet du désir est toujours manquant et soutient notre quête. Si le besoin répond à une nécessité existentielle, qu'en est-il du désir ? A quoi répond-il ? Le désir justement ne répond pas, il demande. Un désir est une demande qui ne concerne aucun besoin »³².

Le soignant ou l'aidant va avoir des difficultés, par l'image qu'il se fait de la vieillesse et de la personne âgée, à entendre ou soupçonner ces désirs. Selon Maslow, la satisfaction des besoins de base entraîne la mise en évidence d'autres besoins d'appartenance, de reconnaissance et de réalisation de soi. Or dans ce schéma, la notion de désir est absente. Prenons la satisfaction du besoin de se nourrir. En maison de retraite, ce besoin est satisfait plusieurs fois par jour. Qu'en est-il de la satisfactions des désirs de l'utilisateur autour de ce besoin ? Le désir inconscient de retrouver une certaine intimité dans la prise des repas, sur la présentation, le goût des plats, le choix des menus, la possibilité d'y participer. L'ensemble des professionnels, dans cet exemple comme dans d'autres, recherchera d'une manière non analysée à satisfaire ses propres désirs de valorisation de son savoir-faire, plutôt que de satisfaire les désirs de chaque résident. Que dire alors des besoins supérieurs et des désirs qui peuvent naître autour de ceux-ci ?

La méconnaissance de certains besoins et l'ignorance de la persistance des désirs confirment que l'âgé n'est plus un être humain à part entière, mais un membre d'un groupe social. Le passage par un projet personnalisé peut permettre à l'utilisateur d'exprimer des besoins qui paraissent secondaires et aider le soignant à repérer des désirs enfouis qui amélioreront la qualité de sa vie en institution.

La singularité de l'âgé est effacée par le fait même qu'il appartient désormais à un groupe social : le groupe des personnes âgées. Ce qui fait que chaque personne à l'intérieur

³¹ Sylvie Lauzon et Evelyne Adam, Réf. N° 29, page 8.

³² Jack Messy, in Gestions Hospitalières, N°330, novembre 1993, page 652.

de ce groupe doit, s'il veut exister ou être satisfait, faire valoir des droits et des libertés au même titre que tout autre humain.

2.2.3 Les droits et libertés

Depuis quelques années, des déclarations et des chartes naissent et rassemblent en des textes l'ensemble de ces droits et libertés. Nous citerons principalement la charte de la personne âgée dépendante. Ce texte regroupe des principes généraux qui doivent inciter les institutions à un minimum de respect de la personne âgée et à un développement de la reconnaissance de leurs droits dans la société.

2.2.3.1 La charte des personnes âgées dépendantes

La charte des personnes âgées dépendantes est affichée dans la plupart des établissements. Elle devient la référence pour tous les usagers et/ou leur représentant. Il est à souhaiter qu'elle ne réponde pas uniquement à une réglementation des autorités de contrôle, mais qu'elle soit ressentie par les professionnels comme un guide dans l'amélioration des prestations et de la représentation qu'ils se font de l'âgé. Car rien ne pourra transformer la vision de la vieillesse et l'utilité de faire participer l'utilisateur à son projet, si un changement culturel ne s'opère pas auprès des professionnels.

La mise en place de ces textes et leur vulgarisation répondent tout de même à un désir de l'âgé d'être considéré dans sa singularité au sein même du groupe social auquel il appartient. Car si des règles générales sont énoncées, elles indiquent cependant l'individualité de chaque personne.

Nous allons voir, dans la partie suivante, quels peuvent être les freins à l'existence du projet personnalisé dans le secteur gériatrique.

2.3 Les freins à la mise en place du projet personnalisé dans le secteur des personnes âgées

La mise en place du projet personnalisé dans le secteur des personnes âgées, va rencontrer plusieurs sources de réticences de natures différentes.

Les freins que nous allons rencontrer se situent d'abord face à l'image que notre société envoie de la grande vieillesse, en opposition aux jeunes retraités qui bénéficient d'une représentation plus optimiste.

Le deuxième frein va se situer dans la relation qui existe entre l'âgé et sa famille et qui est faite de culpabilité de part et d'autre.

Le dernier frein repéré concerne la culture des professionnels et le rôle oppressant de l'institution par la rigidité de son organisation et de son fonctionnement.

Toutes ces composantes vont rendre difficiles la centration sur l'utilisateur et la prise en compte de la nécessité de sa propre évolution. Des solutions existent pour contourner ces handicaps et faire de la personne âgée un être vivant à part entière.

2.3.1 La représentation sociale de la vieillesse

Une des premières difficultés pour installer le projet personnalisé dans le secteur des personnes âgées va être liée à la représentation que l'on a de la vieillesse. Comme nous l'avons vu précédemment, dans la 1^{ère} partie de ce mémoire³³, la vieillesse a connu des images différentes selon plusieurs critères sociologiques, économiques, philosophiques, politiques. Elle est passée d'une représentation de sagesse à une image plus dépréciée pour revenir à des considérations plus positives, sans toutefois se dégager pleinement des contraintes de la société.

2.3.1.1 Une division de la vieillesse

Aujourd'hui, on peut dire que la vieillesse se partage en plusieurs étapes, de représentations différentes. Elle commence à l'âge de la retraite et bénéficie encore, à cette étape de la vie, d'une image positive tant sur le plan physique que social.

Elle se prolonge ensuite par l'âge de la dépendance et de la perte de capacités et souffre d'une image négative et péjorative.

2.3.1.1.1 L'âge de la retraite

Autrefois, on devenait vieux lors de son départ en retraite, car l'âge faisait que l'on ne pouvait plus effectuer les tâches pour lesquelles on était employé. Aujourd'hui, la réalité économique est tout autre et le départ en retraite est lié à d'autres considérations. Il amène toute une population relativement jeune à devenir professionnellement inactive, sans toutefois qu'elle ait envie de se désocialiser.

« Ce discours consiste en la découverte d'une nouvelle nature de la vieillesse, autonome et activiste, qui engendre un nouvel art de vivre »³⁴.

Cette catégorie est valorisée par la société pour plusieurs raisons. Elle permet la déculpabilisation de cette mise à l'écart, elle représente une source de consommation importante, et elle bénéficie majoritairement de revenus confortables qui lui permettent cette consommation. C'est alors que l'on voit les médias se pencher sur cette catégorie

³³ Voir infra 1^{ère} partie

³⁴ Jean-Jacques Amyot, *travailler auprès des personnes âgées*, Ed Dunod, 1998, page 21.

d'usagers qui voyagent, consomment, s'investissent, recréent le lien avec les jeunes, participent au développement social de leur quartier. L'image qui transparait représente un adulte en pleine possession de ses capacités physiques et mentales, ne souffrant d'aucune incapacité et presque repoussant la maladie.

La socialisation est favorisée tout en préservant, pour le jeune retraité, une certaine autonomie mise à profit pour des passions et pour des défis personnels. La majorité de ces adultes ne se considère pas vieux. « Des études réalisées [...] mettent en évidence que 50% des personnes âgées de 65 à 69 ans ont le sentiment d'appartenir à l'âge moyen »³⁵.

2.3.1.1.2 L'âge de la grande vieillesse

Mais alors où se trouvent les personnes âgées ? Elles sont repoussées dans une catégorie appelée 4^{ème} âge qui correspond à une image bien plus négative que celle précitée. Les progrès de la médecine et des conditions de vie ont permis de vivre plus vieux. La peur du vieillissement et l'amélioration des conditions physiques et mentales ont amené à ne pas se considérer vieux avant 80/85 ans. Au-delà, c'est encore cette image négative et cette dépendance que l'on n'arrive pas à éviter. La seule image que l'on a de la grande vieillesse nous donne la représentation d'une personne affaiblie, malade, handicapée et mentalement perturbée qui apparaît physiquement repoussante et socialement inutile. Elle s'oppose ainsi à l'image valorisante du jeune retraité. « Cette co-présence s'exprime dans la formidable ambivalence qui nous est donnée à voir lorsque l'on parle de vieillesse dans notre société : temps libre et temps vide, voyage et dépendance, espérance de vie et mort, expérience et obsolescence des connaissances, sagesse et démence, famille et solitude »³⁶.

Devant tous les progrès de la société face à la maladie, la souffrance, l'isolement, cette partie de la vie semble atteinte de tous les maux et ne peut donner d'elle aucun espoir de valorisation, d'utilité et d'évolution. La seule évolution possible est la mort voisine immédiate de cette vieillesse-là. « La mort, si présente dans la représentation de cette dernière phase de la vie, met la vieillesse dans une sorte d'opposition avec toutes les autres étapes de la vie, survalorisant ainsi la jeunesse »³⁷.

2.3.1.1.3 Une charge pour l'entourage

Cette vieillesse-là ajoute un autre handicap à tous ceux imaginés : la charge qu'elle représente pour l'entourage. Elle ne produit plus, ne consomme plus ou alors uniquement des soins et nécessite souvent une aide financière de la part de l'entourage proche et/ou de

³⁵ Jean-Jacques Amyot, Réf. N°35, page 23.

³⁶ Jean-Jacques Amyot, Réf. N°35, page 22.

la société. Pour Simone de Beauvoir : «le vieillard, ce n'est pas comme chez les anthropoïdes, l'individu qui n'est plus capable de se battre, mais celui qui ne peut plus travailler et qui est devenu une bouche inutile »³⁸.

Ainsi, devant cette personne usée, dépendante, en situation de dégradation permanente et constante, quelle nécessité de projeter un avenir, de parler d'évolution et de maintien de la dignité ? L'estime de soi s'éteint progressivement et l'utilité pour les autres diminue avec la charge que l'on procure pour l'entourage. L'intérêt se transforme en inutilité et le sentiment à l'égard de ces personnes âgées est fait d'impuissance et de déconsidération malgré la place que celles-ci avait pu tenir auparavant. Pourtant « nous avons tous besoin de deux sentiments pour exister, l'amour de soi ou narcissisme et l'impression de compter pour les autres ou commerce d'objet, deux sentiments attaqués par le vieillissement »³⁹.

Cette situation de mort sociale et cette mise à l'écart contribuent à dévaloriser une catégorie d'âge qui a toutefois encore des potentiels si on veut bien les faire apparaître.

2.3.1.2 Un remède : La valorisation des rôles sociaux

Il serait utile d'utiliser, à leur égard, la valorisation des rôles sociaux telle qu'elle est pratiquée au Canada. La valorisation des rôles sociaux est une idéologie qui vise à prévenir, diminuer ou éliminer la dévalorisation sociale qui a cours dans nos sociétés et qui touche particulièrement les personnes très âgées. Elle vise à améliorer la qualité de vie de ces personnes et la qualité des services qu'elles reçoivent en privilégiant leur intégration sociale.

La valorisation des rôles sociaux est issue du champ de la théorie psychosociale et pose l'hypothèse qu'une personne à risque de dévalorisation sociale qui peut assumer des rôles sociaux dans sa collectivité sera plus apte à être valorisée.

La valorisation des rôles sociaux s'actualise à partir de plusieurs stratégies qui regroupent :

- la connaissance des personnes et de leurs besoins, afin de répondre aux besoins les plus importants et de la meilleure façon possible,
- la valorisation de leur image afin qu'elle soit perçue positivement et ainsi plus apte à être valorisée,

³⁷ Jean-Jacques Amyot, Réf. N°21, page 20.

³⁸ Simone de Beauvoir, *La vieillesse*, collection « idées », éditions Gallimard, page 64.

³⁹ G. le Goues, *travail de mentalisation et vieillissement*, Praticiens et 3^e âge, tome 2, 1983, page 137.

- la compensation pour leur déficience et vulnérabilité en réduisant leur incapacité, en développant leur compétences et en leur offrant de l'aide et des moyens compensatoires,
- leur intégration sociale pour qu'elles puissent vivre et participer dans la collectivité, y jouer des rôles sociaux et se créer des liens personnels significatifs.

