



**PROMOUVOIR L'ALTÉRITÉ DANS UN EHPAD DE TRADITION  
CONGRÉGANISTE PAR LA RECONNAISSANCE DES  
PERSONNES ACCOMPAGNÉES**

*De l'héritage culturel à une culture partagée*

**Edouard-Gabriel MIDON**

**2012**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Je dédie ce mémoire à tous ceux et à toutes celles qui m'ont accompagné dans le passage d'un monde à un autre, culturel, familial, personnel, et professionnel.

Aux résidents de l'EHPAD.

Aux professionnels attentifs et à ceux qui, en difficulté, stimulent ma réflexion.

À Monsieur Armand Devanneaux dont le regard expérimenté éclaira ce travail d'écriture.

Aux intervenants de l'Institut du Travail Social de Tours, pour ce qu'ils ont transmis.

À mes compagnons de fortune : estudiantine, amicale, humoristique et culinaire.

À la part d'infini qui réside en chacun de nous, ne demandant qu'à être partagée.

À ma famille et aux amis, sans qui rien ne serait de ce que je vous propose de lire.

*« J'ai choisi mes combats. »*

Éliane Verhille

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Un EHPAD héritier d'expériences relationnelles contrastées.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Un lieu de vie et de soins où diverses formes d'accompagnement des personnes âgées coexistent dans un cadre légal respecté .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les besoins des résidents, avec la spécificité des déficiences cognitives .....	5
1.1.2 Une évolution historique porteuse d'un nouveau statut des professionnels .....	12
1.1.3 Les outils de la loi 2002-2 sont déployés .....	17
<b>1.2 Un lieu de soins et de vie répondant partiellement aux attentes des résidents dans un contexte de changement .....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Un changement de paradigme .....	22
1.2.2 Une problématique de centrage sur les soins plus que sur la relation de soins, dans un contexte de changement culturel .....	27
<b>2 Cultiver l'altérité pour affirmer et garantir la dignité des personnes âgées</b>	<b>34</b>
<b>2.1 L'altérité, une invitation relationnelle.....</b>	<b>34</b>
2.1.1 Le concept d'altérité .....	34
2.1.2 À la jonction des politiques publiques et de l'inspiration chrétienne de l'EHPAD	39
2.1.3 Promouvoir une éthique du souci de l'autre.....	43
<b>2.2 Une offre de services garante de la dignité des personnes .....</b>	<b>48</b>
2.2.1 Une offre de service, relationnelle .....	48
2.2.2 Impulser un nouveau système managérial .....	50
2.2.3 Cinq outils institutionnels pour professionnaliser l'accompagnement.....	53
<b>3 Vers une approche globale de l'accompagnement.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1 Signifier l'évolution culturelle en cours.....</b>	<b>55</b>
3.1.1 Fédérer les équipes autour d'une dynamique de reconnaissance des personnes accompagnées dans un contexte de changement .....	55
3.1.2 Soutenir les partenariats promouvant l'altérité.....	59

<b>3.2</b>	<b>Professionaliser la relation à l'autre.....</b>	<b>63</b>
3.2.1	Prendre en compte l'expression des personnes par la Validation .....	63
3.2.2	L'art-thérapie, un outil au service de l'accompagnement.....	66
3.2.3	Organiser la montée en compétence du personnel de l'EHPAD .....	67
3.2.4	Financer le projet .....	71
3.2.5	Évaluer pour améliorer continuellement les services rendus aux usagers.....	73
<b>3.3</b>	<b>Pérenniser l'action.....</b>	<b>76</b>
3.3.1	Cibler les priorités de la GPEC.....	76
3.3.2	Préparer la révision du projet d'établissement.....	77
3.3.3	Capitaliser les savoirs et ouvrir l'EHPAD à de nouvelles coopérations.....	78
	<b>Conclusion .....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGCS : Accord Général sur le Commerce des Services

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant(e)

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CIF : Congé Individuel de Formation

CLIC : Centre Local d'Information et de Communication

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (DSM : Direction du Service Médical)

CODERPA : Comité DÉpartemental des Retraités et Personnes Âgées

DESC : Décrire / Effets / Émotions / Suggérer

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DIF : Droit Individuel à la Formation

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Équivalent Temps Plein

FESICC : Fédération des Établissements et Services d'Inspiration Chrétienne en région Centre

FNAT : Fédération Nationale des Arts-Thérapeutes

FNAPAEF : Fédération Nationale des Associations de Personnes Âgées Et de leurs Familles

FNISASIC : Fédération Nationale des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne

GIR : Groupe Iso-Ressource

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAD : Hospitalisation À Domicile

HPST : loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MAUSS : Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PUF : Presses Universitaires de France

SG : Services Généraux

SNGC : Syndicat National de Gériatrie Clinique

UNESCO : *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture)

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

## Introduction

« Ô temps, suspends ton vol ! », s'exclame le poète<sup>1</sup> en traduisant les accents de l'inquiétude humaine devant le destin ; nouveau lieu de vie, nouveau rythme en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette temporalité reflète-t-elle l'harmonie conclusive d'une dernière étape de vie bien remplie ? Ou bien la mort sociale de personnes enfermées dans leurs murs architecturaux et psychiques est-elle plus facilement programmable ? La soif de relations et de réalisation de soi est tantôt facilement perceptible, explicite, tantôt plus cachée, voire obscure et implicite. Le grand âge rend l'expression plus complexe, parfois délitée par les pathologies. Plus largement, quelle place la société donne-t-elle à ses Anciens ?

Pour contribuer à la construction de réponses à cet enjeu de société, j'ai choisi comme terrain de stage un établissement en pleine évolution : l'EHPAD Saint Louis. Pour les besoins de l'exercice, je me positionne en tant que directeur de l'EHPAD à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012<sup>2</sup>. La présidente du Conseil d'administration, supérieure générale de la congrégation et présidente du Conseil d'Administration de l'association de gestion « Les Maisons Saint Louis », me demande de poursuivre le travail d'intégration de l'établissement dans un environnement laïc, en prévision du prochain retrait de la congrégation de ses responsabilités gestionnaires. L'évolution de la personnalité morale de la structure n'est pas encore fixée. Le projet associatif auquel se réfère le projet d'établissement est récent. Je décide de construire mon travail sur ce que l'établissement traverse, de par son histoire et son actualité, afin de consolider son cœur de métier.

L'EHPAD Saint Louis est situé dans un environnement urbain, à proximité de tous commerces et commodités. Composé de trois pavillons, indépendants jusqu'en octobre 2011, le bâtiment central de la congrégation est maintenant ouvert à la circulation. Dans le même temps, les sœurs les plus âgées sont prises en charge par l'EHPAD. Le passage de flambeau entre les sœurs et le personnel laïc, complètement effectif depuis 2004, n'en est que plus visible. Un vaste chantier de rénovation est en cours, avec des concepts originaux. L'offre d'habitation diversifiée va de la chambre double au trois pièces.

Dans cet écrit, j'ai choisi d'utiliser le terme « laïc » et ses dérivés plutôt que le mot « séculier », dans le sens de ce qui ne relève pas du « religieux », signifiant un mode de

---

<sup>1</sup> LAMARTINE (de) A., 1820, *Le lac de B\*\*\* in Méditations poétiques*, Paris : dépôt de la librairie grecque-latine-allemande, p. 131

<sup>2</sup> Trois mois plus tard, je remets à la présidente du Conseil d'Administration des Maisons Saint Louis mon rapport d'étonnement, avec un diagnostic stratégique dont le tableau est en [annexe 1](#).

vie différent sur la forme, ne préjugant pas du fond. Ainsi, dès que je parlerai de personnes laïques ou d'institution laïque, ce sera en considérant qu'elles se réfèrent pleinement à la commande publique républicaine, indépendamment d'une quelconque institution religieuse, et sans développer de débat sur la conception française de la laïcité.

Une alternative se présente alors : soit de considérer les personnes âgées comme une masse démographique statique bénéficiaire de prestations adaptées à leurs besoins, soit, dans une vision plus systémique, de considérer les personnes âgées comme dépendant d'autres personnes et services que les seuls services médicaux nécessaires à leur vie ; autant de relations qui sécurisent et participent à la reconnaissance des personnes âgées. C'est ce qui a permis à certains analystes de critiquer le rapport Laroque de 1962, pointant du doigt « *un discours intégrateur refusant l'altérité pour mieux égaliser.* »<sup>3</sup> À toute extrémité de leur vie terrestre, que recherchent les personnes très âgées ?

À l'EHPAD Saint Louis, je détecte à divers signes un clivage entre la dimension soignante et la dimension sociale de l'accompagnement :

- Les personnes âgées sont en attente d'une prise en charge globale tenant compte des dimensions médicales et relationnelles pour favoriser leur bien-être.
- Mais les projets de soins et de vie sociale sont rédigés de manière indépendante. Ils trouvent une cohérence grâce au projet d'établissement.
- La logique de prévention médicale<sup>4</sup> du projet de soins se traduit dans une attitude très technique du personnel dont certains membres se disent en difficulté par rapport à leur rôle dans la vie sociale et relationnelle des résidents.
- Le « projet de vie » de l'établissement, quant à lui, concentre sous l'appellation « animation et vie sociale » ce qui relève seulement de l'animation, qui a « pour objectif de rompre l'anonymat du grand groupe, de créer des liens entre les personnes à l'intérieur et de préserver les liens avec l'extérieur, afin de lutter contre le sentiment de solitude et d'isolement. » Cette posture suscite une séparation implicite entre les soins médicaux et la vie sociale.

En contraste avec la prédominance médicale de l'action en faveur des bénéficiaires, le problème posé nécessite de cerner les contours de la dimension sociale de l'EHPAD. L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-

---

<sup>3</sup> FRINAULT T., 2005 « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix* n° 72, p. 14

<sup>4</sup> Cette posture de prévention apparaît à l'article L311-1 al. 1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale



sociaux (ANESM) propose les définitions suivantes : « *On entend par vie sociale l'ensemble des relations que le résident en EHPAD est amené à avoir avec d'autres personnes. On entend par rôle social le comportement, conduite ou fonction d'une personne à l'intérieur d'un groupe (famille, société). Chaque individu a plusieurs rôles sociaux qui évoluent dans le temps et se transforment.* »<sup>5</sup> Par-là, je retiens l'importance de la dimension relationnelle comme support des rôles sociaux de la personne.

De quelle manière les dimensions médicales et sociales de l'offre de service auprès des personnes âgées dépendantes sont-elles vécues ? Le problème rencontré à l'EHPAD est-il structurel ou conjoncturel ? Comment un établissement répondant apparemment bien à la commande publique peut-il être déstabilisé au niveau de la relation de soins ? Quels liens y a-t-il avec les évolutions culturelles en cours ?

Le problème qui se pose interroge le contexte, la structure, les acteurs et l'histoire-même de l'institution. Le travail que je propose explore le rapport entre techniques de soins et relation soignante, entre médicalisation et relations humaines, entre ce que viennent chercher des personnes expertes en humanité, parfois malgré elles – de par l'expérience et la sagesse potentielle qu'elles ont forgées leur vie durant – et ce que leur apporte leur entourage professionnel, personnel et familial. Je valoriserai ce qui traverse ce clivage, en veillant à relier tant que possible ces deux pôles.

Dans une première partie, je propose une lecture contextualisée de l'EHPAD, de sorte à formuler une problématique tenant compte des besoins des personnes âgées, conjugués aux politiques publiques, interrogeant les évolutions de l'établissement. La deuxième partie centre le propos sur la nature essentiellement relationnelle du travail auprès de personnes âgées. Le concept d'altérité traverse les aspects culturels, philosophiques, politiques et professionnels du secteur médico-social. En troisième partie, le plan d'action mobilise des outils de professionnalisation de l'accompagnement sur les court, moyen et long termes, dans une approche globale.

Les premiers mois depuis mon arrivée ont été riches de rencontres qui ont forgé ma connaissance de l'EHPAD. Je présente au Conseil d'Administration un travail basé sur une réalité observée et analysée sous le prisme de l'altérité. Je souhaite ainsi donner aux membres du conseil et à chaque acteur de l'établissement les moyens durables de continuer l'accueil et de favoriser l'épanouissement et le bien-être des personnes qui y vivent et qui y travaillent.

---

<sup>5</sup> Recommandation de l'ANESM, déc. 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 3), La vie sociale des résidents en EHPAD*

# 1 Un EHPAD héritier d'expériences relationnelles contrastées

À l'EHPAD Saint Louis, l'accompagnement proposé aux résidents (1.1) répond partiellement à leurs attentes (1.2).

## 1.1 Un lieu de vie et de soins où diverses formes d'accompagnement des personnes âgées coexistent dans un cadre légal respecté

Les résidents formulent des attentes spécifiques (1.1.1) auxquelles répondent les professionnels de l'EHPAD dans un contexte évolutif (1.1.2) et réglementaire respecté (1.1.3).

### 1.1.1 Les besoins des résidents, avec la spécificité des déficiences cognitives

Après avoir précisé le sens des mots « autonomie » et « dépendance » (A), je présente des données territorialisées sur le vieillissement (B) et des informations sur les résidents de l'EHPAD Saint Louis et leurs familles (C).

#### A) Autonomie et dépendance, précisions sémantiques

De quelle autonomie s'agit-il ? L'étymologie grecque du mot autonomie propose communément l'idée qu'une personne use du « *droit de se gouverner par ses propres lois* », ou dans un sens plus philosophique, du « *droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet* »<sup>6</sup>. Pour aller plus loin, Bernard Ennuyer<sup>7</sup> formule une hypothèse qui en précise le sens. Au lieu de l'étymologie grecque : « *qui se désigne à lui-même sa propre loi* », ce qui revient à parler d'indépendance, il ouvre une voie plus relationnelle. Il rassemble les pensées de Donval : « *l'acquisition de l'autonomie est plutôt conçue comme un processus et un mouvement, comme une mise en situation active du sujet* »<sup>8</sup> et d'Edgar Morin : « *Ça veut dire que, contrairement à l'opposition simplifiante entre une autonomie sans dépendance et un déterminisme de dépendance sans autonomie, nous voyons que la notion d'autonomie ne peut être conçue qu'en relation avec l'idée de dépendance et ce paradoxe fondamental est invisible à toutes les visions dissociatrices, pour qui il y a antinomie entre dépendances et indépendances.*

---

<sup>6</sup> Petit Robert, Paris 1987, p. 136

<sup>7</sup> ENNUYER B., 2003, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris : Dunod, p.288-289

<sup>8</sup> DONVAL A., 1990, « L'autonomie au quotidien : utopie ou art de vivre », revue *Approches* « *Rendre autonome : entre illusion et réalité* », Cahier n° 67, p. 5, cité in ENNUYER B., 2003, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris : Dunod, p.288

*C'est cette pensée clef d'autonomie/dépendance que la réalité nous oblige à concevoir. »*<sup>9</sup> Bien loin d'une acception réduite au biomédical, l'autonomie apparaît comme un pivot relationnel, évoquant plus les liens que la personne tisse à travers toutes ses dépendances plutôt que l'indépendance par laquelle elle conduirait seule sa vie et sa santé. Et l'on connaît des situations d'enfermement volontaire ou involontaire de personnes âgées dans la solitude, qui montrent a contrario l'importance des liens de la personne avec son entourage. Les dépendances sont multiples sans lesquelles les personnes mourraient socialement. L'hypothèse de Bernard Ennuyer est ainsi formulée : « *les mots dépendance et autonomie renvoient aux modes de relations entre les individus dans notre société* ». <sup>10</sup> En cela, il dit beaucoup tenir de Norbert Elias qui suggère une « *régulation de la société des individus* » après avoir présenté la richesse des rapports de « *dépendances fonctionnelles* »<sup>11</sup> entre individus.

Quant au sens du mot dépendance, des définitions apparaissent autour des années 1980. D'abord dans le *Rapport Arreckx*, en 1979, sous le triptyque âge, maladie comme cause de l'incapacité, besoin d'aide : « *On entend par personne âgée dépendante tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et, par là-même, doit avoir recours à une tierce personne, pour accomplir les actes ordinaires de la vie* ». <sup>12</sup> Ensuite par une « *vision moins scientiste, plus globale et humaniste* »<sup>13</sup> comme le propose le rapport « *Vieillir demain* », dit rapport *Lion*, en 1981. La question de l'âge s'efface progressivement au bénéfice d'une « *approche fonctionnelle des personnes à partir de critères d'essence médicale* ». <sup>14</sup>

## B) Un vieillissement généralisé, accentué sur le territoire de l'EHPAD

Le vieillissement généralisé de la population française génère une nouvelle catégorie de personnes âgées. Ceux que l'on appelle les vieillards, rassemblés sous le vocable du

---

<sup>9</sup> MORIN, E., 1981, « Peut-on concevoir une science de l'autonomie », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXI, p. 261, cité in ENNUYER B., 2003, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris : Dunod, p.289

<sup>10</sup> ENNUYER B., 2003, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris : Dunod, p. 284

<sup>11</sup> ELIAS N., 1991, *La société des individus*, Paris : Fayard, p. 52 sq

<sup>12</sup> ARRECKX M., *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, Assemblée nationale, 1979.

<sup>13</sup> Commissariat général du Plan, 1980, *Vieillir demain*, Rapport du groupe « Prospective personnes âgées », Paris : La Documentation française

<sup>14</sup> FRINAULT T., 2005 « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix* n° 72, p. 11-31

« quatrième âge », sollicitent de vivre en EHPAD quand la charge médicale en soins est trop importante à assumer pour eux et pour leurs proches.

Les chiffres suivants sont issus du schéma départemental relatif à l'EHPAD<sup>15</sup>.

En 2005, les plus de 75 ans représentent 7,87 % de la population française et les plus de 85 ans, 1,78 %. Le territoire départemental de l'EHPAD est au-dessus de cette moyenne nationale : les plus de 75 ans représentent 10,39 % de la population et les plus de 85 ans, 2,46 %.

L'indice de vieillissement du département est un des plus hauts de France, soit 88,8 pour une moyenne nationale à 65,3.<sup>16</sup> Le phénomène de vieillissement est à la hausse avec une accélération due au franchissement du cap des 60 ans par les baby-boomers.

L'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive : autour de 84 ans en 2012. En corrélation, la durée de séjour est de plus en plus courte. Au niveau départemental, 11 % des résidents y vivent moins de 1 an, et 57 % de 1 à 4 ans.

Ces évolutions ne sont pas sans conséquences : « *Les EHPAD doivent alors gérer des personnes avec un niveau de dépendance de plus en plus élevé, ce qui soulève alors la question de la transformation progressive des EHPAD en établissements de soins.* »<sup>17</sup>  
Encore faut-il savoir de quels soins les personnes âgées ont besoin.

Au regard de ces évolutions démographiques et épidémiologiques, la participation des résidents s'amointrit du fait des difficultés cognitives, d'orientations et de mobilité. Une dissociation franche du soin médical et des activités sociales dans un EHPAD s'entend bien pour des personnes peu dépendantes d'aide extérieure. Lorsque les personnes sont plus désorientées, alors la frontière entre social et médical devient plus poreuse. Les deux dimensions se rapprochent jusqu'à ce qu'apparaissent conjointement les rôles sociaux et médicaux du soignant en relation avec la personne âgée. Quel dénominateur commun pour ces deux versants de la prise en charge des personnes âgées ?

---

<sup>15</sup> Voir l'[annexe 2](#)

<sup>16</sup> Personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

<sup>17</sup> Compte-rendu du comité de pilotage de l' « étude sur les facteurs déclenchants d'entrée en EHPAD » par la Plate-forme d'observation sociale et sanitaire de Languedoc-Roussillon, 2 février 2010.

C) À l'EHPAD Saint Louis, les attentes des résidents sont centrées sur le bien-être

a) *Les résidents de l'EHPAD Saint Louis*

L'EHPAD Saint Louis accueille 122 personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Deux d'entre-elles bénéficient d'un accueil temporaire. 4/5<sup>ème</sup> sont des femmes et 1/5<sup>ème</sup>, des hommes. Les difficultés cognitives rencontrées par les résidents sont de plus en plus importantes. Les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées vivent dans les mêmes conditions de logements que les autres résidents. 42 résidents ont des difficultés de mobilité.

À leur entrée en EHPAD, les personnes âgées demandent un accompagnement associant la dimension médicale à un quotidien qui leur permette de se réaliser personnellement et de faire société. L'enjeu est de taille de réaliser sa vie jusqu'au bout. C'est un travail de longue haleine que de vieillir, pas toujours comme on veut : « *Bien vieillir requiert des efforts.* »<sup>18</sup> Autant de travaux d'acceptations, de réconciliations, d'apprentissages qui peuvent faire du très grand âge une période essentielle de la vie, en fonction de ce que chacun souhaite et peut vivre. Soins médicaux et relations sociales deviennent deux dimensions incontournables de l'accompagnement proposé à l'EHPAD.

Le public accueilli se diversifie de plus en plus. Les catégories socio-professionnelles sont presque toutes représentées, en rapport avec la taille et le prix des logements proposés. Les appartenances culturelles de la population ne sont plus exclusivement chrétiennes. Trois résidents confessent la foi musulmane et deux appartiennent à la religion juive. Un quart des résidents affichent leur agnosticisme. Cette réalité impose à l'EHPAD de réussir l'étape de laïcisation de ses services.

Afin de diagnostiquer les besoins exprimés par les personnes âgées, j'ai eu recours à trois méthodes complémentaires. D'abord, je suis allé à la rencontre de résidents s'exprimant plus ou moins facilement, ainsi que de quelques familles. Ensuite, j'ai rencontré les professionnels qui les accompagnent au quotidien, avec une attention particulière pour qualifier les besoins des personnes dont les possibilités de communication sont altérées. Enfin, j'ai mobilisé une étude documentaire, rassemblant des documents internes et externes à l'établissement.

Sept rencontres avec des résidents ont été organisées sous forme d'entretiens, à leur domicile, c'est-à-dire dans leur chambre ou appartement de l'établissement. Chaque rencontre a duré une vingtaine de minutes avec un entretien semi-directif, le but étant de

---

<sup>18</sup> GRÜN A., 2009, *L'art de bien vieillir*, Paris : Albin Michel, p. 38

détecter ce qui détermine l'entrée en EHPAD, par ordre de priorité. Les thèmes exprimés sont :

- « *Je ne peux plus faire tout(e) seul(e) les choses du quotidien.* »
- « *J'ai besoin de soins médicaux, avec une surveillance du docteur.* »
- « *Je ne veux pas rester seul(e).* »
- « *Ici, le personnel est gentil, on s'occupe bien de nous.* »
- Et un fort désir d'être bien considéré, choyé et respecté.

« *Être considéré* » : Ce besoin de reconnaissance nous éloigne apparemment des besoins d'hygiène et d'alimentation – qui revêtent pourtant une grande importance aux yeux des résidents.

J'ai aussi décidé de rencontrer des membres du personnel appartenant à divers métiers : aides-soignants (AS), agents de soins hôteliers (ASH), infirmière, médecin, animatrice, psychologue. Dix personnes ont répondu à mes questions, présentées comme un moyen pour moi de faire connaissance et de mieux connaître l'EHPAD. La perception par ces professionnels des besoins exprimés par les résidents est apparue comme variée, plus ou moins liée aux soins médicaux et à la demande de vie sociale. Le dénominateur commun se résume dans l'expression : « *qu'on s'occupe bien de moi* ». Lorsque je renvoie la question de savoir ce que c'est qu'être bien, avec l'effort d'introspection que cela suppose, les réponses diffèrent. Certains n'avaient jamais pensé à se mettre à la place des personnes âgées tandis que d'autres modulent leur réponse entre soins du corps et de l'esprit, présence attentive et souriante, réponse aux besoins de nourriture, de vêture et de logement, ou aux attentes relationnelles des personnes âgées. Mes questions, formulées en termes d'attentes, provoquent des réponses sur le désir des personnes âgées de « *bien vivre* », plutôt que de « *bien mourir* ». Or cette différence de perspective touche à l'intime de ce que vivent les personnes en entrant dans ce qui sera certainement leur dernière maison.

La recherche documentaire réalisée en ce milieu d'année a fait ressortir plusieurs thèmes :

- En interne, un centrage sur les thèmes logistiques abordés par le Conseil de la Vie sociale. Les comptes rendus abordent des questions liées au quotidien de la maison. Il est très occupé par les travaux de ces dernières années dont l'organisation a mobilisé les énergies. En fait, ces comptes rendus sont plus instructifs de ce qu'ils ne relatent pas et qui se situe à un niveau plus personnel de la relation entre résidents et professionnels.

- En interne, les résultats d'une enquête de satisfaction<sup>19</sup> datant de 2010 m'apprennent que les résidents viennent principalement grâce à l'excellente réputation de l'établissement. Les aspirations spirituelles, en s'installant près d'une communauté religieuse, sont peu nombreuses, bien que les sœurs soient identifiables dans l'établissement. La partie médicale du questionnaire montre que les services sont assez bien connus des résidents. La Charte des droits de la personne accueillie est méconnue. Les réponses aux questions sur la vie sociale dénotent une faible ou très moyenne participation aux activités proposées. Ce n'est donc pas par les activités que les résidents vivent le plus de relations sociales. C'est pourtant ce que le projet d'établissement met en avant.
- En externe, je cible des informations sur la recherche de bien-être. En 2011, Olivier de Ladoucette, à la demande du gouvernement, rédige un rapport qui propose cinq moyens d'optimiser la santé des personnes âgées : conserver une bonne estime de soi, garder une identité positive, lutter contre l'isolement et la solitude, avoir le contrôle sur sa vie, et savoir s'adapter.<sup>20</sup>
- En externe toujours, je rassemble des informations sur le sujet de la mort, qui apparaît comme une question, une inconnue source de sentiments très divers allant de l'angoisse à la paix intérieure. Ce sujet est essentiellement envisagé au travers de la relation du mourant avec lui-même et son entourage. C'est ce qui fait reprendre à son compte par Marie de Hennezel la phrase de Térence : « *Je suis un homme, et rien de ce qui est humain ne m'est étranger* »<sup>21</sup>. La mort est une histoire humaine personnelle, mais elle implique les autres, ceux qui restent et qui accompagnent jusqu'au derniers instants.

b) *A l'EHPAD, la prévalence des troubles cognitifs est de plus en plus manifeste*

« *La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent inexorablement avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur quatre et un homme sur cinq sont touchés.* »<sup>22</sup>

Telle est l'introduction du site gouvernemental présentant le plan Alzheimer 2008-2012. Les personnes atteintes de maladies cognitives sont d'autant plus nombreuses que l'espérance de vie augmente. A l'EHPAD, la majorité des résidents est atteinte de

---

<sup>19</sup> Voir Annexe 1

<sup>20</sup> LADOUCKETTE (de) O., mars 2011, Rapport Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir,

<sup>21</sup> HENNEZEL (de) M., 2004, *Le souci de l'autre*, Paris : Robert Laffont, Pocket, p. 11 : « *Homo sum, et nihil humani a me alienum puto* »

<sup>22</sup> <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/> [consulté le 15.06.2012]

troubles cognitifs, à des stades variés. Ainsi, sur 122 personnes, 103 ont une altération de leurs facultés cognitives, dont 25 ont une maladie d'Alzheimer diagnostiquée comme telle à un stade avancé.

Le choix a été fait de la « *mixité* » entre personnes atteintes de maladies cognitives ou non. La psychologue analyse ainsi la situation : « *Ce « mélange » entre personnes atteintes de démences et personnes bienportantes entraîne une double représentation des déficiences dues au grand âge : d'un côté, les personnes les plus autonomes peuvent se voir renvoyer l'image de personnes à la santé très dégradée, préfigurant ce qui pourrait leur arriver ; à l'inverse, la prise en charge de ces mêmes personnes très dépendantes peut apporter aux personnes moins dépendantes la certitude qu'elles ne seront pas mises de côté lorsqu'elles seraient dans une telle situation.* »<sup>23</sup>

c) *Avec une exigence accrue, les familles font part de leurs attentes*

Au-delà de la judiciarisation et de la marchandisation des relations, les familles jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement de leur aîné. Un observe relève que « *les attentes auprès de l'EHPAD dont la médicalisation est croissante tendent à s'assimiler à celle de l'hôpital où le personnel médical assure une présence continue.* »<sup>24</sup>

À l'EHPAD, la place des familles est reconnue, notamment au Conseil de la Vie Sociale, dont les réunions trisannuelles favorisent le dialogue sur la vie de l'établissement. C'est surtout lors de l'accueil de leur proche que les familles expriment leurs attentes de bien-être. Là encore s'exprime l'idée « *que l'on prenne bien soin de mon parent* ». Les deux représentants des familles au Conseil de la vie sociale m'ont confié certaines de leur préoccupation. Que leur proche parent prenne du plaisir dans les dernières années de sa vie, « *qu'il profite* », après une vie dense, et qu'il trouve de la sérénité.

Bien qu'un document de recueil des plaintes existe, il n'y en a pas de recensées sur les deux dernières années. J'observe que lorsqu'un problème se pose, les familles veulent « *voir la direction* », façon de régler le problème en cherchant à être considéré par le représentant de l'autorité gestionnaire de l'EHPAD.

La médicalisation de l'EHPAD, inhérente au vieillissement de la population et aux pathologies des personnes, occupe le devant de la scène. Les professionnels s'investissent dans les soins médicaux et de la vie quotidienne.

---

<sup>23</sup> Entretien du 10 avril 2012 avec la Psychologue de l'établissement.

<sup>24</sup> SANISIDRO M., 2008, *La place des familles et des proches des résidents en EHPAD : à la recherche d'une intégration réussie. L'exemple de la maison de retraite publique de Ganges « Le Jardin des Aînés »*, Mémoire de l'École de Hautes Études en Santé Publique, p. 14



### 1.1.2 Une évolution historique porteuse d'un nouveau statut des professionnels

88 équivalents temps plein (ETP) de personnels, travaillent auprès des personnes âgées au travers de leurs missions d'ordre médical, social, administratif et logistique. La nature congréganiste donne un relief particulier à l'émergence et la prédominance actuelle du salariat (A) dans un contexte d'évolution du secteur médico-social (B). La question du don et du contre-don influence le nouveau statut des professionnels (C).

A) Des origines où se rencontrent déjà religieux et laïcs engagés : l'émergence du statut de salarié

La congrégation a été fondée à Paris au début du XIX<sup>ème</sup> siècle par un groupe de douze jeunes filles travaillant pour les soins et la garde de personnes malades à domicile. Cette mission, innovante à l'époque, est confirmée dans les décennies qui suivent. La congrégation tient successivement un orphelinat, une école ménagère, une clinique, l'accueil de personnes adultes handicapées, et la maison de retraite qui se construit progressivement. Les deux axes de la mission se résument ainsi : accompagner et soigner les malades chez eux. Les trois mots forts du charisme des sœurs sont « *compassion, libération et guérison* ». Malgré une diversification de leurs œuvres, leur travail reste essentiellement tourné vers le soin. Sur les 14 sœurs vivant actuellement à l'EHPAD, 9 ont été infirmières ou aides-soignantes et 3 ont dirigé des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ; 2 étaient enseignantes. Par ailleurs, la congrégation est présente sur cinq continents. Elle y tient encore aujourd'hui des maisons de retraite, de convalescence ou des cliniques.

