



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2006

Personnes âgées

**DÉVELOPPER UN PROJET D'ANIMATION EN EHPAD
AU SERVICE DE LA VIE SOCIALE DES RÉSIDENTS**

Florence DUFOUR-RENOUF

Remerciements

Ce travail est le fruit de nombreuses heures de lecture, de recherches, de réflexion, d'analyse et enfin, d'écriture... Le mener à son terme était un vrai challenge. Aussi, je remercie ma fille Perrine pour sa compréhension et ses encouragements, Marinette POUCHAIRET pour avoir été présente tout au long de cette lente maturation, Frédéric HYACINTHE, mon tuteur de mémoire, pour ses précieux conseils. Je remercie également Annick HENNION et Yves SUAUDEAU, référents de mon groupe mémoire à l'Institut de Recherche en Travail Social, le personnel de la Résidence ISIS et toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA RESIDENCE ISIS, UN EHPAD INSCRIT DANS L'EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	3
1.1 D'une logique de prise en charge des personnes âgées dépendantes à un accompagnement bien traitant.....	3
1.1.1 Les politiques de la vieillesse en constante évolution	3
1.1.2 La dépendance prise en charge.....	6
1.1.3 La réforme des EHPAD au service de la qualité	7
1.2 La Résidence ISIS.....	9
1.2.1 Une mission de service public pour une entreprise privée	9
1.2.2 Des personnes âgées dépendantes et fragilisées.....	14
1.2.3 Une équipe pluridisciplinaire au service des résidents.....	18
1.3 Ses contraintes et ses difficultés.....	22
1.3.1 Une culture d'entreprise marquée.....	22
1.3.2 Une équipe en difficulté par une organisation centrée sur le soin	23
1.3.3 L'animation laissée pour compte.....	24
2 VIEILLIR ET VIVRE : UN VRAI DEFI.....	26
2.1 Les personnes âgées dépendantes accueillies en institution aujourd'hui...26	
2.1.1 Sur le chemin de la dépendance.....	30
2.1.2 Les différentes réalités du vieillissement	32
2.1.3 Le besoin de vie sociale	36
2.2 L'animation en gérontologie au service de la vie sociale	42
2.2.1 L'évolution d'un concept.....	42
2.2.2 Animer pour insuffler la vie.....	43
2.2.3 L'Animation au service du lien social	45
2.3 Promouvoir et conduire le changement : une volonté de la direction et un travail d'équipe.....	46
2.3.1 Tenir compte du contexte de l'entreprise.....	47
2.3.2 Travailler auprès des personnes âgées dépendantes : un métier difficile	48
2.3.3 Le changement comme progrès : des résistances légitimes	50

3 METTRE EN OEUVRE UN PROJET D'ANIMATION : UNE DEMARCHE STRATEGIQUE	54
3.1 Le projet d'animation pour favoriser l'émergence du lien social.....	54
3.1.1 Fédérer une équipe et créer du lien par une démarche participative autour d'un projet.....	55
3.1.2 Redonner une place aux familles	60
3.1.3 Valoriser l'intervention des bénévoles et l'ouverture de l'établissement.....	62
3.2 Le projet d'animation comme levier d'action au management.....	63
3.2.1 Former le personnel et développer ses compétences : un enjeu managérial	63
3.2.2 Soutenir et accompagner les salariés.....	65
3.2.3 Décloisonner l'organisation du travail pour créer du lien.....	68
3.3 De l'intention à l'action : des moyens et des outils de mise en œuvre et d'évaluation.....	69
3.3.1 Avoir du temps pour donner du temps.....	69
3.3.2 Aménager l'espace pour les résidents et pour le personnel	71
3.3.3 Mettre en œuvre et évaluer le projet	73
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE.....	I
LISTE DES ANNEXES.....	6

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Application Gérontologique Groupe Iso ressource
ALMA	Allo Maltraitance
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers en Etablissement
APA	Aide Personnalisée d'Autonomie
AS	Aide-soignant(e)
BEATEP	Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAFDES	Certificat d'Aptitude à la Fonction de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France
CROSS	Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale d'Action Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
ERNEST	Echantillon Représentatif National des Etablissements pour Simuler la Réforme de la Tarification
ETP	Equivalent Temps Plein
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	Gir Moyen Pondéré
IDE	Infirmier(e) Diplômé(é) d'Etat
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SCM	Section de Cure Médicale
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Depuis le début du XX^{ème} siècle, l'espérance de vie a beaucoup augmenté grâce aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions de vie. Il en résulte que l'on vit dorénavant plus vieux et plus longtemps.