Il est à penser que cette valorisation de l'image de l'âgé mais aussi de la personne dans sa singularité pourrait éviter l'évolution de la dégradation physique et mentale tant on connaît l'importance de cette donnée dans le maintien des conditions de santé. La mise en place de cette démarche passe par l'élaboration d'un projet personnalisé et de la capacité de l'entourage (affectif et professionnel) de laisser la parole à l'âgé plutôt que de penser et décider pour lui et sans lui.

Ceci nécessite de réfléchir au comportement des familles face au grand âge et à la culpabilité de ne pouvoir assumer jusqu'au bout un accompagnement digne. Cette souffrance, pas toujours exprimée, existe pourtant et conditionne une partie de la relation avec l'institution dans son ensemble. Nous allons, dans le paragraphe suivant, observer d'un peu plus près cette réalité familiale.

2.3.2 La relation entre la famille et l'institution

La famille se comprend de deux sortes : l'une pour les démographes qui est apparentée par filiation (parenté) ou par alliance (mariage). Cette représentation fait penser à la succession des générations, sorte de famille patriarcale ancienne. Mais on peut également parler de nouvelle famille si l'on pense aux couples vivant maritalement après un divorce, où plusieurs familles associées n'en représentent qu'une.

2.3.2.1 La famille que se construit la personne âgée

Mais pour les personnes âgées, il existe une autre famille qui représente mieux la réalité et qui peut englober les amis « qui font partie de la famille » et tous les sujets significatifs tels que les animaux domestiques. D'autres personnes peuvent avoir un sens profond pour eux, le voisinage, les enfants du quartier. On voit alors que la famille seule ne suffit pas à représenter ce qui compte pour l'âgé mais qu'il faut intégrer tous ceux qui interviennent de près ou de loin dans le cercle affectif et qui vont avoir de l'importance dans la connaissance des habitudes de vie du résident. Il sera cependant important de faire préciser la place et les responsabilités de chacun lorsque l'on abordera la question d'associer l'entourage aux décisions à prendre afin de ne pas perturber ce que les anglo-saxons appellent « the social network » : le réseau social.

Il est, je crois, important de retenir comme cercle affectif le réseau significatif que la personne âgée s'est constitué au fil des ans et d'associer ainsi les relations de filiation (lorsqu'elles ont un sens) et les relations choisies (les amis). Lorsqu'une personne âgée entre en institution, ce réseau social qui s'est construit au fil des ans, souvent après des événements forts et douloureux (départ des enfants, décès des proches) ou d'événements heureux (naissances, découvertes de nouveaux amis), va subir des perturbations suffisamment significatives pour qu'elles viennent modifier l'état d'autonomie de la personne.

2.3.2.2 Le fonctionnement familial

Toute famille est un ensemble de fonctionnements à l'intérieur des dépendances de chacun. Cette entité qui va de l'enfant à l'âgé, en passant par l'adolescent et l'adulte, se construit un équilibre qu'elle cherche à préserver. La perte d'autonomie de la personne âgée représente une faille dans cet équilibre. Dans un premier temps, la famille va colmater cette brèche et va apporter une réponse en interne aux besoins de la personne. C'est une implication très lourde et très douloureuse construite soit sur la nécessité d'honorer l'âgé soit sur la culpabilité de l'abandon.

Cette rupture dans le roman familial intervient à une époque où souvent tout explose autour de l'âgé. C'est l'époque des suites du veuvage et de l'entourage qui se vide. L'isolement approche, expliqué par l'apparition et l'installation de difficultés sensorielles qui rendent difficile le contact à l'autre.

2.3.2.2.1 L'apparition des dysfonctionnements

Un ensemble de dysfonctionnements apparaît et va mettre en péril la stabilité familiale et va perturber les images structurelles que cette famille s'était culturellement construites.

Dans un premier temps, une réponse en interne s'organise en essayant de pallier les difficultés qui apparaissent et en parallèle, une minimisation de la situation s'installe. On prend conscience de quelques modifications, mais dans le souci de ne pas les projeter, on les dissimule dans un coin de la réalité familiale. La réponse aux besoins va croître parallèlement à l'évolution de la perte d'autonomie, créant ainsi une tension manifeste au sein du groupe. La situation peut être proche de l'explosion à tout moment et encore une fois la famille construit un rempart afin de protéger sa structure. L'évolution va jusqu'à l'impossibilité de maintenir cette situation et va entraîner l'entrée en institution.

C'est alors une rupture souvent brutale, si elle n'est pas préparée, avec les habitudes de vie de cette famille. Au delà du vécu de l'âgé qui est à prendre en compte, c'est tout

l'équilibre du groupe qui risque de vaciller. L'aide de l'autre devenue incontournable, c'est l'entrée non désirée de l'étranger dans l'enceinte familiale, dans les affaires familiales. Ce groupe refermé sur lui-même, tout du moins cloisonné pour se protéger, va se trouver face à un autre groupe tout aussi hermétique qu'est l'institution. Cette institution a dû, elle aussi, pour se protéger des attaques extérieures se créer un rempart qui la place dans la position d'une citadelle imprenable.

2.3.2.2.2 La dépossession de l'être âgé

Lors de l'entrée en institution, la famille se sent dépossédée de son rôle social et de sa situation d'aidant. Elle a le sentiment de ne plus pouvoir prendre en charge les besoins de l'âgé, mais face à la culpabilité, elle rend l'institution incapable d'effectuer correctement les aides dont son parent a besoin. En cas de réussite de l'équipe institutionnelle, c'est une dépression manifeste lui faisant penser qu'elle n'était pas capable d'assumer correctement cette fonction. L'insatisfaction est omniprésente qu'elle soit ressentie sous l'angle de l'échec ou de la culpabilité, c'est la rupture dans la ligne droite du bonheur qui engendre le climat électrique qui entraîne souvent une incompréhension mutuelle entre l'équipe institutionnelle et la famille.

En parallèle à cette rupture, l'état de la personne âgée peut se dégrader. La famille va avoir de plus en plus de mal à reconnaître son parent dans ce corps qui se transforme et dans ce mental qui se détériore au point de détruire l'image idéalisée. La famille va penser que cette situation est unique, que ce mal inconnu qu'est la dépendance ne se trouve dans nulle autre famille, ou va avoir du mal à expliquer objectivement les causes de cette évolution négative. Tout va s'inscrire en terme d'incapacité et c'est encore une rupture supplémentaire dans l'image globale que la famille donne d'elle-même à l'extérieur.

2.3.2.2.3 L'atteinte de l'intimité

Ces difficultés ou ces handicaps portent atteinte à l'intégrité de la personne dans un premier temps, mais aussi à l'intégrité de la famille dans son ensemble. Ils touchent souvent ce qu'il y a de plus intime chez l'être humain, ce que l'on a réussi jusqu'alors à cacher, à ne pas rendre visible chez l'autre.

L'intimité correspond à la pièce de la maison que l'on ne montre pas, dans laquelle on tolère le désordre, l'inavouable, tout ce qui diffère de l'image construite et sophistiquée que l'on donne de soi. Alors brutalement l'augmentation de la dépendance fait que l'on ouvre cette porte à des étrangers qui vont s'immiscer dans les dimensions les plus secrètes de l'individu. La famille qui a pu gérer cette part de l'intimité, la dévoile à son tour à

l'autre et bien souvent à l'encontre des vœux de la personne concernée qui ne s'était autorisée à ne le dévoiler qu'à quelqu'un de proche.

Cette situation complexe, faite de mélange déstabilisant et culpabilisant va entraîner des réactions qui semblent incompréhensibles lorsque l'on n'analyse pas ces éléments. La famille a l'impression d'abandonner contre son honneur, un être cher qui se détériore et qui va montrer des faces qui étaient restées cachées pour l'équilibre global de la famille.

2.3.2.2.4 Les réactions familiales

Ce sentiment amène la famille à agir par surprotection, en ne laissant paraître que le minimum pour ne pas tout dévoiler de la problématique. Elle peut réagir par la colère, la violence dans les propos et dans l'insatisfaction afin de se protéger de cette dévalorisation. Elle pratique quelquefois l'abandon ou la mise à distance, le repli sur soi, la fermeture au monde extérieur ou la fuite devant l'institution. Ce sont les visites en cachette, quelquefois très rares, sur un temps très court, le silence, la non intervention.

Cette rupture dans la dynamique familiale va avoir un retentissement sur la personne âgée qui va ressentir cette situation. Elle va être en déséquilibre entre le sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa famille, et le souci de forcer la citadelle institutionnelle pour obtenir des réponses appropriées à des besoins difficiles à exprimer.

Vis-à-vis de la famille, elle mesure la somme des tracasseries qu'elle provoque, elle seule face aux autres, unique source d'ennuis. Face à l'institution, elle doit affronter la découverte d'un ensemble inconnu, le regard de l'autre, et doit se décharger d'une pudeur qui jusque-là lui avait permis de donner une image sophistiquée d'elle-même.

2.3.2.2.5 L'incompréhension entre la famille et l'institution

Ces situations entraînent une incompréhension entre l'utilisateur, la famille et l'institution. Il y a un rapport souvent douloureux entre ces différents groupes sociaux : le groupe familial qui vit une histoire nouvelle dans une histoire déjà très longue et le groupe institutionnel contraint d'interférer dans l'histoire de la vie des autres.

Consciente de cette réalité, l'équipe institutionnelle devra percevoir la dimension systémique du problème et tentera de concevoir au sein de la famille l'origine de la souffrance ou du malaise que vit tout le système familial. Il va être souhaitable d'inclure la famille dans tous les choix opérés pour l'utilisateur, afin que celle-ci ne se sente pas dépossédée du parent dont l'évolution défavorable la prive déjà. Dans le secteur des personnes âgées, l'absence de rencontre entre les familles et les institutions contribue à appauvrir la construction de projet pour l'utilisateur. C'est une des raisons de l'absence de

projet personnalisé, le manque de relation laissant le champ libre aux seuls professionnels qui décident alors des actions à mettre en place pour la personne âgée.

Après avoir expliqué le fonctionnement familial qui a tendance à amputer l'âgé de certaines dimensions devant la culpabilité, voyons comment les professionnels marqués de leur culture et de leur formation de base ont une responsabilité dans la négation de certains besoins.

2.3.3 La culture des professionnels

Les professionnels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes en institution sont souvent de formation sanitaire. Celle-ci est basée sur la notion de soins, de réparation et entre dans une démarche curative des problèmes rencontrés. Ces formations, qu'elles soient infirmières ou aides-soignantes, se composent des mêmes hiérarchisations des actions et s'orientent toutes vers le traitement des pathologies et la réponse aux besoins de la vie courante. La vieillesse mal définie et mal repérée au cours de ces études est peu à peu assimilée à une maladie. Elle l'est plus dans la recherche de réponse que dans la définition du problème.

2.3.3.1 Le soin et non le prendre soin

Comme le vieillissement entraîne des diminutions et des déficiences, le réflexe de recherche des pathologies appris en formation se met en route et les incapacités sont entrevues par les soignants comme des maladies qu'il faut absolument traiter. Or, derrière cette réaction, se trouvent l'image de la vieillesse et celle de la mort. En même temps que l'on croit souhaitable de guérir l'âgé, on s'aperçoit que celui-ci va mourir. Ce double sentiment d'intervention souhaitable et d'échec présumé rend le soignant frustré et dévalorisé par les tâches qu'il est contraint d'effectuer.

Les infirmières et les aides-soignantes, si elles interviennent différemment auprès des personnes âgées, ressentent le même sentiment de lassitude et de dévalorisation de l'acte. A quoi bon continuer des pansements sur des sujets qui continuent à se dégrader ? A quoi bon faire la toilette de quelqu'un qui ne s'en rend plus compte ? Il n'y a au bout de ces actions aucun espoir de guérison. Cette mort est de plus en plus imminente. Même si la personne montre quelques signes de renouveau, les professionnels ne les voient pas, seule la mort reste visible. « Puisque cette mort est acceptée, on se prend à la souhaiter plus rapide »⁴⁰.

⁴⁰ Pierre Guillet, *être vieux, de la négation à l'échange*, Autrement, 1991, page 98.