Les sœurs mènent une vie de prière et de travail. A l'EHPAD Saint Louis, aujourd'hui toutes à la retraite, il faut les imaginer, entre trente et quarante, vivant au rythme des offices et se relayant au service des pensionnaires. Présentes 24 heures sur 24 sur site, l'organisation de leur temps de travail échappait évidemment au cadre de la durée légale hebdomadaire, a fortiori à celui des 35 heures actuelles.

Depuis deux siècles, la congrégation est reconnue pour la qualité humaine de son action. Pour comprendre cet apport, je me mets à l'écoute des habitants et des voisins de l'EHPAD. Ils évoquent l'action des sœurs en parlant de leur présence attentive auprès des résidents, de leur délicatesse dans la relation et de leur franc caractère. Certains emploient l'expression d' « *expertes en humanité* ». Tous disent qu'elles ont donné toute leur vie à leur mission.

A l'EHPAD Saint Louis, la communauté vieillissante aura bientôt disparu, laissant derrière elle un riche passé humain, une construction médico-sociale intégrée dans le paysage urbain, socio-économique et politique local. Mais la démographie et les vocations peu

nombreuses obligent la congrégation à se désengager progressivement de ses établissements. Pour l'EHPAD Saint Louis, cette perspective est imminente.

Jusqu'en 2006, l'Association de gestion rattachée à la congrégation gère un service de convalescence attenant à l'EHPAD. La direction en avait été déléguée à mon prédécesseur. La cession à la clinique voisine de ce service de 27 lits en soins de suite et de réadaptation est une décision de gestion. Auparavant, la clinique avait été dirigée par les sœurs pendant 45 ans. Cette place des soins dans les activités de la congrégation laisse des traces dans la culture actuelle de l'EHPAD. En effet, une dizaine de membres du personnel actuel travaillait dans la partie convalescence. Leur présence diffuse des pratiques professionnelles proches du secteur sanitaire, plus ancrées sur le soin médical que sur un soin intégré dans un lieu de vie à part entière.

B) Une évolution historique du secteur sanitaire, social et médico-social à laquelle l'EHPAD a emboîté le pas

Le contexte historique de l'EHPAD Saint Louis s'inscrit dans un mouvement de l'histoire objectivement libéral. Depuis quelques décennies, le mouvement de « privatisation du social » s'accroît. La *Directive service*<sup>25</sup> fait son œuvre au niveau européen. Les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux répondent aux nécessités de l'offre et de la demande. La notion de service rendu aux usagers irrigue d'ores et déjà l'ensemble du marché dans son acception la plus commerciale. Les politiques publiques du secteur s'en font l'écho.

Je remarque que le mot « service » est utilisé dans les deux univers religieux et laïcs, sans pour autant revêtir la même signification. Dans le premier cas, l'accent est mis sur l'attitude de service en rapport avec le serviteur qui donne ce qu'il a, pour le bien-être de la personne servie. Dans le second cas, la primauté est à l'identification d'une prestation adaptée aux besoins dûment évalués de la personne.

---

<sup>25</sup> L'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS), approuvé par 134 pays à l'occasion de leur adhésion le 14 décembre 1994 à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), oriente le commerce des services vers une libéralisation totale de leur marché. Cette disposition comprend le secteur de la santé et des services sociaux et médico-sociaux. Sur ce sujet, voir le site de l'OMC : [http://www.wto.org/french/tratop\\_f/serv\\_f/gatsqa\\_f.htm](http://www.wto.org/french/tratop_f/serv_f/gatsqa_f.htm) (consulté le 4 août 2012).

Cette logique ultra-libérale se traduit en Europe par la Directive Services (directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 sur les services dans le marché intérieur). Le site de la Commission Européenne présente ainsi le texte : « *La directive "services" vise à libérer le potentiel de croissance des marchés de services en Europe en éliminant les obstacles juridiques et administratifs qui freinent les échanges dans ce secteur.* » Voir le site de la Commission Européenne : [http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/services-dir/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/services-dir/index_fr.htm) (consulté le 4 août 2012).

L'évolution culturelle est majeure. Il s'agit du passage d'un monde où prédomine l'engagement personnel à un monde contractualisé, d'un monde dans lequel l'institution accueille les personnes ayant besoin d'assistance à un monde où ces mêmes personnes choisissent des services appropriés sur un marché ouvert d'opérateurs répondant à une commande publique. Le rôle du salarié s'inscrit de ce fait dans un ensemble plus vaste dans lequel la contrainte majeure est le respect des droits et libertés reconnus par les pouvoirs publics.

Dans ce contexte où prime l'offre de service, la situation concurrentielle de l'établissement est favorable. Dans un environnement rural, l'EHPAD est bien positionné au niveau municipal et cantonal, voire départemental. Il ne souffre d'aucun déficit de demandes d'admissions. La liste d'attente fluctue entre 40 et 60 personnes. Les résidents viennent principalement de la ville et des alentours, très peu d'Ile-de-France, pourtant proche par les transports ferroviaires. Cependant, je remarque des origines géographiques de plus en plus large, dépassant désormais les frontières du nord du département.

#### C) Dons et contre-dons : un échange impactant le statut des professionnels

La question du don interroge directement le statut du soignant. Religieux, il prononce des vœux d'obéissance, de pauvreté et de chasteté qui signifient un don total à Dieu au travers d'une vie de prière, et d'une action au service des personnes vulnérables accueillies. Ce don *gratuit* est entendu comme un chemin de salut<sup>26</sup>, une communion éternelle avec Dieu. Laïc, le soignant échange son énergie et ses compétences contre un salaire. Si le vœu d'obéissance peut être mis en corrélation avec le lien de subordination créé par le contrat de travail, l'engagement qui en découle est différent. On peut rompre un contrat de travail quand le lien de subordination n'est pas respecté. On ne peut théoriquement pas rompre des vœux prononcés pour toute la vie.

Cette nature contractuelle de la relation professionnelle s'inscrit dans une dimension collective que Léon Duguit rattache à un « *droit social* », remplaçant le « *droit subjectif* ». Autrement dit, on passe du « *pouvoir appartenant à une personne d'imposer à une autre sa propre personnalité* » à un droit social « *unissant entre eux, par la communauté des besoins et la division du travail, les membres de l'humanité, et particulièrement les*

---

<sup>26</sup> Certains auteurs parlent d'une « *économie du salut* » : « *le pauvre peut néanmoins être instrumentalisé en tant que moyen privilégié pour le riche d'exercer la vertu chrétienne suprême, la charité, et lui permettre ainsi de faire son salut* ». C'est une origine occidentale du développement des structures d'assistance. In CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard Folio Essais, p. 69

*membres d'un même groupe social* »<sup>27</sup>. Que peuvent attendre les professionnels de cette « union » ? Que perçoivent-ils en échange de leur force de travail déployée « *au service* » des personnes âgées dépendantes ?

Dans le couple gratuité-monétarisation de la relation d'aide, j'interroge l'impact de la subsistance d'un clivage entre la culture de gratuité du don des sœurs, et la logique salariale adoptée par les professionnels de l'accompagnement des personnes âgées. Un éclairage historique sur la naissance du salariat apporte des précisions sur la transmission du monopole de l'intervention sociale de l'Église envers l'État. Je précise qu'il ne faudrait pas confondre logique de don gratuit avec bénévolat, même si des points communs peuvent exister. Il s'agit plutôt de deux motivations différentes avec des exigences de diverses natures, intégrant une dimension morale pour l'une, altruiste pour l'autre. Concernant le bénévolat, l'éventail est large entre des motivations relevant d'un désir d'épanouissement et celles, plus ambivalentes, relevant d'une posture de domination, particulièrement auprès de personnes fragiles.

Historiquement, donc, la prise en charge de la fragilité, sous la forme de la pauvreté, est aussi vieille que la société. De celle des indigents, l'action sociale s'est ensuite diffusée à d'autres catégories de populations au gré du relais que l'État prenait des solidarités familiales déclinantes<sup>28</sup>. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, à l'heure d'une industrialisation croissante, les systèmes laïcs de prise en charge prennent plus encore le relais des systèmes paroissiaux de proximité et des congrégations caritatives. De ce fait, la logique salariale prend le dessus. À ce titre, le courant patronal des années 1880 cherche à stabiliser le travail pour répondre au mieux à de nouvelles formes de production<sup>29</sup>. La logique salariale traverse tous les types d'assistance. Cependant, jusqu'au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, l'innovation sociale se développe surtout dans le secteur de l'enfance orpheline ou inadaptée, de l'habitat et des invalides de la Grande Guerre. Et les congrégations sont

---

<sup>27</sup> Duguit L., 1908, *Le droit social, le droit individuel et la transformation de l'État*, Paris : Alcan, p. 4, cité in CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard, Coll. « Folio/Essais », p. 544

<sup>28</sup> Sur ce point, Robert Castel montre à quel point « *l'exercice de la charité est devenu à partir de la fin du XIII<sup>ème</sup> siècle une sorte de service social local auquel collaborent toutes les instances qui partagent une responsabilité dans le "bon gouvernement de la ville"* », in CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard, Coll. « Folio/Essais », p.80.

<sup>29</sup> Ce courant s'est largement nourri des critiques d'une « *charité légale* » à la britannique par les libéraux du début du XIX<sup>ème</sup> siècle. C'est pourtant ce système qui aurait assuré le passage d'un capitalisme marchand à un capitalisme industriel. In CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard, Coll. « Folio/Essais », p.216

encore très investies dans l'accueil des personnes âgées. Une « *économie du don* »<sup>30</sup> est donc très présente jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale. Le titre 3 de la Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association provoque la conversion des congrégations en associations, signifiant par-là que l'engagement à vie n'est plus reconnu par la République comme moyen d'action sociale. Il ne respecterait pas la liberté des individus. « *La République ne connaît que des sujets autonomes qui ne peuvent que s'engager ou se désengager* »<sup>31</sup>

Voilà le thème de l'engagement mis en perspective avec deux approches de l'aide et de l'action sociale différentes. D'un côté l'économie du don et de l'autre celle du salariat. Que se passe-t-il quand coexistent les deux systèmes dans une même organisation ? Quels jeux d'influence observe-t-on ? Quels paradoxes émergent dans le cas de l'EHPAD ?

L'articulation entre don et salariat procéderait d'une « *médiatisation libératoire* » entre « *l'échange d'un travail contre des espèces monétaires* » et « *le bénéfice d'un service public, sans contrepartie financière directe* ». La notion de service se distingue alors de celle de don. Rétribué, le professionnel ne serait plus lié avec le bénéficiaire, ce dernier n'étant plus débiteur, puisque bénéficiant de la solidarité nationale.<sup>32</sup>

On peut aussi avancer que le statut de salarié crée des obligations à d'autres niveaux. Dans une vision laïque, ces obligations relèvent du lien de subordination entre employé et employeur. Pour les religieux, la relation inclut une transcendance divine motivant les actions entreprises. Dans ce dernier cas, la relation entre accompagnants et accompagnés inclut l'autorité divine comme régulatrice de l'action. L'obéissance au commandement chrétien d'amour du prochain y est le principal moteur. On le retrouve

---

<sup>30</sup> Cette expression « *économie du don* » est caractéristique de l'œuvre de Marcel Mauss. Le MAUSS (Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales) s'y réfère dans des publications comme CAILLÉ A., 1994, *Don, intérêt et désintéressement*, Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres, nouvelle édition, Paris : La découverte – MAUSS, 2005, introduction et partie II

Sur le sujet de l'économie du don, Paul Ricœur met en joute « *la Lutte pour la reconnaissance et l'économie du don* », dans une conférence prononcée en 2002 lors de la première journée internationale de la philosophie. On peut y lire, p. 24 : « *La chose donnée, quelle qu'elle soit- des perles ou des échanges matrimoniaux, n'importe quoi qui peut être le présent, le don, le cadeau - n'est rien que le substitut d'une reconnaissance tacite ; c'est le donateur qui se donne lui-même en substitut dans le don et en même temps le don est gage de restitution ; le fonctionnement du don serait en réalité non pas dans la chose donnée mais dans la relation donateur-donataire, à savoir une reconnaissance tacite symboliquement figurée par le don.* »

<sup>31</sup> LAFORE R., « L'avenir du fait associatif », in INSTITUT DU TRAVAIL SOCIAL DE TOURS, conférence du 10 janvier 2012.

<sup>32</sup> DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, p. 40

d'ailleurs assez bien dans les expressions de certains salariés qui disent « vouloir que les gens soient bien, que les personnes âgées se portent le mieux possible. »

À l'EHPAD Saint Louis, je constate que les sœurs ont passé le flambeau des soins ; elles sont encore présentes dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et omniprésentes dans la gestion de l'établissement au niveau du Conseil d'administration. La période est donc une charnière entre deux mondes, ceux que nous avons présentés précédemment, et qui influent sur de nombreux pans du quotidien. C'est sous leur autorité gestionnaire que la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a été appliquée.

### **1.1.3 Les outils de la loi 2002-2 sont déployés**

A) Les outils de fonctionnement sont utilisés

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit des outils reflétant les orientations des politiques publiques vers un accompagnement individualisé de qualité.

- Une procédure d'accueil intègre la présentation du livret d'accueil des résidents depuis 2010. Le livret d'accueil est un outil de prévention des risques de maltraitance.
- Le livret d'accueil des salariés a été élaboré en 2008. Il est présenté aux salariés et aux stagiaires en formation. Sont annexés au livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.
- La charte des droits et libertés est présentée lors de l'accueil du résident. Affichée dans l'établissement, elle est un support privilégié de communication avec les résidents et leurs familles comme avec le personnel.
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement est remis et expliqué aux résidents et à leurs proches. Il concerne aussi le personnel qui doit y retrouver une image, la plus fidèle possible, des prestations proposées dans l'établissement.
- Le contrat de séjour des résidents formalise les obligations réciproques tissées entre le résident et l'établissement. Il est présenté lors de l'admission et signé à l'installation des personnes dans leur nouveau lieu d'habitation.
- Le conseil de la vie sociale se réunit trois ou quatre fois par an. Il rassemble six résidents, deux représentants des familles, deux représentants extérieurs (Conseil Général et Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail), deux sœurs de la congrégation, quatre membres du personnel, une invitée en la personne du maire de la ville, et moi-même. Son fonctionnement donne satisfaction.

- Le conciliateur / médiateur est en cours d'installation dans le département.
- Quant au projet d'établissement, il est le fruit d'un travail pluridisciplinaire organisé.

B) Élaboré par le groupe d'amélioration continue de la qualité, le projet d'établissement a suscité un dynamisme certain

Lors de l'écriture du projet d'établissement, en 2009 et 2010, un groupe de salariés a été constitué, représentatif des services de l'EHPAD, pour mener une évaluation interne et approfondir les bases du projet. Très vite, le groupe a construit son identité autour de l'amélioration continue de la qualité dont il tire son nom actuel<sup>33</sup>. L'évaluation interne a été menée sur la base du référentiel Angélique<sup>34</sup>. Les travaux ont dégagé des points forts à conforter et à développer, ainsi que des points faibles à faire évoluer<sup>35</sup>. D'un côté comme de l'autre, la vie sociale de l'établissement apparaît comme un point d'amélioration majeur à travailler. La prise en charge médicale est évaluée comme suffisante.

On peut lire en introduction du projet d'établissement rédigé en 2010 : « *De par son histoire, l'EHPAD est attaché à des personnes et à des lieux de vie, dans un esprit de service et une volonté de proposer aux personnes âgées d'être chez elles.* » Cette proposition révèle l'ambition de proposer un accompagnement personnalisé, appuyé sur le sens du service et vécu dans des lieux à taille humaine. L'accueil vise le bien-être des personnes dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Services de nature sociale – s'agissant des prestations d'accueil hôtelier et d'animation de la vie individuelle et collective – et médicale – s'agissant des soins de santé et pour les actes de la vie courante. Ainsi, la vie sociale et l'autonomie apparaissent comme deux pôles prioritaires de l'action entreprise. Les valeurs partagées visent à « *accompagner le développement de la personne humaine dans son intégralité pour :*

- *Respecter la dignité de la personne à chaque moment de sa vie*
- *Promouvoir son autonomie et accompagner sa perte d'autonomie*

---

<sup>33</sup> En 2007, le gouvernement avait mis en place un « *Plan de développement pour la bientraitance en dix mesures* » dont la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements.

<sup>34</sup> Le guide d'auto-évaluation ANGÉLIQUE (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements) est « un document normatif, qui a vocation à lister les prérequis pour une qualité globale, mais ce n'est pas un référentiel d'évaluation, faute d'indicateurs précis et validés. De fait, il ne propose pas de cotation permettant de caractériser le niveau de qualité atteint et les possibilités d'amélioration. » in NAVARRO N., « *Évaluation sociale et médico-sociale : présentation des divers documents existant dans le secteur* » visité le 13 août 2012, disponible sur Internet : [http://actionsociale.puydedome.com/portal/page/portal/ASC/ASC\\_DOCUMENTATION/EVALUATION%20SOCIALE%20ET%20MEDICO.pdf](http://actionsociale.puydedome.com/portal/page/portal/ASC/ASC_DOCUMENTATION/EVALUATION%20SOCIALE%20ET%20MEDICO.pdf)

<sup>35</sup> Voir le tableau en annexe 2

- *Soulager sa souffrance*
- *Permettre une attention aux valeurs humaines et spirituelles de chacun en relation avec la congrégation*
- *Accompagner la fin de vie du résident et entourer sa famille<sup>36</sup> »*

Mais il est à noter que dans la rédaction du projet d'établissement, vie sociale et organisation des soins sont nettement dissociés, séparant ainsi l'accompagnement entre la vie sociale d'un côté, et l'organisation des soins médicaux de l'autre. Ce souci d'identifier les sujets à travailler sur la période du projet d'établissement a pour corolaire le cantonnement de la vie sociale aux animations, et la relation de soins aux soins du corps et médicaux. En cela, la partie relationnelle du nursing est peu investie<sup>37</sup>.

Juridiquement opposable à l'autorité de tarification, le projet d'établissement est au centre d'une adaptation réciproque entre le financeur et le gestionnaire de l'EHPAD, tant pour les objectifs que pour les moyens engagés dans la prise en charge des personnes accueillies.

#### C) L'influence tarifaire

La situation financière est saine bien que la trésorerie soit tendue.

L'EHPAD compte 5 places habilitées à l'aide sociale.

La tarification de l'EHPAD relève d'une convention tripartite séparant les budgets hébergement, soins et dépendances pris en charge respectivement par les résidents – ou à défaut l'aide sociale – l'ARS et le Conseil Général. Ces règles sont inscrites dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) aux articles L232 et L314.

Le préalable de l'évaluation du niveau de perte d'autonomie des résidents est réalisé à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Cette grille AGGIR consiste en une « *une classification logique de la perte d'autonomie qui aboutit à des rangs homogènes de personnes âgées en perte d'autonomie évaluées par le modèle Géronte* » et « *d'une classification finalisée qui détermine des groupes iso-ressources (GIR) en charge de soins gérontologiques à partir des rangs homogènes de la première*

---

<sup>36</sup> Projet d'établissement, rédigé en 2010

<sup>37</sup> « *Les soins de nursing réalisés par une infirmière diplômée d'état (IDE) (et par voie de conséquence par les aides-soignantes qui sont sous sa responsabilité) comportent quatre volets : l'hygiène, la surveillance et l'observation, la prévention et le suivi relationnel.* » sur le site <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/prescrire-les-soins-de-nursing.html>



étape. »<sup>38</sup> Le niveau moyen des soins médicotéchniques requis est déterminé à l'aide du référentiel PATHOS (Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les traitements des états pathologiques des personnes âgées). L'outil Pathos est un « système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées (...) élaboré en 2001 en partenariat avec le Syndicat Nationale de Gériatrie Clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) à partir de l'échantillon "Ernest"<sup>39</sup> »<sup>40</sup>. Ainsi calcule-t-on le Pathos Moyen Pondéré (PMP).

La convention tripartite de deuxième génération relève que « la qualité de la prise en charge sera appréciée au regard (...) des actions menées pour aider la personne à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique ou psychique dans le respect de ses droits et de ses attentes. »

La demande de renforcer les équipes médicales et infirmières par des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques a été partiellement retenue par l'ARS. De ce fait, l'EHPAD, déjà bien doté en soins, voit se creuser l'écart entre une attente de développement de la vie sociale et une prise en charge médicale très développée. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) est en nette augmentation évoluant de 574 points en 2007 à 683 en 2012.

Les effectifs de l'établissement sont reportés dans le tableau ci-dessous, qui montre les évolutions demandées dans le nouveau conventionnement. Seuls les postes de direction/administration et de cuisine/Services généraux n'ont pas été validés par le financeur.

---

<sup>38</sup> COUTTON V., 2001, « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, n° 99, p. 116

<sup>39</sup> « L'échantillon "Ernest", élaboré par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) est représentatif de l'ensemble des différentes structures d'hébergement des personnes âgées au niveau national. », in PREVOST P., éd, 2003, Étude Pathos sur l'échantillon « Ernest » 2001, les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national, CNAMTS / DSM, service médical, p. 2

<sup>40</sup> FEREY P., 2008, *La coupe PATHOS en complément d'AGGIR : un outil au service de la qualité de la prise en charge ? L'exemple du Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq-Nay* : Mémoire de l'EHESP, pp. 5 à 11. Dans ses développements, Patricia Ferey présente les 12 profils de soins, ou profils de stratégie thérapeutique, de sorte que 240 couple « état pathologique / profil » peuvent être déterminés, ainsi que des indicateurs orientant l'allocation de ressources de l'établissement.

	Effectifs avant convention				Recrutements ou redéploiements				Effectifs en fin de convention			
	H	D	S	Total	H	D	S	Total	H	D	S	Total
Direction/ administration	4,00			4,00	1,20			1,20	5,20			5,20
Cuisine / SG	18,00			18,00	2,00			2,00	20,00			20,00
Animation	1,50			1,50	0,30			0,30	1,80			1,80
ASHQ/ Blanchisserie	14,70	4,50		19,20	3,00			3,00	17,70	4,50		22,20
Psychologue		0,20		0,20		0,40		0,40		0,60		0,60
AS-AMP		3,45	8,05	11,50		3,00	6,00	9,00		6,45	14,05	20,50
AS-AMP nuit		1,20	2,80	4,00		0,00	0,00	0,00		1,20	2,80	4,00
IDE/ Cadre			5,75	5,75			3,25	3,25			9,00	9,00
Auxiliaires médicaux				0,00			0,67	0,67			0,67	0,67
Médecin coordonnateur			0,40	0,40			0,10	0,10			0,50	0,50
<b>TOTAL ETP par section tarifaire</b>	<b>38,20</b>	<b>9,35</b>	<b>17,00</b>	<b>64,55</b>	<b>6,50</b>	<b>3,40</b>	<b>10,02</b>	<b>19,92</b>	<b>44,70</b>	<b>12,75</b>	<b>27,02</b>	<b>84,47</b>
<b>TOTAL ETP</b>	<b>64,55</b>				<b>19,92</b>				<b>84,47</b>			
Ratios de l'établissement	0,32	0,08	0,14	0,54	0,05	0,03	0,08	0,17	0,34	0,10	0,20	0,64

Légende : H = Hébergement ; D = Dépendance ; S = Soins

Je constate que l'accent est mis sur le recrutement de personnels soignants : sur l'échelonnement dans le temps de la convention : 3,25 ETP d'IDE et 9 postes d'AS/AMP sont créés dont les recrutements sont échelonnés sur 3 ans ; le médecin est renforcé de 0,1 ETP, la psychologue de 0,4 ETP et les auxiliaires médicaux de 0,67 ETP. Cette montée des effectifs soignants correspond bien sûr à l'augmentation des besoins de prise en charge de l'autonomie des personnes âgées mesurée par le GMP et PMP. Mais cela traduit aussi l'orientation très médicale de cette prise en charge, à la faveur du passage en dotation globale qui soutient les besoins de médicalisation des EHPAD sur le territoire.

Ces modes de calculs des sections tarifaires « Dépendance » et « Soins » rappellent les enjeux financiers liés aux débats engagés sur la question du cinquième risque. En effet, quelle mesure et quelle évaluation des moyens financiers pour assurer la compensation des risques liés à la perte d'autonomie (en lien avec l'avancée en âge ou le handicap de longue durée) ? Ce débat pose la question de l'efficience et de l'équité dans la distribution des services d'aide aux personnes vulnérables, âgées et handicapées, cherchant des solutions à l'adéquation entre contraintes budgétaires publiques et privées, et la qualité de service à laquelle les personnes peuvent prétendre pour réaliser leur projet de vie.

En outre, la qualité de la prise en charge des usagers ne se situe pas seulement au niveau de la quantité de soins prodigués ; cette dernière est bien sûr nécessaire. Mais qu'apporterait une réflexion de fond sur la qualité de l'accompagnement des résidents ? Réflexion somme toute peu coûteuse, en ces temps de rigueur budgétaire. Cette question interroge les évolutions profondes que connaît l'EHPAD Saint Louis.

## 1.2 Un lieu de soins et de vie répondant partiellement aux attentes des résidents dans un contexte de changement

Le changement culturel de fond (A) est lié à une forme d'accompagnement centrée sur les soins plus que sur la relation de soins (B).

### 1.2.1 Un changement de paradigme

« Le paradigme désigne un ensemble de convictions partagées et implicites au sein d'une organisation »<sup>41</sup> En même temps que l'EHPAD se laïcise (A), la culture du dévouement cède le pas à celle de la compétence (B), impactant le positionnement des professionnels (C).

A) De l'empreinte culturelle à une prise en charge laïque influencée

La laïcisation de l'EHPAD est en construction.

Concernant l'histoire qui est en train de s'écrire, je constate que le mouvement de laïcisation des établissements de la congrégation est plus tardif que la plupart des autres établissements dans la même situation. À ce sujet, la laïcisation des institutions chrétiennes découle des profonds mouvements de société de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Une forte sécularisation a découlé du recul de l'engagement religieux du personnel qui ne pouvait plus être recruté sur ce critère. Et alors même que l'État providence régnait tout puissant, au détour des années 1970, la question s'est posée dans bien des cas de savoir s'il fallait continuer une mission sociale, hospitalière ou éducative que l'État assurait par ailleurs. Les débats furent intenses dès les années 1950, se prolongeant ensuite, comme en 1961 à la Faculté Catholique de Lille qui propose un colloque sur « *les institutions chrétiennes et leur avenir* ». Parallèlement et dans les mêmes années 60, le Concile Œcuménique Vatican II traverse profondément l'Église et met en exergue les idéaux de « *justice, de solidarité, d'égalité* »<sup>42</sup>. Dans ce contexte, de nombreux établissements d'inspiration chrétienne changent de gestionnaire, qu'ils restent associatifs ou soient rachetés par des entreprises privées à but lucratif, ou encore repris en gestion par les collectivités publiques.

---

<sup>41</sup> JOHSON G. / éd., 2008, *Stratégique*, 8<sup>ème</sup> édition, Orléans : Pearson Éducation, p. 702

<sup>42</sup> Selon les mots de SCHLEGEL J.-L., « Des institutions, des valeurs et des hommes. L'identité des établissements sanitaires et médico-sociaux chrétiens : une fidélité à renouveler » ACTES DU COLLOQUE DE LA FNISASIC, *L'institution chrétienne au cœur de la société, questions et convictions d'hier et d'aujourd'hui. Et demain ?* Lille, 9 et 10 décembre 2010. La FNISASIC est la Fédération Nationale des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne.

Une rétrospective historique apporte des éléments de compréhension des étapes auxquelles l'État s'empare de la « *question sociale* »<sup>43</sup>. Or l'établissement est très lié à ses origines congréganistes, découlant elles-mêmes d'une élaboration progressive de l'institutionnalisation de l'accompagnement de personnes en situation de fragilité. D'abord au service des pauvres, entendus dans le sens d'indigents, l'Église s'est ensuite intéressée à d'autres pauvretés, de l'ordre de la fragilité et du besoin d'assistance. Le passage du monopole ecclésial à une organisation partagée entre l'Église et l'État est progressif, s'agissant de l'assistance des indigents et des plus faibles. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, notamment, reflorissent des œuvres congréganistes nombreuses, comme celle de l'EHPAD, investies dans l'assistance des populations. « (...) *en n'hésitant pas à affirmer l'égalité de tous devant Dieu, à proclamer l'éminente dignité attachée à la qualité d'homme et à poser l'aide à autrui comme un devoir rigoureux pour le croyant. Le christianisme contribua puissamment à donner une impulsion décisive et renouvelée à l'assistance* »<sup>44</sup>. Dans la situation de l'EHPAD Saint Louis, je retiens les mots d'une sœur de la communauté : « *la tradition congréganiste puise ses racines dans les œuvres de charité. Le sens du service, c'est le don de soi. Il obéit au principe de l'amour envers le prochain auquel m'appelle Jésus-Christ* ».

Dans ce contexte, l'État s'est fait une place au travers de la construction progressive du principe d'assistance. Après une émergence significative sous la monarchie absolue, le principe est diffusé par la philosophie des Lumières, aboutissant en 1789 à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits.* »<sup>45</sup>. De plus en plus concret sous la II<sup>ème</sup> République, le principe d'assistance fait l'objet de nouvelles lois sous la III<sup>ème</sup> République. L'idée de protection sociale aboutit après-guerre à la création de la sécurité sociale. Trente ans plus tard, les lois de 1975<sup>46</sup> structurent les institutions sociales et médico-sociales, mais elles restent discrètes sur les droits des personnes. C'est en 2002 que le législateur recentre l'action autour de la personne accueillie, par le respect de ses droits et de sa dignité. En 2009, la

---

<sup>43</sup> CASTEL R., 1995, Les métamorphoses de la question sociale, Paris : Gallimard, Coll. « Folio/Essais ».

<sup>44</sup> BORGETTO M. et LAFORE R., 2009, *Droits de l'aide et de l'action sociale*, Villeneuve d'Ascq : Montchrestien, Domat droit public, 7<sup>ème</sup> édition, p. 12.

<sup>45</sup> Article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

<sup>46</sup> Il s'agit de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

loi parle d'une « offre de services de santé » dans le secteur sanitaire, social et médico-social<sup>47</sup>.

Force est de constater que l'EHPAD Saint Louis s'est continuellement adapté aux exigences réglementaires en vigueur. La reconnaissance d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été accordée en 2003. La convention tripartite de première génération a été signée en décembre 2003. Ainsi, la marque des pouvoirs publics dans la gestion de l'EHPAD est profonde. Chaque champ de l'intervention est investi, reléguant la dimension ecclésiale à la pratique religieuse personnelle, droit répertorié dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>48</sup>.