L'évolution des politiques publiques a pris en compte au fil du temps les difficultés liées au vieillissement et à l'apparition de la dépendance. Elles ont notamment visé l'amélioration des conditions de vie à domicile, mais également en établissement, le choix du lieu de vie étant un droit fondamental à respecter. L'entrée en institution s'effectue actuellement de façon plus tardive. L'avancée en âge, un degré de dépendance accru et l'apparition de poly-pathologies fréquentes ont justifié la médicalisation des maisons de retraite et leur transformation en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.). Ces institutions, dotées de nouveaux moyens, par la signature d'une convention tripartite, ont pour mission d'accompagner les personnes jusqu'à la fin de leur vie en leur garantissant, un certain confort hôtelier, une prise en charge médicale et une vie sociale satisfaisante.

Directrice d'un EHPAD situé dans les Hauts de Seine, j'ai pris mes fonctions au moment des premières démarches visant l'élaboration d'une convention tripartite, la transformation de l'établissement en EHPAD et de fait, sa médicalisation totale. Infirmière de formation, j'ai naturellement été très investie dans la mise en œuvre du projet de soins, qui me semblait être la priorité du moment. Les nouveaux moyens alloués, la qualification du personnel soignant, ont permis de développer un projet de soins performant. Après quelques années de fonctionnement, il révèle actuellement ses limites dans le cadre d'un accompagnement global de la personne âgée dépendante. Devenue objet de soin, tout un pan de sa vie sociale est en effet négligé. La vie sociale et l'animation sont laissées aux soins des familles, et d'une animatrice à temps partiel, ce qui n'est actuellement pas satisfaisant pour l'ensemble des résidents. Les plus dépendants et les plus isolés sont notamment touchés, relégués à un étage de la maison où aucune animation ne leur est proposée. Des troubles du comportement, des attitudes de repli sur soi, justifient de se demander si la seule réponse médicale est réellement appropriée et de rechercher quelles sont les solutions possibles au maintien d'une vie sociale.

Dans la première partie de ce mémoire, j'aborderai l'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées, ainsi que la présentation de la Résidence que je dirige. Je dégagerai les problématiques spécifiques de l'établissement.

Dans un deuxième temps, afin de mieux cerner et comprendre les particularités et les besoins des résidents, je développerai les difficultés de vivre et de vieillir dans une société où le culte de la jeunesse a toute son importance et où les liens sociaux se délitent. On a pu le constater lors de la catastrophe de la canicule en 2003, plus que la chaleur, c'est la méconnaissance des besoins de ces personnes âgées fragilisées et l'absence de lien social qui sont probablement à l'origine des milliers de morts qui ont endeuillé la France cette année là.

Continuer à vivre, c'est aussi communiquer, conserver des liens, faire des activités qui les favorisent et maintenir aussi longtemps que possible une certaine autonomie, pour que le temps qui reste à vivre revête un sens. C'est pourquoi dans une troisième partie je propose de développer un plan d'actions au service de la vie sociale des résidents. Nous verrons également, comment la mise en œuvre d'un projet d'animation peut être un véritable outil de dynamisation de l'équipe.