Pourtant la réalité peut être tout à fait autre. Ce n'est pas seulement la situation et l'état de la personne âgée qui sont dévalorisants et déprimants, mais il faut chercher dans la répétition des actions la source du désintérêt des professionnels. « La violence ne vient pas du corps vieux, mais de la répétition de ce type de tâches »⁴¹. Tous les jours, ce sont les mêmes gestes qui accompagnent les soignants. Ces gestes se suivent de chambre en chambre et de personne en personne. Ils ne sont plus forcément adaptés à la personne concernée, mais se ressemblent au fur et à mesure que les actes se suivent. Le même déroulement de la toilette précède la même manière de lever la personne. La présentation des personnes âgées donne une impression d'uniformisation dans le sens où l'on cherche à reproduire l'image de l'âgé telle qu'on se la construit culturellement. Tous ces détails installent inconsciemment, pour le soignant, un mécanisme dont il ne peut se défaire dans son activité. Ce mécanisme va peu à peu éloigner l'usager du centre des décisions et va en faire un objet de soins. Il va y avoir une diminution, voire une disparition de l'initiative pour la personne âgée. « Ce qui semblerait caractéristique d'une absence d'initiative relève alors de :

- la perception de la fin,
- l'attitude conduisant à bannir les performances,
- l'absence d'initiative avant le décès du conjoint,
- la perte d'intérêt pour soi,
- la désadaptation à un monde en évolution rapide »⁴².

Il est alors souhaitable de resituer l'âgé dans une démarche de valorisation de ses potentiels et le laisser apte à choisir les actions qui semblent le mieux adaptées à ses besoins. Le fait de poser des objectifs pour celui-ci rendraient les tâches moins routinières pour les soignants. Ils effectueraient les soins d'une manière moins stéréotypée et trouveraient un intérêt nouveau pour chaque acte, car la rencontre de chaque résident représente une histoire nouvelle et inédite. « Il est difficile, pour un soignant, d'approcher une personne très âgée souffrante et d'entrer en contact avec ce corps qui paraît se vider de sa vie. Comment le faire si on ne connaît rien de sa vie passée, de ce qui l'entourait et avait de la signification pour elle ? »⁴³. Il s'agit d'organiser les tâches autour d'histoires et de besoins singuliers plutôt que d'effectuer des actes à la chaîne sans pouvoir repérer le moindre intérêt dans les gestes accomplis. N'effaçant pas la réalité des actes qui se répètent tous les jours(toilettes, habillages, levers, repas,...) il s'agit d'y redécouvrir un intérêt lié à la personnalité, l'histoire, la réalité de chaque usager. « Un courant, assez large, fait

⁴¹ Pierre Guillet, Réf. N°41, page 97.

⁴² Michel Personne, *Le corps du malade âgé*, édition Dunod, 1994, page 100.

ressortir ces aspects où le corps ne doit pas être un objet soumis à des techniques. Au sein même du monde médical, ce courant est actif. Il précise les limites de l'action médicale et recommande une attitude pragmatique dans le processus de soins »⁴⁴.

2.3.3.2 Revoir les modes d'apprentissage

Il semble que les formations paramédicales précitées vont de plus en plus dans ce sens d'une manière globale et pour la population âgée en particulier. La volonté de quelques professionnels motivés, ainsi que l'actualité juridique concernant les droits de l'utilisateur, amènent les centres de formation à revoir les modes d'apprentissage, la philosophie des soins et leur contenu. Cette évolution n'interdit pas aux établissements recevant des personnes âgées de pallier à cet inconfort par le biais de la formation professionnelle continue. Chaque directeur a le devoir de se saisir de ce problème afin d'améliorer la qualité des prises en charge et d'adapter les pratiques à la spécificité de son établissement. Il doit faire en sorte de permettre aux professionnels de revisiter leurs pratiques, leur conception du soin et la compréhension des missions de l'établissement pour lequel ils sont employés.

2.3.3.3 Changer la culture des professionnels : De la gériatrie à la gérontologie

Jusqu'à présent, les professionnels s'inscrivaient dans une démarche de soins gériatriques. Il faut comprendre en cela l'utilisation de la technobiologie qui traite des maladies du sujet âgé. Cette démarche est rassurante pour le professionnel qui évacue son angoisse face aux besoins de l'utilisateur par des soins techniques. En revanche, l'angoisse humaine sur le sens du soin, les valeurs de la vie, devient déstructurante pour celui-ci. Il est alors préférable de choisir la dimension gérontologique qui désigne l'étude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains sur tous les plans (biologique, psychologique et social), et à tous les niveaux de complexité.

Il s'agit d'une approche des problèmes de la vie plutôt que d'une discipline autonome : toutes les avancées des sciences biologiques et des sciences humaines contribuent aux progrès de la gérontologie.

Elle embrasse quatre aspects en interaction constante :

- le vieillissement physique : la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler,

⁴³ Pierre Guillet, Réf. N°41, page 97.

⁴⁴ Michel Personne, Réf. N°42, page 101.

- le vieillissement psychologique : la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu,
- le vieillissement comportemental : résultat des changements dans le cadre d'un milieu donné et regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation,
- le contexte social du vieillissement : l'influence qu'exercent l'un sur l'autre l'individu et la société. Cet aspect touche la santé, le revenu, le travail, les loisirs, la famille...

En dehors du contexte soignant, la gérontologie est liée à des disciplines comme la philosophie, les sciences politiques, la psychologie de même que la sociologie et l'histoire :

- philosophie : pour pouvoir soigner les personnes âgées, il faut être capable de les écouter et pour cela prendre conscience de sa propre conception de la vieillesse,
- sciences politiques : les aînés représentent désormais une force politique importante et l'Etat se doit d'organiser des réponses à leurs besoins,
- psychologie : la psychologie du vieillissement est un domaine relativement nouveau, les préoccupations touchent surtout le développement continu de la personne âgée,
- sociologie : la gérontologie sociale se penche sur l'influence de la société sur les personnes âgées, leur comportement social et l'impact de leur nombre sur les systèmes sociaux. Les recherches dans ce domaine sont très nombreuses,
- histoire : cette discipline aide à comprendre l'origine et l'évolution de tout ce qui se rapporte au vieillissement.

L'importance du rôle de la technologie dans la guérison fait que le patient dont la maladie est incurable apparaît inexorablement aux professionnels de la santé comme un échec. La gérontologie est perturbante pour le jeune diplômé paramédical pour lequel la non prolifération de tuyaux et d'aiguilles donne l'impression que le travail effectué n'a aucune valeur médicale. Ceci découle de la culture hospitalière dominante. L'hôpital est une institution qui répond admirablement au défi de la maladie. Il a permis la division du travail, le contrôle des urgences, mais il a payé ses victoires et a sacrifié au nom de l'efficacité les conditions de dignité et d'individualité qui font partie des exigences humaines de chacun.

Dans le grand âge, le protocole souvent figé des conduites à tenir de la médecine curative fait place à d'autres exigences, où l'agir garde toute son importance, mais où parallèlement, devient nécessaire un savoir être. Quitter le vocabulaire de la pathologie

pour s'ouvrir à celui des capacités restantes de la personne demande que les soignants acceptent qu'il soit hors de leur portée de guérir la vieillesse. La seule façon de vivre longtemps c'est de vieillir, accompagnée de plusieurs symptômes offerts ou masqués.

La réflexion sur les avancées de la médecine pendant les trente années d'après-guerre a conduit à revoir l'approche de la personne âgée en intégrant la présence d'interrelations entre tous les éléments de sa structure, à la percevoir complexe. Il faut comprendre que l'on ne peut pas démonter la personne et la réassembler sans lui faire perdre sa personnalité, ce qui est la logique du vivant. Si le soignant s'intéresse à la complexité du vivant, il fonctionne dans une optique gérontologique. La vieillesse n'est pas une impasse thérapeutique, mais une voie pour des thérapeutiques différentes où le soignant est thérapeute par ses attitudes, ses comportements, ses paroles, son humanité.

2.3.3.4 L'usure des professionnels

Un autre facteur vient interférer dans la qualité de la relation entre l'utilisateur et le professionnel. C'est le sentiment d'épuisement professionnel.

2.3.3.4.1 Le burn out

Cet élément, appelé couramment « Burn out syndrome », est de plus en plus présent au sein des équipes qui interviennent auprès des personnes âgées. Le burn out signifie « court-circuiter, épuiser, consumer, claquer ses forces, se ruiner la santé »⁴⁵. C'est un état de fatigue, d'épuisement psychologique et mental qui anéantit toutes les ressources du professionnel, amène une fatigue intellectuelle et des attitudes négatives vis-à-vis de soi. L'énergie manque dès le début de la journée et la transforme en parcours douloureux. Cet état éloigne le professionnel du sujet âgé dont il doit s'occuper et les actes deviennent sans intérêt de même que la relation avec l'autre, les collègues, la famille ou la personne âgée.

Plusieurs professions souffrent de ce syndrome. « Tous les métiers pour lesquels on a longtemps parlé de vocation sont concernés »⁴⁶. Il existe un décalage entre l'idéalisation projetée de la fonction et la réalité quotidienne de celle-ci. A ceci s'ajoute le manque de temps, la charge de travail, le rapport constant avec la mort. Ce dernier élément a une importance capitale dans ce syndrome d'épuisement.

2.3.3.4.2 Le poids de la mort

L'omniprésence de la mort dans une population âgée crée des deuils multiples que chaque professionnel doit effectuer d'une manière personnelle, mais également dans une

⁴⁵ Marie-Frédérique Bacqué, *Deuil et santé*, édition O. Jacob, 1997, page 140.

⁴⁶ Marie-Frédérique Bacqué, Réf. N°45, page 141.

dimension collective afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse continuer à fonctionner. Il va s'agir pour chaque professionnel de faire face à ses propres deuils. « En effet, si un médecin ou une aide-soignante et tous les participants d'un service ont déjà réfléchi aux conséquences d'une perte et à leurs aptitudes à y faire face, ils seront moins démunis lorsque celles-ci surviendront en grand nombre »⁴⁷.

Il s'agit également de définir le fonctionnement global d'une équipe par rapport à la gestion des deuils et à la relation avec les familles.

La connaissance de ces réalités et des modes de régulation vont entraîner une dynamique institutionnelle et personnelle qui va permettre de transformer les pertes d'énergie en source d'initiative et de valorisation du travail de chacun. Prévenir toutes ces sources d'inertie et de conflits va permettre une réflexion sur la réalité de la personne et les perspectives de son devenir, même si celui-ci doit être associé à une mort proche. Il s'agit alors de se recentrer sur la singularité de l'utilisateur afin d'en faire l'intérêt de l'intervention par une meilleure connaissance et une approche différente. Permettre à chacun de connaître ses limites, autant personnelles que professionnelles, et bien repérer les missions confiées à l'institution permettent à l'intervenant de mieux se positionner. Il est important de recadrer le domaine d'intervention de chacun, d'accompagner les difficultés qui interfèrent dans la relation quotidienne afin de ne pas désocialiser la personne âgée.

Le projet personnalisé est un outil capable de permettre cette démarche. Il ne peut le permettre à lui seul, et il doit s'accompagner d'une clarification dans les modes de fonctionnement institutionnels.

Ceux-ci sont un autre frein à la mise en place du projet personnalisé. Il est nécessaire de mieux comprendre le rapport entre l'institution et l'utilisateur afin de mettre en évidence les raisons de cette problématique.

2.3.3.5 Ces institutions à caractère humain qui deviennent totalitaires

Erving Goffman⁴⁸ définit les organismes sociaux en « institutions totalitaires ». Les établissements hébergeant des personnes âgées entrent, pour lui, dans cette catégorie. Ces établissements « sont des lieux où une activité particulière se poursuit régulièrement »⁴⁹.

2.3.3.5.1 Lieu de vie et lieu de travail

Dans le déroulement normal des choses, nos activités professionnelles, sociales et intimes se déroulent le plus souvent dans des lieux dissociés.

⁴⁷ Marie-Frédérique Bacqué, Réf. N°45, page142.

⁴⁸ Erving Goffman, *Asiles*, Les éditions de minuit, 1968.

⁴⁹ Erving Goffman, Réf. N°48, page 45.

« Les institutions totalitaires, au contraire, brisent les frontières qui séparent ordinairement ces champs d'activité »⁵⁰.