Mais comment l'héritage culturel de la congrégation est-il actuellement perceptible ? La logique de don total de sa vie au service des résidents imprègne l'établissement. En entretien, une sœur à la retraite, directrice de l'établissement entre 1979 et 2001, parle de dévouement, d'être au service, d'aimer les personnes âgées<sup>49</sup>. Elle valorise la connaissance que le personnel avait des résidents du temps de la gestion congréganiste. Elle relate la proximité et l'intimité qui faisaient loi dans la relation entre professionnels et résidents. Quand je lui demande quelles attentes exprimaient les personnes âgées entrant à l'EHPAD dans le dernier quart du siècle dernier, elle précise que les personnes voulaient être entourées par un personnel stable et attentionné. Elle évoque la force du lien entre les personnes âgées et le personnel. Elle parle d'unité entre les soins et le quotidien. Des aides-soignants et des agents de services hôteliers étaient amenés à accomplir les mêmes tâches. Pour présenter les valeurs qui animaient le personnel de l'établissement voilà encore quinze ans, elle cible l'amour du travail bien fait, plus de lien avec les personnes âgées et la variété des animations de proximité et des fêtes exceptionnelles. Ce faisant, elle oppose à cette « économie du don » une autre culture dans laquelle les professionnels accompagnants seraient désormais moins proches, moins stables, moins attachés à leur travail et plus attentifs à leur salaire qu'auparavant.

---

<sup>47</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>48</sup> Cette charte est un des huit outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle illustre parfaitement le passage des « droits de » aux « droits à » in BORGETTO M., 2000, « L'irrésistible ascension des « droits à », *Informations sociales*, n° 81 (n° spécial sur Le droit à...), pp. 4 à 19.

<sup>49</sup> L'entretien avec Sœur M-B s'est déroulé le 5 avril 2012. Pourtant très âgée, elle a répondu à mes questions pendant une heure. À travers une technique d'entretien ouvert, ses réponses à mes questions illustrent la culture d'établissement précédant le passage en EHPAD.

## B) Du dévouement à la compétence

Jusqu'en 2004, la présence dans le même établissement de personnel laïc et de personnel religieux pose la question des motivations profondes à accompagner les résidents au quotidien. Sans opposer les professionnels ayant formulés des vœux religieux et les professionnels laïcs, je me suis interrogé sur la prédominance du dévouement ou bien de la compétence au cours de l'histoire de l'EHPAD. Ensuite, j'ai élargi ma réflexion aux « *représentations des manifestations physiques et symboliques du paradigme* » de l'organisation, c'est-à-dire au « *tissu culturel* » de l'EHPAD<sup>50</sup>.

Tout d'abord, je propose de considérer le dévouement et la compétence au regard du phénomène du don. À ce sujet, les maîtres mots de Marcel Mauss dans ses études ethnographiques : « *donner, recevoir, rendre* »<sup>51</sup>, traduisent précisément les relations entre individus. L'échange archaïque, autrement nommé « *échange-volontaire-obligatoire* » est la base d'une relation complexe d'échange dans laquelle chaque entité (personne ou chose) transmet une partie d'elle-même. Je me donne à toi dans ce moment où je t'apporte une aide dans la toilette ou l'habillement du matin, pourrait dire une aide-soignante de l'EHPAD. Mais elle n'est pas seule dans cet exercice. Le résident qu'elle accompagne donne son choix de faire ou de ne pas faire. Parfois, le consentement, la volonté d'une personne est difficile à percevoir. Mais toujours ils peuvent être cherchés. Et l'objet ou la prestation échangés revêtent en eux-mêmes un caractère qui se transmet d'une personne à une autre. Dans ce sens, le comportement des populations animistes étudiées par le sociologue aboutit à considérer une profonde réciprocité dans le don. Cette réciprocité peut-être gratuite ou intéressée. Dans ce second cas, la contrepartie souhaitée n'est pas forcément pécuniaire. Un large éventail de gratifications est apprécié des professionnels de l'EHPAD. Recevoir le sourire de cette vieille dame, entièrement fragilisée par une maladie osseuse, peut être apprécié comme un formidable « *cadeau* » par l'aide médico-psychologique qui prend le temps de parler avec la personne et sa famille.

De là à assimiler le dévouement au cadeau, et la compétence à la vente d'un service, le trait est largement tiré. Mais il traduit le mouvement de celui ou celle qui s'oublie quand il

---

<sup>50</sup> JOHSON G. / éd., 2008, *Stratégique*, 8<sup>ème</sup> édition, Orléans : Pearson Éducation, p. 232 sq

<sup>51</sup> Ces trois termes apparaissent MAUSS M., 2002, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Chicoutimi, édition électronique dirigée par TREMBLAY J.-M., disponible sur internet (article originalement publié dans l'*Année Sociologique*, seconde série, 1923-1924) : [http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss\\_marcel/socio\\_et\\_anthropo/2\\_essai\\_sur\\_le\\_don/essai\\_sur\\_le\\_don.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/2_essai_sur_le_don/essai_sur_le_don.pdf)

accomplit sa tâche. Autrement dit, la compétence appelle une élaboration de la prestation ne relevant plus seulement de la spontanéité mais de l'aboutissement d'un processus construit, puisant dans les ressources des savoirs, savoir-faire et savoir-être de la personne.

Au fil des entretiens avec le personnel ayant le plus d'ancienneté et par mes observations, je valide une évolution significative de la culture de l'EHPAD. En quelques décennies, voire en quelques années, l'établissement passe d'une culture du don à une culture de services<sup>52</sup>, du dévouement à la compétence, et d'une spontanéité dans le travail à un professionnalisme encadré. L'EHPAD Saint Louis est imprégné de ces deux dimensions de l'accompagnement.

### C) Un difficile positionnement professionnel lié à l'évolution culturelle

Le personnel se positionne sur tel ou tel pôle en fonction des influences personnelles et collectives auxquelles il est exposé. L'accompagnement des personnes âgées s'en trouve diversifié, voire éclaté entre des pratiques et des attitudes divergentes. Par exemple, lorsqu'une personne âgée crie tous les jours à la même heure pendant une demi-heure, les remarques que j'entends expriment la saturation d'entendre le bruit, plus que la reconnaissance de la souffrance de la personne. Un autre exemple est significatif, concernant l'attitude de certaines personnes âgées qui considèrent payer assez cher des services tout juste satisfaisant à leur yeux. Comment le personnel peut-il réagir face aux remarques traduisant apparemment une exigence accrue de services d'ordre matériel, culinaire et médical, alors que des attentes liées à la reconnaissance se font jour, implicitement ou explicitement ?

Les évolutions sociétales influencent aussi le travail à l'EHPAD. En parallèle du développement de nouvelles organisations du travail comme le fordisme ou le taylorisme, les professions médicales et sociales se structurent. Vus de l'extérieur, certains modes d'organisation du travail dans le secteur médico-social pourraient aller jusqu'à faire penser au stakhanovisme. Le vaste sujet des toilettes en EHPAD ne ressemble-t-il pas parfois à du travail à la chaîne ? Entendre les aides-soignantes ou lire leurs blogs sur ce sujet va dans le sens de cette tendance, exprimée par le sentiment de courir après le temps. Comment peut-on systématiser un travail basé essentiellement sur la relation ? Les relations humaines peuvent-elle être mécanisées ? A l'EHPAD, cette question est soulevée à la première réunion du personnel. Une partie des aides-soignantes se

---

<sup>52</sup> Sur le plan sémantique, j'utilise le mot « service » au singulier pour parler de la culture du don d'inspiration congréganiste tandis que ce même mot au pluriel s'inscrirait plus dans une culture laïque dans laquelle «les services » trouveraient toute leur place sur le « marché médico-social ».

plaignent de ne pas avoir suffisamment de temps pour effectuer convenablement, selon elles, les toilettes des résidents. Elles-mêmes portent un regard sévère sur la systématisation de leur action, spécifiquement pour les toilettes des personnes âgées. Face à cette réalité, je pourrais avoir tendance à sortir ma calculatrice pour évaluer précisément le temps disponible pour la toilette de chaque résident. Mais la question ne relève pas seulement des mathématiques. Elle concerne aussi et surtout le rôle des soignants dans la relation, la présence et la rencontre avec les résidents.

### **1.2.2 Une problématique de centrage sur les soins plus que sur la relation de soins, dans un contexte de changement culturel**

Je constate un surinvestissement technique des soins (A), laissant apparaître une problématique dans laquelle la relation de soins passe en second plan (B).

A) Une démarche soignante ancrée dans le soin médical

Les soins proposés aux personnes âgées relèvent du mieux-être des personnes dans leur santé et dans les gestes de la vie courante. Elle intègre *a minima* les dimensions physiques, psychiques et sensorielles. Différentes écoles ont décrit la relation de soins, dépassant les travaux de Virginia Henderson et Abraham Maslow – que Jérôme Pellissier nomme la théorie « *Henderson-Maslow* »<sup>53</sup>. Cette théorie est le plus souvent réduite à l'étude des besoins vitaux. Elle est très enseignée dans les cursus soignants. Qu'en est-il d'une conception plus globale qui mène à considérer la personne avec toutes ses composantes, physiologiques, psychiques, sociales et spirituelles, difficilement réductibles à des besoins primaires ou secondaires qu'il s'agirait seulement de satisfaire ? Il ne s'agit pas ici de choisir une référence parmi d'autres, mais de pousser le questionnement sur la façon dont les soins sont vécus à l'EHPAD.

Le centrage sur les soins a bien été identifié lors de la dernière évaluation interne de 2009. À ce sujet, il est noté dans l'auto-évaluation Angélique, en parlant de l'organisation des soins, déjà bien structurée, « *qu'il faut continuer à la mettre au service des résidents* »<sup>54</sup>. Très peu de mots sur l'écoute active des personnes âgées et sur leur reconnaissance. La prévention est centrée sur les fonctions physiques et cognitives. L'attention est portée sur l'individualisation des soins. L'évaluation interne aboutissait à la nécessité d'augmenter le nombre de personnels soignants.

---

<sup>53</sup> PELLISSIER J., 2006/3, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société*, n° 118, p. 37-54.

<sup>54</sup> Voir [annexe 4](#)



Si j'ai parlé des formations initiales, il faut aussi mentionner la formation continue. En 2010, le plan de formation a relayé les sujets de la nutrition et du traitement des escarres. En 2011, le personnel soignant a été formé à la prévention des maladies Alzheimer et apparentées. Une formation sur la bientraitance est en cours de réalisation, ainsi qu'un cursus sur les transmissions ciblées, en lien avec l'informatisation des dossiers de soins. Les sujets sont traités sous un angle de vue très médical, investissant peu le champ de la relation soignante.

La différence entre soins et relation de soins a-t-elle un sens ? N'est-ce pas une tautologie que de parler de relation de soins quand les soins sont évidemment pétris de relation ? Mais si l'expression « relation de soins » est usitée, c'est qu'elle apporte une précision quant à la nature éminemment relationnelle du soin prodigué à une personne en situation de fragilité. En effet, la personne âgée n'est plus seulement objet de soins mais elle est aussi et surtout actrice, sujette à vivre un soin donné par la personne soignante concernée. Cette démarche est d'autant plus importante quand la personne conserve des facultés physiques, psychiques et cognitives qui rendent la relation aisée. Par contre, quand la personne est plus inaccessible, du fait d'une parole altérée, d'une compréhension partielle, ou du fait d'une communication rendue plus complexe par telle ou telle pathologie, le degré de relation est plus subtile, ouvert par d'autres médias, suggéré plus qu'exprimé dans le rapport qui s'instaure entre professionnel soignant et personne soignée.

Il est à présent possible de convenir que le bien-être des personnes accompagnées implique de bénéficier d'une qualité relationnelle respectueuse de leur liberté. Cette question de la liberté pour la personne âgée de s'impliquer dans la relation de soins est importante. Pour la personne accueillie, elle met en exergue non seulement la position d'acteur, déjà présentée, mais aussi l'environnement dont elle bénéficie, qui doit contribuer positivement à son épanouissement. Ces deux dimensions apparaissent en continu dans les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. À ce titre, la quatrième recommandation, en cours d'écriture, s'attelle autant à la question de la contribution des éléments de santé au bien être des personnes dans le respect de leur libre choix qu'à la recherche d'une adaptation des soins aux besoins de la personne. L'une des questions de la lettre de cadrage de cette recommandation ouvre largement le sujet : « *Comment intégrer l'évaluation des besoins de santé et les réponses qui leur sont apportées dans une approche globale de la personne ?* »<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> ANESM – *Éléments de cadrage « Qualité de vie en EHPAD »* – Mars 2010, consultable sur le site [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elements\\_de\\_cadrage\\_QDV-EHPAD\\_03.10.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elements_de_cadrage_QDV-EHPAD_03.10.pdf)

Comme le fait l'ANESM, je postule que l'accompagnement des personnes âgées doit se faire par une approche globale de la personne. De ce fait, je questionne le problème qui se pose en explorant les dimensions propres aux usagers, aux professionnels et au contexte qui se présente à l'EHPAD.

## B) Recherche des causes au problème posé

Le problème peut se résumer ainsi : centrée sur le bien-être médical et physiologique des personnes âgées, la culture des soins déployée à l'EHPAD a pris le pas sur la recherche de satisfaction des besoins de réalisation de soi, avec et malgré l'héritage congréganiste. Autrement dit, on assiste à une dissociation du temps de la relation de celui du soin, dans un contexte culturel, que l'on pourrait pourtant penser très attentif à l'unité des dimensions physiques, psychiques et spirituelles, contribuant au bien-être des personnes âgées.

En préalable, j'identifie deux orientations des politiques publiques actuelles :

1. Une attention particulière est portée à la fin de vie – à travers le développement de soins palliatifs<sup>56</sup> – et à la prise en charge des personnes atteintes de maladies cognitives<sup>57</sup>.
2. La prise en charge des personnes âgées est centrée sur une réponse apportée à leurs besoins primaires, accordant une moindre importance aux besoins relationnels et de réalisation de soi des personnes. Sur ce point, l'évaluation de la dépendance relève des aptitudes objectives de la personne plus que des difficultés subjectives rencontrées. Là se pose la question de la mesure et de l'évaluation de la situation de dépendance d'une personne âgée. Mais dans le même temps, la définition-même de la santé s'est élargie à partir du milieu du XXème siècle : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »<sup>58</sup>

Pour avancer dans la recherche des causes au problème posé, je formule trois hypothèses : causes premières, causes profondes et causes racines.

---

<sup>56</sup> À ce titre, la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, interdit toute obstination déraisonnable, renforce les droits du patient, et développe la collégialité et la transparence dans les décisions concernant les patients inconscients ou les situations d'arrêt de traitements.

<sup>57</sup> Le plan Alzheimer 2008-2012 s'inscrit dans une prise de conscience des pouvoirs publics concernant le problème de santé publique que posent les maladies cognitives.

<sup>58</sup> Au deuxième alinéa de l'introduction de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé, signée entre le 19 juin et le 22 juillet 1946 et entrée en vigueur en 1948. Consultable sur le site [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf) [consulté le 25 août 2012]

- a) *Causes premières : les soins apportant des réponses tangibles aux besoins primaires sont privilégiés, dans une réelle optique de bien-être des personnes, correspondant à la représentation que se font les équipes de ce qu'est le bien-être d'une personne âgée.*

Pour étayer cette première hypothèse, je me réfère aux paroles des professionnels parlant de la relation avec les résidents : « s'occuper d'eux », « être proche », « les aider dans le déroulement de la journée ». Les questions que je pose<sup>59</sup> partent des attentes des personnes âgées, explorent les modes de communication avec elles, demandent d'illustrer avec des situations relationnelles difficiles vécues, et explorent ensuite les réactions face aux émotions et sentiments exprimés par les personnes âgées, avant de tenter une qualification du rôle du soignant auprès des personnes accueillies.

De la part des aides-soignantes, des aides médico-psychologiques et des agents de soins hôteliers, les réponses obtenues aux questions sur l'autonomie des personnes âgées sont très concrètes : « répondre de manière rapide aux besoins des personnes âgées par les moyens mis à notre disposition », « aider les résidents à choisir leurs vêtements », les accompagner « au niveau cérébral et manuel en leur faisant faire des activités ». Presqu'à chaque réponse, il s'agit de faire quelque chose, ou de faire faire, avec la personne âgée, lors des repas, des toilettes, des activités, des déplacements dans l'établissement ou des sorties dans le parc par exemple. Le travail sur l'autonomie est privilégié. Les professionnels se placent en appui, en aide aux personnes qui en ont besoin. Mais j'entends très peu parler de ce que les professionnels perçoivent ce que vivent les personnes âgées. Bien que les expressions d'empathie soient visibles dans l'établissement, elles sont très peu exprimées lors des entretiens. Cela me fait penser que l'empathie relève plus d'une spontanéité que d'une attitude travaillée.

En analysant plus avant, je m'interroge sur les besoins de réalisation de soi des personnes âgées.

- b) *Causes profondes : les professionnels soignants se positionnent difficilement sur la recherche de satisfaction des besoins de réalisation de soi des personnes âgées, par défaut de connaissance et de formation sur le « travail » de fin de la vie. La difficulté des équipes soignantes est concentrée sur la relation à l'autre dans le phénomène de vieillissement des personnes âgées dépendantes.*

Les professionnels mettent en avant une écoute des personnes âgées. En effet, presque toutes les personnes avec qui je me suis entretenu font part de leur sens de l'écoute des

---

<sup>59</sup> Voir annexe 3

résidents. C'est notamment à la question de savoir qu'est-ce que fait le professionnel accompagnant quand les personnes âgées expriment des émotions et des sentiments, que j'entends des réponses centrées sur le fait de rassurer la personne : « ça va s'arranger », « ne vous inquiétez pas », « on va s'occuper de votre confort ».

Mais qu'en est-il des attitudes d'écoute active, propres à renvoyer à la personne écoutée un signal qui lui permette de se sentir comprise, reconnue, valorisée dans ce qu'elle dit ou ce qu'elle montre vivre ? Sur ce point, le médecin coordonnateur situe les équipes dans une dynamique de progression à accomplir. Il relève aussi l'impact des changements actuels sur la relation entre professionnels et résidents. Selon lui, le changement de style de mon prédécesseur, amenant déjà des méthodes de communication du secteur privé, ajouté aux perspectives sous-jacentes de changement de gestionnaire du fait du vieillissement accéléré des membres de la congrégation, altère la dynamique de communication empathique et d'écoute active au quotidien. Disant cela, il met en lumière la situation de tensions profondes et sous-jacentes, dans laquelle j'ai pris mes fonctions.

Par ailleurs, la dimension de service est très développée. Elle est mise en perspective du temps consacré à l'accompagnement de chaque personne. Une aide-soignante dit vouloir être présente dès que les personnes en ont besoin. « *On est au petits soins des résidents, les familles le voient* ». « *Nous répondons présentes quand les personnes ont besoin.* »

Une autre dimension ressort fortement : le refus de l'isolement des personnes âgées. Majoritairement, les professionnels expriment leur contribution à ce que les personnes âgées ne se sentent pas seules, notamment par les activités et animations proposées. La vie sociale relationnelle n'est-elle pas plus diffuse, au détour de chaque relation, chaque rencontre, avec les voisins, le personnel, les familles, les amis qui viennent à l'EHPAD ?

Je remarque aussi un silence sur le travail de résolution des tâches de vie, tels que le présentent des professionnels de l'accompagnement comme Naomi Feil<sup>60</sup>, Marie de Hennezel, ou Dominique Colpé qui parle de la vieillesse comme de « *la recherche d'une nouvelle aptitude à être au monde* »<sup>61</sup>.

Je distingue l'expression « fin de vie » de la formule « fin de la vie ». J'associe à la première un travail sur les derniers moments, les derniers temps avant la mort, pendant lesquels la gestion des angoisses et de la douleur peuvent avoir une place

---

<sup>60</sup> Voir une synthèse de ce travail de résolution et des étapes du vieillissement en annexe 4

<sup>61</sup> COLPÉ D., « La relation soignant-soigné devant le travail de l'âge : vieillir », *Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1, n° 28, p. 257-270.

prépondérante, en fonction des situations. J'entends par le deuxième une acception plus large rassemblant les actions préventives et curatives contribuant au bien-être de la personne, tant sur le versant physiologique que psychique. Mais la démarche d'accompagnement, quand on aborde l'idée de prévention, de prévenance vis-à-vis de la personne âgée, devient peut-être plus intime, plus voilée dans le quotidien. Quels professionnels peuvent se saisir de cette tâche que chacun accomplit selon sa volonté, par rapport à la gestion personnelle du bilan qu'il fait de ces années passées sur terre ? Ce processus appartient entièrement à la personne elle-même. Ceux qui l'accompagnent au quotidien apportent, pour leur part, le cadre, les soins, des outils, une aide pour traverser ce temps spécifique de la fin de la vie.

Quoi de plus normal que les professionnels soient alors en difficulté s'ils se positionnent plus sur le versant physiologique et moral plus que sur le psychisme de la personne âgée encore vieillissante ?

La question se pose alors de savoir quelle peuvent-être les origines d'une telle difficulté de positionnement professionnel. Des indices, comme le discours du médecin coordonnateur, le décalage entre le témoignage de la religieuse ancienne directrice, l'histoire de l'établissement et la réalité actuelle de la conduite d'un EHPAD, m'amènent à considérer le rôle du profond changement culturel en cours d'élaboration. Le passage d'un environnement congréganiste à un environnement laïc place les soignants dans une situation de paradoxe.

c) *Causes racines : la reconnaissance partielle des personnes âgées dans ce qu'elles sont (plus sur le plan physiologique que psychique) serait grandement due au changement culturel actuel, passant d'un environnement congréganiste à un environnement laïc. Autrement dit, et paradoxalement, la tradition congréganiste, léguant un héritage d'attention aux relations humaines, ferait écran au professionnalisme en positionnant la relation sur une attitude compassionnelle à sens unique plus que sur une écoute active au service des personnes âgées.*

La présence des sœurs de la congrégation, au passé majoritairement soignant, me fait penser qu'une sorte de répartition implicite des tâches subsisterait. Comme si les sœurs, qui visitent encore les résidents et participent activement à l'accompagnement de fin de vie, avec ou sans dimension spirituelle, prenaient un relais relationnel que les professionnels des soins n'auraient plus à assurer.

On peut aussi s'interroger sur le paradigme qui caractérise les établissements d'inspiration chrétienne. Est-ce parce que la culture à laquelle se réfèrent les gestionnaires de l'établissement est centrée sur le respect de la dignité de la personne,

avec une attention aux questions relatives à la psyché, que la pratique des professionnels devrait aussi répondre de ces préoccupations ? Tout parle – ou devrait parler – de relation à l'autre dans un établissement où se rencontrent 210 personnes résidentes et professionnelles.

À partir de là, comment se vit l'altérité avec les personnes âgées dans un EHPAD d'inspiration chrétienne en cours de laïcisation, pour favoriser le bien-être des usagers dans chaque dimension de leur accompagnement ?

Après avoir mis en relief le changement de paradigme faisant passer d'une culture congréganiste à une culture laïque, j'interroge l'existence d'un concept traversant l'histoire de l'EHPAD. Considérant l'EHPAD comme un système de relations entre des personnes échangeant une aide, des services, et une présence les unes envers les autres, je concentre ma réflexion sur un concept englobant les diverses manières de vivre les relations humaines : l'altérité.

Qu'est-ce donc que cette altérité ? Comment est-elle vécue en EHPAD ? Pourquoi l'altérité est-elle liée au respect de la dignité de la personne, à son bien-être et à son épanouissement ? Comment la relation d'altérité influe-t-elle sur la fin de vie des personnes vivant en EHPAD ?

Ces questions dirigent ma réflexion vers un concept reliant les dimensions du soin et de l'accompagnement des personnes âgées.

## **2 Cultiver l'altérité pour affirmer et garantir la dignité des personnes âgées**

Que serions-nous sans les autres ? La réponse entendue : « rien », semble couler de source. Mais quel contenu donner à cette évidence partagée ? Faut-il d'ailleurs postuler que la relation aux autres est incontournable ? C'est ce que je choisis de faire en considérant bien que toute personne reste libre d'entrer en relation ou non, spécialement dans des circonstances où le très grand âge peut faire aspirer à une certaine solitude. L'isolement, lui, finirait par tuer. C'est donc comme une invitation à la relation que je présente le concept d'altérité (2.1) avant de cerner les contours d'une offre de service qui se veut garante du respect de la dignité des personnes (2.2).

### **2.1 L'altérité, une invitation relationnelle**

Le concept d'altérité (2.1.1) traverse les politiques publiques et l'inspiration chrétienne de l'EHPAD (2.1.2). Il s'exprime pleinement dans une éthique du souci de l'autre (2.1.3).

#### **2.1.1 Le concept d'altérité**

Le concept d'altérité (A) est le pivot du respect de la dignité de la personne prôné par les politiques publiques (B).

##### **A) Contours du concept**

Selon le petit Robert, le mot « altérité » entre dans la langue française en 1697, mais est déjà utilisé au XIV<sup>ème</sup> siècle dans le sens de « changement ». Du bas-latin *alteritas*, signifiant « différence » la racine du mot, *alter*, signifie « autre » en latin. La définition actuelle est « fait d'être un autre, caractère de ce qui est autre »<sup>62</sup>. Le contraire est « identité ». Cette distinction sémantique n'est pas sans conséquence sur les rapports entre moi et l'autre – ou entre moi et un autre moi-même.

Le concept d'altérité traverse le temps et des disciplines aussi variées que la philosophie, la sociologie, la psychologie, la littérature, l'étude des religions, et les sciences médicales et médico-sociales. Je retiens dans cet exercice de synthèse sur le concept d'altérité un matériau pour nourrir une meilleure compréhension du rapport entre personne accompagnée et accompagnant dans un processus de changement.

---

<sup>62</sup> *Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2009, 2008, Lonrai : édition Le Robert*

Dans le dictionnaire de philosophie de Christian Godin, après une succincte définition et un rappel de l'œuvre hégélienne sur la conception de l'altérité comme « *négation déjà incluse dans l'identité* », on trouve l'idée selon laquelle « *dans la philosophie contemporaine (phénoménologie, existentialisme), l'altérité renvoie à l'autre moi en tant qu'autre que moi dans l'expérience de l'intersubjectivité.* »<sup>63</sup>

Dans l'histoire de la philosophie, l'altérité est aux confins de grands débats tels que l'être, le mouvement, le repos, le même, l'autre. Les conceptions sont diverses entre une altérité désignant le fini, comme Hegel<sup>64</sup> ou Cues<sup>65</sup> peuvent évoquer l'opacité de la matière, à une altérité transcendante, désignant Dieu comme le « *Tout-Autre* ». Entre ces façons de concevoir l'altérité, les auteurs explorent le champ de la conscience de soi, de l'extériorité de l'autre à soi-même, puis d'une dialectique du soi et de l'autre. À partir de l'exigence du respect kantien<sup>66</sup>, « *l'objet formel du respect n'est pas l'autre personne en sa singularité, qui se manifeste dans l'épiphanie du visage concret qui me regarde et m'adresse un appel au secours (ou une accusation) muet. C'est l'idée d'humanité commune à tous, c'est-à-dire la dignité humaine.* »<sup>67</sup>

Il est aussi possible d'envisager un chemin dans lequel l'Autre prime absolument sur moi. Dans ce sens, Emmanuel Lévinas, « *transfère à autrui ce qu'Augustin disait du rapport de l'âme à Dieu : autrui est plus intime à moi que moi-même.* »<sup>68</sup>

Encore plus, l'altérité s'inscrit dans le champ plus vaste de l'ipséité, entendue comme « *nature singulière de l'être conscient antérieurement à toute constitution du moi comme sujet* »<sup>69</sup>, autrement dit soi-même. C'est ce qui pousse Paul Ricœur à titrer l'un de ses ouvrages majeur : *Soi-même comme un autre*.<sup>70</sup>

---

<sup>63</sup> GODIN C., 2004, *Dictionnaire de philosophie*, Fayard, éditions du temps, p. 55

<sup>64</sup> Hegel présente le concept d'altérité dans son ouvrage *Phénoménologie de l'esprit* (1807).

<sup>65</sup> Nicolas de Cues est un penseur du XV<sup>ème</sup> siècle (1401-1464).

<sup>66</sup> « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen. » Ainsi Kant formule-t-il le second impératif catégorique in KANT E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Le livre de Poche, collection Classiques de Poche, 1993, p. 105

<sup>67</sup> GREISCH J., 2005, « Altérité » in, *Dictionnaire des notions*, Évreux : Encyclopaedia universalis, p. 50

<sup>68</sup> Idem

<sup>69</sup> GODIN C., 2004, « Altérité », in *Dictionnaire de philosophie*, Paris : Fayard, éditions du temps, p. 691

<sup>70</sup> Selon Jean Greisch, Paul Ricœur « *distingue trois figures fondamentales de la passivité-altérité : celle du corps propre et de la chair ; celle de l'exposition à autrui ; celle de la conscience morale, à laquelle on peut ajouter l'inquiétante étrangeté de l'inconscient qui nous rend étranger à nous-*



Poussée à l'extrême, l'altérité peut être conçue comme un rapport à soi-même autant qu'aux autres. À ce titre, le mot d'Arthur Rimbaud dans une lettre à Paul Demeny est éloquent : « *Je est un autre* »<sup>71</sup>.

En outre je repère une approche anthropologique sous-tendant la question de l'égalité à travers le rapport aux autres. C'est la « *relation d'altérité* »<sup>72</sup>, concept que je choisis de mobiliser dans un second temps pour laisser apparaître avec force la question de la différence, ne délaissant pas pour autant une vision systémique de l'altérité.

Je choisis de considérer en priorité ces approches philosophiques, considérant que, pour étudier les rapports des êtres, la sociologie (à travers la dynamique des rapports sociaux), la psychologie et la psychanalyse, se sont inspirées de ces bases conceptuelles.

Je complète néanmoins ces approches rationalistes et personalistes par une présentation de ce que semble proposer le christianisme, auquel se réfère la congrégation de l'EHPAD. Je laisse de côté l'étude du riche apport des religions et philosophies orientales.

C'est à travers de la question du respect que l'Église catholique pose le principe « *que chacun considère son prochain, sans exception, comme un "autre lui-même".* » D'autant plus si ce « *prochain* » est « *un autre que moi, plus fragile, démuné, pauvre dans quelque domaine que ce soit.* »<sup>73</sup> Ou encore : « *le prochain n'est pas un « individu » de la collectivité humaine ; il est « quelqu'un » qui, par ses origines connues, mérite une attention et un respect singulier* »<sup>74</sup> Cette attention portée à l'autre est à mettre en rapport avec l'appel au don de soi, à l'exercice de la charité, à l'amour les uns envers les autres.

---

*mêmes.* » in GREISCH J., 2005, « Altérité » in, *Dictionnaire des notions*, Évreux : *Encyclopaedia universalis*, p. 50, se référant à l'ouvrage de Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre* (1990)

<sup>71</sup> BENOIT C., 2008, « Quand « je » est un autre. À propos d'une belle matinée de Marguerite Yourcenar », *Relief*, p. 145-160. La correspondance des deux auteurs est datée du 15 mai 1871.