1 LA RESIDENCE ISIS, UN EHPAD INSCRIT DANS L'EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES

1.1 D'une logique de prise en charge des personnes âgées dépendantes à un accompagnement bien traitant

1.1.1 Les politiques de la vieillesse en constante évolution

Bien avant l'avènement des premières politiques sociales en faveur de la vieillesse, l'aide aux plus âgés, incapables de travailler, est organisée au sein de la famille. Cependant, ceux qui n'ont, ni bien, ni entourage, sont réduits à l'isolement et à la pauvreté. Au Moyen Age, l'aide aux indigents n'en est qu'à ses premiers balbutiements et il faut attendre le XIX^{ème} siècle, avec la révolution industrielle, pour que s'instaurent les premiers réseaux d'assistance, reposant sur l'aide publique et les œuvres de charité. Après la seconde guerre mondiale, la généralisation des systèmes de retraite, l'instauration du régime général de sécurité sociale améliorent les conditions des personnes. Ce n'est que le 2 août 1949 que la loi relative à l'aide sociale des personnes âgées différencie les vieillards des infirmes et des indigents. Durant les dix années qui suivirent, aucune politique spécifique n'a été engagée.

C'est à partir des années 60 que la politique consacrée aux personnes âgées a pris un contenu différent de celui de l'assistance aux plus défavorisés, le placement en hospice et l'attribution de « secours obligatoires ». En 1962, le rapport de la Commission d'études des problèmes de la Vieillesse, dit rapport LAROQUE, a été une étape très marquante de la réflexion et des orientations en matière de prise en charge des personnes âgées. En effet, le rapport fixait déjà comme objectif prioritaire la généralisation de l'aide à domicile mais pointait aussi la nécessité d'un personnel spécialisé. Par ailleurs, il préconisait une nette séparation entre les maisons de retraite, les hôpitaux et les hospices qu'il envisageait de transformer ou fermer. Il souhaitait également la généralisation de moyens permettant de dispenser des soins dans les maisons de retraite.

D'autres textes et décisions sont venus étayer la mise en place des principaux instruments de cette politique, notamment la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la circulaire FRANCESCHI du 7 avril 1982 traitant de la notion d'animation et émettant un certain nombre de propositions en ce sens, les lois de

décentralisation¹, la loi de 1997, relative à la création de la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) et celle de 2001, relative à l'Aide Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.).

Selon le dernier rapport public de la Cour des Comptes², on peut noter comme lignes de force des politiques publiques menées au cours des 30 dernières années : la priorité du maintien à domicile, l'accroissement et l'amélioration de l'offre d'hébergement en institution et la médicalisation des établissements, la prise en charge de la dépendance. Ces grands axes ont été confirmés par le Plan « Vieillesse et solidarité » annoncé à l'automne 2003 après la catastrophe de la canicule. Ce dispositif a notamment innové par la création de la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (C.N.S.A.)³ et la mise en place de moyens supplémentaires pour les établissements. En filigrane de ces politiques publiques, la prise en compte des risques de maltraitance des personnes vulnérables est peu à peu apparue et s'est inscrite dans les actions de prévention à mener.

La lutte contre la maltraitance inscrite dans les politiques publiques

Vivant à domicile ou en institution, les personnes âgées, vulnérables et fragilisées, sont parfois victimes de maltraitance. La prise de conscience de ce problème est apparue de façon assez tardive en France. C'est en 1987 au Conseil de l'Europe, qu'une commission a réfléchi sur les violences au sein de la famille (enfants, femmes et personnes âgées) ; le Pr. HUGONOT, chargé du groupe « Personnes Agées » a, dès 1990, avec le concours de la Fondation de France, mis en place une première structure expérimentale. De ces travaux est née en 1994, l'association Allo Maltraitance (ALMA) qui comptait 49 centres actifs en janvier 2005. En 2001, le gouvernement demande un état des lieux : le rapport du groupe de travail présidé par le Pr. Michel DEBOUT émet les préconisations suivantes :

- Améliorer la connaissance des maltraitements envers les personnes âgées
- Organiser une réponse de proximité
- Renforcer la formation au repérage et à la prévention de la maltraitance pour tous les professionnels en contact avec les personnes âgées

¹ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. Les départements ont reçu la responsabilité de droit commun de l'aide sociale aux personnes âgées.

² *Les personnes âgées dépendantes*. Rapport public de la Cour des Comptes, novembre 2005.