Ainsi tous les aspects de l'existence s'inscrivent dans un cadre identique. Dans le même cadre, les activités quotidiennes se déroulent avec un grand nombre de personnes subissant les mêmes traitements. Le déroulement de ces activités se fait par une organisation imposée par l'institution et préconisée afin que celle-ci puisse fonctionner d'abord en regard de ses propres nécessités. Nécessités d'horaires, de repos, de changements d'équipes, de satisfactions sociales... Cette institution va produire un fonctionnement qui ne va pas, dans un premier temps, mettre l'intérêt des usagers au centre des préoccupations. Ces usagers qui vivent 24 heures sur 24 dans l'institution vont générer une organisation qui va s'instaurer sur des bases institutionnelles autarciques où la réalité qui guide le choix des professionnels ne s'applique pas envers les résidents.

Ces institutions reproduisent en permanence un fonctionnement qui ne s'appuie pas sur la singularité de l'utilisateur, mais qui s'autoalimente selon les contraintes humaines et sociales des professionnels qui la composent. « Le caractère essentiel des institutions totalitaires est qu'elles appliquent à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins, quelles que soient en l'occurrence la nécessité ou l'efficacité de ce système »⁵¹.

Une autre particularité définit les institutions totalitaires. C'est le rapport entretenu avec le monde extérieur. Les usagers vivent à l'intérieur de l'établissement et n'ont que des rapports limités avec l'extérieur. En revanche, le personnel n'est en lien avec l'institution que huit heures par jour et continue, au-delà de cette période, d'être intégré au monde extérieur. C'est la coexistence d'un lieu de vie pour les usagers et d'un lieu de travail pour les professionnels. Chaque groupe a alors une image personnelle de l'autre et crée chez l'autre une raison sociale particulière. Le personnel tend à prendre les usagers pour un groupe uniforme composé d'âgés dont il est nécessaire de s'occuper devant leurs incapacités. Les usagers observent l'ensemble du personnel comme des personnes qui effectuent des tâches et se considèrent comme la matière première qui justifie ce fonctionnement. « De ce fait, il s'établit entre le prestataire (le professionnel) et le bénéficiaire (l'utilisateur) un rapport de force plus ou moins exprimé ou perceptible qui nécessite une compréhension réciproque, au risque de déboucher sur un mécanisme de crise »⁵².

⁵⁰ Erving Goffman, Réf. N°48, page 47.

⁵¹ Erving Goffman, Réf. N°48, page 48.

⁵² Richard Vercauteren, Jocelyne Chapeleau, *Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite*, édition Eres, pratiques du champ social, 1995, page 20.

2.3.3.5.2 *La domination d'un groupe social sur un autre groupe social*

Il peut y avoir alors une domination d'un groupe sur l'autre. Les professionnels qui continuent de bénéficier d'un statut social qui leur permet d'avoir une vie active, n'auront pas la même identité que les usagers qui vivent collectivement une absence quasi totale de socialisation autre que celle qui s'organise à l'intérieur de leur groupe. L'organisation va alors se bâtir autour des nécessités du groupe le plus fort, celui-ci ayant plus de capacités à se défendre et à imposer ses revendications. La possibilité d'expression qui est laissée aux représentants des usagers est moins importante que celle autorisée pour les représentants du personnel. Il y a alors une réticence à concevoir ou à autoriser l'utilisateur à formuler des souhaits pour l'organisation de l'institution, cette démarche pouvant atteindre le pouvoir que le personnel a réussi à se constituer.

C'est ainsi que cette institution qui devient totalitaire par le diktat qu'elle impose à l'utilisateur, refuse implicitement d'imaginer un autre mode de fonctionnement basé sur la reconnaissance de la singularité de chaque usager et sur la nécessité de son implication et de sa participation dans le projet de sa prise en charge. Ceci entraîne une résistance au changement qui s'explique par la peur pour le personnel de perdre la maîtrise de l'organisation.

2.3.3.5.3 *La peur du changement*

Pour Jean-Marie Miramon, « le changement concerne à la fois la personne, les structures et les techniques. Ces trois facteurs interagissent en permanence dans une organisation »⁵³. Michel Crozier et son équipe ont étudié le processus de changement en organisation. Leur analyse montre que le changement provoque des résistances qui sont réelles et inévitables. « Il s'agit du passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain »⁵⁴. Il apparaît en fait que l'organisation représente un équilibre sous-tendu par des relations de pouvoir. Dans cette relation, chaque acteur a trouvé un équilibre entre sa satisfaction personnelle et professionnelle. Proposer le changement consiste à casser cet équilibre et amène une redistribution des composantes de celui-ci. C'est cette redistribution qui amène la crainte, ou plutôt, l'incertitude d'y retrouver un équilibre. Il est alors souhaitable de faire participer le personnel à l'ébauche de ce changement afin d'en lever la résistance et la peur.

⁵³ Jean-Marie Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, ed E.N.S.P, 1996, page 87.

⁵⁴ Jean-Marie Miramon, Réf. N°53, page 86.

Ce type de management est primordial dans le secteur des personnes âgées avec des professionnels dont la rigueur culturelle peut entraîner une rigidité devant toute notion de changement et où le seul terme d'évolution peut faire peur. Instaurer un projet où l'utilisateur est au centre du dispositif peut faire craindre au professionnel de voir se dissoudre son pouvoir.

C'est au carrefour de ces réalités institutionnelles, familiales, culturelles, sociales et sociétales que le projet personnalisé peut se développer afin de rendre les uns et les autres complémentaires dans le souci de rendre à l'âge sa dignité et sa capacité de décider, au plus près de son histoire, du déroulement de sa vie.

Nous allons voir dans la troisième partie, comment concrètement je vais organiser la mise en place du projet personnalisé dans l'établissement que je dirige. Ce projet devra se mettre en place en respectant toutes les réalités vues précédemment et devra être accompagné par une stratégie comprise par tous et impliquant l'ensemble des acteurs concernés par la démarche.

3 INSTALLER LE PROJET PERSONNALISE A L'HOTEL DE RETRAITE DE RUELLE

Dans la troisième partie, nous allons examiner dans un premier temps les objectifs et les différentes étapes nécessaires à la mise en place du projet personnalisé. Nous verrons ensuite la stratégie que je compte mettre en œuvre afin de rendre utilisable ce projet.

3.1 Les objectifs du projet

Quel projet pour l'Hôtel de Retraite ?

Suivant les recommandations des textes législatifs et face à une société qui évolue en laissant de plus en plus à l'individu une place centrale et une promotion personnelle accrue, l'Hôtel de Retraite souhaite adapter son fonctionnement et permettre au résident d'obtenir les aides dont il a réellement besoin afin de maintenir le lien social. Le projet personnalisé est donc l'aménagement de la mission globale d'un établissement à chaque individu avec ses potentialités propres.

L'objectif global est de transformer la personne fragilisée en citoyenne de sa propre vie. Ce n'est donc plus tant l'usager qui est admis dans un établissement dont il épouse les règles de vie, qu'une équipe institutionnelle qui se met au service d'un bénéficiaire en lui proposant des prestations adaptées à sa situation.

Pour obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel à cette nouvelle conception du service rendu personnalisé, je propose d'orienter les actions vers trois objectifs susceptibles de faire évoluer la qualité des prestations :

- Faire émerger le projet d'apporter la bonne réponse, à la bonne personne au bon moment,
- Mettre en œuvre les moyens techniques et humains nécessaires pour satisfaire la mise en place du projet personnalisé,
- Evaluer le service rendu, pour mesurer les écarts.

Je présenterai et expliquerai ces objectifs à tous les membres du personnel à travers une stratégie de communication qui permettra à chacun de se les approprier.

Voyons à présent quelles seront les différentes étapes du projet personnalisé.

3.2 Les étapes du projet personnalisé

Pour la mise en place du projet personnalisé, il ne faudra pas négliger l'option méthodologique afin que celui-ci ne devienne pas un contrat virtuel. « S'agissant de concevoir l'établissement au service de la personne, c'est bien l'ensemble de la

méthodologie de la prestation qui doit se trouver profondément concernée »⁵⁵. Il est alors nécessaire de redéfinir, en théorie, les différentes étapes de l'organisation afin que le projet se mette en place d'une manière dynamique et efficace. Il faut également discerner ce qui tient de la démarche et ce qui tient de la formalisation.

3.2.1 La démarche du projet personnalisé

3.2.1.1 L'admission, la réponse administrative

L'admission est une démarche administrative qui répond à une demande de prise en charge et qui met en lien les conditions nécessaires à la réponse. Cette procédure est souvent la première étape dans la prise de contact. Elle est très souvent effectuée par la famille, ou par un tiers, et se déroule sans l'utilisateur. Le représentant de l'utilisateur prend contact avec l'établissement puis se déplace afin d'effectuer une première visite. Cette étape sert au directeur d'appréciation sur la situation générale de la personne âgée et permet de donner un avis sur la faisabilité de l'entrée en institution. Le directeur recueille l'avis du médecin attaché à l'établissement afin que celui-ci, après une évaluation de l'état de santé, indique si la personne âgée peut trouver dans l'institution les réponses adaptées. Un membre du personnel va à domicile afin d'observer le déroulement des habitudes de vie et façonne un premier portrait assez fidèle de l'âgé.

Cette étape, dite d'admission, va renseigner la famille et l'utilisateur sur la possibilité d'entrer en institution, mais ne va pas rendre l'entrée opérante.

A la suite de cette étape, une visite de l'établissement est proposée à la personne âgée afin que celle-ci visualise l'univers qui va devenir le sien et qu'avec sa famille, elle compare les différents établissements qu'elle aura visités.

Ces différents moments sont des prises de contact, ils ne doivent pas se confondre avec l'accueil qui est une étape différente.

3.2.1.2 L'accueil

L'accueil est essentiel dans le déroulement du séjour de la personne âgée dans l'institution. C'est le premier contact réel avec l'ensemble de la structure et sa réalité. C'est le premier regard porté sur ce qui va devenir, pour l'utilisateur, un nouvel univers. Durant cette procédure, le contact entre l'utilisateur et l'institution sera rassurant et serein. Ce contact est préparé de part et d'autre afin qu'il ne se fasse pas dans l'indifférence ou la précipitation. De ce moment, l'utilisateur conservera un sentiment dont la nature guidera une

⁵⁵ Jean-René Loubat, Réf. N°21, page 142.

grande partie de son ressenti. L'équipe institutionnelle doit avoir conscience de l'importance de ce moment afin qu'il soit porteur d'un sens différent dans la connaissance de l'usager. C'est une personne avec son histoire qui vient chercher dans l'institution la possibilité de continuer à vivre sa vie. Il s'agit d'adapter le temps institutionnel au temps de l'usager. Il faut prendre le temps de lui expliquer l'organisation, lors de la visite de l'établissement.

Il est nécessaire de créer, à l'intérieur de l'établissement, un comité d'accueil qui sera responsable du bon déroulement de cette étape. Ce comité sera composé d'un membre du personnel, d'un résident volontaire et d'un membre de la famille de l'usager qui aura déjà été en contact avec l'institution. Ce comité sera chargé de favoriser l'intégration de la personne âgée en étant à l'écoute de toutes les interrogations et inquiétudes de celle-ci.

Lorsque l'accueil est réalisé, et qu'un premier portrait de l'usager commence à se dessiner, il va falloir organiser la réponse à ses besoins et attentes.

Il est alors souhaitable de nommer un référent dont la fonction sera essentielle pour la construction et le suivi du projet.

3.2.1.3 La mise en place du référent, le garant du projet

Une étape significative de la construction du projet personnalisé va être le choix d'un référent ou coordinateur de projet. Ce professionnel, qui va être la personne significative pour le résident, « n'est pas responsable du bénéficiaire, mais de la conduite du projet, ce qui est fort différent »⁵⁶.

C'est lui qui va avec le résident, sa famille et les acteurs construire le projet personnalisé. Cette construction va suivre plusieurs étapes qui sont de sa responsabilité.