<sup>72</sup> « *D'un point de vue conceptuel, la relation d'altérité définit un processus de reconnaissance égalitaire, a priori entre deux personnes ou deux groupes. Dans la réalité elle demande un travail d'élaboration de longue durée qui se mesure quotidiennement aux rapports de force. Elle ne peut être saisie que dans des rapports hiérarchisés et de domination dans lesquels tout groupe est situé. Les groupes minoritaires doivent être mis en rapport avec le ou les groupes majoritaires afin de montrer que le travail symbolique et social de l'altérité passe par différentes phases d'exclusion et d'inclusion.* » in HOVANESSIAN M. / éd, 1998, « La construction des catégories de l'altérité », *Journal des anthropologues* [en ligne], pp. 72-73, mis en ligne le 01 janvier 1999, [visité le 14.08.2012], disponible sur Internet : <http://jda.revues.org/2694>

<sup>73</sup> Catéchisme de l'Église catholique, 2002, Editions Centurion / Cerf / Fleurus-Mame, Lonrai, p. 404

<sup>74</sup> Idem : p. 458

Certains professionnels du secteur notent des similitudes entre le message chrétien et les politiques publiques. C'est le cas de Jean-Claude Saily, directeur émérite au CNRS et chargé de mission à l'institut Catholique de Lille pour le projet social *Humanité*, en coconstruction avec la capitale du Nord. « *Je voudrais souligner l'étrange parenté que je discerne entre, d'une part, les évolutions récentes du système de santé depuis une vingtaine d'années et, d'autre part, les grandes intuitions du message chrétien* ». <sup>75</sup>

Dans cette ligne intellectuelle s'attachant à la primauté de la personne humaine dans l'organisation de la société, le personnalisme, courant moral et politique, dont Emmanuel Mounier est le chef de file, rassemble des auteurs comme Gabriel Marcel, Jacques Maritain et Emmanuel Levinas. « *La démarche essentielle d'un monde de personnes n'est pas la perception isolée de soi (cogito) ni le souci de soi égocentrique, mais la communication de personnes [...] : la communication des existences, l'existence avec autrui, il faudrait écrire la « comexistence » (mitsein)* ». <sup>76</sup>

En me référant à ces courants de pensée, j'en arrive à considérer d'une part la primauté d'une communication qui tient compte de la valeur de la personne en situation de fragilité, ainsi que, d'autre part, l'aptitude de toute personne à vivre la nature relationnelle qui fonde notre humanité. Dans ce sens, les politiques publiques et l'inspiration chrétienne de l'EHPAD se rejoignent sur les valeurs fondamentales.

#### B) L'altérité dans les politiques publiques centrées sur le respect de la dignité

La tentative de médiation par l'État providence entre le sujet autonome libre de ses choix, le citoyen acteur collectif, et l'individu instrument de la production, cherche à réduire les tensions entre les sphères politiques, économiques et privées. <sup>77</sup> L'encastrement entre ces trois sphères produit les politiques sociales, à la différence d'autres solutions comme les mutuelles et les coopératives, ou les organisations syndicales, dont les buts sont de faire droit à l'autonomie du sujet en l'engageant dans des logiques économiques efficaces, ou de lutter contre la menace que les sujets soient transformés en chose. Le secteur associatif, lui, a joué un rôle de réconciliation entre l'autonomie du sujet et la sphère

---

<sup>75</sup> ACTES DU COLLOQUE DE LA FNISASIC, *L'institution chrétienne au cœur de la société, questions et convictions d'hier et d'aujourd'hui. Et demain ?* « Synthèses des ateliers, perspectives », Lille, 9 et 10 décembre 2010

<sup>76</sup> MOUNIER E., 1962, *Qu'est-ce que le personnalisme ?*, in Œuvres, t. 3, Paris : Seuil, p.208, cité in OTTAVIANI, 2012, « Personnalisme » in *Grand dictionnaire de la philosophie*, Paris, Larousse, CNRS Éditions

<sup>77</sup> LAFORE R., « L'avenir du fait associatif », in INSTITUT DU TRAVAIL SOCIAL DE TOURS, conférence du 10 janvier 2012. C'est ainsi que Robert Lafore présente la désarticulation entre espaces de libertés individuelles et collectives.

politique par un système d'intermédiation, dans une approche ascendante que les anglo-saxons appellent « *bottom up* ». En effet, après une longue période de logique descendante des politiques publiques, aussi appelée « *top down* », pendant laquelle l'État s'est introduit dans les affaires sociales et médico-sociales, la question apparaît de savoir comment rééquilibrer ces deux logiques divergentes.<sup>78</sup>

Jean-Marc Lhuillier commente les droits fondamentaux des personnes en commençant par la dignité : « *Le concept de dignité, entendu comme respect, considération de la personne, a des implications directes en droit* »<sup>79</sup>. Il est notamment évoqué dans la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi qu'en droit national. Par exemple la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain indique que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». A fortiori jusqu'à son dernier souffle. Dès lors, le Conseil constitutionnel a élevé la « *sauvegarde de la dignité de la personne humaine* » au rang de principe constitutionnel<sup>80</sup>

En outre, je relève que le droit des usagers est reconnu comme un droit autonome dans un contexte de « *judicisation et sans doute d'une judiciarisation des rapports entre les usagers et les professionnels du travail social* »<sup>81</sup> On entre ainsi dans une logique de protection, comme le suggère Robert Castel<sup>82</sup> et d'« *usager acteur* » selon l'expression de Jean-Marc Lhuillier<sup>83</sup>. Mais alors, envers et contre qui l'utilisateur doit-il être protégé ? Une défiance s'installe-t-elle de la part des usagers envers les institutions médico-sociales qui les accueillent ? J'intègre ce paradoxe dans ma réflexion de directeur, qui nourrit une exigence de cohérence et de communication sur les droits fondamentaux à garantir de par la loi.

---

<sup>78</sup> Ici peut-on souligner le rôle moteur du secteur associatif dans l'intermédiation entre sujets, citoyens et producteurs.

<sup>79</sup> LUILIER J.-M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, 4<sup>ème</sup> édition, p. 27

<sup>80</sup> Décision du Conseil Constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation, JO du 29 juillet 1994, Rec., p. 100 ; D., 1995.237 et SC 299, obs Favoreu

<sup>81</sup> LUILIER J.-M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, 4<sup>ème</sup> édition, p. 12

<sup>82</sup> Ainsi Robert Castel pose-t-il la question : CASTEL R., 2003, *L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé ?*, Lonrai : éditions du Seuil et de La République des Idées.

<sup>83</sup> LUILIER J.-M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, 4<sup>ème</sup> édition, p. 13

Pour bien comprendre le respect de la dignité dans les politiques publiques actuelles, il convient de se référer aux finalités-mêmes de l'action des établissements sociaux et médico-sociaux. Codifiées dans l'article L. 311-3 du CASF, ces finalités visent à accueillir et accompagner des personnes vulnérables en délivrant des prestations d'accueil et d'accompagnement. La loi met en valeur la promotion de la personne et la protection de sa vulnérabilité par le prisme de la dignité. Elle assure « *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* ».

En effet, du côté de la promotion de la personne, le mouvement est à l'individualisation pour « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins* »<sup>84</sup>. Il est intéressant que le législateur évoque « *une prise en charge* » et « *un accompagnement* ». J'entends par là deux niveaux de réponses à développer au service des usagers. L'accompagnement va dans le sens d'une personnalisation des prestations, présupposant une reconnaissance des personnes dans ce qu'elles sont, pas seulement par le biais de leur pathologie, mais surtout en les considérant de manière globale et adaptée à leur situation de vie. La « *prise en charge* » deviendrait alors un support de cet accompagnement. Il s'agirait d'un socle assurant les prestations de la vie quotidienne ouvrant à une réflexion interdisciplinaire pour un accompagnement de qualité.

### **2.1.2 À la jonction des politiques publiques et de l'inspiration chrétienne de l'EHPAD**

L'enjeu est ici de percevoir les points communs entre l'inspiration chrétienne et les politiques publiques, en même temps que ce qui les différencie, sur les moteurs de l'accompagnement que sont l'amour, le respect en lien avec la dignité (A). Une constante est la responsabilité des uns envers les autres (B).

A) Entre politiques publiques et inspiration chrétienne, la question du respect et de l'amour

Dans une vision kantienne de l'amitié, on trouve la réunion du respect et de l'amour. C'est ce que Kant recherche comme idéal de juste distance envers autrui. Les professionnels s'interrogent souvent sur la juste distance à adopter dans la relation avec les résidents, introduisant la question de savoir si l'on aime ou si l'on respecte la personne accompagnée. Une difficulté peut venir d'un traitement affectif de cette question. Mais Kant envisage l'amour – principe d'attraction – et le respect – principe de répulsion –

---

<sup>84</sup> Art L. 311-3 du CASF en son 3° alinéa, reproduit en annexe 5

comme des déterminations de la raison. En introduction d'un extrait de la Métaphysique des Mœurs, une commentatrice de l'altérité synthétise : « *Le respect peut donc être compris comme répulsion au sens où il rabaisse ma présomption en limitant mon estime de moi-même par la considération de la dignité de l'humanité en une autre personne (en ce sens, il me distingue d'autrui). En revanche, l'amour pratique, ou bienveillance, action orientée vers le bien-être d'autrui, me rapproche de l'autre en faisant concorder nos fins. Respect et amour sont donc « toujours associés l'un à l'autre dans un devoir » ; l'amitié est l'idéal de leur équilibre et de la réciprocité dans la relation morale, idéal qui vaut comme modèle de l'essence de cette relation, même s'il ne se trouve pas effectivement réalisé.* »<sup>85</sup> Je retiens deux aspects de cette approche de l'altérité :

- Le respect naît de la considération de la dignité de l'autre en tant que personne humaine. Il n'est donc pas besoin de bénéficier d'un statut particulier pour être « *digne de respect* ». Aucune diminution physique ou psychique ne peut en altérer l'éminente exigence. D'ailleurs, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 à Paris considère dans son préambule « *que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* ».
- Le terme « *bienveillance* »<sup>86</sup> est de plus en plus utilisé en management dans une optique de diffusion dans l'organisation d'une considération positive des personnes. L'écho donné à la bienveillance kantienne situerait le rapport à l'autre dans le champ de l'amour. Pourtant, les politiques publiques actuelles, notamment la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale insiste sur la notion de respect de la personne et de ses droits.

Une autre approche de la question de l'amour ou du respect de l'autre dans le secteur médico-social est proposée par le philosophe Eric Fiat. En évoquant le Dom Juan de Molières, il présente le passage de « *l'amour du prochain* » au « *respect de l'humanité* ». L'équilibre est tenu entre la « *force d'attraction* » de l'amour et la « *force de distanciation* » qu'est le respect<sup>87</sup>. Don Juan l'a bien compris, lui qui justifie son don pécuniaire par le

---

<sup>85</sup> SZYMKOWIAK M., 2009, *Autrui*, Malesherbes : GF Flammarion, p. 191

<sup>86</sup> Inspiré de l'école des relations humaines, l'idée de management bienveillant apparaît comme le principal moteur de l'amélioration de la productivité étudiée par Elton Mayo à la Western Electric dans les années d'entre-deux-guerres.

<sup>87</sup> Cette traduction en termes de forces du vocabulaire emprunté à Emmanuel Kant, in *La critique de la faculté de juger*, dégage l'importance de la bipolarité amour/respect. L'axe, le pivot de l'amitié, lance un défi aux professionnels de l'accompagnement pour chercher le positionnement

recours au respect de l'humanité. Et Eric Fiat de poursuivre : « *Au fond, c'est ce qui s'est passé en Occident : jadis, on soignait les pauvres, les malades, les disgraciés et les fragiles, les précaires au nom de l'amour du prochain ; aujourd'hui, on soigne ces mêmes individus au nom du respect de la dignité de la personne humaine.* »<sup>88</sup>

Finalement, le commandement chrétien que les hommes s'aiment les uns les autres comme le Christ les a aimés peut être réinterrogé pour savoir qui sont le proche et le prochain. D'après Mildred Szymkowiak, ce dernier est entendu comme « *tout homme dont je peux me rendre proche par la considération de la dignité de sa personne.* »<sup>89</sup> Le prochain devient alors celui qui est en dehors du champ des affections particulières (les proches) pour être reconnu comme digne d'attention.

## B) Responsables les uns des autres

Comment envisager l'intervention auprès des personnes âgées dans le cadre professionnel d'un établissement médico-social ? Le rôle de « prochain » tel qu'envisagé ci-dessus peut-il s'entendre dans un contexte professionnel ?

La relation avec les personnes fragiles touche à l'universel. Certains grands textes de l'humanité s'en font l'écho. Ainsi de l'appel à la fraternité dans le premier article de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. Une solidarité se crée alors entre la personne et son entourage. Cette solidarité peut aussi se vivre sous l'angle de la responsabilité. Que faire pour l'autre qui a besoin d'une aide ? La pensée de Levinas éclaire ici le caractère absolu de l'altérité dans le concept de « *responsabilité pour autrui* ». Pour arriver à cette idée, Levinas montre comment autrui est « *absolument Autre* » à travers l'expérience du « *visage* », c'est-à-dire « *la manière dont se présente l'Autre, dépassant l'idée de l'Autre en moi* ». <sup>90</sup> Cette puissance de l'altérité qui semble échapper à tout pouvoir des uns sur les autres s'exprime dans le commandement « *tu ne tueras point* ». Mildred Szymkowiak continue le raisonnement en écrivant : « *sa version positive, c'est le fait de prendre soin d'autrui, de lui faire « une place au soleil »* ». <sup>91</sup> La « *responsabilité pour autrui* » ne cherche donc pas à redéfinir la conscience. Elle propose

---

relationnel le plus adéquat, répondant au plus près aux attentes des personnes accueillies, en même temps qu'ils donnent, voire qu'ils se donnent aux autres dans la relation d'aide aux personnes vulnérables.

<sup>88</sup> FIAT E., Intervention au colloque du 30 juin 2011, « Les paradoxes de l'accompagnement, un chemin de crête » à l'occasion des 50 ans de la Fondation des Amis de l'Atelier

<sup>89</sup> SZYMKOWIAK M., 2009, *Autrui*, Malesherbes : GF Flammarion, p. 40

<sup>90</sup> LEVINAS E., 1996 (édition originale de 1971), *Totalité et Infini*, Paris : Le livre de poche, p. 43

<sup>91</sup> SZYMKOWIAK M., 2009, *Autrui*, Malesherbes : GF Flammarion, p. 125

une « *définition du Moi humain par la mise en question de la conscience dans la relation éthique* ». <sup>92</sup> Et plus précisément, « *l'éthique n'est pas une des attitudes possibles de la conscience, mais la définition même de la subjectivité humaine, en tant qu'elle est capable de se tourner vers autrui comme l'absolument Autre* ».

En EHPAD, la personne arrive avec quelques effets personnels, beaucoup de souvenirs, et surtout sa personnalité, riche d'une expérience de toute une vie. Aucun lien a priori entre le nouveau résident et les professionnels de l'établissement qui l'accueillent. La puissance de l'altérité n'en est que plus opérante. Elle apparaît d'abord dans ce qu'il y a de plus visible, dans un visage ridé, par la situation de l'âge et de santé. Bien vite on s'aperçoit qu'il ne subsiste que l'être et la relation. L'être, c'est l'identité-même de la personne, riche de son histoire. La relation est ce qui la relie aux autres, à son entourage, à son humanité. Cette relation implique un engagement libre. On se découvre. On se livre un peu. On existe dans sa propre subjectivité, unique. En interrogeant des sœurs de la congrégation, j'entends leur attachement au caractère sacré de chaque personne humaine ; elles disent « *comme un trésor* ». Je retiens ici le caractère unique de chaque personne. D'où le fait que chaque relation créée entre deux être est aussi unique, porteuse d'un dynamisme qui leur est propre. De quelle dynamique les personnes âgées dépendante ont-elles besoin ? Qu'est-ce que la relation entre deux Autres – principalement entre personne âgée et professionnel accompagnant – peut apporter de bon dans la vie des résidents ? Pourrait-on même envisager une réciprocité entre accompagnants et accompagnés ?

Il est souvent fait mention de l'importance de la présence auprès des personnes âgées. Dans cette perspective, apparemment simple, mais relevant d'une réalité pleine de délicatesse, la présence ouvre à une réciprocité. Certains auteurs parlent d'une réciprocité qui se cherche : « *L'amour ne détruit pas l'altérité, il l'intensifie au contraire, mais en la transformant (...) L'amour implique une certaine altérité, non pas une altérité de l'ordre du lui, qui est exclusion, mais une altérité de l'ordre du toi, qui est réciprocité de présence.* » <sup>93</sup>

Dans un autre cadre professionnel, auprès de travailleurs handicapés, la question de la réciprocité a été mise en perspective avec la reconnaissance et la valorisation des

---

<sup>92</sup> SZYMKOWIAK M., 2009, *Autrui*, Malesherbes : GF Flammarion, p. 124, en introduction du concept de « *responsabilité pour autrui* » de Lévinas.

<sup>93</sup> MADINIER G., 1986, *Conscience et amour*, Paris : PUF, pp. 96-97

compétences des personnes<sup>94</sup>. Par analogie, la reconnaissance du « travail » de fin de vie des personnes âgées peut être valorisée comme une des étapes essentielle de la vie, aboutissement pour les uns, passage pour les autres.

Avec des personnes atteintes de maladies Alzheimer ou apparentées, l'accompagnement « implique une relation de soins particulière dans laquelle les valeurs personnelles occupent, implicitement ou non, une place, et peuvent être sollicitées. Il est possible de trouver ici un parallèle avec l'éthique du *care* ou de la sollicitude, plus particulièrement concernant la place donnée aux émotions ainsi que le propose l'idée de souci de l'autre. Cette manière d'envisager la relation de soins implique le fait de prendre soin de la personne incluant les soins médicaux. Les deux notions de soin sont présentes. Et si la relation entre la personne malade et la personne soignante reste inégale, un échange est possible, et cette dimension est présente dans la notion même du « prendre soin ». La relation possède une part d'asymétrie, mais elle ne va pas uniquement dans le sens du soignant vers le malade, dans « prendre soin » est présente la notion de *prendre*. « *En prenant soin, la personne dont on a soin bénéficie d'un service, et la personne soignante peut certainement en tirer un enseignement.* »<sup>95</sup>

### 2.1.3 Promouvoir une éthique du souci de l'autre

L'éthique du souci de l'autre (A) insuffle une culture relationnelle à diffuser (B).

A) L'éthique du souci de l'autre ou *care ethics*

J'adopte l'idée de Paul Ricoeur que l'éthique « *consiste à inventer les comportements justes et appropriés à la singularité des cas* ».<sup>96</sup>

Il s'agit d'une approche globale<sup>97</sup> de la relation soignant-soigné, accompagnant-accompagné. Elle met en avant la relation, et, de là, le bénéfice que l'un et l'autre peuvent retirer. Cette approche est développée par les anglo-saxons dans ce que Gilligan nomme *care ethics* lorsqu'il étudie le comportement de la mère avec son nouveau-né. Un analyste considère qu'il s'agit d'une éthique de la vertu s'agissant :

---

<sup>94</sup> Les deuxièmes Assises interrégionales *Différents & Compétents* se sont tenues à Chartres les 20 et 21 octobre 2011 sur le thème de « la réciprocité éducative dans la reconnaissance des compétences. Vouloir la réciprocité... Un défi pour les acteurs et le réseau « Différent & Compétent ».

<sup>95</sup> BENOIT A., 17 février 2012, « L'identité menacée », *Implications philosophiques* [en ligne], paragraphe : « *le partage de la vie dans l'accompagnement* », [visité le 01.09.2012], disponible sur Internet : <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/lidentite-menacee/>

<sup>96</sup> RICOEUR P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990

<sup>97</sup> Cette « *approche globale* » répond ainsi aux alertes données par l'ANESM, notamment dans sa quatrième recommandation sur la qualité de vie en EHPAD.



- « *Du fait de se sentir concerné par le sort des autres*
- *La volonté de répondre aux besoins de l'autre*
- *Et la capacité de s'attacher à ce qui rend unique chaque situation.* »<sup>98</sup>

Autant d'attitudes que je mets en relation avec le problème d'unification des soins médicaux et des relations sociales dans l'EHPAD.

Dans ce sens, le concept anglo-saxon de *care* rassemble les deux approches de sollicitude et de soin. Joan C. Tronto en donne la définition suivante : « *Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* »<sup>99</sup>. « *Relier* », un terme qui propose aux personnes âgées de bénéficier de relations et de communications adaptées à leur situation de vie.

En plus de cette vision politique du *care*, ancrée dans la démocratie, il est intéressant de mentionner que le *care*, cela s'apprend. Cette affirmation politique aura été nécessaire pour faire sortir le *care* du giron féministe dans lequel il a vu le jour au plan conceptuel. « *Le "sujet" du féminisme, en ce sens, est celui qui ne s'identifiant plus aux attributs de la féminité comme relevant de sa soi-disant nature est capable de les formaliser en savoirs que chacun est susceptible de s'approprier dans l'intérêt de tous.* »<sup>100</sup> Dans le cadre professionnel, cette « *réponse concrète aux besoins des autres* » peut résonner comme un appel ou comme une nécessité. Sans entrer dans le débat sur le genre, force est de constater que l'attention à l'autre fait partie d'un apprentissage de la relation aidant-aidé ?

Je suis aussi vigilant au risque que trop de relation n'étouffe et ne desserve la relation. Je veux donc veiller à susciter un équilibre dans la relation accompagnant-accompagné, respectueux du désir et des aptitudes d'autonomie de la personne âgée. Un travail sur la professionnalisation de la relation d'accompagnement va dans ce sens.

---

<sup>98</sup> HANSON B., 2001, « Ethique du souci de l'autre, care ethics », *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles : De Boeck Université, p. 398, article

<sup>99</sup> Définition de Fischer et Tronto, 1991, in TRONTO J. C., 2008, « Du care », *Revue du MAUSS* n° 32, pp. 243 à 265.

<sup>100</sup> MOLINIER P., éd, 2011, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Petite bibliothèque Payot, p.11

B) Une culture relationnelle à partager pour une meilleure qualité de vie

J'ai repéré combien l'altérité est un axe privilégié du projet d'établissement. Bien qu'une césure apparaisse dans l'état actuel des projets de vie et de soins de l'EHPAD, l'altérité se présente comme un concept à valoriser : il traverse l'histoire de l'établissement. Si je parle de valoriser, c'est qu'il y a des valeurs à développer.

Au regard du concept d'altérité dont ils sont évidemment imprégnés, l'accueil et l'accompagnement recherchent la « *Qualité de vie en EHPAD* ». <sup>101</sup> L'ANESM propose la définition suivante de la qualité de vie selon l'OMS : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » <sup>102</sup>. C'est dire combien les questions existentielles de fin de vie sont en lien avec les valeurs et la culture entourant la personne âgée vivant en EHPAD.

Ces valeurs pour l'accompagnement, exprimées par les autorités politiques et religieuses de manière très proches, sont le respect de la personne humaine et de sa dignité.

L'idée d'accompagnement appelle quelques précisions étymologiques. En effet, le mot fait référence à la nourriture sous le prisme de la relation : a – com – pagement : « le « a » d'accompagnement a pour origine le préfixe « ad » du latin, qui signifie « vers », « le mouvement vers ». « Com » vient de « cum » et signifie « avec ». Quant à la troisième partie du mot, elle a pour origine latine le mot « panis » : « pain » » <sup>103</sup> Quoi de plus universel que du pain partagé avec d'autres dans un même mouvement nourricier ?

C'est alors que s'opère une complémentarité entre la valeur de dignité et le concret de l'accompagnement. La personne n'est plus enfermée dans les problèmes dus à son grand âge ou à ses maladies, une ouverture est possible sur le sens de la vie, quel qu'en soit d'ailleurs la conception. « *Si l'autonomie nous renvoie à la dignité de la personne, à la reconnaissance et au respect de ce qu'elle est, dans la visée d'un « projet de vie », la personne ne se réduit pas à un seul aspect de son existence (sa souffrance ou son handicap, par exemple). Il s'agit de reconnaître ce qui contribue à la faire exister, ce qui*

---

<sup>101</sup> Qualité de vie en EHPAD (volet 1), de l'accueil de la personne à son accompagnement, édité par l'ANESM, février 2011

<sup>102</sup> WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). Quality Life Research, 1993, n° 2, pp. 153-159.

<sup>103</sup> Cette analyse étymologique est extraite d'un site dédié aux infirmiers : <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/accompagner-un-concept-fondamental-pour-le-soigne-et-le-soignant.html> consulté le 13 août 2012.

*lui donne goût à la vie. On est alors dans une dynamique d'accompagnement, une dynamique relationnelle. »*<sup>104</sup>

Cette vision systémique de l'accompagnement me semble tout à fait appropriée à la situation de l'EHPAD Saint Louis. À un moment de son existence où l'établissement change de paradigme, il me semble intéressant d'insister non seulement sur le positionnement des acteurs mais encore sur leurs liens entre eux, c'est-à-dire leurs interactions. Dans cette perspective, l'école de Palo Alto, fondée sur « *l'étude des communications dans le "système-famille"* »<sup>105</sup>, se fonde sur l'idée de dépendance telle que je l'ai présentée en introduction : « *le comportement de chacun des membres d'une famille ne peut se comprendre qu'au travers de la dépendance vis-à-vis de tous les comportements des autres membres et de son action sur le système. Et ces comportements sont eux-mêmes régulés par les modèles et les normes qui régissent le système. Enfin, comme tout système, un certain nombre d'actions ont pour but de maintenir la famille telle qu'elle est et d'éviter sa dissolution ; d'autres actions visent à gérer les changements et à faire évoluer le système.* »<sup>106</sup>

La « dépendance » dont il s'agit interroge la posture du professionnel. Confiance ou défiance vis-à-vis du résident dont les attitudes, la communication, les choix-mêmes interpellent l'accompagnant ? Quelle place pour la confiance quand un résident parle en boucle des mêmes événements datant d'il y a cinquante ans ? Quand une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer se complet dans ses excréments ? Quand le regard d'une personne au stade végétatif pousse à emprunter des canaux si ténus de communication que presque aucun feed-back n'est perceptible ? Notamment à la faveur du plan Alzheimer 2008-2012, des réflexions éthiques ont vu le jour, plaidant pour la reconnaissance de la valeur de chaque personne humaine. Comment gérer des constats comme celui qui parle ainsi du résident en EHPAD : « *A son entrée en institution, il devient un sujet dépouillé de ses attributs identitaires* »<sup>107</sup> ? Si ce n'est en postulant une attitude de confiance dans ce qui se vit au plus profond de l'être d'une personne, aussi

---

<sup>104</sup> ZIELINSKI A., 2009, « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités » *Gérontologie et société*, n° 131, p. 20

<sup>105</sup> AUBERT N. / éd, 2010, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF Fondamental, p. 210

<sup>106</sup> *idem*

<sup>107</sup> PLOTON L., 2010, « Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer », *Chronique sociale*, cité in JOLY P., mars 2011, « Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution », espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer [visité le 14.08.2012], disponible sur Internet : [http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque\\_rte/pdf/ethique\\_en\\_reflexion/P.\\_Joly\\_-\\_Souffrance\\_des\\_soignants.pdf](http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque_rte/pdf/ethique_en_reflexion/P._Joly_-_Souffrance_des_soignants.pdf)

inaccessible soit-elle ? En présentant ces hypothèses extrêmes, je précise que l'EHPAD Saint Louis connaît déjà de telles situations. Et si les démences séniles aujourd'hui sont présentes à des degrés divers, j'anticipe qu'elles se renforceront au fil du temps et qu'il convient d'y préparer le personnel de l'établissement. Bien qu'aucune loi ne puisse postuler la confiance, je cherche une manière de la diffuser dans l'institution. Je m'interroge sur la question de savoir quels en sont les leviers. Pour cela, je relève en premier lieu l'importance du rôle du dirigeant. Les aspects politiques, managériaux, organisationnels et personnels du rôle du dirigeant seraient un préalable à la construction d'un climat de confiance, diffusé dans les rouages de l'organisation, favorisant l'autonomie des acteurs autour du sens de l'action entreprise.<sup>108</sup>

Cette posture de confiance dans la personne rejoint ce que les recommandations de l'ANESM proposent en termes d'expression de la personne âgée. « *Cette participation à son projet est un droit pour la personne, et non une obligation ; en revanche, c'est une obligation pour les professionnels d'inviter la personne à participer aux différentes décisions qui vont émailler son séjour.* »<sup>109</sup> Les personnes âgées sont actrices de leur vie. C'est peut-être là que réside la centralité de la personne dans le dispositif de prise en charge élaboré pour elle. Les professionnels aident, deviennent auxiliaires. Certains les comparent au tuteur d'une plante qui grandit. Ils sont avec et veillent à faire faire plutôt qu'à faire, si tant est qu'ils aient l'initiative. Les personnes âgées sont libres. Il revient aux professionnels de respecter et de créer le cadre dans lequel cette liberté peut s'épanouir, en s'adaptant aux contraintes de l'âge, évoluant aux frontières de la douleur et de la souffrance<sup>110</sup>.

Mais cette culture d'altérité, fouillée, détaillée, nourrie de diverses références, devra être dite, présentée, partagée avec tous les acteurs de l'établissement. « *Le rôle du directeur dans cette perspective est de trouver la bonne méthode pour s'approprier le fil de la « décomposition » et de le dérouler pour réduire le compliqué au simple.* »<sup>111</sup> Pour arriver à l'expression simple d'un projet, je choisis d'aborder la culture d'altérité comme une offre de services garante de la dignité des personnes accompagnées.

---

<sup>108</sup> MARTIN B., LENHARDT V., JARROSSON B., 2010, *Oser la confiance*, Paris : Insep Consulting Éditions, p. 55 sq

<sup>109</sup> Qualité de vie en EHPAD (volet 1), de l'accueil de la personne à son accompagnement, édité par l'ANESM, février 2011, p. 46, en référence à l'article L311-3, 3° et 7° du CASF.

<sup>110</sup> Sur cette dernière distinction, voir RICŒUR P., « Le psychiatre devant la souffrance » in ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, 25 et 26 janvier 1992, Brest : *Revue de Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992; et *Autrement*, « Souffrances », n° 142, février 1994.

<sup>111</sup> MIRAMON J.-M., 2001, *Manager le changement*, Paris : Éditions ENSP, p. XIII

## 2.2 Une offre de services garante de la dignité des personnes

Comme le rappelle le schéma gérontologique départemental dont relève l'EHPAD et adopté en 2008, la loi du 2 janvier 2002 « *met l'accent sur deux principes qui doivent guider l'action sociale et médico-sociale : le respect de l'égalité de dignité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire à l'offre de service* ». Il s'agit donc bien de proposer aux usagers des services d'accompagnement pour personnes âgées dépendantes, une offre (2.2.1) organisée (2.2.2) et préventive (2.2.3)

### 2.2.1 Une offre de service, relationnelle

L'offre tout d'abord : c'est ce qu'une personne peut donner, le plus en rapport possible avec les attentes de la personne bénéficiaire. Le service ensuite : les personnes âgées cherchent un service, une réponse à des besoins exprimés ou non, connus ou même inconnus d'elles-mêmes. L'étymologie du mot service est quelque peu trompeuse. En effet, le *servitium* latin désigne tout à la fois la condition d'esclavage, l'esclavage et la classe des esclaves, tandis qu'à travers la relation d'aide, j'ai mis en exergue l'importance du respect de la liberté de la personne accueillie. La liberté des uns dépendrait-elle du cadre d'exercice de l'activité des autres ? Relationnelle surtout : l'offre de service est une composante essentielle de la relation de soins. Elle suggère une médiation pour apporter un mieux-être. Les soins de vie quotidienne, les soins médicaux relèvent tous d'une relation.