³ Loi du 30 juin 2004 sur la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Venant compléter ce dispositif, des circulaires de la Direction Générale d'Action Sociale ont renforcé l'obligation de signalement des violences à l'égard des mineurs, puis des adultes vulnérables⁴. Ce n'est que récemment que des mesures spécifiques ont été prises pour les personnes âgées. Ainsi, en mai 2002, une circulaire relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables préconise la mise en place d'un Comité Départemental de Prévention et de lutte contre la maltraitance. Un Comité National de Vigilance contre la maltraitance des personnes âgées⁵ est créé fin 2002. Ce conseil, regroupant 19 organisations oeuvrant pour les personnes âgées, a pour mission de contribuer à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention de la maltraitance des personnes âgées. Il participe à la validation d'outils et de moyens pour lutter contre la maltraitance.

Parallèlement à ces actions, les droits des personnes âgées ont été renforcés. C'est ainsi qu'en 1999, le ministère chargé de l'action sociale, en collaboration avec la Fondation Nationale de Gérontologie a actualisé la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale a réaffirmé et garanti aujourd'hui les droits fondamentaux des usagers, afin de prévenir tout risque de maltraitance. Elle instaure pour tous les établissements et services, l'obligation d'élaborer un certain nombre d'outils qui ont pour objectif de garantir ces droits : le livret d'accueil, le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie⁶. Elle instaure également un plus grand contrôle des établissements par les autorités et élargit les possibilités de sanction.

La prévention de la maltraitance nécessite également la formation et la sensibilisation du personnel au contact des résidents. C'est pourquoi, en juin 2000, une circulaire⁷ prévoit que les formations de travailleurs sociaux prennent en compte la maltraitance envers les enfants et les adultes vulnérables, dans le cadre des schémas régionaux de formation. Par ailleurs, la loi du 13 août 2004⁸ a inscrit cette exigence dans le code de l'action sociale : « Les formations sociales contribuent à la qualification et à la formation des professionnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et

⁴ Circulaires DAS n° 98-275 du 5 mai 1998 et DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001 ; Art. 434-3 du nouveau code pénal.

⁵ Créé par arrêté du 16 novembre 2002.

⁶ Articles L 311-4 et L 311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F.).

⁷ Circulaire DAS/TS 1 n° 2000-355 du 8 juin 2000.

⁸ Loi n°2004-809 du 13 août 2004.

contre la maltraitance dans la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps et des inadaptations et dans la promotion de la cohésion sociale et du développement social »⁹.

L'autre problème, lié au vieillissement et pris en compte dans l'évolution des politiques publiques, est la dépendance.

1.1.2 La dépendance prise en charge

En 1997, est créée la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.). Cette première prestation, destinée à prendre en charge la dépendance a néanmoins soulevé de nombreuses critiques car l'accès de cette prestation a été jugé trop restrictif (réservée aux personnes classées en GIR 1 à 3) et le dispositif de recours sur succession a été considéré comme dissuasif. Insuffisante pour constituer un véritable soutien à l'autonomie, elle présentait en outre, de fortes disparités d'un département à l'autre, ce qui est contraire au principe d'égalité. En réponse à ces insuffisances, un nouveau dispositif a été mis en place par la loi du 20 juillet 2001¹⁰ : l'Aide Personnalisée Autonomie (A.P.A.). Cette allocation spécifiquement destinée à couvrir les situations de dépendance est ouverte à toute personne de plus de 60 ans classée en GIR 1 à 4. Les conditions de ressources et les recours sur succession sont supprimés ; les bénéficiaires sont néanmoins appelés à participer financièrement au plan d'aide en fonction de leurs ressources. A la fin 2003, 792 000 personnes bénéficiaient de l'APA, 57 % vivaient à domicile.¹¹

Afin de tenir compte du degré de dépendance des personnes accueillies en institution et pour faire face au vieillissement de la population, une nouvelle mutation des maisons de retraite s'est imposée nécessitant de nouveaux modes de financements.