La première concerne le recueil de données qui s'organise autour de trois constantes qui sont les forces, les difficultés et les besoins du résident. Il ne se construit pas uniquement sur l'incapacité mais prend en compte toutes les composantes, positives ou déficientes, de celui-ci. La nature du projet qui en découlera dépend fortement de cette vision là.

Vient ensuite une priorisation des besoins afin de s'acheminer vers une situation souhaitée par le résident et/ou sa famille. Cette situation indique à l'équipe le type d'actions à mettre en place et non à celle-ci le modèle de prise en charge standardisé à imposer.

Cette situation souhaitée fait émerger des objectifs généraux et particuliers qui font apparaître une délimitation des responsabilités et des délais dans la mise en place des

⁵⁶ Jean-René Loubat, Réf. N° 21, page 156.

actions. Tout ceci aboutit à la rédaction du projet qui fait l'objet d'un consensus reconnu par tous les protagonistes. Je suis, en tant que directeur, responsable de la contractualisation du projet, alors que le référent est responsable du suivi.

Les étapes suivantes concernent le développement du projet personnalisé qui entraîne des actions à court, moyen et long termes. Différents axes sont alors repérés et mis en cohérence.

Le référent sera également l'interlocuteur privilégié de tous les protagonistes de l'accompagnement de l'usager. Il sera en lien avec la famille et permettra au résident d'avoir un repère auprès des nombreux intervenants.

Le référent me restituera l'avancée de ses investigations car je suis responsable de la qualité des services destinés au bénéficiaire.

A l'Hôtel de retraite de Ruelle, les référents seront choisis, par le directeur, parmi l'équipe soignante (I.D.E, Ergothérapeute, Aide-soignant). Le référent devra toutefois enrichir le projet de la personne par l'aide du regard des autres professionnels afin qu'il ne réponde pas uniquement à la dimension sanitaire.

Lorsque le projet sera construit, il devra être proposé à l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès du résident.

3.2.1.4 Les réunions de projet, la validation du projet personnalisé

L'étape suivante dans la mise en place du projet personnalisé sera consacrée à la présentation de celui-ci à l'équipe pluridisciplinaire afin de valider l'exécution des actions préalablement définies.

Cette présentation se fera au cours d'une réunion dite de projet et privilégiera l'avenir du résident et la prise de décision concernant les actions adaptées. Cette réunion sera définie comme « une production d'un plan d'action cohérent et personnalisé s'inscrivant dans le cadre du projet d'établissement visant à la promotion du bénéficiaire du service rendu. Sont envisagées aussi bien la pertinence du projet que sa faisabilité et les conditions de sa mise en œuvre »⁵⁷.

Cette réunion n'aura pas un caractère d'expertise des problématiques institutionnelles, mais sera centrée sur le résident et sur la mise en place du projet qui le concerne.

Cette réunion concernera l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée et qui ont un rôle à jouer dans les actions mises en place. Elle concernera également les familles qui peuvent trouver par leur intermédiaire un lieu de rencontre,

⁵⁷ Jean-René Loubat, Réf. N°21, page 152.

d'information et d'échange au sujet de leur parent. Le résident ne devra pas être éloigné de cette instance et connaîtra le suivi des décisions prises à son sujet.

3.2.1.5 Les rencontres avec les familles, pour consolider le lien social du résident

Le projet personnalisé rappelle en préalable que la personne âgée, comme toute personne, se situe dans une histoire familiale. L'institution a pour objet de maintenir le lien social, le lien familial : fonction d'accueil, d'information et d'accompagnement.

Le projet d'accompagnement de la famille aura pour objet d'accueillir la famille dans l'établissement en l'état de son histoire, de l'associer à l'élaboration du projet personnalisé et de l'informer sur le contenu de la prise en charge, de la vie quotidienne du résident et du suivi du projet le concernant. La famille sera renseignée sur l'évolution des projets institutionnels.

Ces réunions permettront aux familles d'être soutenues lorsqu'elles seront en souffrance devant l'apparition d'un état de dépendance ou en période de fin de vie du résident. Cette méthode d'intégration des familles aux prises de décisions permettra de passer d'une famille stigmatisée à une famille partenaire.

3.2.1.6 La contractualisation de la démarche

Lorsque le projet est finalisé et qu'il correspond aux souhaits du résident, en tant que responsable des prestations rendues par l'institution, je contractualiserai la démarche. Un contrat sera alors signé entre l'établissement et l'utilisateur, et chaque partie s'engagera à respecter ce qui est proposé dans le projet.

Cette signature sera un gage de sécurité pour chaque partie et participera pour l'établissement, dans le cadre de la démarche qualité, à écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit.

3.2.1.7 L'évaluation du projet personnalisé

La dernière étape de la démarche concerne le suivi et l'évaluation du projet. Elle sera régulière, organisée tous les trois mois, centrée sur l'évolution du déroulement des actions et sur l'évolution de l'accompagnement. Elle réunira le ressenti de l'utilisateur et de sa famille qui permettra de juger l'atteinte des objectifs.

Cette évaluation validera l'atteinte des objectifs ou en reformulera d'autres en cas de non atteinte des précédents. Elle restera fidèle au portrait réalisé au cours du projet personnalisé et ne devra pas priver les acteurs, non institutionnels, de leur avis.

Cette évaluation se fera au cours de la réunion de projet, ou chaque référent fera le point du déroulement du projet du résident dont il est le coordinateur.

En parallèle à cette démarche, il sera nécessaire de s'intéresser à la formalisation du projet personnalisé qui va se faire par l'intermédiaire d'un document unique pour chaque résident.

3.3 La formalisation du projet personnalisé

Elle se fera par l'intermédiaire d'un document écrit qui sera propre à chaque résident.

3.3.1 Le dossier personnalisé : la prise en compte des besoins du résident

Le dossier qui va concerner l'utilisateur prendra en compte toutes les dimensions de la personne. Il servira à rééquilibrer les réponses apportées, laissant la priorité aux besoins les plus urgents, mais permettra de ne pas oublier les autres attentes de la personne. C'est à ce prix que le résident pourra être resocialisé sans devenir un objet de soins.

3.3.1.1 Le dossier administratif

Il comportera tout ce qui caractérise la personne et outre les renseignements purement administratifs, il renseignera sur l'environnement familial et social par le géosociogramme. Ce concept apportera une vision schématique et fidèle de l'ensemble des composantes de la famille de l'utilisateur. Il permettra de repérer rapidement les logiques familiales et les personnes significatives pour le résident. Cette réalité sociale sera d'un intérêt extrême pour les acteurs institutionnels qui pourront repérer les personnes qui peuvent aider la valorisation du projet.

3.3.1.2 Le dossier soins

Le dossier soins sera composé de deux parties différentes dont l'une représentera la partie réservée aux médecins et une autre au personnel soignant.

3.3.1.2.1 Le dossier médical

Il regroupera tous les renseignements significatifs sur le passé et le présent médical du résident. Il sera sous la double responsabilité du médecin désigné par la personne et du médecin vacataire de l'établissement.

Outre les renseignements concernant l'histoire médicale du résident, tous les intervenants médicaux y consigneront leurs observations, analyse, diagnostic et évaluation

de la situation. Sous couvert du secret médical, cette partie du dossier pourra être consultée par les professionnels de l'établissement qui sont tous tenus au secret professionnel.

Cette partie du dossier amènera à formuler des objectifs visant à répondre aux besoins de santé du résident. Ils ne seront qu'une partie des objectifs composant le projet personnalisé.

3.3.1.2.2 Le dossier infirmier

Le dossier infirmier, véritable outil pour les professionnels, sera le lieu de consignation des besoins de base de la personne âgée. Il permettra à l'équipe soignante de faire une évaluation objective de la situation du résident pour cette dimension. Y seront inscrits les objectifs à formuler pour la personne. Ils concerneront le maintien de l'équilibre des besoins de base tels que le nursing, l'alimentation, le respect de l'intégrité corporelle, des capacités à se déplacer, tout ce qui crée souvent la dépendance.

Cette partie du dossier contiendra toutes les actions à mettre en place pour le maintien de l'autonomie et sera le lieu de repérage de l'atteinte des objectifs et de l'évolution de l'état de la personne.

3.3.1.3 Le projet de vie

Cette partie du dossier personnalisé sera pourtant en lien avec l'état de santé de la personne âgée. Il ne faudra pas nier, à cette étape de la vie, l'importance et les conséquences que l'état de santé de l'utilisateur ont sur le déroulement de sa vie. Toutefois, s'il est nécessaire d'en tenir compte, il faudra s'inspirer le plus possible de son vécu pour façonner un projet qui soit le plus adapté aux attentes de la personne âgée.

Dans cette partie du dossier, nous retrouverons toutes les habitudes de la vie quotidienne (qu'elles soient domestiques ou culturelles) qui doivent inspirer la construction du projet final. Cet élément du projet devra être ressenti comme capital pour le résident afin que celui-ci ait conscience de la nécessité de se projeter dans l'avenir.

C'est pour cette dimension que les professionnels doivent être le plus pertinent car le rapport entre l'utilisateur et son devenir est très difficile à construire dans cette période de la vie. La réussite de la resocialisation du résident se trouve dans cette dimension et dans l'articulation de celle-ci avec les autres aspects de la personne. Il s'agit de créer le lien entre toutes les possibilités de l'âgé et de lutter contre le sentiment d'inutilité qu'il peut ressentir.

La mise en place du projet personnalisé à L'Hôtel de Retraite de Ruelle va entraîner des changements substantiels qu'il est nécessaire d'accompagner afin d'en éviter l'échec.

Voici donc les modifications que je compte apporter dans l'organisation de l'institution afin de rendre opérationnelle la mise en place du projet personnalisé.

3.4 Les modifications substantielles de l'existant

La mise en place du projet personnalisé entraîne des modifications de fonctionnement qu'il est important d'accompagner afin que ce désir de changement ne devienne pas une cacophonie institutionnelle au service de l'infaisabilité du projet.

Ces transformations vont être d'ordre relationnel et culturel, mais aussi d'ordre organisationnel pour le personnel. Il convient donc de repérer les modifications incontournables, de les organiser pour voir ensuite quelle sera la stratégie à mettre en place pour les rendre opérationnelles.

3.4.1 La mise en place progressive de la centration sur l'utilisateur

L'Hôtel de Retraite de Ruelle, nous l'avons vu en première partie, a une capacité totale d'hébergement de 101 résidents. Il paraît inconcevable et dangereux pour la pérennisation du projet de demander au personnel d'effectuer 101 projets personnalisés. Toute la méthodologie nécessaire à ce changement rendrait la tâche difficile pour le personnel et les usagers. Ce travail s'effectuerait au détriment d'autres tâches incontournables et entraînerait un épuisement des professionnels, ce qui accentuerait la résistance au changement.

C'est pourquoi j'ai décidé, en accord avec le conseil d'administration et l'ensemble de l'équipe, de ne mettre en place ce mode de fonctionnement par projet personnalisé qu'avec les résidents nouvellement admis à l'Hôtel de Retraite, que ce soit en hébergement permanent ou temporaire.

Cette mise en place progressive va avoir un double intérêt. Le premier est de laisser du temps au personnel afin qu'il puisse tester et éventuellement modifier les outils méthodologiques. Le deuxième va permettre d'observer le retentissement de la centration sur l'utilisateur au niveau d'un groupe d'importance acceptable.

Le nombre des entrées en une année représente 70 résidents (tous hébergements confondus) ce qui permet de tester d'une manière opérationnelle ce nouveau mode de prise en charge.

Une dérogation sera admise pour la réalisation de projets personnalisés auprès des résidents déjà présents dans l'établissement et dont l'état de santé viendrait à se dégrader. Avec l'aide de la grille A.G.G.I.R qui permet de mesurer le degré de dépendance, il sera

nécessaire de réaliser un projet personnalisé afin de rendre la prise en charge plus efficace et plus appropriée.

Il convient dans un deuxième temps de transformer les réunions institutionnelles afin d'instaurer un temps de présentation et de suivi des projets personnalisés.