Cette dimension relationnelle est-elle ancrée dans le parcours des personnels soignants de l'établissement ? J'ai entendu la remarque de la responsable des soins parlant d'un certain cantonnement de la formation des aides-soignantes, aides médico-psychologiques et autres auxiliaires, au prendre soin des fonctions vitales des personnes accompagnées. La fonction éminemment relationnelle des soins, de l'ordre de l'écoute active, de la connaissance et de la reconnaissance des personnes serait assez peu investie dans les cursus de formation. Qu'en est-il alors des désirs de la personne soignée ? Qu'en est-il d'une conception plus globale qui mène à considérer la personne avec toutes ses composantes, physiologiques, psychiques, sociales et spirituelles, difficilement réductibles à des besoins primaires ou secondaires qu'il s'agirait seulement de satisfaire ? Différents courants de pensée, dont je ne retrace pas toute l'histoire ici, explorent la complexité de la nature humaine de sorte à proposer une méthodologie de soins respectueuse de l'humanité qui réside en chaque personne.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> PELLISSIER J., 2006, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société*, n° 118, p. 37-54.

Au regard de la concurrence, la définition d'une offre de service est un facteur différenciant. Une approche marketing<sup>113</sup> apporterait certainement beaucoup. Sans la nommer ainsi, je retiens la nécessité de mettre au cœur du projet de l'EHPAD la relation. L'offre de service à concevoir se base sur les attentes des bénéficiaires. Elle tient compte des ressources et des contraintes environnementales de l'établissement.

D'un point de vue sociologique, Guy Bajoit s'appuie sur deux affirmations d'Émile Durkheim – « *Le social doit s'expliquer par le social* » – et d'Alain Touraine – « *La sociologie est la science des relations sociales* » – il tente de créer les bases d'un paradigme relationnel. Pour cela, il cherche à montrer que « *les relations sociales réelles sont un mélange complexe de ces diverses formes d'échange et de solidarité* ». Par « *échange* », il faut entendre « *lien d'altérité* », et par « *solidarité* », « *lien d'identité* »<sup>114</sup>. Ce rapport à l'autre et à soi-même se retrouve dans chaque besoin fondamental de la relation de soins tel que présentés par Virginia Henderson par exemple<sup>115</sup>. Quelle satisfaction de ces besoins sans le recours au lien social dans la relation soignante ?

L'angle de vue relationnel que je propose ne doit pas faire oublier que la technique médicale est très présente dans l'EHPAD. Techniques et relations s'opposent-elles, comme le problème émergeant à l'EHPAD Saint Louis pourrait le laisser penser ? Ne s'agit-il pas plutôt d'une découverte de la relation dans la technique ou de la technique dans la relation ? Pour apporter un élément de réponse, je fais mienne cette intervention de Jérôme Pellissier : « *c'est au cœur du soin lui-même, dans la manière même de réaliser le soin, en regardant la personne, en lui parlant, que réside la considération pour la personne, vivante, humaine, unique – infiniment précieuse dans sa vie, dans son humanité, dans sa personnalité* »<sup>116</sup>.

Il est à présent possible de formuler les bases de l'offre de service à développer : habiter à l'EHPAD Saint Louis est une invitation à bénéficier de soins adaptés dans une atmosphère respectueuse de chaque personne, accueillie avec son histoire, son projet de vie, ses aptitudes et ses désirs.

---

<sup>113</sup> Il existe à présent des formations en « marketing médico-social », comme l'Association Nationale de Formation en Gérontologie (ANFG) le propose : <http://www.anfg.fr/content/view/209/31/lang,fr/> visité le 13.08.2012 ou de benchmarking, adapté aux organisations sociales et médico-sociales.

<sup>114</sup> BAJOIT G., 1992, *Pour une sociologie relationnelle*, Paris : PUF, p. 91

<sup>115</sup> Voir en annexe 6

<sup>116</sup> PELLISSIER J., 2006, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société*, n° 118, p. 45

## 2.2.2 Impulser un nouveau système managérial

Diriger en institution sociale et médico-sociale, c'est « *prendre soin de ceux qui prennent soin* »<sup>117</sup> C'est donc tenir compte de l'altérité à tous les niveaux de l'organisation. Quel système managérial peut garantir le mieux le respect de la dignité des personnes ? Je propose d'aborder cette question par l'angle du risque de maltraitance en considérant l'intérêt du management institutionnel (A) et d'une communication créatrice de liens (B).

A) Risques de maltraitance par action et par omission : la nécessité du management institutionnel

Une définition de la maltraitance des personnes âgées est diffusée par l'OMS dans ces termes : « *On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée.* » On distingue généralement les catégories suivantes de maltraitance : violence physique, psychologique ou morale, exploitation financière ou matérielle, violence sexuelle, ou négligence. Cette dernière forme consiste dans le refus de s'acquitter d'une obligation de soin ou le fait de ne pas s'en acquitter. « *Cela peut supposer un acte conscient et une intention visant à infliger une détresse physique ou morale à une personne âgée.* »<sup>118</sup>

Ainsi, négliger une qualité d'écoute et de relation à une personne âgée qui en exprime le besoin est une porte ouverte vers une maltraitance par négligence. Ce risque institutionnel permanent touche au sens de l'action de l'établissement médico-social qui est de protéger la personne vulnérable et de promouvoir son bien-être.

Dès lors, toute l'institution est concernée par le risque de maltraitance qui menace les prestations d'accueil et d'accompagnement. Ce phénomène social global est une expression spécifique de la violence faite aux personnes vulnérables. Il est couplé à un enjeu de garantie de protection de l'utilisateur considéré au centre de la dynamique institutionnelle par la compréhension de sa situation. Cela renvoie directement au jeu des acteurs de l'établissement, tous impliqués dans la dynamique de bientraitance. À partir de

---

<sup>117</sup> JANVIER R., « Adapter nos organisations, répondre aux évolutions, accroître la qualité de nos interventions auprès des personnes ? », in Fédération Générale des PEP : ETHIQUE, GOUVERNANCE ET DIRIGEANCE, 5èmes journées nationales de formation des cadres du Domaine Social et Médico-social, Evry, le 7 février 2012

<sup>118</sup> Rapport, « What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin », 1995, Royaume-Uni

là, Bruno Fabre oriente l'action vers l'obligation de « porter une attention spécifique à la dynamique des relations collectives : c'est l'objet du management institutionnel ». <sup>119</sup>

Il définit précisément le management institutionnel comme « une attention permanente à l'organisation de l'institution, reposant dans un engagement résolu des dirigeants développé dans trois domaines :

- La dynamique de la régulation de l'organisation de l'établissement
- La dynamique de professionnalisme des prestations d'accueil et d'accompagnement
- La dynamique de la garantie de la continuité de l'accompagnement des personnes accueillies dans l'ensemble des champs de l'action sociale et médico-sociale les concernant. »

Pour chacun de ces trois domaines, j'ai diagnostiqué dans la première partie que l'organisation répond aux règles des politiques publiques en vigueur. Mais le problème qui se pose relève plus de la question du professionnalisme dans un contexte de changement culturel majeur. Justement, l'évolution d'un cadre institutionnel congréganiste vers une gestion laïque interroge la continuité de l'accompagnement des personnes âgées. Doit-on se préparer à une rupture dans la prise en charge des usagers ? L'accompagnement proposé différerait-il fondamentalement d'un établissement à un autre selon qu'il est d'inspiration chrétienne ou de culture laïque ?

Ici, l'approche relationnelle basée sur le concept d'altérité peut être mobilisée. Le management institutionnel invite justement à créer un lien d'humanité entre le sens de l'action, la vigilance à avoir, et les projets collectifs à développer. Ce lien vise à stabiliser l'organisation par des engagements sécurisants. Ainsi, le sens de l'action sera de protéger et de promouvoir la dignité de la personne accueillie. La vigilance garantit un projet collectif construit sur des règles, des hiérarchies et une mesure de la performance.

Pour relier cette organisation qui s'appuie sur le sens de l'action, la vigilance et le projet collectif, les engagements consolident le professionnalisme des acteurs de l'institution. Le professionnalisme peut être entendu comme « l'intégration collective de règles pour exercer une activité » <sup>120</sup>

Ce professionnalisme est un support de la bientraitance, qui crée du « *lien institutionnel*

---

<sup>119</sup> FABRE B., « La maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : la comprendre et la prévenir par le management institutionnel » in INSTITUT DU TRAVAIL SOCIAL DE TOURS, intervention du 3 juillet 2012

<sup>120</sup> *Idem*, p. 35



- *Par le respect de la singularité de l'utilisateur : distance et différenciation*
- *Par la réciprocité et l'échange : parole, reconnaissance, soutien*
- *Par l'ajustement : la mémoire du risque de maltraitance »<sup>121</sup>*

Créer du lien, c'est aussi gérer les flux d'informations et développer une communication adaptée.

## B) Lier communication et altérité

J'en appelle ici à l'exemplarité de l'organisation en termes de gestion des flux d'information et de communication.

Tout d'abord, je distingue bien ce qui relève de l'information, « *somme des messages et des contenus à transmettre à l'ensemble des acteurs* » et ce qui est du domaine de la communication, « *l'ensemble des moyens, canaux et processus de transmissions divers de cette information* ». <sup>122</sup>

Ensuite, pour véhiculer les messages de types techniques, organisationnels, relationnels et institutionnels, j'ai recours aux quatre canaux principaux tels que M. Deguy les présente : le canal hiérarchique, le canal des instances représentatives, le canal des relations fonctionnelles et le canal institutionnel. <sup>123</sup>

La culture d'altérité appelée de mes vœux pour l'EHPAD sera nécessairement présente à travers chacun de ces canaux. Il conviendra de veiller à sa diffusion. Cependant, je prête une attention particulière au canal des relations fonctionnelles, perçu de manière plus informelle par les collaborateurs. Par exemple, des articles, écrits dans le journal du personnel par des membres souhaitant partager des expériences vécues en interne ou en externe, seraient porteurs de messages forts servant le déploiement du projet. De même avec les autres canaux de communication, il s'agit de veiller à ce que les idées innovantes, les expériences heureuses ou malheureuses, l'énergie relationnelle des professionnels trouve à s'exprimer. Canalises, elles peuvent faire l'objet de communications ciblées et choisies dans le temps.

La communication est porteuse du sens de l'action. Ainsi, Bernard Ennuyer met en perspective le débat sur la dépendance et l'individualisme caractéristique de notre

---

<sup>121</sup> *Idem*

<sup>122</sup> MIRAMON J.-M. / éd, 2009, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Mayenne : Presses de l'EHESP, p. 203

<sup>123</sup> DEGUY M., 1989, *Politique des ressources humaines dans l'entreprise*, Éditions d'Organisation, p. 122, cité in MIRAMON J.-M. / éd, 2009, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Mayenne : Presses de l'EHESP, p. 203

époque. Avant de conclure sur les multiples dépendances qui découleraient du lien maternel, il rapporte les propos de Norbert Elias : « *Il ne peut y avoir de société des individus, que par reconnaissance de la nécessaire solidarité entre eux. La solidarité est en effet la dépendance réciproque qui, de fait, s'exerce entre les individus liés entre eux* "de telle sorte que ce qui arrive à l'un d'eux retentit sur l'autre ou sur les autres" »<sup>124</sup>

En écho à la dépendance des uns envers les autres, la solidarité est un axe de communication majeur des plans gouvernementaux de ces dernières années : plan Vieillesse et Solidarités de novembre 2003, plan Solidarité - Grand âge de 2006, avant le plan national Bien Vieillir qui décline la solidarité en « *Vivre Ensemble* ».

Ma stratégie de communication s'emploiera donc à connecter le concept opérant d'altérité – avec ce qu'il suppose de dépendances réciproques et de solidarités – au quotidien des personnes qui vivent et qui travaillent à l'EHPAD.

### **2.2.3 Cinq outils institutionnels pour professionnaliser l'accompagnement**

L'adhésion au projet d'établissement s'appuie sur ce qui est la référence de tous les acteurs internes et externes de l'établissement. C'est un projet, nécessitant de déployer une organisation vivante et évolutive dans le temps. Il naît, vit et meurt et s'adapte constamment pour définir les objectifs de la prise en charge et les modalités d'organisation et de fonctionnement. A l'EHPAD, il doit être révisé en 2015. Il conviendra de préparer ce travail. Susciter l'adhésion au projet d'établissement emmène les professionnels vers une justesse du prendre soin qui corresponde le mieux possible aux besoins et attentes des personnes âgées.

Le règlement de fonctionnement est un outil à la jonction des usagers et des professionnels. Il précise les droits et devoirs des personnes accueillies avec leurs modalités de mise en œuvre. Le texte de référence est la charte des droits et libertés de la Charte de la personne accueillie. Chaque acteur de l'établissement peut s'y référer : le résident et ses proches, comme les partenaires et les bénévoles.

L'élaboration de projets individualisés est le cœur-même de l'individualisation prônée par les politiques publiques en vigueur. La personne y trouve toute sa place. Elle est actrice de son propre projet, co-construit avec les équipes accompagnantes. Dans l'esprit de la loi, il s'agit bien de faire le chemin de l'individualisation à la personnalisation du projet. Le

---

<sup>124</sup> ENNUYER B., 2003, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, p. 297, citant ELIAS N., 1991, *La société des individus*, Paris : Fayard (Suhrkamp Verlag, 1987) p. 199 et CHAPPUIS R., 1999, *La Solidarité : l'éthique des relations humaines*, Paris : PUF, Que sais-je ? n° 3485, p. 4

respect de la dignité de la personne s'articule autour de ce qui est pensé et agi pour la personne. La vision systémique de l'altérité présentée ci-dessus prend corps dans une connexion entre la personne et son environnement, son histoire, son projet de vie, puis son avenir, plus ou moins proche, du passage de la mort.

Le travail d'évaluation peut être considéré comme une « *énergie de la bientraitance* »<sup>125</sup>, qui nourrit le professionnalisme des intervenants. Chaque professionnel contribue à la performance de l'organisation par le respect d'une organisation définie par les dirigeants. Les règles et normes sont partagées dans la profession et adaptées au contexte des relations collectives de l'établissement. De plus, le travail d'évaluation est aussi une approche distanciée, réflexive, dans une démarche de progrès. Le professionnalisme implique une écoute et une parole partagées qui favorisent l'anticipation et une juste réaction face aux événements. Ainsi, une fois les règles adoptées, présentées, expliquées et appliquées, l'évaluation fait entrer le collectif dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services rendus aux usagers.

L'interdisciplinarité est le fruit d'un choix de plusieurs préfixes. Co ? Pluri ? Inter ? Trans ? Lequel traduit le mieux le rassemblement les expertises métier et les expériences humaines de personnes qui travaillent au service des résidents ? J'opte pour une action interdisciplinaire. L'appellation n'est pas contrôlée. Mais l'idée de valoriser les relations professionnelles au service des résidents me semble en rapport avec l'invitation à vivre des relations d'altérité dirigées, dynamisées, orientées, vers une participation au projet personnalisé des personnes âgées.

Après avoir montré les différences et les convergences des deux cultures, congréganiste et laïque, j'ai mis en évidence l'importance d'une relation d'accompagnement intégrant une conception de l'altérité tournée vers le souci de l'autre. Pour concrétiser cette conception d'une relation de soins respectueuse de la dignité de la personne âgée, je propose une approche globale de l'accompagnement basée sur la reconnaissance des personnes.

---

<sup>125</sup> FABRE B., « La maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : la comprendre et la prévenir par le management institutionnel » in INSTITUT DU TRAVAIL SOCIAL DE TOURS, intervention du 3 juillet 2012

### **3 Vers une approche globale de l'accompagnement**

Reconnaître les personnes – ou les re-connaître – nécessite de diffuser à l'EHPAD Saint Louis une culture professionnelle d'accompagnement basée sur une conception dynamique de l'altérité. Je propose trois moments pour modeler l'offre de services de l'établissement. À court terme, j'explique l'évolution culturelle de sorte à ce que chacun en perçoive les contours et les opportunités. J'appelle à la réflexion autour de la reconnaissance des personnes accompagnées et à la préparation des acteurs (3.1). À moyen terme, j'envisage une conception globale de l'accompagnement basée sur la reconnaissance des émotions et des sentiments des personnes âgées par la technique de Validation, et sur des ouvertures relationnelles par un travail sur les sens basé sur l'art-thérapie, (3.2). À long termes, je recours à des outils visant la pérennité du projet (3.3).

#### **3.1 Signifier l'évolution culturelle en cours**

Comme point de départ, je choisis d'introduire auprès des acteurs de l'EHPAD la question du sens de la relation d'accompagnement (3.1.1) Je choisis aussi d'inclure directement l'ensemble des partenaires internes et externes (3.1.2) dans une action qui rejoint les fondamentaux de la mission d'accueil et d'accompagnement de la personne vulnérable.

##### **3.1.1 Fédérer les équipes autour d'une dynamique de reconnaissance des personnes accompagnées dans un contexte de changement**

Contextualiser le moment auquel l'EHPAD se trouve actuellement est un point de départ à expliquer aux équipes. Je m'attache à dire le projet et à quoi il répond (A), sur quel mode de communication (B), en mobilisant les acteurs en lien directe avec les résidents (C).

A) Le projet : reconnaître les personnes accompagnées

Connaître, « re-connaître », reconnaître : l'EHPAD est plongé dans une dialectique d'attention portée à l'autre, à la personne fragilisée dans son grand âge. Par son histoire et son évolution culturelle, l'EHPAD Saint Louis bénéficie d'un atout majeur dans la manière de penser la relation. Cette expérience riche apporte une valeur ajoutée certaine sur laquelle s'appuyer. Alors, la question de savoir comment vivre l'altérité dans un contexte de changement passe par une connaissance et une reconnaissance des personnes accueillies.

Connaître le public de l'EHPAD, c'est avant toute choses porter un regard ajusté sur le grand âge, éclairé des éléments contextuels sur le vieillissement et sur les pathologies associées. Je pense particulièrement au développement des maladies cognitives qui nécessite d'affiner la connaissance des maladies concernées (Alzheimer et maladies associées) et d'en connaître le plus finement possible les conséquences sur le quotidien.

La formation entreprise en 2010 sur ce sujet ne peut rester lettre morte. Je demande dès à présent au médecin coordonnateur d'évaluer le niveau de connaissance des équipes soignantes sur le vieillissement et ses effets. Je réserve une part du budget de formation 2013 pour ce sujet.

Lancer le projet de reconnaissance des personnes accompagnées s'appuie sur une information précise aux professionnels. Mise en perspective avec l'enjeu de faire un bilan de sa vie tout en maintenant actif un projet de vie, cette reconnaissance s'appuie sur la relation entre le résident et le personnel. Je m'appuie sur des mots existants actuellement dans le vocabulaire des professionnels : « *se sentir bien chez soi* », « *s'épanouir dans le quotidien* », « *ne pas être seul* », « *être bien soigné(e)* », pour susciter une écoute de ce que vivent les personnes âgées. Plus que déclarer une intention de vouloir le bien-être des personnes accompagnées, parler d'altérité peut mener à une confrontation du personnel avec les résidents. C'est au niveau des difficultés rencontrées, des doutes exprimés, des sentiments dits ou non-dits par les résidents, que se situe l'enjeu de bien-être des personnes âgées. J'entends Mme R. se plaindre sans cesse de sa santé. Que répondre ? Lui répéter de ne pas s'inquiéter ? Et que ses plaintes s'accroissent ? Se sentira-t-elle comprise ? L'un des pivots du projet est donc l'écoute active des résidents par les professionnels.

À ce niveau du projet, ma légitimité pour formuler des concepts relevant de la médecine, de la psychologie et de techniques de communication soignante, se situe seulement au niveau de la coordination et de l'implication des personnes dans le projet. Il est donc essentiel que le projet soit travaillé en collectif, par des personnes qualifiées.

Avant de présenter le mode de travail que je préconise, j'aborde la question de la communication qui me semble la mieux appropriée.

#### B) Choisir un mode de communication fondé sur l'altérité

Par souci de cohérence, je choisis un modèle de communication répondant au besoin de relier communication et altérité. Fondée sur l'altérité, la Communication Non Violente (CNV) se base sur la perception et le respect des besoins de l'autre. Porter un regard positif inconditionnel, empathique et congruent sur les personnes en constitue les trois piliers. Partant du souhait de diffuser une culture professionnelle d'accompagnement bienveillante, j'adopte une posture de communicant coopérant. Néanmoins, cela ne gomme pas la réalité hiérarchique au sein de l'EHPAD. En gestion de conflit, je base ma

communication sur quatre étapes (DESC) : Décrire les faits, en dire les Effets (les Émotions), Suggérer, et exprimer des Conséquences positives sous forme de Contrat<sup>126</sup>.

Le travail de communication au sein de l'EHPAD en situation de changement nécessite des ajustements nombreux entre les professionnels. Mais pas seulement. Le mouvement de laïcisation implique les résidents et leurs familles, les sœurs de la congrégation, les représentants institutionnels locaux et les financeurs, intéressés par le projet d'établissement. Réfléchir sur les besoins des uns et des autres permet d'ajuster la communication, particulièrement en situation de désaccord potentiel. Par exemple, je présume que le sujet de la laïcisation de l'EHPAD pourrait causer des réactions hostiles de la part de certaines sœurs de la communauté. Quel est leur besoin ? L'une d'entre-elles me confie : c'est « *transmettre le flambeau de notre action au service des plus fragiles* ». À partir de là, qu'est-ce qui dans la communication que je vais susciter rejoindra cette attention aux personnes vulnérables ?

Si j'attache de l'importance à affiner une communication adaptée, c'est pour fédérer les acteurs autour du projet de reconnaissance des personnes âgées.

### C) Fédérer les acteurs de l'EHPAD

Je crois dans les capacités des personnes à développer un projet d'accompagnement basé sur une réflexion commune sur l'altérité. Je fonde cette conviction sur le caractère universel de l'altérité, présenté ci-dessus. Pour rassembler les personnes autour du projet, je préconise de constituer trois niveaux de travail avec les acteurs concernés.

#### a) Mobiliser le Conseil de la vie sociale

Pour associer les usagers le plus tôt possible dans le projet, puisqu'il s'agit de leur réalité quotidienne, je choisis de mobiliser l'instance la plus représentative du collectif : le Conseil de la vie sociale. En effet, en me saisissant de cet outil de la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, je rends les modes de participation des usagers d'autant plus opérants que je sors du rythme minimum de réunion du Conseil en programmant un Conseil extraordinaire. Je mets à l'ordre du jour de travailler deux questions à partir de deux constats :

1. Notre établissement vit une mutation profonde l'amenant à évoluer dans un environnement laïc. Quel impact sur l'accompagnement des résidents ?

---

<sup>126</sup> Le modèle DESC, créé par Claude Shannon, est issu de la Communication Non Violente. Sur ce sujet, je me réfère à D'ANSEMOURG T., 2001, *Cessez d'être gentils, soyez vrai ! Être avec les autres en restant soi-même*, Montréal, Québec : Les éditions de l'Homme, 249 p.

2. L'altérité fait référence à la richesse des relations entre les personnes âgées et ceux qui les entourent. Quelle reconnaissance les résidents peuvent-ils attendre de leurs accompagnants ?

La synthèse des échanges sera présentée au prochain CVS et à l'ensemble du personnel, pour signifier la dynamique participative.

*b) Rassembler le personnel lors d'une réunion institutionnelle*

Cette réunion verra plusieurs interventions, en veillant à ce que la communication soit à la fois ascendante et descendante. Il s'agit de donner un objectif : pérenniser la qualité de la relation d'accompagnement avec les personnes âgées. Trois interventions :

1. celle d'un rapporteur du Conseil de la vie sociale, synthétisant le compte-rendu des échanges de la dernière réunion ; cette intervention devrait mettre en lumière les points forts de l'accompagnement dans le contexte actuel, basé sur une reconnaissance renouvelée des personnes accompagnées,
2. celle d'une sœur rappelant des éléments significatifs de l'histoire de l'EHPAD,
3. la mienne : positionné en pilote, j'incarne une direction laïque intégrant l'inspiration chrétienne de l'établissement. Mon intervention sera centrée sur ce que les politiques publiques disent du respect de la dignité de la personne, sur l'importance de la personnalisation de l'accompagnement et sur l'enjeu identitaire qui se joue dans les mutations en cours.

Si je pilote le projet, je recherche aussi des copilotes, c'est-à-dire des personnes qui pilotent avec. Je pense particulièrement au médecin coordonnateur et à la responsable des soins. Je les invite à se saisir du projet. Je donne une délégation formalisée qui fera l'objet d'un suivi et des évaluations nécessaires. Je prévois une journée d'étude dans un établissement ayant déployé un projet de reconnaissance des personnes accompagnées.

*c) Relancer les travaux du groupe d'amélioration de la qualité*

Le groupe d'amélioration continue de la qualité ayant déjà fait ses preuves en 2009 et 2010 pour l'écriture du projet d'établissement, je recours à ce même groupe, légitime dans l'EHPAD, tout en veillant à en renouveler les membres sur le mode du volontariat. Je prévois de faire travailler le groupe sur deux thèmes :

1. Qu'est-ce qu'une approche globale de l'accompagnement des résidents ? J'organise l'animation de cette séance de travail par une personne extérieure apportant une expertise dans le domaine. Je ne participerai qu'au début de la séance de travail, de sorte à donner le maximum de liberté de parole. Un compte-rendu détaillé me sera adressé.

## 2. Comment relier le projet personnalisé des résidents à leur besoin de reconnaissance ?

Il sera demandé aux participants de préparer la réunion en cherchant des exemples de situation sur le thème de la reconnaissance des personnes âgées. Une personne travaillera en particulier sur une définition de la reconnaissance des personnes âgées en EHPAD.

Ces démarches de rencontres avec les professionnels visent à travailler ensemble. Le travail est guidé, présenté dans le cadre des évolutions de l'EHPAD. En demandant une réflexion partagée sur les thèmes relatifs à l'accompagnement dans un contexte de laïcisation, je reconnais la valeur des professionnels et j'agis sur leur responsabilisation. En effet, l'enjeu de leur implication se situe au niveau de la qualité des prestations. Ce faisant, j'optimise l'autonomie des professionnels et j'accrois leur aptitude à devenir des relais du projet dans l'établissement.

Dans cet esprit de responsabilisation, je donne aux copilotes la mission d'organiser un événement sur la reconnaissance des personnes accompagnées à l'EHPAD. À eux de choisir le mode d'intervention qui touchera le mieux l'ensemble du personnel. Je leur demande aussi d'écrire deux articles dans le journal interne « *En Famille ! ...* », et dans la lettre d'information mensuelle aux salariés.

À travers ces trois étapes de lancement du projet, je veux soutenir l'appropriation du projet de promotion de l'altérité par tout un chacun dans l'EHPAD. En interne, mais pas seulement. Les partenaires externes tiennent également une place importante et complémentaire des professionnels.

### **3.1.2 Soutenir les partenariats promouvant l'altérité**

Je mobilise des partenariats internes et externes à l'établissement, avec les instances représentatives du personnel (A), les familles et proches aidants (B), et les partenariats institutionnels et autre partenariats (C).

#### A) Informer les instances représentatives du personnel (IRP)

Un projet basé sur l'altérité prend nécessairement en compte les relations avec tous les acteurs de l'établissement. En interne, les instances représentatives du personnel ont un rôle majeur à jouer, en tant que relais et conseil pour le déroulement de la vie de l'établissement.

L'association de gestion rassemblant plus de 200 salariés, l'EHPAD Saint Louis, les IRP sont constitués en Comité d'entreprise (CE) et Délégués du personnel (DP) de manière distincte. Le CE assure « *une expression collective des salariés permettant la prise en*



*compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production.* »<sup>127</sup> En cela, je prévois d'informer le CE du travail sur la reconnaissance des personnes accompagnées.

Les DP, dont le rôle est de porter les réclamations du personnel seront aussi informés, bien que le projet ne le nécessite pas *stricto sensu*. Je répondrai aux éventuelles questions relatives au déploiement du projet dans un souci d'approfondissement du travail d'accompagnement déjà entrepris dans l'établissement, et par des données objectives.

## B) Familles et aidants

En réponse à la conception systémique dans laquelle les liens de dépendances se tissent comme entre les membres d'une famille, je valorise le rôle des familles, et plus largement celui des aidants familiaux et amicaux, dans l'accompagnement de leur proche. La réflexion a été approfondie pour les aidants familiaux des personnes atteintes de maladies Alzheimer ou apparentées. Je prends le parti de rapprocher les relations des familles de ce qui est proposé dans le secteur des structures d'accompagnement et de répit. Cela concerne donc directement l'accueil temporaire<sup>128</sup>, par ailleurs destiné à se développer face aux besoins du territoire, mais aussi tous les proches des personnes âgées, qui souhaitent s'investir plus avant dans l'accompagnement, ou qui ont tout simplement envie de trouver une écoute et un lieu de parole.

Dans ce contexte, je confie à la cadre de soins la mission de travailler sur les liens entre les familles et les résidents en veillant à accompagner les uns et les autres sur les aspects concrets rejoignant les quatre approches suivantes. Il en découle des points à travailler et quatre outils à mobiliser de manière adaptée aux situations rencontrées :

---

<sup>127</sup> Article L2323-1 du code du travail

<sup>128</sup> À ce sujet, le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS 2012-2016) prévoit un développement des accueils de jours sur le territoire. Le SROMS fait partie du Projet régional de santé (PRS).

<b>Approches de l'aide aux aidants<sup>129</sup></b>	<b>Point à travailler</b>	<b>Outil mobilisé</b>
1. « approche physio-pathologique centrée sur les symptômes déficitaires et la maladie »	Adaptation de l'accompagnement en fonction de la situation de la personne âgée	Organisation d'informations sur le vieillissement et sur les pathologies associées
2. « approche centrée sur le sens des symptômes et le vécu subjectif »	Une attention portée aux souffrances exprimées, et de là au bien être psychique de la personne âgée	Groupes de parole, disponibilité des cadres de soins pour travailler ces sujets avec les aidants
3. « approche centrée sur l'environnement physique et social »	Une adaptation de l'environnement immédiat, dans une logique de compensation, d'accessibilité et de sécurité	Intervention d'un ergonome Travail sur le projet architectural
4. « approche centrée sur l'accessibilité des services et la reconnaissance des droits. »	Une communication sur les services, leur accessibilité financière et sur la reconnaissance des droits des personnes : aidants et aidés	Organisation d'un point information à la demande des familles (rendez-vous formalisé), et d'informations par un bulletin trimestriel.

De ces quatre approches, je retiens principalement une attitude : celle qui consiste à valoriser la personne à partir de ce qu'elle exprime aimer faire, aimer être, ou tout simplement aimer ou ne pas aimer. Il s'agit de reconnaître les émotions et les sentiments exprimés par la personne âgée. Les aidants sont partie prenante de ce projet pour et avec la personne aidée. Leur présence et leur action peut participer au bien être des personnes âgées. Ainsi, le rapport suscité note : « *Une des limites de l'approche r d cative serait de se centrer sur les déficiences et d'occulter certaines des capacités de la personne en valorisant peu des aspects pourtant préservés dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, comme le registre créatif et émotionnel* »<sup>130</sup>. C'est un champ à investir, comme nous allons le développer par la suite.