Pour faire face à cette situation, la réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes est alors engagée.

⁹ Article L 451-1 du C.A.S.F.

¹⁰ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

¹¹ *L'APA au 31 décembre 2003*. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, n° 298, mars 2004.

1.1.3 La réforme des EHPAD au service de la qualité

Le conventionnement des EHPAD et la réforme tarifaire ont été institués par la loi du 24 janvier 1997 qui créait la PSD et modifiée par la loi du 20 juillet 2001. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a permis par ailleurs, l'émergence d'un ensemble homogène désormais codifié, qui rassemble les principaux chapitres portant sur la planification, l'autorisation, l'évaluation, le conventionnement et le contrôle.

A) Améliorer la qualité de la prise en charge des résidents

La loi du 24 janvier 1997 et ses textes d'application de 1999 ont eu pour but d'adapter les EHPAD à leur nouvelle mission : accueillir des personnes de plus en plus âgées et dépendantes selon différents objectifs :

- Inciter les établissements à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents sur des aspects essentiels tels que : leur qualité de vie, celle des relations avec la famille, la qualification du personnel mais aussi l'inscription dans un réseau gérontologique de manière à assurer la qualité des soins. Le contenu du cahier des charges a été défini par l'arrêté du 26 avril 1999.
- Prendre en compte le degré de dépendance des résidents accueillis dans l'établissement pour définir les moyens financiers et techniques nécessaires à un accompagnement de qualité.
- Instituer un nouveau mode d'allocation des ressources reposant sur une identification des charges réelles selon trois types de prestations : l'hébergement, (à la charge du résident), la dépendance (à la charge du département), le soin (à la charge de l'assurance maladie) dans des sections budgétaires étanches.

L'outil de mise en œuvre est la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le Président du Conseil Général et le Préfet, représentant de l'Etat. Cette convention est signée pour 5 ans. Elle programme les objectifs d'amélioration que se fixe l'établissement et les moyens nécessaires qui lui sont alloués pour les réaliser¹². En raison de la complexité du processus, tous les établissements entrant dans le champ de la loi n'ont

¹² L'obligation de signer une convention tripartite ne s'applique pas aux établissements de moins de 25 lits ou à ceux dont le GMP est inférieur à 300.

pas encore signé de convention tripartite, la date butoir est repoussée au 31 décembre 2007.

B) Financer l'hébergement, la dépendance et les soins

Le tarif journalier relatif à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement.

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels à la vie ; ces frais sont à la charge du résident, aidé par l'attribution de l'APA pour les GIR 1 à 4. Le tarif du forfait dépendance est fixé annuellement par le Président du Conseil Général.

Enfin, le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance ; ce tarif est fixé et pris en charge totalement par l'assurance maladie.

C) L'animation mise à l'écart

On peut noter que l'animation est actuellement intégrée dans le tarif hébergement. Cependant, au moment de l'élaboration de la réforme de la tarification, sa place a été discutée à plusieurs reprises. En effet, initialement prévue dans le tarif dépendance, il a été envisagé de la partager ensuite, à 30 % sur l'hébergement, et à 70 % sur la dépendance, pour enfin décider de l'affecter totalement au tarif hébergement. Le budget de l'animation étant imputé à la section hébergement, son coût est donc supporté par le résident, au risque de voir son tarif hébergement, augmenter, ce qui a été vivement critiqué. Lors des Etats Généraux de l'animation en gérontologie en novembre 2003 Hubert FALCO, alors Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, avait annoncé que le financement de l'animation via l'APA par les conseils généraux, serait à l'étude ultérieurement.

L'évolution des politiques publiques et l'ensemble des réformes menées en faveur des personnes âgées dépendantes sont importantes et ont permis au fil du temps de renforcer le droit de ces personnes à mener une vie digne à domicile ou en établissement par un accompagnement adapté et respectueux.

Je vous propose de découvrir maintenant l'établissement que je dirige ainsi que les résidents que nous accueillons.