3.4.2 Adapter les réunions institutionnelles en réunions de projet

Afin de permettre au référent de présenter le projet personnalisé à l'équipe pluridisciplinaire, je vais instaurer un temps de réunion particulier et réservé à cet objectif. C'est un temps qui sera offert à l'équipe afin de peaufiner et de valider le projet du résident. Le secteur des personnes âgées ne pratiquant pas les réunions de synthèse, les professionnels ont peu ou pas de temps pour échanger autour des besoins du résident. Il paraît nécessaire d'y remédier.

A l'Hôtel de Retraite de Ruelle, j'ai déjà instauré une réunion mensuelle afin d'examiner les problèmes de fonctionnement. Cette réunion qui se déroule le dernier vendredi de chaque mois doit être maintenue pour ne pas sous-estimer l'importance de la coordination institutionnelle. En revanche, l'établissement ne souffrant pas jusqu'ici de « réunionnite », il est possible de créer une réunion de projet un autre vendredi en milieu de mois. Cette réunion n'abordera aucun problème d'organisation et sera centrée sur l'usager. Je me chargerai de l'animation de cette réunion et de l'exécution des décisions qui seront prises. L'ensemble du personnel sera présent et un compte rendu sera effectué afin que les absents puissent se tenir au courant des avancées des travaux.

3.4.3 La création d'un temps de rencontre avec les familles

La possibilité de rencontrer les familles et de les impliquer dans la démarche de promotion de la personne âgée permet de ne pas désocialiser le résident lors de son entrée en institution. Cette démarche n'est pas formalisée pour l'instant à l'Hôtel de Retraite. Elle permettrait, nous l'avons vu précédemment, de repositionner l'ensemble des acteurs dans l'objectif principal et de permettre à l'usager de continuer à valoriser son existence.

A l'Hôtel de Retraite, nous n'avons pas de soutien psychologique destiné aux familles. En revanche, je vais mettre en place une organisation qui permettra de renforcer le lien entre la famille et le personnel. Cette organisation comprendra des heures hebdomadaires planifiées de rencontre entre la famille et les membres du personnel. Les familles auront l'assurance de rencontrer un membre du personnel qui aura le temps de les écouter et de dialoguer. Il va être nécessaire de reprendre les réunions du conseil d'établissement qui est installé, mais qui ne fonctionne pas de manière régulière. Ce sera

un moment privilégié pour que les familles et les résidents parlent du fonctionnement de l'établissement avec des représentants du personnel.

En attendant qu'ultérieurement un projet soit mis en place sur l'accompagnement psychologique des souffrances familiales, c'est une avancée pertinente dans la relation famille/institution.

3.4.4 Instaurer des réunions de régulation d'équipe

Travailler auprès des personnes âgées n'est pas un travail ordinaire et il crée souvent des ressentis personnels qui sont difficiles à gérer. Nous avons vu précédemment⁵⁸ à quel point le contact avec la dépendance, l'altération des facultés physiques et mentales de l'âgé, la mort des résidents peut être déstabilisant pour l'ensemble du personnel. Ce phénomène entraîne un épuisement et une démotivation de l'équipe. Il est temps d'organiser cette écoute d'une manière plus efficace pour chacun.

J'ai proposé, au C.A et à l'ensemble du personnel, le recrutement d'un psychologue qui prendrait en charge, à temps partiel et sur un rythme défini par lui-même, cette régulation de la parole des professionnels. C'est, je crois, de la compétence d'un professionnel qui sait écouter, analyser, restituer et calmer les souffrances du personnel. Ce temps de parole et d'écoute est nécessaire afin de renforcer la cohésion et la motivation générale de l'équipe.

Il sera nécessaire d'expliquer à l'ensemble du personnel l'objectif de ces réunions afin qu'il ne pense pas être victime d'une psychanalyse forcée. Les demandes régulières de rencontres, de réflexion, le besoin régulier de parler d'une manière collective du travail réalisé, des résultats obtenus, des effets de la mort des résidents me renforcent dans l'idée qu'il est nécessaire d'instaurer ce temps de parole avec un professionnel à la hauteur de l'enjeu.

3.4.5 Les besoins en formation

En reprenant les différentes formations qui ont été organisées ces cinq dernières années dans l'établissement et pour l'ensemble du personnel, je me rends compte que l'ensemble de celles-ci ont eu pour thèmes les dimensions non médicales des prises en charge de la personne âgée. Il est cependant souhaitable de maintenir le lien entre les pratiques quotidiennes et le besoin de connaissances pour que le personnel puisse prendre un recul nécessaire face à la répétition des tâches et à la vision professionnelle qu'il peut avoir dans la prise en charge du résident.

⁵⁸ Voir infra 2^{ème} partie.

Il m'apparaît donc nécessaire de proposer, au vu des besoins recensés dans la grille d'analyse de la situation de l'établissement, située en annexe n°2, un plan de formation qui tienne compte de l'ensemble de ces données.

Une première formation va s'intéresser à la compréhension du processus de vieillissement de l'être humain. Elle doit être suffisamment abordable et générale afin que chaque professionnel puisse en retirer un bénéfice suffisant.

Cette formation sera choisie en fonction de critères sélectifs qui s'attacheront à mettre en valeur l'accessibilité pour la compréhension et le caractère pluridimensionnel de l'âgé. Elle concernera l'ensemble du personnel afin de permettre à tous d'avoir une vision et une compréhension partagées des problèmes et des réalités de la vieillesse. Cette formation s'effectuera dans l'établissement afin de rendre possible l'organisation du travail pendant la durée de celle-ci. Plusieurs propositions seront présentées aux délégués du personnel afin qu'ils choisissent celle qui leur paraît le mieux adapté à leurs besoins.

Les autres formations vont concerner des catégories de personnel en fonction de leur besoins spécifiques.

Une des nécessités les plus visibles concerne l'interaction des catégories de personnel entre elles. Je propose donc d'organiser avec l'aide d'un centre de formation, une intervention sur l'intégration du personnel non qualifié au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Les A.S.H vont pouvoir, par l'intermédiaire de cette formation, mieux comprendre les réalités d'une équipe et la place qu'elles occupent au sein de celle-ci. Un accent particulier sera mis sur la nécessité de savoir restituer les informations recueillies par cette population à l'ensemble du projet de la personne.

A l'issue de cette formation, il sera demandé aux formateurs de faire le lien entre toutes les catégories de professionnels afin de leur permettre de trouver un mode de fonctionnement qui tienne compte de toutes les spécificités et de tous les niveaux de compétences.

Dans le cadre des actions prioritaires gratuites de l'organisme de gestion des formations auprès duquel l'établissement cotise (PROMOFAP), j'ai proposé au personnel, une formation intitulée « l'ingénierie du projet personnalisé ». Ce temps de formation va permettre à un groupe restreint d'atteindre plusieurs objectifs qui faciliteront la mise en place du projet personnalisé.

Les objectifs définis pour cette formation sont les suivants :

- Par une approche humaniste et des techniques transversales, permettre aux participants de s'approprier la notion de projet personnalisé dans une logique de promotion des personnes,
- Aider les participants à adapter ce dispositif à leur réalité de terrain par la proposition d'une méthodologie de démarche projet,
- A partir d'une expérience de praticien, donner les moyens aux participants de dépasser les freins, de vaincre les résistances et de comprendre les enjeux et la richesse d'une telle démarche.

Cette formation, à laquelle je participerai, s'effectuera à l'extérieur de l'établissement et se déroulera en collaboration avec d'autres équipes de professionnels qui viendront d'autres secteurs afin de partager sur nos pratiques et sur nos réalités institutionnelles.

Cette formation sera un pilier fort dans la mise en place du projet personnalisé et va permettre au personnel de s'assurer de compétences suffisantes dans la réalité du suivi de ce projet.

Une demande particulière m'a été faite par le personnel infirmier concernant un apport sur le management du personnel. L'établissement, n'ayant pas l'autorisation d'un poste de chef de service en aurait pourtant l'utilité, ce sont les infirmiers qui ont pour délégation l'encadrement du personnel et l'organisation du travail dans son ensemble. Je ressens effectivement un besoin théorique et pratique de connaissance du management des acteurs, particularité qui n'est pas inscrite dans leur programme de formation initial. Conscient de la nécessité de cette attente et ayant le souci d'y répondre d'une manière optimale, je suis à la recherche d'un organisme de formation capable de répondre au plus près à cette attente et à ces besoins.

J'ai choisi, en accord avec le personnel concerné, de rechercher une formation hors du cadre médico-social, afin que celle-ci ne soit pas conditionnée par les réalités de ce secteur.

Cette formation sera confiée à un organisme qui intervient auprès des cadres d'entreprises et la richesse de la mise en parallèle de deux secteurs différents devrait apporter satisfaction aux membres de l'équipe de l'établissement.

Toutes ces formations vont être organisées selon un plan précis de déroulement dans le temps et dans le souci de complémentarité des thèmes. Ce plan de formation qui va se dérouler sur deux ans, sera présenté aux délégués du personnel afin d'obtenir leur avis pour la mise en place.

Au-delà des besoins en formation, des besoins de réorganisation se font sentir afin de rendre les actions complémentaires et pour donner de la cohérence au travail de chacun.

3.4.5.1 Repenser l'organisation des moyens humains

Dans le cadre de la mise en place de la loi sur les 35 heures, j'ai proposé à l'ensemble du personnel et aux délégués du personnel de revoir l'organisation des moyens humains qui sont mis au service des résidents. Ce travail a abouti à un consensus qui a procédé à deux transformations principales qui concernent l'organisation dans le déroulement des prises en charge des résidents et dans la polyvalence des acteurs à l'intérieur de l'établissement.

Pour le déroulement des soins auprès des résidents et dans l'exécution des tâches ménagères quotidiennes, j'ai proposé aux différents intervenants de travailler en complémentarité plutôt que d'une manière parcellaire. C'est ainsi que tous les professionnels vont travailler, au sein des différentes unités, en lien étroit avec le souci d'apporter une réponse complémentaire et coordonnée au résident. Des équipes ont été créées afin de renforcer l'esprit collectif et les tâches ne se décomposent plus en plusieurs interventions espacées dans le temps, mais sont organisées en synergie avec tous les intervenants.

Les premiers résultats montrent une satisfaction de l'ensemble du personnel et un début de compréhension pour chaque acteur des particularités des autres intervenants.

Au sujet de la polyvalence des acteurs, j'ai proposé de « désinstitutionnaliser » l'animation en faisant l'affaire de tous les professionnels. Malgré les résistances des animatrices (qui sont aides-soignantes de formation), j'ai proposé une organisation du planning qui laisse à chacun, selon ses désirs et ses capacités à s'investir dans des actions de loisirs, la possibilité d'effectuer des tâches en lien avec l'animation. Cette transformation dans le mode de fonctionnement de l'établissement permet au personnel qui effectuait des tâches répétitives de varier ses interventions afin de rendre son travail plus riche et plus en lien avec l'hétérogénéité des prestations qu'un établissement doit proposer aux résidents.

Cette démarche permettra de renforcer la nécessité pour chacun d'élargir la vision et la compréhension de l'usager et de rendre ainsi la prise en charge plus globale et plus personnalisée.

Toutes ces transformations amènent à revisiter le projet d'établissement afin que celui-ci reflète l'image précise de l'organisation institutionnelle.

3.4.5.2 La réactualisation du projet d'établissement

Elaboré il y a trois ans, le projet d'établissement doit subir une réactualisation au regard des projets qui ont été mis en place depuis sa création. En l'état actuel, il représente la vie de l'établissement et le niveau de prestations offertes tels qu'ils existaient à cette époque.

Depuis sa réalisation en 1997, de nombreux projets ont été mis en place afin d'améliorer le service rendu. De nature différente, ces projets sont le reflet de l'actualité institutionnelle et la réactualisation du projet d'établissement va permettre à chaque professionnel de se positionner par rapport à sa fonction et son rôle dans l'institution.

L'écriture du nouveau projet d'établissement, prévue fin 2001, va permettre à l'ensemble du personnel de reconstituer le puzzle qui représente, *in fine*, la réalité de l'institution. Tous les projets développés jusqu'ici peuvent paraître hétéroclites s'ils ne sont pas articulés afin de rendre les prestations plus lisibles pour les services extérieurs.