<sup>129</sup>  tude relative à « L'accompagnement pluridisciplinaire dans les structures de répit et d'accompagnement » - ANESM - Mars 2011

<sup>130</sup>  tude relative à « L'accompagnement pluridisciplinaire dans les structures de répit et d'accompagnement » - ANESM - Mars 2011. P. 11

La question de la formation sera traitée avec la technique de Validation mobilisée.

C) Partenariats institutionnels et autres partenariats

Les filières gériatriques et les réseaux gérontologiques du territoire doivent être reliés à l'EHPAD par l'intermédiaire de l'offre de service. Il s'agit de développer une connaissance mutuelle avec les acteurs locaux et nationaux.

Le Centre Local d'Information et de Communication (CLIC) informe, oriente et fédère les acteurs locaux. Pour l'EHPAD, il peut constituer une ressource d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches. Je délèguerai un membre du personnel de l'EHPAD pour participer à ses réunions trimestrielles.

Des partenariats avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile (HAD) sont déjà actifs. D'autres partenariats avec des services spécifiques de la filière gériatrique seront développés comme avec la *consultation mémoire*, ou avec la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) locale. Le partenariat avec le Centre Hospitalier sera encouragé, envisagé comme un moyen d'échange de bonnes pratiques. Un travail de fond sera réengagé avec les autorités municipales pour assurer une meilleure visibilité de l'EHPAD sur la scène publique, après quelques années de dialogue tendu.

Les réseaux médicaux locaux seront réactivés. Un événement annuel rassemblera les médecins généralistes, particulièrement les médecins traitants autour d'une question relative à la spécificité de l'offre d'accompagnement des personnes âgées à l'EHPAD.

Les relations avec d'autres partenaires sociaux seront encouragées : Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA), Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF).

Les associations de bénévoles actives dans l'EHPAD se verront proposer des possibilités de sensibilisations et de formation sur l'accompagnement. Le projet de reconnaissance des personnes accompagnées les mobilisera plus que ce n'est aujourd'hui.

Le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé, en tant que financeurs, seront informés régulièrement des avancées du projet. Je sollicite leur soutien politique, le soutien financier étant déjà assuré dans le cadre du passage de l'EHPAD à la dotation globale, dans le cadre du développement des politiques de soins. Le projet de reconnaissance des personnes accompagnées rejoint un mouvement de fond pour la qualité d'accompagnement au sein de la structure. J'impulserai auprès des financeurs une communication sur le projet, et sur la révision du projet d'établissement qui en découlera à moyen terme.

Vivre une altérité positive et respectueuse du projet des personnes passe par une attention toute particulière portée aux professionnels qui assurent chaque jour une présence attentive auprès des personnes âgées. Soutenir ceux qui soutiennent, accompagner ceux qui accompagnent, la démarche pousse à la professionnalisation de l'accompagnement, en intégrant les outils les plus pertinents qui agissent sur l'accompagnement et sur le parcours des professionnels de l'accompagnement.

## **3.2 Professionnaliser la relation à l'autre**

Nombreuses sont les méthodes d'accompagnement ou de communication travaillant sur les relations des personnes en établissement social ou médico-social. Par exemple, la méthode de réminiscence explore l'histoire des personnes ; la réorientation vers la réalité travaille sur l'orientation dans le temps et l'espace ; la remotivation a pour ambition de stimuler les fonction cognitives, le comportement socialisé et les interactions ; l'approche comportementaliste travaille sur les modes d'apprentissages ; la stimulation sensorielle utilise tous les canaux des sens ; les méthodes de diversion et de directivité sont des méthodes comportementalistes ; ou bien encore, la psychothérapie travaille sur la capacité d'introspection.<sup>131</sup> Mon choix s'est déterminé par rapport au travail sur l'altérité, suscité par le problème posé à l'EHPAD. En effet, le respect de la dignité de la personne découlant de l'altérité engage une reconnaissance précise, ciblée, parfois intime, de ce que la personne âgée vit, veut dire, par ses paroles et ses attitudes, ses actes et les émotions qui les commandent. J'ai donc choisi de déployer la méthode de Validation des sentiments et des émotions des personnes âgées (3.2.1) couplée à un outil offrant des ouvertures relationnelles, l'art-thérapie (3.2.2). Ensuite, je présente l'organisation de la montée en compétences du personnel (3.2.3) avant d'aborder les questions financières (3.2.4) et de l'évaluation (3.2.5).

### **3.2.1 Prendre en compte l'expression des personnes par la Validation**

La technique de Validation a été construite de manière empirique par une spécialiste de l'accompagnement des personnes, Naomi Feil, travaillant sur le maintien du lien avec les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Expérimentée aux États-Unis à partir de 1963, la Validation a franchi l'Atlantique en 1988. Le recours à cette approche empathique d'ajustement de la communication verbale et non-verbale avec les personnes âgées, atteintes de maladies cognitives ou non, a fait ses preuves dans des

---

<sup>131</sup> FEIL N., 2005, *Validation, la méthode de Naomi Feil, pour une vieillesse pleine de sagesse, aider et accompagner les grands vieillards désorientés*, Rueil Malmaison : éditions Lamarre, pp. 133 à 138

établissements variés. Des professionnels qui se trouvaient en difficulté dans l'accompagnement des personnes ont développé une aptitude relationnelle respectueuse de la dignité des personnes accompagnées et de leur propre créativité professionnelle. S'adaptant aux phases de désorientation (malorientation, confusion temporelle, mouvements répétitifs puis état végétatif), les accompagnants utilisent des techniques appropriées de communication, de reconnaissance des émotions et des sentiments exprimés par les personnes âgées.

Pour construire une réponse performante à la problématique de l'EHPAD, le travail sur l'altérité se base d'abord sur la relation de soins. C'est le point de départ d'une évolution culturelle qui concerne tout l'établissement. D'ailleurs, tout le personnel est concerné par la Validation.

L'idée de recourir à la Validation est née d'une réunion de travail de l'équipe d'encadrement (responsable des soins, médecin coordonnateur, directeur) en mars 2012 sur les problèmes de positionnement du personnel dans la relation soignante (voir en 1.2.2 les causes identifiées). À cette occasion, la responsable des soins avait fait part d'une rencontre à un congrès gérontologique sur le sujet de la reconnaissance des émotions des personnes âgées. J'en avais pris bonne note avant de lui demander, avec le médecin coordonnateur, de chercher des contacts dans d'autres EHPAD. Une rencontre significative a eu lieu cet été avec l'équipe de direction d'un EHPAD pratiquant la Validation. À partir de cette rencontre, j'ai vu l'intérêt de travailler le problème de fond concernant le changement culturel en répondant aux problèmes plus immédiats liés à la relation de soins. Ainsi, développer la qualité de la relation de soins à l'EHPAD répond aux besoins<sup>132</sup> des personnes âgées autant qu'à la conduite en douceur d'un changement culturel, en s'appuyant sur une réalité qui traverse le temps : la nature humaine porte en elle-même l'altérité, dont découle un souci de l'autre et de son bien-être.

Ces deux niveaux de travail se retrouvent bien dans la Validation qui permet d' « *instaurer une écoute et maintenir une distance juste, en soutien de la dynamique propre à chaque individu.* » et de manifester « *le droit imprescriptible de tout être humain au respect de la dignité, de son intégrité et de sa liberté d'expression* »<sup>133</sup>. Dimensions personnelle et

---

<sup>132</sup> Il sera opportun d'approfondir la réflexion sur les besoins des personnes âgées, en cherchant une référence commune, qui convienne aux différents acteurs de l'établissement. Je missionne le médecin coordonnateur sur cette étude, à mener avec le groupe d'amélioration continue de la qualité.

<sup>133</sup> MUNSCH-ROUX K. et MUNSCH F., 2008, « La méthode de Validation de Naomi Feil, une pratique thérapeutique innovante en gérontologie », *Gérontologie et Société*, n° 126, p. 190

institutionnelle se rejoignent dans le faire et dans l'être. La porte s'ouvre pour un travail sur les compétences.

Sur le jeu des acteurs, je donne suite aux réflexions du Conseil de la vie sociale et du groupe d'amélioration continue de la qualité. Avec l'équipe d'encadrement, je rassemble les synthèses des échanges des deux groupes et je les mets en perspective avec la méthode de Validation des sentiments et des émotions des personnes âgées. Il en ressort une orientation de travail que je prévois de présenter aux équipes en réunion institutionnelle.

Mais une nouvelle question survient. Apporter une réponse visant à enrichir les pratiques des professionnels et des proches, et le faire par une technique, aussi humaine et relationnelle soit-elle, ne risque-t-il pas de circonscrire l'accompagnement dans un périmètre trop restreint ?

Dans le même temps, l'opportunité apparaît d'élargir les modalités d'accompagnement, de chercher de nouveaux lieux d'expression, de trouver des modalités relationnelles nouvelles en proposant une offre de services plus large. Cette offre de services doit s'adapter aux possibilités relationnelles des personnes accompagnées.

Autant la Validation renouvelle la prise en charge par « *l'expérience essentielle d'une présence Authentique à l'autre* »<sup>134</sup>, autant les espaces relationnels à créer doivent respecter la liberté de chacun. C'est ce que Marie Balmory propose quand elle parle d'« *ouvrir la porte comme un voyageur installé pour un temps accueille un autre voyageur, prenant soin de son bien-être, sans lui imposer la discipline de son chemin ni les visions de son propre voyage* »<sup>135</sup>. Le chemin de l'accompagnement suscite des ouvertures.

Je cherche dans l'EHPAD quel « espace » pourrait être investi, qui porterait un potentiel de rassemblement des personnes, de création de lien entre les personnes âgées et leurs aidants. Or, le projet de vie sociale de l'EHPAD est très axé sur des animations recourant au média artistique. Des ateliers de peinture et de sculpture donnent déjà lieu à des expositions. Un club théâtre a récemment donné une représentation. Manque la musique qui est assez peu pratiquée, mais beaucoup écoutée par les résidents.

Pour relier cette approche artistique avec les projets de vie des personnes, je décide de développer l'art-thérapie dans l'établissement. Relationnelle et sensorielle, l'approche que je propose devient une offre de services plus globale, intégrée au projet d'établissement.

---

<sup>134</sup> Idem

<sup>135</sup> BALMARY M., 2005, *Le Moine et la Psychanalyste*, Paris : Albin-Michel, p. 11

### 3.2.2 L'art-thérapie, un outil au service de l'accompagnement

L'enjeu d'équilibrer autonomie et dépendance, entre ce que la personne âgée entreprend elle-même à la fin de sa vie, et les liens qu'elle tisse et dont elle a besoin pour vivre, se fait plus pressant, tout en sachant que la personne demeure souverainement libre.

Notre participation au projet de vie de la personne ne pourrait donc théoriquement se faire qu'en suggestions, cherchant la volonté de la personne, respectant son libre-choix.

Et pour qu'il y ait choix, il doit y avoir une offre. Pour être efficaces, les caractères de cette offre doivent être ciblés et large à la fois. Ciblés dans l'intention : favoriser un espace de bien-être et d'expression pour la personne âgée. Large : proposer un éventail de prestations possibles pour que la personne se sentent bien et trouve des lieux, des espaces et des temps d'expression.

Par ailleurs, le projet d'établissement actuel adopte le parti pris de faire faire plutôt que de faire à la place de la personne. Le respect de la liberté d'agir et d'être de la personne peut orienter l'attitude des accompagnants vers la préparation d'un terrain de vie favorable. Dans la littérature guerrière, il est question de l'importance du terrain. Si l'on associe certaines fins de vie à un véritable combat (cela rejoint la question de la souffrance), la nature du terrain proposée aux résidents peut devenir une condition de leurs victoires personnelles.<sup>136</sup>

C'est pourquoi l'art-thérapie trouve sa place dans une offre globale de services rendus aux résidents ; « *l'accueil de toute institution doit offrir des lieux où les patients âgées ont la possibilité de se prendre réellement en charge et de recouvrer une part de leur autonomie perdue* »<sup>137</sup>.

À partir de là, quel art privilégier ? Je choisis deux axes de travail. Le premier s'appuie sur les goûts exprimés de nombreux résidents et sur les compétences des animatrices : les arts plastiques. Le second est nouveau ; il ouvre des possibilités infinies d'adaptation aux goûts et aux aptitudes des personnes accompagnées : la musique.

La dimension thérapeutique du recours à l'art nécessite des qualifications spécifiques auxquelles je pourrai par le recrutement et la formation.

---

<sup>136</sup> SUN TZU (V<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ), 2011, *L'art de la guerre*, Malesherbes : Flammarion, Chapitre X et XI, p.213 à 239. « *Un terrain aussi facilement traversable par chacune des deux parties en présence est dit accessible. Sur un tel terrain, celui qui le premier occupe au soleil une position élevée appropriée à l'acheminement de ses approvisionnements peut se battre à son avantage.* » Cet avantage des résidents peut être rapproché du désir de leur bien-être partagé par le personnel de l'EHPAD.

<sup>137</sup> SUDRES J.-L. / éd., 2010, *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Paris : L'Harmattan, p.27

La dynamique d'accompagnement à partir de l'art-thérapie est à construire avec les professionnels qualifiés. Un premier travail sera de définir ensemble ce qu'est l'art-thérapie à l'EHPAD Saint Louis. Cette discipline, assez nouvelle depuis les années 1980, prête même à controverse, interrogeant les rapports entre souffrance et création, entre accompagnant et accompagné, entre l'identité d'artiste et celle de thérapeute. Dès à présent, je retiens l'intérêt de développer un service s'adressant autant à des personnes en grande souffrance qu'à d'autres personnes dont la santé est stabilisée. Cette faculté d'adaptabilité rejoint la démographie et l'épidémiologie de l'EHPAD présentées en première partie. Dès lors, le résident fait son travail : « *L'art-thérapie permet à un patient en souffrance de s'exprimer par la création et au thérapeute d'être témoin des perceptions du monde de ce patient* »<sup>138</sup>. « Perceptions du monde de ce patient » : deux sens, l'un tourné vers le monde intérieur, intime, secret de la personne, et l'autre ouvert vers l'extérieur, vers un monde dans lequel les personnes tissent des liens de sens, des relations qui maintiennent la vie.

Dans ce sens, l'art-thérapie devient un lieu de Validation des émotions et des sentiments exprimés par les personnes âgées. Les personnes accompagnées sont reconnues sous le prisme de ce qu'elles expriment, au travers du lien d'accompagnement, qui favorise le « *vivre ensemble* » permettant de faire société. Autonomie et lien social se rencontrent alors dans un lieu d'expression qui correspond au mieux aux désirs, aux attentes et aux aptitudes des résidents. Leurs besoins se transforment alors en opportunités d'être reconnus dans ce qu'ils ont de plus précieux : leur dignité de personne humaine et leur part d'auteur de ce qu'ils vivent.

La promotion de l'altérité dans un EHPAD de tradition congréganiste par la reconnaissance des personnes accompagnées est donc possible, en rejoignant les personnes, accompagnées et accompagnantes, là où elles en sont. Encore faut-il leur donner les moyens et les outils pour mettre en œuvre un tel projet.

### **3.2.3 Organiser la montée en compétence du personnel de l'EHPAD**

Les moyens sont essentiellement humains. Ils nécessitent de recruter (A), de former (B) et d'accompagner les éventuelles difficultés (C).

---

<sup>138</sup> COLIGNON M., 2012, « L'art-thérapie est-il dangereux ? », *Le journal des psychologues*, n° 295, p. 52



A) Recruter

a) *Un art-thérapeute h/f, musicothérapeute*

En interne, j'ai détecté le talent musical d'une animatrice. Je lui proposerai de se former à l'art-thérapie. Elle bénéficie en plus d'une expérience d'aide-soignante.

Au total, j'évalue à un temps plein les actions d'art-thérapie (arts plastiques et musiques) à déployer. Il reste donc un mi-temps d'art-thérapeute à recruter pour les arts plastiques.

D'abord, je cible les compétences clés à rechercher pour ce recrutement. Je me base sur les communications de la Fédération Française des Art-thérapeutes (FFAT) et sur l'expérience d'art-thérapeutes en gérontologie. Je retiens les attitudes et les compétences suivantes<sup>139</sup> :

- Écouter et observer
- Montrer de l'empathie
- Démontrer du respect
- Être authentique
- Motiver et valider
- Accompagner le patient
- Gérer le fonctionnement de l'atelier
- Faciliter l'acte créateur du patient
- Évaluer son travail et celui du patient
- Animer les séances
- Mobiliser ses ressources et celles du patient
- Compléter ses connaissances
- Travailler en équipe

En cas de difficulté de recrutement, il serait possible de recourir aux services d'un prestataire externe, bien qu'il me semble plus judicieux que les art-thérapeutes fassent partie intégrante des effectifs de l'EHPAD. Cela facilitera leur identification comme des professionnels de la maison, et participera à la cohésion d'équipe. En outre, bénéficier de l'intervention de deux professionnels diversifie l'approche et les affinités possibles avec les résidents.

Je m'assurerai que le ou la candidat(e) ait des aptitudes relationnelles facilitant le travail de Validation.

b) *Les recrutements prévus dans la convention tripartite*

En plus des compétences techniques spécifiques à chaque métier, je demande à la cadre de soins de veiller à évaluer en entretien le souhait et les aptitudes des candidat(e)s de s'investir dans un projet de reconnaissance des personnes accompagnées.

---

<sup>139</sup> HOF C., 2011, *L'art-thérapeute en gérontologie*, Revigny-sur-Ornain : DOC'éditions, collection Professionnels en gérontologie, chapitre 9

Un critère de sélection sera de détecter l'aptitude à pratiquer une écoute active en entretien : écoute, marques d'empathie, attention à l'autre par la parole et le langage non verbal, reformulations posées et sans crier.

Récapitulatif des recrutements de 2010 à 2015 (la convention tripartite a été validée en 2012 avec un point de départ en 2010) :

	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Animation			0,3			0,3
ASHQ			1	1	1	3
Psychologue				0,4		0,4
Auxiliaires médicaux				0,67		0,67
AS-AMP			3	3	3	9
IDE/cadre		0,25	2	1		3,25
Médecin	0,1					0,1
<b>TOTAL</b>	<b>0,1</b>	<b>0,25</b>	<b>6,3</b>	<b>6,07</b>	<b>4</b>	<b>16,72</b>

Cette montée des effectifs correspond à la fois à une augmentation des soins et à l'opportunité d'un accompagnement plus approfondi par le travail de reconnaissance. Je veillerai à ce que les personnes recrutées soient ouvertes à une conception de la laïcité porteuse du respect des personnes, de leurs croyances religieuses et philosophiques. Ainsi l'héritage congréganiste trouve-t-il une expression concrète dans le souci de l'autre, porté par le personnel. Cet aspect peut être consolidé à la faveur des recrutements, avec une ouverture aux nouveaux publics accueillis dont les origines géographique, culturelles et religieuses sont plus variées.

## B) Former et accompagner

La formation à la méthode de Validation relève de la transmission d'expérience. Le sens de la formule « *former pour mieux servir* »<sup>140</sup> me semble bien correspondre à la nécessaire montée en compétences – savoirs, savoir-faire et savoir-être – du personnel. C'est un projet de court-moyen terme.

Pour construire cette progression touchant au parcours de soins et de vie des personnes âgées, j'ai commencé par contacter la personne que la responsable des soins avait rencontrée en congrès gérontologique. Cette infirmière diplômée d'État a fait part à notre équipe d'encadrement, à l'occasion d'une visite de son établissement, conjointement avec la directrice de la structure, de son expérience en soins relationnels par la technique de Validation. Après avoir été formée voilà 12 ans, elle propose avec son équipe de

<sup>140</sup> GUINAMARD T., 2008, *Transformer un EHPAD en articulant projet d'établissement et projet de vie : intégrer des religieux vivant en communauté* : Mémoire de l'EHESP, 73 p.

transmettre l'expérience rassemblée dans l'accompagnement des personnes âgées. Elle insiste sur la polyvalence de la Validation, convenant selon elle aux personnes atteintes de déficiences cognitives avancées ou naissantes. Elle a un discours de prévention et témoigne des résultats obtenus relatifs au bien être exprimé des résidents : déambulation acceptée par les autres résidents, diminution des psychotropes, anxiolytiques et neuroleptiques, adhésion des familles qui entrent plus facilement en relation avec leur proche, prises de conscience des limites liées à la maladie. Pour elle, la Validation est « une approche découlant de la psychologie humaniste ». Elle constate « une amélioration des relations soignants/résidents, en quelque sorte « *humanisées* »<sup>141</sup>. L'établissement dont fait partie la spécialiste de la Validation est organisme de formation. Je demande un devis<sup>142</sup> pour implanter la Validation à l'EHPAD Saint Louis. Il s'agit d'abord de former une équipe de Validation avant de démarrer un groupe de Validation et d'initier un groupe de familles. Je programme en priorité la formation du personnel soignant (avec les ASH), puis administratif, ainsi qu'une sensibilisation du personnel logistique. Cette formation est inscrite au plan de formation 2013.

L'intitulé de la formation à destination des équipes médicales est « *Praticien en Validation®* ». Le programme est adapté à l'approche soignante individuelle et en équipe. Un autre intitulé est utilisé pour les équipes logistiques et administratives : « *La Validation, une pratique de qualité relationnelle* ». Un module de sensibilisation est prévu lors d'une intervention au Conseil de la vie sociale.

Une sœur de la congrégation réagit ainsi : « *Ce que vous me dites, ça va sans dire, mais ça va mieux en le disant. Quelle chance de voir qu'on prend soin de nos résidents !* »

Former et pratiquer la Validation est un point de départ au nouvel élan que prend l'accompagnement à l'EHPAD. Prendre soin de ceux et celles qui prennent soin des résidents nécessite un accompagnement sur le moyen-long terme.

### C) Accompagner

L'accompagnement des personnes âgées est un métier dense, énergivore et sollicitant une implication de tous les instants de la part du personnel. De ce fait, la prise de recul dans cette pratique d'accompagnement peut être rendue difficile. En situation de tensions, des mécanismes de défenses non intégrés peuvent parasiter la relation. Des problèmes

---

<sup>141</sup> BODESCOT M.-C., 2005, « la méthode de la validation de Naomi Feil, agir auprès des personnes désorientées », Doc'ANIMATION en gérontologie, n° 6, p. 119

<sup>142</sup> Voir le programme de formation en annexe 7, qui accompagne le devis valorisé à hauteur de 12300 € TTC

peuvent alors survenir par rapport à la question de la juste distance à adopter pour maintenir un équilibre professionnel et personnel. En effet, « *l'engagement peut placer les professionnels en situation de fragilité* »<sup>143</sup> accentuant les risques psychosociaux. La question est alors de savoir comment est vécue la relation soignant/soigné.

Introduire des pauses de prise de distance permettrait ainsi de recentrer l'action sur l'essentiel en travaillant la question du sens de ce qui se vit. Les échanges d'expériences et de points de vue suggèrent alors d'autres façons d'être et de faire.

Je préconise l'intervention d'un tiers extérieur qui apporterait un regard renouvelé sur la pratique d'accompagnement des personnes âgées.

Ces séances d'analyse de pratiques concernent essentiellement l'équipe soignante. Les rencontres doivent être régulières, de préférence mensuelles. Le choix de l'intervenant devra tenir compte des évolutions de l'accompagnement à l'EHPAD dans le contexte de changement culturel en cours. Son expérience du secteur, une qualité d'écoute et une parole légitime lui permettront d'accueillir positivement le questionnement des équipes sur leur positionnement entre amour et respect des personnes. Ce type de démarche aurait l'avantage de renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté d'établissement et de développer un esprit d'équipe.

### **3.2.4 Financer le projet**

Le contexte économique actuel est à la réduction des dépenses. Pourtant, les besoins à satisfaire augmentent. Certains investissements sont donc contraints. Néanmoins, des adaptations sont possibles quand il s'agit de déployer ou de redéployer des moyens permettant de réaliser le projet de service ou d'établissement.

Je précise que les modifications de personnel ne font pas référence à la notion de « *transformation* » telle qu'entendue par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). De ce fait, la procédure d'appel à projet n'est pas mobilisée.

Concernant les dépenses de personnel, inscrites au groupe II, elles restent conformes aux augmentations validées dans la convention tripartite de deuxième génération. Mais elles font l'objet d'une demande au financeur de redéployer deux mi-temps :

- Le mi-temps d'art-thérapeute basé sur les arts-plastiques pourrait être pris sur le budget soins par redéploiement des 0,67 ETP d'auxiliaires médicaux. Sur ces 0,67

---

<sup>143</sup> EDEY GAMASSOU C., 2012, « L'engagement peut placer les professionnels en situation de vulnérabilité », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2766, p. 34

ETP, 0,5 ETP serait consacré à l'art-thérapie par les arts-plastiques. Pour cela, je privilégie la recherche d'une double compétence, joignant art-thérapie et kinésithérapie ou ergothérapie par exemple.

- Pour le mi-temps de musicothérapeute, je compte sur la formation d'une animatrice. Travaillant déjà à mi-temps, il s'agirait de compléter son temps de travail, en vue d'un temps plein, en utilisant les 0,3 ETP accordés dans la nouvelle convention et en sollicitant les 0,2 ETP initialement demandés en direction/administration mais qui n'avaient pas été accordés.

S'il apparaissait nécessaire d'adapter cette stratégie budgétaire, une autre possibilité consisterait à solliciter auprès du financeur que les deux mi-temps soient financés par le budget dépendance. En effet, je peux argumenter que le projet d'art-thérapie ouvre des perspectives de bien-être des personnes âgées qui participent activement au maintien de leur autonomie. La conclusion du plan Alzheimer et les signaux perceptibles dans la construction d'une nouvelle étape des politiques publiques va dans ce sens. Au niveau départemental, l'EHPAD serait pilote sur ce type de projet, facilitant le redéploiement nécessaire des budgets initialement calculés. Un budget lié à un projet expérimental sur le territoire pourra aussi être sollicité.

En ce qui concerne les dépenses de formation, également inscrites au groupe II, elles relèvent des cotisations de l'EHPAD auprès de l'organisme collecteur agréé. L'analyse de la pratique peut aussi être inscrite au plan de formation si l'intervenant possède un agrément formation. En cas de dépassement, comme les années précédentes, je recourrai au budget hébergement pour compléter l'investissement.

Budget prévisionnel du projet Groupe II :

Groupe II	Prestataire	Date prévisionnelle	Budget prévisionnel € TTC
Formation Validation	M&R	Janvier 2013	12300 €
Sensibilisation Validation	M&R	Mars 2013	4700 €
Analyse des pratiques	Pratique RH	Dès juin 2013 par séance :	850 €
Interventions externes (animation de groupe et ergonome)	GM consultants RH	Décembre 2012	500 €
Remplacements de personnel en formation	Interne	1 <sup>er</sup> trimestre 2013	10000 €

Je prévois une augmentation des remplacements à effectuer pendant les actions de formation. Pour cela, je mobilise une équipe de vacataires embauchés en CDD. En cas de difficulté, je recourrai aux services d'une agence d'emploi pour assurer les intérim. Le financement de ces remplacements est pris sur le budget spécifique du groupe II prévu à cet effet.

Sur le plan logistique, l'implication est minime. Mais elle engage tout de même, au centre de l'EHPAD, dans le bâtiment initialement occupé par la communauté, la restauration d'une salle pour les ateliers d'art-thérapie. Je propose à la congrégation qu'elle en assure financièrement l'aménagement, ainsi que la fourniture du matériel. Cette contribution a aussi une valeur symbolique de passage de flambeau pour un projet qui rejoint bien le charisme initial des sœurs.

On peut aussi escompter du projet qu'il aboutisse à une meilleure maîtrise des risques psychosociaux, entraînant une diminution des coûts liés à l'absentéisme et aux accidents du travail. Ces risques devront être mesurés à l'aide d'indicateurs, avant, pendant et après le lancement du projet.

### **3.2.5 Évaluer pour améliorer continuellement les services rendus aux usagers**

Le contexte des politiques publiques est tourné vers l'exercice de la citoyenneté et la participation des usagers. La philosophie des politiques publiques actuelle procède du droit reconnu aux bénéficiaires d'obtenir un rendu compte de la qualité des actions mises en œuvre à leur égard. Il en va ainsi de la Révision générale des politiques publiques<sup>144</sup> (RGPP) et des lois de financement de la sécurité sociale.

Ces évolutions sociétales modifient le rapport entre l'utilisateur et l'institution. Ainsi, les bénéficiaires sont en droit de revendiquer qu'il leur soit rendu compte de la qualité des prestations délivrées.

Pour mesurer l'impact de la politique d'amélioration continue de la qualité des services rendus aux usagers, je mobilise des outils de pilotages spécifiques. Dans ce sens, je me réfère au « tableau de bord partagé », élaboré par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)<sup>145</sup> permettant de suivre des objectifs généraux déclinés en objectifs opérationnels, et donnant lieu à un plan d'action observé et analysé en équipe interdisciplinaire.

---

<sup>144</sup> Appliqués au secteur de la santé, les objectifs de la RGPP (2007) sont la réduction des déficits de l'assurance maladie, la réduction des effectifs de la fonction publique hospitalière, de conforter le rôle de l'État dans sa maîtrise d'ouvrage du système de santé, et de favoriser une approche territoriale de l'offre de soins.

<sup>145</sup> Voir un extrait du guide des indicateurs de l'ANAP en annexe 8

La dynamique de projet vise la réussite. Cet objectif de performance nécessite de faire évoluer les pratiques et les compétences des acteurs engagés. Évaluer conforte alors une créativité qui, si elle n'était guidée, serait improductive. En développant des capacités d'expertise au sein de l'EHPAD, je m'attache à rendre lisible et à valoriser les actions conduites par les acteurs contribuant à la reconnaissance des personnes accompagnées.

Mesurer la performance d'un projet nécessite alors d'élaborer des indicateurs, c'est-à-dire des informations qui permettent d'objectiver l'atteinte qualitative ou quantitative de critères. Les critères sont des points de référence, des normes, des règles qui s'imposent de l'extérieur. En EHPAD, ils prennent sens en s'appuyant sur le projet d'établissement.

La problématique d'évaluation dans les établissements sociaux et médico-sociaux se heurte à la question de l'objectivité. En effet, la démarche d'évaluation renvoie à l'objectivation d'une action, elle-même porteuse d'une approximation ou à la détermination d'une valeur<sup>146</sup>. Mais alors, qui détermine la valeur ? Qui est l'évaluateur ? Quels sont ses choix idéologiques, ses orientations professionnelles, les valeurs qu'il porte en lui, et qui forgent son jugement et son appréciation ? La question a d'autant plus d'intérêt que le changement culturel est en cours.

Dans ce contexte, je veille à mobiliser des outils reconnus par la profession. Dans ce sens, les recommandations de l'ANESM forment un support de travail riche et illustré<sup>147</sup>.

Je construis un plan d'action prolongé d'une grille d'évaluation aboutissant à la mise en évidence des résultats obtenus.<sup>148</sup> Les écarts mesurés à l'aune des objectifs initiaux permettent d'opérer les actions rectificatives qui conviennent.

Pour l'EHPAD dans son ensemble, la démarche d'évaluation répond à la commande publique de garantie des droits des usagers et d'effectivité de leur participation. Il s'agit de rendre compte aux usagers des services rendus. Dans ce sens, l'évaluation interne analyse les pratiques, « *c'est-à-dire, au sens large, l'ensemble des manières de faire, de dire et d'agir mises en œuvre par l'établissement ou le service et par leurs professionnels dans le cadre de leur activité* »<sup>149</sup>. L'ANESM recommande d'évaluer cinq axes<sup>150</sup> :

---

<sup>146</sup> Ces deux items ressortent de la définition donnée par le dictionnaire Robert.