1.2 La Résidence ISIS

1.2.1 Une mission de service public pour une entreprise privée

La Résidence ISIS est un EHPAD situé à Garches, ville résidentielle de 18 000 habitants, du département des Hauts de Seine. Facilement accessible, à quelques kilomètres de Paris, elle jouit d'un cadre verdoyant. De statut privé commercial, sa forme juridique est une Société par Actions Simplifiées (S.A.S.) non habilitée à l'aide sociale. Ouvert en 1988, cet établissement a tout d'abord été conçu comme une résidence service accueillant 48 personnes âgées non dépendantes. Il a été acquis en 1991 par le gestionnaire actuel, et a fait l'objet d'une extension architecturale permettant d'accueillir au total 57 personnes. Après la présentation de son dossier au Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S.) le 21 septembre 1994, l'établissement signait une convention avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (C.R.A.M.I.F.) débouchant sur la création d'une Section de Cure Médicale (S.C.M.)¹³ le 4 septembre 1995 pour 25 lits, permettant une médicalisation partielle.

Le gestionnaire, ancien Directeur des Hôpitaux de Paris, très attaché au fonctionnement hospitalier, recrute dès lors, un médecin coordonnateur, une infirmière référente, deux Infirmières Diplômées d'Etat (I.D.E.) et deux Aides-Soignantes (A.S.). Bien que ces postes ne soient pas financés en totalité par le budget de la SCM, ce choix était motivé par la volonté d'assurer une permanence des soins et d'anticiper le besoin d'une prise en charge médicale accrue du fait du vieillissement des résidents accueillis. Infirmière de formation, j'ai pris mes fonctions de directrice en mai 2000. J'avais pour mission de mettre en place l'application des 35 heures et d'entreprendre les premières démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité établies par l'arrêté du 26 avril 1999. Les actions entreprises ont visé, d'une part, l'évaluation de l'établissement au regard de l'accompagnement proposé aux résidents dans les domaines du soin, de l'hébergement et de la vie sociale, d'autre part, d'étudier l'adéquation des effectifs de personnel et des besoins de formation, à la mission de l'établissement.

¹³ La création des S.C.M. en maison de retraite a été instaurée au début des années 80 amorçant le processus de médicalisation progressive des établissements, leur permettant d'accueillir des personnes nécessitant une surveillance médicale, leur évitant ainsi, une hospitalisation inadéquate.

L'ensemble de ces démarches a permis à l'établissement d'entrer dans la réforme de la tarification¹⁴ et de signer en novembre 2003, une convention tripartite pluriannuelle avec le Préfet, représentant de l'Etat et le Président du Conseil Général, pour une durée de cinq ans. A cette occasion, la capacité d'accueil de la Résidence a été ramenée à 55 lits afin de répondre au cahier des charges en réduisant le nombre de chambres doubles. Le livret d'accueil, le contrat de séjour¹⁵, le règlement de fonctionnement et le conseil de la vie sociale, déjà mis en place, sont actualisés pour prendre en compte la signature de la convention tripartite.

Un esprit d'entreprise et des moyens, un cadre de vie confortable

Dès sa création en 1988, cet établissement a toujours été une entreprise commerciale au service des personnes âgées. La notion de service - client est dès lors fondamentale : « Le client est Roi » : le service rendu doit être à la hauteur du prix payé par le résident, la qualité des prestations et du cadre de vie est essentielle. L'entreprise jouit d'une situation financière confortable lui permettant d'investir régulièrement dans l'entretien ou l'aménagement des bâtiments ou du jardin et dans la rénovation des outils de travail. Tout cela concourt à donner l'image d'une résidence de qualité, confortable et accueillante.

Elle est par ailleurs située dans un département qui œuvre en faveur des personnes âgées.

Un département dynamique dans sa politique d'aide aux plus âgés

Lors des états généraux du 20 janvier 2005, le Président du Conseil Général des Hauts de Seine a donné les grandes orientations de la politique départementale en faveur des personnes âgées. Les axes retenus sont notamment : le choix du lieu de vie et le développement des moyens de maintien à domicile, l'amélioration de la qualité de vie en institution, la professionnalisation des acteurs, une meilleure coordination des services et un partage de l'information.