Le travail de chaque catégorie de professionnels sur le développement des projets liés à l'accueil, à la démarche qualité, à l'hygiène, à la sécurité ainsi réunis vont montrer l'évolution qualitative de l'établissement.

Le meilleur moyen de communiquer l'image de cette évolution aux autorités de contrôle se fera dans la présentation du nouveau projet d'établissement. Même si ces services ont suivi la nature des différents projets, ils auront, rassemblée en un document unique, la logique de constitution et d'effectivité des prestations.

Face à ces transformations culturelles, une transformation organisationnelle va s'opérer. Elle va consister en l'informatisation du dossier des résidents.

3.4.6 L'informatisation du dossier individuel, le logiciel Osiris

Dans le cadre de mon souci d'amélioration et de modernisation des outils mis à disposition du personnel, j'ai décidé de mettre en place une informatisation globale et générale de l'établissement. Les services administratifs utilisent déjà cet outil et j'ai souhaité, afin de rendre complémentaires les contenus de chaque spécialités, de permettre au personnel non administratif d'utiliser ce mode de fonctionnement.

Au cours d'une visite dans un salon de professionnels à Paris, j'ai eu connaissance du logiciel Osiris. Ce logiciel est adaptable à tout établissement et permet de constituer un dossier personnalisé, regroupant tous les éléments présentés plus haut. Il permet une synthèse telle que les professionnels désirent la construire et permet une efficacité réelle dans le passage des transmissions d'une équipe à l'autre.

En accord avec les responsables du logiciel, nous avons programmé une formation sur l'informatique en général et sur l'utilisation du programme en particulier. Ce passage de l'écrit à l'informatique, qui avait créé une certaine peur dans le personnel, se solde par un résultat au-delà de mes espérances, chacun ayant le souci d'alimenter les dossiers par des renseignements qui autrefois auraient pu paraître anodins.

Cet outil, s'il est déjà en place, ne fonctionne pas encore à 100% de ses capacités et sera un complément utile dans la mise en place du projet personnalisé. Au moment du démarrage effectif du projet, les créateurs du logiciel s'associeront aux acteurs afin de proposer un complément de formation sur la possibilité de formaliser les projets personnalisés. Cette deuxième étape de découverte et d'utilisation du logiciel permettra au personnel de mieux exploiter les renseignements concernant les résidents et de mieux les communiquer en externe.

Après avoir vu les modifications à apporter, je vais maintenant exposer la stratégie que je compte utiliser pour l'installation du projet personnalisé.

3.5 La stratégie du directeur pour instaurer le projet personnalisé

3.5.1 La stratégie de la théorie au particulier

« La stratégie s'appuie sur l'évaluation des ressources disponibles, elle permet d'anticiper les évolutions et d'élaborer la marche à suivre »⁵⁹. La stratégie est un outil concret de management et permet la réalisation des projets. Cette réalisation ne peut être possible et efficace qu'après une évaluation de la réalité institutionnelle. Cette réalité rassemble les ressources et les points faibles de l'institution afin de mesurer la faisabilité du projet.

Elle permet de déclencher la motivation des acteurs et mesure les moyens (financiers et humains) à disposition pour mettre en place le projet. Elle se sert de la communication afin de rendre visibles les objectifs à atteindre, est en lien avec les attentes de l'environnement et s'appuie sur des réseaux favorisant la mise en place du projet.

Pour Jean-Marie Miramon, la stratégie s'appuie sur trois champs interdépendants qui sont la communication, les réseaux et la perception de l'environnement. « Ils vont conditionner l'ensemble du dispositif et surtout permettre de gérer l'intuition ou l'ambition d'une personne ou d'un groupe de dirigeants en précisant la technicité nécessaire à sa mise en œuvre »⁶⁰.

⁵⁹ Jean-Marie Miramon, *Manager le changement*, page 53.

⁶⁰ Jean-Marie Miramon, *Réf. N° 59*, page 59.

Il me revient de bâtir une stratégie propre au projet que je suis chargé de mettre en place. La stratégie ne peut être générale mais doit correspondre pleinement au projet concerné. « Les choix stratégiques ne sont jamais théoriques, ils se prennent en fonction du contexte politique local et des structures du secteur concerné. S'il est vrai qu'une stratégie comporte une dimension majeure d'anticipation, elle requiert également beaucoup de réalisme et de pragmatisme de la part de ses acteurs »⁶¹.

3.5.2 Le lien avec le conseil d'administration

Après avoir évalué le besoin de mise en place d'un projet, il me semble nécessaire d'en informer le Conseil d'Administration (C.A) et de m'assurer que le projet sera bien en lien avec le projet associatif.

3.5.2.1 Le projet associatif de l'Hôtel de Retraite de Ruelle, être au service de tous les besoins de l'utilisateur

Dès la création de l'association gestionnaire de l'établissement, l'accent a été mis sur la nécessité de respecter les besoins des usagers. L'extrait suivant du projet associatif montre à quel point les membres fondateurs tenaient à cette dimension dans les prestations : « Les personnes âgées ont un devoir, acquitter un prix de journée. Elles auront des droits, un ensemble de services. Ces services leur permettront de garder le maximum d'indépendance et de liberté, tout en étant totalement déchargées des soucis de la vie quotidienne, que ce soit la préparation des repas, l'entretien de leur linge, de leur logement, etc. Une fois franchie la porte de leur appartement, elles sont libres. Elles peuvent quitter l'établissement et rentrer quand bon leur semble. Simplement pour des raisons de sécurité, il leur est demandé de prévenir en cas de départ »⁶².

Si la population est devenue plus dépendante, il est néanmoins nécessaire de maintenir cette représentation de fonctionnement en se situant au service de l'utilisateur. C'est lui qui doit se construire la vie qu'il désire vivre à l'intérieur de l'établissement, en respectant malgré tout les contraintes liées à la vie collective.

3.5.2.2 La volonté du Conseil d'Administration et la demande faite au directeur

La volonté du C.A aujourd'hui est de se maintenir le plus en phase possible avec le projet associatif. Face à l'évolution des besoins des usagers, de la commande sociale, aux

⁶¹ Jean-Marie Miramon, Réf. N° 59, page 55.

⁶² Extrait du projet associatif.

exigences des autorités de contrôle, l'établissement s'oriente vers un recentrage de ses prestations autour des besoins et attentes de l'utilisateur et de sa famille.

C'est dans le cadre de l'amélioration du service rendu et dans le cadre de la démarche qualité que le C.A évolue, afin de préparer la signature prochaine de la convention tripartite qui permettra à l'établissement de continuer à accueillir des personnes âgées dépendantes.

Le C.A m'a donc demandé, dans le cadre de cette future convention tripartite, de lui proposer un projet visant l'amélioration de la qualité des prestations et amenant l'ensemble des acteurs institutionnels à œuvrer en situant l'utilisateur au centre du dispositif.

J'ai donc proposé au C.A de mettre en place le projet personnalisé qui va entraîner des modifications dont l'importance sera capitale pour l'avenir des prestations fournies par l'établissement et pour les conditions de travail et de complémentarité de l'ensemble des acteurs.

Afin d'assurer à la stratégie de mise en place du projet une assise suffisamment pertinente, je dois également observer le lien qu'il est nécessaire de maintenir avec les autorités de contrôle, dans l'image que l'établissement donne de ses prestations.

3.5.3 Le lien avec les autorités de contrôle

A chaque réunion du C.A, les représentants des autorités de contrôle sont présents. Les accords sur des projets présentés au cours de cette réunion, sont souvent donnés en direct par les représentants de l'Etat ou du Conseil Général.

Cette démarche, qui fait de la transparence un atout essentiel pour l'établissement et l'intérêt que portent les autorités de contrôle au développement de l'établissement, crée un lien efficace dans la relation de l'établissement avec l'extérieur. La communication que je vais mettre en place, avec les autorités de contrôle, se fera par l'intermédiaire du suivi du projet à chaque réunion du C.A.

3.5.4 Utiliser les atouts de l'établissement

Même si cet établissement présente des dysfonctionnements que nous avons vu en première partie, il comporte néanmoins des atouts intéressants qui vont permettre de résoudre les difficultés rencontrées.

3.5.4.1 Les compétences du personnel

Comme il apparaît dans la grille d'analyse, présentée en annexe, l'ensemble du personnel est animé par une motivation importante pour faire évoluer leur outil de travail et leurs prestations.

Conscients des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, ils montrent à l'évidence une envie de changer leurs pratiques et d'être guidés dans leur recherche.

Cette motivation apparaît dans le taux de fréquentation des réunions institutionnelles et dans le niveau de réflexion et d'échange au cours de celles-ci. Leur motivation est également mise en évidence par la conscience professionnelle qui anime leur travail, même si le résultat final, nous l'avons vu en première partie, manque de coordination.

3.5.4.2 L'image positive de l'établissement

L'établissement possède en Charente une image très positive depuis sa création. Cette image procède du souci d'être innovant en matière de recherche d'amélioration des conditions d'accompagnement des résidents.

Cette image positive est importante pour la mobilisation, en interne, du personnel. Chacun se sent valorisé d'appartenir à un établissement reconnu à l'extérieur et peut s'approprier la nature de cette reconnaissance.

Je vais donc m'appuyer sur ces atouts pour enclencher la logique de mise en place du projet personnalisé, afin de montrer à l'ensemble du personnel qu'il possède les qualités requises pour faire évoluer leurs prestations.

Tout projet qui va être mis en place doit être présenté, expliqué et compris par l'ensemble des acteurs.

3.5.5 La communication du projet

L'objectif sera non seulement de diffuser l'information, mais surtout d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés, quelle que soit leur place et leur compétence. Elle permettra la mobilisation de l'ensemble des professionnels autour du projet afin que celui-ci ne soit pas l'unique objectif du directeur. Elle permettra à chaque acteur de se sentir concerné et de prendre part au déroulement de la conception du projet.

3.5.5.1 La communication générale

Je vais mettre en place en décembre 2000 une réunion d'information générale rassemblant tous les acteurs qui interviennent dans l'institution. Cette réunion va être composée de plusieurs parties.

Dans un premier temps, je vais exposer au personnel l'évolution du cadre législatif du secteur en m'appuyant sur plusieurs textes et lois. L'utilisation du projet de rénovation de la loi de 1975, des chartes de la personne âgée dépendante et le cahier des charges de la convention tripartite, vont me permettre de dégager les arguments nécessaires à l'introduction de la nécessité de fonctionner avec le projet personnalisé.

Je vais dans un deuxième temps, faire un bilan de la situation de l'établissement en repartant de la création de celui-ci et en situant dans son évolution les points positifs et les points négatifs. Il va être important de montrer l'image positive de l'établissement, de rappeler tous les projets qui ont été mis en place, d'insister sur l'aspect innovant de notre établissement. Il va falloir mettre en valeur les capacités de mobilisation et d'anticipation qui créent l'image positive de l'ensemble de l'institution.

Dans un troisième temps, je vais expliquer en quoi la prise en charge des personnes âgées a changé afin de démontrer que l'accompagnement qui est proposé à l'Hôtel de Retraite de Ruelle n'est pas pleinement satisfaisant pour l'utilisateur, sa famille et les acteurs institutionnels.

Je vais ensuite présenter l'objectif qu'il est nécessaire d'atteindre : travailler autour du projet personnalisé afin de prendre en compte l'ensemble des besoins de l'utilisateur, de répondre à toutes ses attentes. Ce mode de fonctionnement permettra au bénéficiaire d'être resocialisé au sein de l'institution et dans son environnement, et permettra une valorisation des tâches effectuées par les professionnels auprès de celui-ci.

Je vais définir dans un quatrième temps la manière dont cet objectif va se mettre en place, avec quels moyens et le degré de participation des acteurs.

Cette première réunion d'information générale doit se montrer rassurante sur les pratiques des acteurs et sur le fonctionnement de l'institution. Elle ne doit pas être déstabilisante et créer un choc au niveau du personnel. Elle doit au contraire être mobilisatrice et doit permettre dans la dernière partie de créer un débat entre le personnel et le directeur afin que chacun puisse commencer à exprimer ses craintes et ses réactions. Les interrogations relatives à l'organisation et à la mise en place du projet personnalisé seront élucidées ultérieurement, cette première explication sert à poser les bases d'une compréhension mutuelle entre le directeur et son équipe.