<sup>147</sup> Ainsi que le demande l'article L.312-8 du CASF.

<sup>148</sup> Voir annexe 9

<sup>149</sup> Définition proposée par M. Jean-Louis Deshaies, consultant formateur au cabinet Efficio.

<sup>150</sup> La recommandation « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » donne des repères pour l'évaluation à partir de la circulaire n°DGCS/SD5C2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- la garantie des droits individuels et collectifs,
- la prévention des risques liés à la santé,
- le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance,
- la personnalisation de l'accompagnement,
- l'accompagnement de fin de vie.

L'évaluation interne a lieu tous les cinq ans et précède, la première fois qu'elle est réalisée, de deux ans l'évaluation externe.

Basée sur les mêmes champs d'analyse, l'évaluation externe « *porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies* »<sup>151</sup>. Elle est réalisée tous les sept ans par un organisme habilité par l'ANESM. Sa conformité aux références sectorielles conditionne le renouvellement de l'autorisation tous les quinze ans, sauf disposition spéciales<sup>152</sup>.

Calendrier des prochaines évaluations<sup>153</sup> :

- La prochaine évaluation interne est programmée en 2014. Je prévois de compléter le référentiel Angélique par les critères et indicateurs susmentionnés.
- L'évaluation externe est programmée pour 2016.

Ces démarches d'évaluation produisent des connaissances sur le fonctionnement et la qualité de l'accompagnement. Elles me permettent, avec les équipes de l'EHPAD, de mettre en place des actions correctives et de préparer mes futures décisions dans une vision de plus long terme.

---

<sup>151</sup> Ainsi l'ANESM présente sur son site internet les objectifs de l'évaluation externes donnés par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>152</sup> Concernant les évaluations externes, voir le site de l'ANESM (visité le 19.08.2012) présentant une recommandation pour l'évaluation interne :

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_Evaluation\\_Interne\\_web2.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web2.pdf)

et la circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux :

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/textes\\_de\\_reference/Circulaire%20DGCS\\_21102011.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/textes_de_reference/Circulaire%20DGCS_21102011.pdf)

<sup>153</sup> Cf. le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux



### 3.3 Pérenniser l'action

Avec un objectif simple de bien-être des personnes, la gestion de l'EHPAD relève néanmoins d'une certaine complexité. En vue de pérenniser le projet, je cible des priorités de long terme quant aux acteurs (3.3.1), à la révision du projet d'établissement (3.3.2) et à l'ouverture à de nouveaux réseaux (3.3.3).

#### 3.3.1 Cibler les priorités de la GPEC

À partir des objectifs de l'organisation, la fonction ressources humaines identifie, détecte, cherche, trouve, développe et accompagne les compétences nécessaires dans le présent et dans l'avenir. La gestion initiale de l'emploi et des compétences dans la phase de lancement du projet répond à l'objectif de développer la reconnaissance des personnes accompagnées. Cet objectif implique toutes les richesses humaines de l'EHPAD. Sur ce plan, il peut être pérennisé par une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences.

La stratégie de long terme consiste à installer une culture professionnelle d'accompagnement intégrant l'héritage culturel dans une culture laïque partagée par tous les acteurs de l'établissement. Cette culture se forge dans un creuset relationnel qui passe l'accompagnement au feu de l'altérité. La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences de l'EHPAD Saint Louis doit donc refléter et faire avancer le sens de l'histoire. Pour cela, je choisis trois axes de travail reliés aux outils RH dont je dispose :

Axes de travail	Outils RH
1. Une approche globale de l'accompagnement basée sur le souci de l'autre dans la relation d'altérité	Recrutements privilégiant la poly-compétence  Compétences cibles pour le personnel soignant : <ul style="list-style-type: none"><li>• soins médicaux avec approche relationnelle</li><li>• aptitudes à détecter les goûts artistiques des personnes</li><li>• créer du lien entre les personnes âgées et leur entourage</li><li>• qualité d'écoute active</li></ul> Diffusion en interne d'une culture du <i>care ethics</i> par des échanges et des interventions avec des professionnels d'autres établissements  Encouragement des formations individuelles qualifiantes (notamment par les périodes de qualification et VAE) et non-qualifiantes. Communications régulières sur les dispositifs DIF et CIF.
2. Connaissance et reconnaissance des personnes	Plan de formation pluriannuel tenant compte des thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>• Le processus de vieillissement</li><li>• La Validation des émotions et sentiments des personnes âgées</li><li>• La bientraitance en EHPAD et une culture de soins relationnels adaptés</li></ul>

âgées accueillies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animation et coordination d'ateliers d'art-thérapie (art-thérapeutes) et participations aux ateliers (personnel soignant)</li> <li>• Le rôle de l'animateur en EHPAD</li> </ul> <p>Tenue des entretiens annuels d'évaluation (centrage et recentrage des projets professionnels des salariés)</p>
3. Respect de la dignité des personnes accompagnées	<p>Équipes soignantes : Analyse de la pratique par un intervenant extérieur, pour inscrire de la souplesse dans les attitudes des personnes.</p> <p>Équipe d'encadrement : formation au management institutionnel</p>

Naturellement, ces orientations sont formulées dans le projet d'établissement dont la révision est prochaine.

### 3.3.2 Préparer la révision du projet d'établissement

Le groupe d'amélioration de la qualité a joué un rôle de premier plan dans la constitution du projet d'établissement de 2010. En 2013 sera déployé un projet qui change la manière d'envisager l'accompagnement. La mise en cohérence des projets de soins et de vie sociale procède d'une nouvelle manière de présenter et de vivre la relation de soins à l'EHPAD. Cette nouvelle approche se traduit dans le projet de vie des personnes, et dans le projet d'établissement.

Je confie donc au groupe d'amélioration continue de la qualité deux missions :

1. Rédiger une annexe au projet d'établissement actuel détaillant le projet de reconnaissance des personnes accompagnées. Délai : avril 2013. Le travail pourra s'effectuer en sous-groupes.
2. Effectuer une veille pendant les deux ans qui séparent de la révision du projet d'établissement, prévue tous les cinq ans. Pour précéder le renouvellement de la convention tripartite de troisième génération, j'en anticiperai la révision fin 2014 pour une livraison début 2015.

L'objectif principal est de créer les conditions favorables au passage de relais entre le Conseil d'administration actuel et un futur Conseil d'administration laïc duquel les sœurs ne feraient plus partie. Le projet d'établissement, fondé sur un accompagnement approfondissant le respect de la dignité par la reconnaissance des personnes accompagnées, devient garant d'un avenir conforme aux politiques publiques actuelles, en même temps que respectueux des origines religieuses de l'EHPAD, profondément attachées au respect de la personne humaine.

### **3.3.3 Capitaliser les savoirs et ouvrir l'EHPAD à de nouvelles coopérations**

Vivre le projet de reconnaissance est un processus évolutif. Diriger un tel projet m'invite à penser aux accompagnements vécus avec les personnes âgées et aux expériences intégrées par les équipes. Les difficultés rencontrées, les passages étroits par lesquels l'établissement doit passer pour réussir sa mue, sont autant d'expériences à partager avec les réseaux gérontologiques et médico-sociaux. Pour cela, je préconise une assiduité particulière aux rencontres interprofessionnelles organisées par la fédération à laquelle l'EHPAD est affilié.

L'actuelle participation à la Fédération des établissements et services d'inspiration chrétienne en région Centre (FESICC), émanation de la FNISASIC, prend aussi un nouveau sens. À l'avenir, l'inspiration chrétienne de départ vivra au travers d'une culture de l'accompagnement renouvelée. L'EHPAD Saint Louis a tout intérêt à développer les partenariats, les réseaux et les coopérations. Sur ce sujet, l'enjeu n'est pas seulement gestionnaire. Bien sûr, des économies d'échelle peuvent être réalisées en mutualisant des moyens avec d'autres établissements. Mais qu'en est-il de la consolidation des cohérences associatives que porte notre secteur d'activité ?

La contribution de l'EHPAD Saint Louis aux politiques publiques pourrait aussi se faire en saisissant l'opportunité de la participation à un programme de recherche-action sur la question de l'accompagnement. En effet, l'expertise développée dans ce domaine à la faveur de la mutation entreprise est un terrain d'observation de premier choix. L'œil interrogatif du chercheur participe à l'innovation sociale dans un cadre de transitions majeures du secteur sanitaire, social et médico-social sur les questions démographiques et épidémiologiques.

La question de profiter de l'architecture originale et du potentiel d'extension, pour créer une plate-forme de services aux personnes vulnérables permettrait de développer des partenariats variés, dans une optique de coordination des services et de rationalisation des coûts. L'utilité sociale de l'établissement serait redéployée, relevant ainsi de nouveaux défis au service des usagers. De cette manière, la structure s'adapte plus à l'utilisateur que l'utilisateur ne s'adapte à la structure, dans une logique de prestation de services à la personne. C'est un des enjeux actuels du secteur associatif. Cela pourra faire l'objet d'une réponse à appel à projet dès que les orientations nationales et régionales iront dans ce sens. Auparavant, le sujet aura pu être proposé en conférence de territoire.

## Conclusion

La promotion de l'altérité à l'EHPAD Saint Louis par la reconnaissance des personnes accompagnées permet finalement de relever une polysémie porteuse de réciprocité : « *Soulignons le fait qu'en français le mot reconnaissance signifie deux choses, être reconnu pour qui on est, reconnu dans son identité, mais aussi éprouver de la gratitude - il y a, on peut le dire, un échange de gratitude dans le cadeau.* »<sup>154</sup> Ces mots de Paul Ricœur raisonnent harmonieusement avec la qualité de présence, véritable présent échangeable entre professionnels et résidents. L'économie du don ne serait-elle donc pas toujours payante ? Une part de gratuité subsiste dans la relation. Et les échecs, dans l'accompagnement, rappellent combien la part d'attention mutuelle est importante pour les personnes âgées vivant en EHPAD, et pour ceux qui les accompagnent.

Mais alors, comment réconcilier les paradoxes d'un accompagnement bien amarrés aux rives de l'amour et du respect ? J'ai parlé plus haut de dévouement et de compétences : deux dimensions qui, pour les professionnels, suggèrent des attitudes tantôt opposées, tantôt complémentaires. Pour ne pas risquer la bipolarité ou la dissociation, il importe de concilier ces deux qualités professionnelles, mais à des niveaux différents. En effet, du point de vue des résidents, la qualité des services relève tant de la relation de soins que de leur perception de ce que l'établissement apporte pour leur bien-être. Dans cette perspective, la compétence des accompagnants apporterait au niveau individuel ce que le dévouement aurait de caractère institutionnel. En plaçant le dévouement au niveau institutionnel, j'offre une garantie supplémentaire de contribuer à la sérénité du climat au sein de l'établissement. En cela, je rejoins ce qu'il y a de plus impalpable dans les relations entre personnes et qui forge l'identité de l'établissement.

Il en va de la réussite du tournant culturel entrepris. Ce que l'on appelle « héritage » n'est déjà plus. La réalité de cet héritage résiderait en fait dans ce que vivent les personnes, quand tombe le masque, tant à travers les relations personnelles que collectives, individuelles ou institutionnelles. A l'EHPAD Saint Louis, cette identité puisée dans une histoire culturelle révèle un avenir laïc, ouvert à la diversité qui caractérise la société actuelle. Quel que soit l'avenir de la personnalité morale de l'EHPAD, et quelle que soit la forme de future gouvernance associative, je peux désormais affirmer qu'il est possible d'envisager une continuité du projet initial de l'inspiration chrétienne. Cela s'accomplira de

---

<sup>154</sup> RICOEUR P., 2004, « La lutte pour la reconnaissance et l'économie du don », Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture Secteur des sciences sociales et humaines, p. 27

l'intérieur, par ce qu'il y a de plus précieux dans l'établissement, pont entre rationnel et irrationnel : l'altérité.

Jusqu'où les changements culturels peuvent-ils se poursuivre dans une société postindustrielle ? Par exemple, appellera-t-on un jour, comme au Canada, les citoyens accompagnés, « clients de l'établissement » ? Certes, la culture de service est déjà bien installée. Mais l'accueil de personnes vulnérables conduit la relation au-delà du simple rapport client-fournisseur.

À ma question initiale de savoir comment se vit l'altérité avec les personnes âgées dans un EHPAD d'inspiration chrétienne en cours de laïcisation, pour favoriser le bien-être des usagers dans chaque dimension de leur accompagnement, je veux rejoindre les personnes au plus proche de leurs attentes relationnelles, à tous leurs niveaux de besoins. Pour l'EHPAD Saint Louis, la réponse relationnelle que je propose est tournée vers une écoute active qui permet d' « entendre » dans les deux sens du terme. Ainsi les résidents sont mieux compris. Ce ne sont plus seulement les symptômes liés au grand âge qui sont soignés, mais les personnes qui peuvent guérir elles-mêmes grâce aux ouvertures relationnelles suscitées par les soignants, professionnels de l'accompagnement.

Le temps a passé. La vie s'est visiblement épuisée. Mais l'invisible prend un jour le dessus quand survient la mort. À nous, professionnels en EHPAD, d'accompagner, pour ceux qui partent et pour ceux qui restent, cet ultime envol.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES LUS

AUBERT N. / éd, 2010, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF Fondamental, 656 p.

BALMARY M., 2005, *Le Moine et la Psychanalyste*, Paris : Albin-Michel, 187 p.

DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, p. 40

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard Folio Essais, 813 p.

CASTEL R., 2003, *L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris : Le Seuil/La République des idées, 95 p.

D'ANSEMBOURG T., 2001, *Cessez d'être gentils, soyez vrai ! Être avec les autres en restant soi-même*, Montréal, Québec : Les éditions de l'Homme, 249 p.

ELIAS N., 1991, *La société des individus*, Paris : Fayard, 301 p.

ENNUYER B., 2003, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris : Dunod, 339 p.

Évangiles, dans la traduction œcuménique de la Bible (TOB)

FEIL N. ACSW, révisé avec Vicki de Klerk-Rubin, 2005, *Validation, la méthode de Naomi Feil, pour une vieillesse pleine de sagesse, aider et accompagner les grands vieillards désorientés*, Rueil Malmaison : éditions Lamarre, pp. 133 à 138

GRÜN A., 2009, *L'art de bien vieillir*, Paris : Albin Michel, 204 p.

HEGEL G. W. F., *Phénoménologie de l'esprit*, 1807

HENNEZEL (de) M., 2004, *Le souci de l'autre*, Paris : Robert Laffont, Pocket, 192 p.

KANT E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Le livre de Poche, collection Classiques de Poche, 1993, 252 p.

KÜBLER-ROSS E., LELOUP J.-Y., 1997, *L'art de mourir, traditions religieuses et spiritualités humanistes face à la mort aujourd'hui*, Paris : Robert Laffont, 219 p.

LAMARTINE (de) A., 1820, *Le lac de B\*\*\* in Méditations poétiques*, Paris : dépôt de la librairie grecque-latine-allemande

LÉVINAS E., 1995, *Altérité et transcendance*, Paris : Le livre de Poche, biblio essais, 183 p.

LÖCHEN V., 2010, *Comprendre les politiques d'action sociale*, Paris : Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, 458 p.

LUILIER J.-M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, 4<sup>ème</sup> édition, 272 p.

MARTIN B., LENHARDT V., JARROSSON B., 2010, *Oser la confiance*, Paris : Insep Consulting Éditions, 165 p.

MIRAMON J.-M., 2001, *Manager le changement*, Paris : Éditions ENSP, 105 p.

MIRAMON J.-M. / éd, 2009, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Mayenne : Presses de l'EHESP, 269 p.

MOLINIER P., éd, 2011, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Petite bibliothèque Payot, 302 p.

PERSONNE M., 1998, *Prendre en charge les personnes âgées dépendantes*, Paris : Dunod, 179 p.

RICOEUR P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990, 425 p.

SUDRES J.-L. / éd., 2010, *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Paris : L'Harmattan, 270 p.

SUN TZU (V<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ), 2011, *L'art de la guerre*, Malesherbes : Flammarion, Chapitre X et XI, 338 p.

SZYMKOWIAK M., 2009, *Autrui*, Malesherbes : GF Flammarion, 251 p.

## **OUVRAGES CONSULTÉS**

BAJOIT G., 1992, *Pour une sociologie relationnelle*, Paris : PUF, 308 p.

BARREYRE J-Y, PEINTRE C., 2004, *Évaluer les besoins des personnes en action sociale*, Paris : Dunod, 146 p.

BORGETTO M. et LAFORE R., 2009, *Droits de l'aide et de l'action sociale*, Villeneuve d'Ascq : Montchrestien, Domat droit public, 7<sup>ème</sup> édition, 740 p.

Catéchisme de l'Église catholique, 2002, Editions Centurion / Cerf / Fleurus-Mame, Lonrai, p. 404

DUGUIT L., 1908, *Le droit social, le droit individuel et la transformation de l'État*, Paris : Alcan, 186 p., introduction

*Petit Robert*, Paris, 1987

*Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2009*, 2008, Lonrai : édition Le Robert

CAILLÉ A., 1994, *Don, intérêt et désintéressement, Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres*, nouvelle édition, Paris : La découverte – MAUSS, 2005, 352 p., introduction et partie II

CASTEL R., 2003, *L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé ?*, Lonrai : éditions du Seuil et de La République des Idées.

FEIL N., 2006, *Validation, mode d'emploi*, Paris : Pradel, 238 p.

GODIN C., 2004, *Dictionnaire de philosophie*, Fayard, éditions du temps, 1600 p.

GREISCH J., 2005, « Altérité » in, *Dictionnaire des notions*, Évreux : Encyclopaedia universalis, p. 50

HANSON B., 2001, « Ethique du souci de l'autre, care ethics », *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles : De Boeck Université, p. 398, article

HESLON C., 2008, *Accompagner le grand âge*, Paris : Dunod, 230 p.

JOHNSON G. / éd., 2008, *Stratégie*, 8<sup>ème</sup> édition, Orléans : Pearson Éducation, 720 p.

KANT E., *La critique de la faculté de juger*, 1790

LE FAOU A-L., 2003, *Les systèmes de santé en questions, Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada*, Paris : Ellipses, 224 p.

LEVINAS E., 1996 (édition originale de 1971), *Totalité et Infini*, Paris : Le livre de poche

MADINIER G., 1986, *Conscience et amour*, Paris : PUF, pp. 96-97

OTTAVIANI, 2012, « Personnalisme » in *Grand dictionnaire de la philosophie*, Paris, Larousse, CNRS Éditions

## **ARTICLES DE REVUES, CONFÉRENCES ET ACTES DE COLLOQUES**

ACTES DU COLLOQUE DE LA FNISASIC, *L'institution chrétienne au cœur de la société, questions et convictions d'hier et d'aujourd'hui. Et demain ?* « Synthèses des ateliers, perspectives », Lille, 9 et 10 décembre 2010

BENOIT C., 2008, « Quand « je » est un autre. À propos d'une belle matinée de Marguerite Yourcenar », *Relief*, p. 145-160

BODESCOT M.-C., 2005, « la méthode de la validation de Naomi Feil, agir auprès des personnes désorientées », *Doc'ANIMATION en gérontologie*, n° 6, pp. 115-120



BORGETTO M., 2000, « L'irrésistible ascension des « droits à », *Informations sociales*, n° 81 (n° spécial sur Le droit à...), pp. 4-19.

COLIGNON M., 2012, « L'art-thérapie est-il dangereux ? », *Le journal des psychologues*, n° 295, pp. 52-55

COLPÉ D., « La relation soignant-soigné devant le travail de l'âge : vieillir », *Cahiers de psychologie clinique*, 2007, n° 28, pp. 257-270.

COUTTON V., 2001, « Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, n° 99, pp. 111-129

EDEY GAMASSOU C., 2012, « L'engagement peut placer les professionnels en situation de vulnérabilité », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2766, pp. 34-35

FABRE B., « La maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : la comprendre et la prévenir par le management institutionnel » in INSTITUT DU TRAVAIL SOCIAL DE TOURS, intervention du 3 juillet 2012

FIAT E., Intervention au colloque du 30 juin 2011, « Les paradoxes de l'accompagnement, un chemin de crête » à l'occasion des 50 ans de la Fondation des Amis de l'Atelier

FRINAULT T., 2005 « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix* n° 72, pp. 11-31

HOF C., 2011, *L'art-thérapeute en gérontologie*, Revigny-sur-Ornain : DOC'éditions, collection Professionnels en gérontologie, chapitre 9

HOVANESSIAN M. / éd, 1998, « La construction des catégories de l'altérité », *Journal des anthropologues* [en ligne], pp. 72-73

JANVIER R., « Adapter nos organisations, répondre aux évolutions, accroître la qualité de nos interventions auprès des personnes ? », in Fédération Générale des PEP : ETHIQUE, GOUVERNANCE ET DIRIGEANCE, 5èmes journées nationales de formation des cadres du Domaine Social et Médico-social, Evry, le 7 février 2012

JOLY P., mars 2011, « Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution », espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, accessible [ici](#)

LAFORE R., « L'avenir du fait associatif », in INSTITUT DU TRAVAIL SOCIAL DE TOURS, conférence du 10 janvier 2012.

MAUSS M., 2002, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Chicoutimi, édition électronique dirigée par TREMBLAY J.-M., accessible [ici](#)

MUNSCH-ROUX K. et MUNSCH F., 2008, « La méthode de Validation de Naomi Feil, une pratique thérapeutique innovante en gérontologie », *Gérontologie et Société*, n° 126, pp. 189-204

NAVARRO N., « Évaluation sociale et médico-sociale : présentation des divers documents existant dans le secteur », consultable sur le site de l'action sociale du Puy-de-Dôme : [ici](#)

PELLISSIER J., 2006, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société*, n° 118, pp. 37-54.

PREVOST P., éd, 2003, Étude Pathos sur l'échantillon « Ernest » 2001, les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national, CNAMTS / DSM, service médical, 65 p.

Rapport « What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin », 1995, Royaume-Uni

RICŒUR P., « Le psychiatre devant la souffrance » in ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, 25 et 26 janvier 1992, Brest : Revues : *Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992; et *Autrement*, « Souffrances », n° 142, février 1994.

RICOEUR P., « La lutte pour la reconnaissance et l'économie du don », conférence prononcée lors de la Première Journée internationale de la philosophie, 21 novembre 2002, Paris : Unesco, 2004, 40 p.

SCHLEGEL J.-L., « Des institutions, des valeurs et des hommes. L'identité des établissements sanitaires et médico-sociaux chrétiens : une fidélité à renouveler » ACTES DU COLLOQUE DE LA FNISASIC, *L'institution chrétienne au cœur de la société, questions et convictions d'hier et d'aujourd'hui. Et demain ?* Lille, 9 et 10 décembre 2010

TRONTO J. C., 2008, « Du care », *Revue du MAUSS* n° 32, pp. 243 à 265.

WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Quality Life Research*, 1993, n° 2, pp. 153-159.

ZIELINSKI A., 2009, « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités » *Gérontologie et société*, n° 131, p. 20

## **SITES INTERNET**

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

[http://www.wto.org/french/tratop\\_f/serv\\_f/gatsqa\\_f.htm](http://www.wto.org/french/tratop_f/serv_f/gatsqa_f.htm)

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/services/services-dir/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/services/services-dir/index_fr.htm)

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/prescrire-les-soins-de-nursing.html>

<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/accompagner-un-concept-fondamental-pour-le-soigne-et-le-soignant.html>

<http://www.anfg.fr/content/view/209/31/lang,fr/>

## **RAPPORTS, MÉMOIRES**

ANESM, Recommandation « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », février 2012

ANESM, Éléments de cadrage « Qualité de vie en EHPAD », Mars 2010, *consultable [ici](#)*

ANESM, Étude relative à « L'accompagnement pluridisciplinaire dans les structures de répit et d'accompagnement », mars 2011

ANESM, Recommandation, « Qualité de vie en EHPAD (volets 1 à 3), La vie sociale des résidents en EHPAD », déc. 2011

ARRECKX M., *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, Assemblée nationale, 1979.

Commissariat général du Plan, 1980, *Vieillir demain*, Rapport du groupe « Prospective personnes âgées », Paris : La Documentation française

Compte-rendu du comité de pilotage de l' « étude sur les facteurs déclenchants d'entrée en EHPAD » par la Plate-forme d'observation sociale et sanitaire de Languedoc-Roussillon, 2 février 2010.

GUINAMARD T., 2008, *Transformer un EHPAD en articulant projet d'établissement et projet de vie : intégrer des religieux vivant en communauté* : Mémoire de l'EHESP, 73 p.

FEREY P., 2008, *La coupe PATHOS en complément d'AGGIR : un outil au service de la qualité de la prise en charge ? L'exemple du Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq-Nay* : Mémoire de l'EHESP, pp. 5 à 11.

LADOUCETTE (de) O., mars 2011, Rapport Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir,

SANISIDRO M., 2008, *La place des familles et des proches des résidents en EHPAD : à la recherche d'une intégration réussie. L'exemple de la maison de retraite publique de Ganges « Le Jardin des Aînés »*, Mémoire de l'École de Hautes Études en Santé Publique, 56 p.

## **TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES**

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

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

Article L2323-1 du code du travail

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux

Circulaire n°DGCS/SD5C2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Décision du Conseil Constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation, JO du 29 juillet 1994, Rec., p. 100 ; D., 1995.237 et SC 299, obs Favoreu

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Diagnostic stratégique – tableau de synthèse .....	II
ANNEXE 2 : Extrait du Schéma gérontologique départemental du 26 juin 2008 .....	IV
ANNEXE 3 : Résultats chiffrés de l'enquête de satisfaction de 2008 .....	V
ANNEXE 4 : Résultats de l'évaluation Angélique et recherche de solutions .....	VII
ANNEXE 5 : Questions pour les entretiens semi-directifs avec le personnel .....	VIII
ANNEXE 6 : Tableau de synthèse sur les phases de résolution dans le processus de vieillissement .....	IX
ANNEXE 7 : Extrait de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action social et médico-sociale, codifiée à l'article L 311-3 du CASF .....	X
ANNEXE 8 : Résumé des besoins fondamentaux selon Virginia Henderson .....	XI
ANNEXE 9 : Programme de formation de « praticien en Validation® » .....	XII
ANNEXE 10 : Extrait du guide des indicateurs de l'ANAP, Projet 2011 « Pilotage & Performance ESMS » .....	XVI
ANNEXE 11 : Tableau de bord et évaluation du projet : exemples .....	XVII

## ANNEXE 1 : Diagnostic stratégique – tableau de synthèse

Réalisé en avril 2012

### Diagnostic externe

	MENA CES	OPPOR TUNI TES
--	-------------	----------------------

#### LE MACRO ENVIRONNEMENT

Les politiques sociales actuelles insistent sur la dimension personnalisée d'un accompagnement de qualité, invitant les EHPAD à structurer la prise en charge en ayant recours aux outils prévus par la loi et aux recommandations des agences.		
Les budgets sont de plus en plus contraints et la convention tripartite a mis deux ans à être signée. Le problème de financement des EHPAD est un problème de société qui oblige à faire plus et mieux à moyens moindres ou constants.		
L'évolution démographique nationale entraîne une arrivée de plus en plus tardive en EHPAD de personnes de plus en plus dépendantes physiquement et psychiquement, nécessitant une prise en charge spécialisée.		
De nouvelles avancées de la médecine rendent plus concrètes les pistes pour soigner les maladies cognitives. Cette perspective rappelle que la mission de l'EHPAD s'adresse à tous les publics dès lors qu'ils subissent une dépendance.		

#### LA DEMANDE

Aider les personnes âgées à vivre autonomes et en bonne santé le plus longtemps possible, à travers un accompagnement personnalisé.		
Susciter des possibilités d'ouverture et de rencontres sociales prévenant les personnes âgées de l'isolement et contribuant à leur bien-être.		
Permettre qu'elles terminent leur vie sur terre le plus sereinement possible en évitant au maximum les souffrances physiques et morales.		

#### L'ENVIRONNEMENT STRATEGIQUE

Bien qu'implanté dans le tissu urbain, l'EHPAD Saint Louis a été en froid avec la municipalité qui y voit un concurrent. Suite à une commission de sécurité virulente en 2009, l'établissement a été remis aux normes incendie. Les relations ont repris.		
L'ARS encourage les établissements d'inspiration chrétienne à développer des solutions innovantes concernant la fin de vie et la prise en charge de la souffrance. Mais cette mission n'est pas encore formalisée.		
L'ARS a exercé pendant deux ans un pouvoir de blocage du fonctionnement institutionnel en reportant la signature de la convention tripartite. Elle a été signée en 2012. Les budgets soins et dépendances sont en dotation globale.		

## Diagnostic interne

	FAI BLES SES	FOR CES
<b>SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE</b>		
L'offre de l'EHPAD Saint Louis se distingue par sa diversité en termes de logements, de coûts, de personnalisation du cadre de vie. Des travaux représentant des investissements conséquents sont en cours.		
La trésorerie est tendue, dans un contexte de désengagement progressif de la congrégation gestionnaire. Les fonds propres de l'établissement ont été transférés à l'association gestionnaire. Un rapprochement avec d'autres structures sera à envisager à l'avenir.		
<b>RESSOURCES TECHNIQUES</b>		
En seconde moitié de vie, les immobilisations font l'objet de renouvellements réguliers. Les équipements pour la prise en charge des personnes sont opérationnels.		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
Le nombre de personnels a été renforcé en conséquence du passage à la dotation globale, mais des réajustements seront certainement opérés à l'avenir.		
L'ingénierie de formation est fluide et structurée.		
Le travail réalisé pour la qualification du personnel accroît leurs compétences et leur employabilité, mais entraîne un turn-over. Ce fut le cas, notamment pour les fonctions d'aides-soignantes, lors de la distinction « Top RH » de l'établissement.		
<b>RESSOURCES MANAGÉRIALES</b>		
Les difficultés managériales d'une infirmière coordonnatrice et son départ ont entraîné une réorganisation renforçant le rôle du médecin coordonnateur, de la nouvelle responsable des soins, des chefs de services et de la direction.		
Une autre ancienne infirmière coordonnatrice, qui a écrit le projet de soins, est redevenue simple infirmière dans l'établissement.		
Le médecin coordonnateur est en place depuis deux ans. Il incarne une nouvelle génération, proche des personnes et de leurs préoccupations.		
<b>RESSOURCES ORGANISATIONNELLES</b>		
Dans un nouveau contexte générationnel pour le personnel, la culture du don cède la place à une culture du service cantonné aux tâches demandées. D'où la nécessité de proposer un cadre d'action précis.		
Les différences de pratiques et d'ambiances dans les trois pavillons invitent à rechercher les complémentarités. Les trois sites sont en cours de raccordement.		
Le nouveau mode de management s'intègre dans un environnement déjà habitué à travailler dans une logique d'amélioration continue de la qualité.		