Il est nécessaire d'associer à cette réunion le président du C.A afin qu'il confirme l'intérêt qu'il porte à cette réalisation. Le personnel doit avoir la conviction que les instances dirigeantes sont unies et convaincues du bien-fondé de ce projet. L'ensemble du personnel ne doit pas se sentir victime de ce désir de changement mais partenaire d'une démarche collective au sein de l'institution.

Cette réunion fera l'objet d'un compte rendu qui sera affiché dans les parties communes de l'établissement réservées au personnel. Je pourrai compléter cette information de manière individuelle lors des entretiens avec chaque salarié en début d'année 2001 soit un mois après la réunion générale.

3.5.5.2 Les entretiens individuels annuels

Au cours de ces entretiens individuels, où j'ai l'occasion de faire le bilan avec chaque membre du personnel sur le déroulement de la vie institutionnelle, sur ses motivations face à sa fonction, sur son projet professionnel, j'aurai alors la possibilité de vérifier si l'intérêt du projet est bien compris et ressenti ou si une discussion plus approfondie est nécessaire.

Je recevrai, bien entendu, chaque membre du personnel qui en ferait la demande entre ces deux dates face à une inquiétude devant cette perspective de changement.

Cette communication doit atteindre l'ensemble du personnel et doit être comprise de tous. C'est le préalable incontournable à la réussite de la mise en place du projet.

A ce moment-là de la communication, il va être important de créer un comité de suivi du projet. Tous les acteurs qui vont avoir envie de se mobiliser autour de ce thème vont pouvoir le faire par l'intermédiaire de ce comité. Ils auront la possibilité d'être actifs dans la conception et le suivi du projet.

3.5.6 La création d'un comité de suivi

Afin d'accompagner la mise en place du projet personnalisé, pour permettre à chacun d'être tenu au courant des avancées du projet et pour laisser au personnel la possibilité d'y apporter des avis et idées, j'ai décidé de mettre en place un comité de suivi.

La composition de celui-ci se fera sur une triple nomination. Une partie de ce comité sera occupée par des membres de droit, une autre partie par des membres désignés et enfin des membres volontaires pourront siéger en respectant le nombre de participants définis préalablement.

Ce comité de suivi ne doit comporter que sept membres afin qu'il puisse fonctionner normalement et d'une manière optimale. Il sera composé:

- D'un représentant du C.A,
- Du directeur,
- D'un infirmier responsable du projet,
- D'un représentant des organismes syndicaux désigné par ses pairs,
- D'un volontaire choisi parmi les membres du personnel,

- D'un représentant des familles des usagers,
- D'un usager.

Les objectifs de ce comité de suivi ne se situent pas dans le domaine de la définition de la politique institutionnelle liée à ce projet, mais dans l'accompagnement de la mise en place du projet tel qu'il a été défini. Les objectifs concrets de ce comité de suivi sont donc les suivants :

- S'approprier la démarche enclenchée dans la transformation des prestations fournies auprès des usagers,
- Relayer l'action du directeur auprès de l'ensemble du personnel afin de s'assurer de la compréhension et de la motivation de chacun face à ce projet,
- Dynamiser et faire vivre la mise en place du projet tout au long de son installation et pendant son utilisation,
- Pratiquer une évaluation régulière et pertinente des changements qu'un tel projet va entraîner.

Le comité de suivi pourra s'inspirer des exemples cités en première partie (pages 32 et 33) afin de renforcer la nécessité d'utiliser le projet personnalisé.

Devant la dimension humaine de l'établissement, ce comité de suivi devra se réunir régulièrement sans interdire toutefois que chaque membre du personnel qui ne fait pas partie de celui-ci puisse apporter des idées nouvelles constructives.

Il s'agit de créer un climat de débat propice à faire progresser le projet afin d'en tirer toute l'énergie et tout l'intérêt qui pourront être développés.

Il se réunira deux fois par mois jusqu'à la mise en place effective du projet personnalisé, puis la fréquence pourra passer à une fois par mois pendant la phase d'accompagnement du projet. Des synthèses régulières devront être présentées afin que chacun puisse mesurer l'état des avancées.

Un document regroupera le contenu des réunions, les décisions prises et les synthèses de fonctionnement présentées. Tous les professionnels auront accès à ce document et pourront y puiser les réponses à leurs interrogations. Ce document écrit n'annulera bien évidemment pas la relation directe entre chaque acteur et le directeur. Il devra être perçu comme une trace visible du travail réalisé par l'ensemble du comité de suivi.

Devant les nécessités liées à la mise en place du projet, il est important de se pencher sur l'incidence financière qui va découler de ce changement.

3.5.7 L'incidence financière

L'incidence financière de la mise en place du projet personnalisé va concerner deux domaines.

3.5.7.1 L'incidence liée au recrutement d'un psychologue à temps partiel

Dans le cadre de la convention collective F.E.H.A.P (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif), je recrute un psychologue diplômé, à temps partiel (50%), dont le profil correspond à l'attente du personnel en place qui comme nous le savons à une forte culture d'entreprise.

La convention collective prévoit une rémunération au premier échelon du groupe psychologue, indice 402.

Pour 75,83 heures mensuelles (base 35 heures payées 39 heures) le coût annuel s'élève à :

- Salaire brut mensuel : $6\,207,00 \text{ F} \times 12 = 74\,484,00 \text{ F}$
- Charges patronales : $3\,370,00 \text{ F} \times 12 = 40\,440,00 \text{ F}$
- Soit un coût total annuel : $114\,924,00 \text{ F}$

Je vais intégrer cette charge dans le budget proposé au Conseil Général (dans le cadre de la future réforme de la tarification, les dépenses pour le poste psychologue seront intégrées dans le volet dépendance), ce qui fera un coût journalier de :

- Nombre de journées à l'Hôtel de Retraite : 35 845,
- Incidence sur le prix de journée : $114\,924,00 / 35\,845 = 3,20 \text{ F}$

Le prix de journée actuel n'étant pas trop élevé, cette augmentation ne devrait pas avoir d'incidence négative pour les résidents.

3.5.7.2 L'incidence liée à la formation continue

Notre établissement adhérent à la F.E.H.A.P. doit cotiser à PROMOFAF, pour la formation continue.

L'association gestionnaire de l'Hôtel de Retraite a décidé de verser 100% de ses cotisations formation à cet organisme.

La participation en 2001 pour l'établissement se présente ainsi :

Tableau 4 : Cotisations affectées à la formation continue

	Masse salariale brute prévisionnelle	Taux	Codes	Montants
Contribution globale	8559 500,00 F	2,10	A	179 750,00
Contribution d'insertion en alternance	8559 500,00 F	0,30	B	25 678,00
Congé individuel de formation	8559 500,00 F	0,20	C	17 120,00
Plan de formation			D = A-(B+C)	136 952,00
Fonds mutualisés			E = 20% D	27 390,00
Report année 2000				37 438,00
Fonds mis à disposition			D-E	109 562,00
TOTAL				147 000,00

Cette somme de 147 000,00 va être utilisée ainsi :

Tableau 5 : Répartition et planification des formations

Formation N°1 « <i>Mieux vivre le quotidien auprès des personnes âgées</i> »	56 000,00	Janvier Février 2001
Formation N°2 « <i>Repérer les spécificités du travail de l'Agent dans l'équipe pluridisciplinaire</i> »	56 000,00	Mars Avril 2001
Formation N°3 « <i>Ingénierie du projet personnalisé</i> »	35 000,00	Mai Juin 2001

A l'issue des formations, le fonctionnement par projet personnalisé va pouvoir se mettre en place. Il conviendra ensuite de mettre en place l'évaluation du projet.

3.6 L'évaluation du projet

L'évaluation va concerner l'efficacité globale de ce projet et sera l'étape indispensable de la pérennisation de celui-ci.

Elle va se partager en deux parties.

3.6.1 L'évaluation de l'amélioration des prestations et du ressenti des usagers et de leur famille

J'ai conscience que la mise en place du projet personnalisé ne va pas résulter d'un coup de baguette magique qui va transformer les prestations avec une rapidité surprenante. Toutefois, ce projet va sensiblement améliorer le déroulement de la vie collective de l'utilisateur.

Afin de m'assurer du succès de cette démarche, je vais demander au comité de suivi de travailler sur un questionnaire de satisfaction qui sera adressé une fois par an à chaque résident et à leur famille.

3.6.2 L'évaluation de la motivation du personnel

Je compte m'assurer du suivi de la pratique par projet personnalisé. Au cours des réunions de projet, je pourrai m'assurer du contenu des projets personnalisés et de l'intérêt que l'ensemble du personnel met dans la promotion de celui-ci.

Il va falloir valoriser la démarche des professionnels afin que ceux-ci ne subissent pas une certaine lassitude après quelque temps d'utilisation.

Ce projet instaurera une dynamique qui sera maintenue afin d'éviter la routine pour le personnel et pour créer un lien constructif entre l'utilisateur, sa famille et l'institution.

Le maintien ou non de cette relation montrera la réussite du projet et la pérennisation de celui-ci.

CONCLUSION

La conclusion de cette réflexion fait apparaître la nécessité, pour les établissements hébergeant des personnes âgées, de se centrer sur l'ensemble des besoins, désirs et attentes des résidents.

Cette représentation, introduite depuis quelques années dans les textes législatifs, a du mal à convaincre l'ensemble du secteur face aux changements culturels et professionnels qu'elle impose. Pourtant l'évolution de l'accompagnement des personnes âgées ne se fera pas sans une démarche visant à améliorer la qualité des prestations institutionnelles.

Cette introspection va entraîner en cascades d'autres sujets de réflexion qui pourront, dans un avenir proche, faire suite à ce travail. L'Hôtel de Retraite de Ruelle, dans son souci de recherche et d'anticipation, s'oriente déjà vers le travail en coordination avec l'ensemble des partenaires du secteur.

Evaluation de l'existant institutionnel et ouverture vers d'autres compétences complémentaires façonnent le projet de ce que pourrait être demain la réalité de l'établissement que je dirige.

Le directeur, au-delà de la réflexion menée dans cet écrit, a un rôle moteur dans la recherche, en amont, des voies à emprunter, et en aval dans l'organisation et le suivi des décisions prises par le C.A.

Cette réflexion sur la nécessité de se centrer sur le résident n'est que le début d'une vaste démarche afin de le maintenir dans une situation citoyenne respectable et respectée.

BIBLIOGRAPHIE

- AMYOT J.J. *Guide de l'action gérontologique*. Edition Dunod. 1997.
- AMYOT J.J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Edition Dunod. 1998.
- BACQUE M.F. *Deuil et santé*. Edition O. Jacob. 1997.
- BEAUVOIR. S. *La vieillesse*. Collection « idées ». Edition Gallimard.
- BOUTINET J.P. *Anthropologie du projet*.
- DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*. Edition Dunod. 1999.
- DELNATTE J.C. et HARDY J.P. *la réforme financière des E.H.P.A.D.* Edition E.N.S.P. 2000.
- GOFFMAN E. *Asiles* . Editions de Minuit. 1968.
- GOUES G. (le) *Travail de mentalisation et vieillissement*. Praticiens et 3^e âge. Tome 2. 1983.
- HENRARD J.C , ANKRI J. *Grand âge et santé publique*. Edition E.N.S.P. 1999.
- JAEGER C (de). *La gérontologie*. Que sais-je ? P.U.F.
- LAUZON S. et ADAM. E. *La personne âgée et ses besoins*. Edition Seli Arslan. 1996.
- LOUBAT J.R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Edition Dunod. 1997.
- MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Edition E.N.S.P. 1996.
- PERSONNE M. *Le corps du malade âgé*. Edition Dunod. 1994.
- VERCAUTEREN R. et CHAPELEAU J. *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*. Edition Eres.1995.

REVUES

- Le journal de l'Action Sociale. Novembre 1999. N° 41.
- Gestions Hospitalières. Novembre 1993. N° 330.
- Autrement. « Etre vieux, de la négation à l'échange ». 1991.