## **ANNEXE 2 : Extrait du Schéma gérontologique départemental du 26 juin 2008**

### 2 – LA POPULATION DES EHPAD

#### **A - La population hébergée en établissement au 1<sup>er</sup> juin 2006**

- ❖ 12 % de la population des 75 ans et plus (10 % au niveau national) et 33 % de la population des 85 ans et plus (25 % au niveau national) sont en institution
- ❖ 74 % de femmes et 26 % d'hommes
- ❖ Une majorité de personnes âgées de 80 à 94 ans (64 %) plus jeunes en Centre Hospitalier (70 % ont plus de 80 ans) et plus âgées en EHPAD publics (86 % ont plus de 80 ans). En juin 2006, 92 % des personnes vivant en EHPAD ont perdu de façon plus ou moins importante leur autonomie. 84 % d'entre elles sont dépendantes pour la toilette, 52 % pour l'habillement et 50 % pour la cohérence.
- ❖ 82 % sont originaires du département (84 % au niveau national)
- ❖ Un taux de remplacement de 31 % (1370 sorties définitives)
- ❖ Durée de présence dans l'établissement
- ❖ moins de 1 an : 11 %
- ❖ de 1 à 4 ans : 57 % (45 % en avril 2002)
- ❖ 72 personnes de moins de 60 ans (2 % des résidents hors foyers-logements) dont 68 % en établissement hospitalier
- ❖ 905 personnes (21 %) présentent une faible dépendance (GIR 5/6)
- ❖ Entre 2000 et 2006 on constate :
- ❖ une diminution des GIR 1/2 en établissements hospitaliers et une augmentation en EHPAD privés
- ❖ une augmentation des GIR 2/3 en EHPAD publics
- ❖ une augmentation des GIR 6 en établissements hospitaliers

#### **B – le recours aux prestations d'aide sociale**

##### 1/ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (au 31 décembre 2006)

- ❖ 2 973 bénéficiaires soit 85 % des résidents originaires du Loir-et-Cher
- ❖ 60 % en GIR 1 et 2 (hors établissements sous dotation globale)
- ❖ 48 % âgés de 75 ans et plus (hors établissements sous dotation globale)
- ❖ Forte augmentation de la dépense en raison des effets des conventions tripartites (9 004 000 € en 2006)

##### 2/ L'aide sociale à l'hébergement

- ❖ Relative stabilité du nombre de bénéficiaires depuis 2001 autour de 600 personnes



### ANNEXE 3 : Résultats chiffrés de l'enquête de satisfaction de 2008

**Depuis combien de temps connaissez-vous l'EHPAD Saint Louis?**

Toujours  
Lors de la recherche d'établissements

Résidents								FAMILLES	
TOTAL		Pavillon 1		Pavillon 2		Pavillon 3			
OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
39			8		15		6		10
24			2		5		9		8

**Avez-vous visité d'autres établissements ?  
Pourquoi avez-vous choisi l'EHPAD Saint Louis ?**

Réputation  
Place libre  
Rapport qualité/prix  
Cadre et environnement  
Proximité famille  
Qualité de l'accueil lors de la 1ère visite  
Notre statut d'institution religieuse  
La présence de la communauté religieuse  
Autre

37	11	7	2	13	3	8		9	6
35			8		9		6		12
25			3		6		7		9
7			2		1		1		3
25			2		7		5		11
33			2		10		8		13
18			4		1		5		8
10					2		2		6
10			1		2		2		5
14					7		6		1

## Vie Sociale

### Charte de la personne accueillie

Connaissez-vous la charte de la personne accueillie  
Savez-vous où elle est affichée dans l'établissement  
Vous l'a-t-on proposé  
La voulez-vous

OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
14	29	3	5	14	4	8	2	4	5
9	30	3	3	12	5	8	2	7	1
6	33	5	2	12	3	9	1	7	1
9	23	3	3	10	3	6	3	4	3

Vous appelle-t-on Monsieur, Madame  
Vous sentez-vous respecté

39	4	1	9	2	20		13	1	10
42			10		23		14		9

## Vos interlocuteurs

Connaissez-vous les animatrices

Connaissez-vous des sœurs de l'EHPAD ?

Connaissez-vous des bénévoles

Connaissez-vous les associations

Les animations vous sont-elles proposées

Attend-on votre réponse

Y participez-vous

51	3		9	1	23		13	2	6
51	11		10	6	19	1	13	4	9
25	28	2	5	13	8	5	8	8	4
10	35	5		13	4	8	4	9	2
48	8	1	9	2	21	3	11	2	7
23	13	4	2	6	10	1	6	2	5
28	19	2	6	6	15	6	5	5	2

## Votre participation aux animations quotidiennes

Gymnastique douce

Lecture du journal

Atelier mémoire

Chorale *Le cœur en fête*

Atelier manuel

Atelier cuisine

Atelier tendresse (soins beauté)

Résidents								FAMILLES	
TOTAL		Pavillon 1		Pavillon 2		Pavillon 3			
OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
24	30	5	4	11	10	7	6	7	4
7	44	6	2	18	3	12		8	2
10	36	7	1	13	4	9	3	7	2
20	33	6	3	15	7	8	5	4	5
7	43	8	1	17	4	10	2	8	
1	47	9		17	1	13		8	
24	25	5	4	10	9	5	8	5	3

## Votre participation aux animations mensuelles

Rencontres avec d'autres établissements

Sorties à la bibliothèque

Autre sorties (villages, marché...)

Conférences

Expositions photos, poésie

Concerts

Groupes musicaux

Rencontres avec des jeunes

Fêtes religieuses

Anniversaires

15	35	5	4	13	6	9	4	8	1
3	46	9	1	16	1	12		9	1
10	38	7	2	15	2	8	5	8	1
7	35	6		13	3	8	3	8	1
17	28	4	4	10	7	9	4	5	2
14	26	5	2	8	6	9	3	4	3
11	28	5		11	5	8	3	4	3
20	25	3	5	11	6	6	7	5	2
22	23	5	1	8	12	5	7	5	2
20	19	2	5	7	7	6	5	4	3

## La boutique

L'utilisez-vous

En êtes-vous satisfait

24	33	6	3	10	12	7	5	10	4
24	4	1	3		12		5	3	4

## ANNEXE 4 : Résultats de l'évaluation Angélique et recherche de solutions

L'autoévaluation des pratiques professionnelles a permis de mettre en avant les points forts de l'établissement et de créer une dynamique d'amélioration des points détectés plus faibles. Les grands objectifs ressortent de la manière suivante :

Points forts à conforter et à développer	Points faibles à faire évoluer
1. L'accueil d'un nouveau résident est le résultat d'une procédure claire, communiquée et partagée. Le futur résident connaît l'établissement, ses prestations, les projets qui seront mis en place avec lui et pour lui. Il convient de conforter cet accueil avec un document d'arrivée et de mieux communiquer avec les équipes afin qu'elles connaissent les projets mis en place pour y participer.	1. L'accessibilité des locaux est en amélioration permanente mais il subsiste des locaux où l'accès mérite une rénovation. Certains locaux doivent être modernisés pour répondre aux normes actuelles de prise en charge.  La disponibilité de douches dans chaque logement doit être retravaillée.
2. La vie sociale des résidents les positionne en acteurs de leur propre vie. Des moyens nombreux sont mis en œuvre pour que chacun puisse trouver des animations correspondant à ses attentes, notamment par des actions artistiques.	2. Les animations envers les personnes en GIR 6 et en GIR 1 doivent être retravaillées afin de proposer une plus grande liberté de choix.
3. Les services d'appui sont gérés en direct : cuisine, entretien technique, lingerie, administration, apportant une réactivité importante au service des résidents	3. Les cuisiniers doivent améliorer leur proximité avec les résidents en les rencontrant. Il est nécessaire de travailler en équipe la nutrition et plus seulement la dénutrition.
4. L'organisation des soins avec des professionnels compétents et un suivi individualisé a bénéficié de nombreuses évolutions au cours de la dernière convention, il faut continuer à la mettre au service des résidents.	4. Les soins médicaux et infirmiers bénéficient d'un encadrement suffisant. Il faut absolument renforcer les professionnels soignants avec des professionnels de qualification aide-soignant et aide médico psychologique.
5. La coordination avec les établissements et services locaux est largement développée. Il convient de continuer à développer des partenariats écrits.	5. La gestion des médicaments fait partie du projet mais n'est pas en place. Il convient d'accélérer le processus.
	6. L'évaluation des pratiques et des avancées n'est pas perçue comme une démarche d'amélioration continue mais comme une évidence. Il convient de repositionner les acteurs professionnels et les bénéficiaires dans une démarche d'amélioration sur plusieurs années.

Le groupe projet a établi des fiches d'objectifs répondant aux grandes orientations à tenir.

## **ANNEXE 5 : Questions pour les entretiens semi-directifs avec le personnel**

Questions préparatoires à destination des AS et ASH :

1. Selon vous, quelles sont les attentes de la personne âgée en EHPAD ? Quelles évolutions ?
2. De quelle manière communiquez-vous avec les personnes âgées ? (langage verbal, non verbal, lieu, temps, contact, regard, etc.)
3. Pourriez-vous me parler de trois situations relationnelles difficiles vécues avec les résidents ? Comment les avez-vous gérées ?
4. Quand les personnes âgées expriment des émotions et des sentiments, que faites-vous ?
5. Selon vous, quel est votre rôle auprès des personnes âgées ?

Autres questions préparatoires pour les entretiens semi-directifs :

1. Selon-vous, quelles attentes les personnes âgées expriment-elles à leur arrivée en EHPAD ?
2. Après leur entrée en EHPAD, comment se passe l'intégration des personnes dans leur lieu de vie ?
3. Selon vous, quels sont les trois points essentiels du projet d'établissement de l'EHAD Saint Louis ?
4. Notez-vous des différences d'approche dans l'accompagnement des personnes âgées ?
5. Comment le personnel gère-t-il les situations d'accompagnement complexes ?
6. Selon vous, quels sont les points forts du personnel dans l'accompagnement proposé ?
7. Le personnel soignant exprime-t-il des difficultés dans l'accompagnement des personnes âgées ? Si oui, lesquelles ?
8. Quelles seraient les origines d'une prédominance de la dimension soignante et technique dans la prise en charge des personnes âgées ?
9. Pourriez-vous préciser le rôle des aides-soignantes dans la vie sociale ?
10. des agents hôteliers ?
11. Quel rôle AS et ASH pourraient avoir dans la reconnaissance des émotions et sentiments exprimés par les personnes âgées ?
12. Selon vous, quel est le rôle de l'entourage des personnes âgées dans leur vie sociale ? (famille, amis, communauté, bénévoles ?)

## ANNEXE 6 : Tableau de synthèse sur les phases de résolution dans le processus de vieillissement

In FEIL N., 2006, *Validation, mode d'emploi*, Paris : Pradel, pp. 48-51

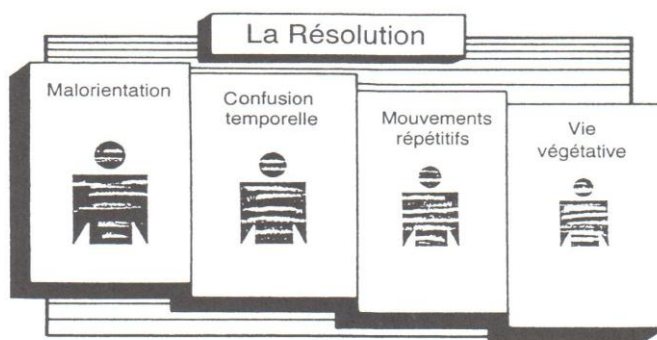


Figure 1. Les quatre étapes de la Résolution.

Tableau 1. Les quatre stades de la Résolution

	Étape 1 La Malorientation	Étape 2 La Confusion temporelle
<b>Les techniques de base</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionner avec : qui, quoi, où, quand.</li> <li>Toucher un minimum.</li> <li>Maintenir une certaine distance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser des mots basés sur les sens : je vois... je sens... Toucher, utiliser le regard.</li> </ul>
<b>Orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prend son temps.</li> <li>A conscience de la réalité.</li> <li>Réalise sa désorientation, et s'en inquiète.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perd la notion du temps.</li> <li>Oublie les faits, les noms, les lieux.</li> </ul>
<b>Signes corporels</b>		
<i>Muscles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durs, tendus.</li> <li>Continent habituellement.</li> <li>Mouvements rapides, directs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assied droit, mais détendu.</li> <li>S'inquiète de son incontinence.</li> <li>Mouvements lents et calmes.</li> </ul>
<i>Ton de la voix</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rude, accusatrice, souvent geignarde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible, rarement rude.</li> </ul>
<i>Yeux</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clairs et brillants.</li> <li>Contact visuel net, focalisé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clairs, mais dans le vague.</li> <li>Apparence découragée.</li> <li>Le contact visuel provoque la gratitude.</li> </ul>
<b>Émotions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nie les émotions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Substitue à la situation présente, souvenirs et sentiments passés.</li> </ul>
<b>Soins personnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'occupe de ses soins d'hygiène de base.</li> <li>Recherche ses souvenirs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Égare souvent ses affaires de toilette.</li> <li>Crée ses propres règles de conduite.</li> </ul>
<b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répond positivement aux personnes et aux responsables connus.</li> <li>Négativement aux gens désorientés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réagit à la voix et au contact.</li> <li>Sourit quand on lui dit bonjour.</li> </ul>
<b>Mémoire et vie intellectuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peut lire et écrire, tant que sa vue est bonne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peut lire ou écrire, mais son écriture devient illisible.</li> </ul>
<b>Humour</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conserve quelque humour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refuse de participer aux jeux.</li> <li>Son humour n'est pas évident.</li> </ul>

NDT. Reproduit par Naomi FEIL, dans son livre *Validation, mode d'emploi*, avec l'aimable autorisation des *Nursing Times*, où ces informations ont été indiquées pour la première fois le 10 février 1988.

Étape 3 Les Mouvements répétitifs	Étape 4 La Vie végétative
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se servir du toucher et du contact visuel.</li> <li>S'adapter aux mouvements de l'intéressé(e).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copier les mouvements.</li> <li>Utiliser les stimulations sensorielles.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ignore la plupart des stimulations extérieures.</li> <li>Possède son propre sens du temps.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incapable de reconnaître la famille, les visiteurs, les ami(e)s, les soignants.</li> <li>Aucune notion de temps.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tombe en avant.</li> <li>Ignore son incontinence.</li> <li>Agité, déambule.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans tonus ni maintien.</li> <li>Peu de mouvements.</li> <li>Aucun effort pour rester continent.</li> <li>Fréquents mouvements des doigts.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lente, ferme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presque toujours clos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fermés.</li> <li>Visage sans expression.</li> <li>S'autostimulent très peu.</li> <li>Manifeste ouvertement ses besoins sexuels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficiles à évaluer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sert de quelques mots courants.</li> <li>N'écoute pas, ne parle à personne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réagit à la voix et au contact.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune envie de lire ou écrire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rien de vraiment apparent.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rit facilement, souvent sans raison.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficile à apprécier.</li> </ul>

## **ANNEXE 7 : Extrait de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action social et médico-sociale, codifiée à l'article L 311-3 du CASF**

### Section 2 : Droits des usagers

#### Article L311-3

Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 18 JORF 7 mars 2007 en vigueur le 1er janvier 2009

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- 4° La confidentialité des informations la concernant ;
- 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Les modalités de mise en œuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire.

## **ANNEXE 8 : Résumé des besoins fondamentaux selon Virginia Henderson**

D'après Virginia Henderson, il existe 14 besoins fondamentaux pour un individu :

1. Respirer;
2. Boire et manger;
3. Éliminer (urines et selles);
4. Se mouvoir, conserver une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate;
5. Dormir, se reposer;
6. Se vêtir et se dévêtir;
7. Maintenir la température du corps dans les limites normales;
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments;
9. Éviter les dangers (maintenir son intégrité physique et mentale);
10. Communiquer avec ses semblables ;
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs;
12. S'occuper en vue de se réaliser (et conserver l'estime de soi);
13. Se recréer (se divertir);
14. Apprendre.

Ces 14 besoins ont souvent, par volonté de simplification et de pédagogie, été inclus, répartis, à l'intérieur des 5 niveaux de la « pyramide de Maslow »: 5 grands étages correspondant à 5 grandes catégories de besoins (de la base au sommet):

1. besoins physiologiques, de maintien de la vie,
2. besoins de protection et de sécurité,
3. besoins d'amour et d'appartenance,
4. besoins d'estime de soi et de considération,
5. besoin d'actualisation et de réalisation de soi.

Source : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2006-3-page-37.htm>

D'autres théories peuvent servir de référence, comme celle de F. Herzberg, identifiant les facteurs d'hygiène et de conditionnement aux besoins physiologiques et de sécurité de Maslow, et faisant correspondre les facteurs moteurs ou valorisants aux besoins d'intégration et participation, de reconnaissance et considération, et de réalisation de soi du même auteur. Ou bien encore, la théorie des attentes des usagers renvoie à « ce qui compte pour eux », selon les travaux de Barreyre et Peintre<sup>155</sup>

---

<sup>155</sup> BARREYRE J-Y, PEINTRE C., 2004, *Évaluer les besoins des personnes en action sociale*, Paris : Dunod

## ANNEXE 9 : Programme de formation de « praticien en Validation® »

**Direction**  
**Kathia Munsch**  
Email : kathia.munsch@wanadoo.fr

[www.vfvalidation.fr](http://www.vfvalidation.fr)



**Secrétariat**  
Lundi, mardi et jeudi : 9h-12h et 13h- 18h  
Mercredi : 9h- 13h  
Vendredi : 9h- 12h et 13h- 17h

### PROGRAMME DE LA FORMATION DE " PRATICIEN EN VALIDATION® "

Cette formation est organisée par l'Institut de Formation M&R

L'enseignement sera assuré par deux formateurs, dont un(e) au moins est un(e) formateur (trice) certifié(e) par l'Institut d'Enseignement de la Validation®, (Validation Training Institut.Cleveland. U.S.A.)

#### I. OBJECTIFS DE LA FORMATION :

- **Découvrir en quoi consiste la Validation®,**
- **Etudier les fondements théoriques de la Validation® :**  
dans les travaux de C.G. Jung, S. Freud, E. Erikson, A. Maselow, C. Rogers, J. Piaget, etc....
- **Connaître et intégrer les principes de la Validation®,**
- **Comprendre le concept des différentes phases de l'étape de " Résolution du passé ",**  
tels qu'ils sont définis par N. Feil : la mal orientation, la désorientation, les mouvements répétitifs, l'état végétatif.
- **Maîtriser les techniques d'aide adaptées à chacun de ces phases,**
- **Se former à la pratique de la Validation® individuelle,**
- **Se préparer à l'examen écrit et pratique, en vue d'obtenir la certification.**

#### II. CONDITIONS DE PARTICIPATION :

- **Assister à chaque journée de formation, soit onze au total.**
- **Avoir accès à une institution ou à un centre où le participant pourra rencontrer des personnes âgées**  
dites démentes et mettre en pratique la Validation®, entre chaque module (cf. travail inter session).
- **Posséder le livre : " Validation® ", la méthode Feil, édition révisée en 1992**  
par N. Feil. Livre Blanc **Il sera remis gratuitement aux stagiaires le premier jour de la formation.**
- **Constituer un rapport du travail effectué entre les différents modules, qui sera remis**  
au formateur et évalué.

#### III. PUBLIC CONCERNE :

INSTITUT  
DE  
FORMATION  
REIMS  
5, rue des Trois Piliers  
51100 Reims  
sarl au capital de 8000 €

N° SIRET : 478 338 684 00028

Code NAF : 8559A



Toute personne intervenant à titre professionnel ou personnel **auprès de personnes âgées en perte d'autonomie psychique et/ou physique** : aidant naturel, aidant professionnel à domicile, I.DE, Aide Soignante, A.S.H, Kiné, Ergothérapeute, Assistante Sociale, Psychologue, Médecin...

#### **IV. DUREE DE LA FORMATION :**

La formation se compose d'un premier module de trois jours et de quatre modules de deux jours.  
Horaires : 9 h00 – 12 h 30 ; 13 h 30 -17 h 00 avec une petite pause de 15 mn, le matin et l'après midi.  
Nombre de participants : 10 personnes minimum, et un maximum de 18 personnes.

#### **V. INTERVENANTS :**

**Formateurs certifiés pour enseigner la Validation®.**  
**Professionnels de la Santé**, exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle de terrain dans le champ de la gérontologie, et ayant une pratique d'accompagnement des âgés en perte d'autonomie psychique.

**VI. COÛT :** Le coût comprend les frais pédagogiques, les frais de déplacement et l'hébergement des formateurs.

#### **VII. CONTACT :**

**Institut de Formation M et R**  
**5, rue des Trois Piliers 51100 REIMS**  
**Tél. : 03 26 87 20 88**  
**Email : [institut.metr.secretariat@orange.fr](mailto:institut.metr.secretariat@orange.fr)**

#### **VIII. CONTENU DU COURS:**

Programme de formation de praticien en Validation® selon les critères de l'institut d'enseignement à la pratique de la Validation®.

#### **◇ PREMIER MODULE :**

##### **• Première et deuxième journées :**

**Mettre en place « le filet de sécurité » de l'aidant**, indispensable pour lui permettre de pratiquer la Validation® :

- \*Se centrer,
- \*La bonne distance,
- \*Les justes frontières,

**Acquérir l'attitude de base de la Validation® :**

- \*L'empathie,
- \*Observer le non verbal,
- \*Ecouter la personne âgée,

**Apprendre les postulats de base de la Validation®,**

**Approfondir l'étude :**

- \*Des émotions de base,
- \*Des trois besoins humains fondamentaux utiles dans la pratique,
- \*Les fondements théoriques de la Validation®.

**Apprendre à repérer les effets attendus de la Validation®:**

- \*Pour la personne âgée,
- \*Pour le soignant.

##### **• Troisième journée :**

**Acquérir par la pratique les techniques de communication** employées dans la Validation®,

**Introduction aux 4 phases de la désorientation,**

**Apprendre à observer les troubles du comportement de l'agé dit dément et à adapter nos attitudes de soignant,**

2

**Apport théorique sur la phase 1: la mal orientation**, reconnaître les signes physiques, les comportements..

**Démonstration pratique des techniques** utilisées à cette phase

**Consignes pour le travail demandé au stagiaire pendant l'intersession.**

**TRAVAIL INTERSESSION** : Constituer un rapport d'entretien  
Programmer au minimum une rencontre par semaine avec une personne âgée dite démente à la phase 1, de son choix.

- récolter de l'information sur son histoire,
- remplir une fiche pour chaque entretien
- remettre ce rapport au formateur pour être évalué. Au moment de l'épreuve finale, le rapport du stagiaire devra comporter au minimum 27 fiches de suivi des entretiens avec des personnes âgées.

◇ **DEUXIEME MODULE :**

- **Première journée :**

Révision de la théorie : **principes et buts de la méthode,**

**Discussion des expériences pratiques** colligées durant le travail intersession,

**Apports théoriques de la phase 2 : la confusion temporelle.**

- **Deuxième journée :**

**Démonstration pratique des techniques utilisées à la phase 2,**

**Jeux de rôle,**

**TRAVAIL INTERSESSION** : exercice avec une personne en phase 2, de son choix.

◇ **TROISIEME MODULE :**

- **Première journée :**

**Renforcement du bagage théorique, adapté aux besoins,**

**Supervision de la pratique d'intersession,**

**Approfondissement de la technique** au travers de jeux de rôle,

Echanges autour de cas cliniques.

- **Deuxième journée :**

**Approche théorique de la phase 3 : les mouvements répétitifs,**

**Démonstration et pratique des techniques utilisées dans la phase 3**

**TRAVAIL INTERSESSION** : exercice avec une personne en phase 3, de son choix.

◇ **QUATRIEME MODULE :**

- **Première journée :**

Approche théorique de la phase 4 : la vie végétative

Démonstration et pratique des techniques utilisées en phase 4

- **Deuxième journée :**

**Théorie : révision, questions**

Les autres approches de prise en charge de la personne âgée désorientée :  
la ré-orientation dans la réalité, la stimulation sensorielle, les groupes de parole, les groupes d'activité.

**La place de la Validation® parmi ces approches : différences, points communs, critères de choix.**

**Test blanc (écrit),**

**Etude de cas, échanges autour de la pratique**

**TRAVAIL INTERSESSION** : exercice avec une personne en phase 4, de son choix.



◇ **CINQUIEME MODULE** : test final.

**L'épreuve écrite** : 2 heures

Sur la théorie enseignée durant les 4 modules.

**L'évaluation de la démonstration pratique :**

Entretien avec une personne âgée désorientée en situation réelle, ou en vidéo.

**Conditions de réussite à l'examen :**

-Ecrit : obtention de 60 points sur 80,

-Pratique : obtention de 15 points sur 20.

-Rapport complet du travail d'intersession soit un minimum de 28 entretiens répartis entre les 4 phases : 8, 8, 7, 5.

## ANNEXE 10 : Extrait du guide des indicateurs de l'ANAP, Projet 2011 « Pilotage & Performance ESMS »



### Indicateurs de niveau 1

<b>Indicateur IOj1</b>	Echelle de maturité « politique d'amélioration continue de la qualité » (autodiagnostic sur 5 niveaux)	Tout ESMS
<b>Axe</b>	Objectifs	
<b>Question clé</b>	Quelle est la maturité de la structure dans la dynamique d'amélioration continue de la qualité ? (IOj1)	
<b>Principes retenus</b>	<p>Les principes retenus pour l'utilisation d'une échelle de maturité « qualité » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principe d'un auto diagnostic,</li> <li>• Ayant pour objectif de reprendre le questionnement que l'ESMS est amené à conduire dans le cadre de son évaluation interne et d'inscrire sa démarche dans un cadre plus global de pilotage et de dialogue,</li> <li>• Il ne s'agit pas de recueillir ici des éléments de preuve de bonne conduite de la démarche d'amélioration continue de la qualité car ces éléments sont recueillis par ailleurs dans le cadre de l'évaluation interne et externe,</li> <li>• Il ne s'agit pas de diagnostiquer un niveau de conformité au regard des normes opposables.</li> </ul> <p><i>En annexe du guide, des exemples sont proposés pour chaque domaine d'activité devant être interrogé dans le cadre de la démarche d'évaluation interne. Il ne s'agit que d'exemples de déclinaison, servant à illustrer les niveaux de maturité, chaque domaine ayant plusieurs objectifs, chaque plan d'amélioration comportant plusieurs actions.</i></p>	
<b>Thématiques</b>	<p>Thématique 1 : <b>Personnalisation de l'accompagnement / Prise en compte des besoins et attentes</b>            Thématique 2 : <b>Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé, de la participation sociale</b>            Thématique 3 : <b>Préventions des risques inhérents à la vulnérabilité des personnes</b>            Thématique 4 : <b>Exercice des droits fondamentaux individuels et collectifs</b>            Thématique 5 : <b>Accompagnement de la fin de vie</b></p>	
<b>Niveaux de maturité proposés</b>	<p>Niveau 1 : Les objectifs généraux d'accompagnement adaptés au contexte et à la population accueillie ne sont pas formalisés            Niveau 2 : Les objectifs généraux sont spécifiés et déclinés en objectifs opérationnels au niveau de la structure            Niveau 3 : Les objectifs opérationnels donnent lieu à un plan d'actions mis en œuvre au niveau de la structure            Niveau 4 : L'observation des actions déployées est réalisée et donne lieu à une analyse pluridisciplinaire ou partagée, la politique d'amélioration continue est organisée et mise en œuvre            Niveau 5 : L'impact de la politique d'amélioration continue des prestations est identifié et mesuré</p>	

34

## ANNEXE 11 : Tableau de bord et évaluation du projet : exemples

Item de référence	Objectif général	Objectif opérationnel	Qui	Fait quoi	Quand	Critère	Indicateur	Résultat et mesure des écarts	Améliorations envisagées
<b>Personnalisation de l'accompagnement / Prise en compte des besoins et attentes résidents</b>	Reconnaître les émotions et sentiments des personnes âgées	Utiliser la méthode de Validation	L'ensemble du personnel	est formé	début 2013	Respect de la dignité	Pratique d'une écoute active  Baisse des tensions exprimées		
<b>Promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé, de la participation sociale</b>	Garantir le bien-être des personnes accueillies	Développer une offre de service mettant en valeur la dimension relationnelle des soins proposés	Les professionnels de l'accompagnement	Mobilisent la technique de validation et des ateliers d'art-thérapie	Dès janvier 2013	Reconnaissance des personnes accueillies (Cf ANESM)	Nombre de séances de validation et d'art-thérapie.		
<b>Prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des personnes</b>	Veiller au bien-être de salariés en vue du bien être des résidents	Prévenir les risques psychosociaux	Direction	demande tenue de tableaux de bords RH (service adm.)	dès 2012	Absentéisme  Accidents du travail  Retards	Taux d'absentéisme, d'accidents du travail et de retards		
<b>Exercice des droits fondamentaux individuels et collectifs</b>	Accès des résidents à des services permettant l'ex. de leurs droits	Déploiement et actualisation des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.	Encadrement	présente les outils au personnel	Décembre 2012	Recommandations ANESM	Tenue de groupes de travail sur la rénovation du projet d'établissement		
<b>Accompagnement de fin de vie</b>	Vivre et mourir sereinement	Disponibilité aux personnes – Ouverture aux situations variées	Soignants	Partenariats équipe mobile soins palliatifs	2013	Principe de responsabilité	Qualité de présence		

MIDON

Édouard-Gabriel

Novembre 2012

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : Institut du Travail Social de Tours**

**PROMOUVOIR L'ALTÉRITÉ  
DANS UN EHPAD DE TRADITION CONGRÉGANISTE  
PAR LA RECONNAISSANCE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES**

*De l'héritage culturel à une culture partagée*

**Résumé :**

Vieillir implique des transformations profondes qui sollicitent toutes les ressources relationnelles des personnes âgées et des professionnels qui les accompagnent, spécialement pour les personnes atteintes de déficiences cognitives comme la maladie d'Alzheimer.

A l'EHPAD Saint Louis, le problème se pose de savoir comment habiter les soins proposés aux résidents, de relations humaines facilitant le passage de la fin de leur vie. Une tension entre soins et relation de soins se révèle étroitement liée à l'évolution culturelle de l'établissement. L'inspiration chrétienne fondatrice cède le pas à un environnement laïc. Comment les acteurs de l'EHPAD se positionnent-ils entre amour et respect de la dignité de la personne ? Entre dévouement et compétences au service des personnes accueillies ?

Par le questionnement du concept d'altérité dans son sens philosophiques, sociologique, et dans les politiques publiques actuelles, le projet d'établissement se nourrit d'une approche globale qui rejoint les attentes et les besoins des bénéficiaires.

Des outils adaptés, comme la technique de Validation et l'art-thérapie, apportent une réponse concrète aux besoins des personnes âgées en institution. Ce sont autant d'attitudes, de regards, de paroles et de présences qui signifient la reconnaissance et l'attention des professionnels envers ceux et celles qu'ils aident au quotidien.

L'offre de service ainsi proposée, qui passe par la professionnalisation de la relation de soins et l'implication des résidents et de leurs proches, vise à garantir le bien-être des personnes qui vivent et travaillent à l'EHPAD.

**Mots clés :**

Accompagner – Altérité – Art-thérapie – Changement – Culture – EHPAD – Management – Reconnaissance – Soins – Validation

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*