¹⁴ Dans le but d'homogénéiser et d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, la réforme de la tarification en EHPAD a été initiée par la loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets et arrêtés du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001. L'un des principes de cette réforme est la mise en œuvre, par négociation locale, de conventions tripartites entre l'établissement, l'Etat et le Conseil Général.

¹⁵ La notion de contrat de séjour est apparue dans la loi du 6 juillet 1990. Elle avait pour but de réguler le prix des prestations délivrées aux personnes âgées hébergées que l'utilisateur finance lui-même, puisque, en l'espèce, il ne s'agit pas d'un ressortissant de l'aide sociale. Ce contrat décrit l'ensemble des prestations offertes ainsi que le prix de chacune d'entre elles.

Par ailleurs, on peut noter que parmi les fiches d'actions proposées, dans le schéma départemental 2005-2010 voté le 13 mai 2005, il apparaît la valorisation et la professionnalisation de l'animation. Pilotés par le conseil général, les objectifs sont de reconnaître et valoriser la fonction d'animation, de professionnaliser les acteurs, de promouvoir le lien social et de poursuivre l'intégration du projet d'animation au projet d'établissement et au projet de vie. Dans cette perspective, le financement de postes d'animateurs est envisagé.

Parallèlement, le département poursuit le développement des structures d'hébergements collectifs, ainsi, au 31 juillet 2004 le département des Hauts de Seine comptait 8 399 places en maisons de retraite et en EHPAD dont près de la moitié est habilitée à l'aide sociale. Le taux d'équipement s'établit ainsi à 112 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus¹⁶ ce qui est encore légèrement inférieur à la moyenne établie en Ile de France. 41 % des places sont médicalisées et 44 conventions tripartites ont été signées au 31 août 2004¹⁷.

La convention tripartite clé de voûte de la qualité

En préparation depuis 2001, la convention tripartite a été un facteur dynamisant de la vie de l'institution pour différentes raisons. La démarche de conventionnement m'a tout d'abord conduite à organiser, pour la première fois depuis l'ouverture de l'établissement, une enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles. Pour plus d'objectivité, j'ai souhaité que cette enquête soit exécutée par un cabinet d'audit externe. De plus, nous avons procédé à une auto-évaluation, réalisée par l'ensemble des équipes, avec l'aide de l'outil ANGELIQUE¹⁸.

Au-delà de l'intérêt des résultats qui ont pu être exploités, c'est le sens que cela a pu recouvrir pour les résidents, les familles et le personnel qui est important. Pour la première fois, on leur demandait de s'exprimer et de donner leur avis sur leur cadre de vie.

¹⁶ Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2003 pour 1000 habitants de 75 ans et plus : Ile de France 120, Yvelines 167, Seine et Marnes 184 ; *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, mai 2003, Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales.

¹⁷ Plan gérontologique des Hauts de Seine 2005-2010.

¹⁸ Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers en Etablissement.

Ainsi, chacun a pu participer à l'évaluation de l'établissement et émettre des suggestions quant aux améliorations à entreprendre. Des fiches d'objectifs et d'actions ont été rédigées et incluses dans le dossier de conventionnement.

Cette convention me semble essentielle pour l'établissement, l'inscrivant pleinement dans sa mission d'aide et d'accompagnement de personnes vulnérables, bien que son statut juridique la définisse comme une entreprise commerciale. De fait, elle impose une démarche qualité, des contrats d'objectifs, et fixe les conditions de fonctionnement (tableau des effectifs, budget) au regard des besoins des résidents pris en charge, leur garantissant ainsi un accompagnement adapté, conforme aux objectifs de la loi du 2 janvier 2002. Mon rôle de directrice est donc de veiller à son application et au respect du cahier des charges, dans un positionnement éthique affirmé.

Dès la signature, les moyens supplémentaires alloués m'ont permis de recruter du personnel qualifié et d'instaurer une dynamique d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées notamment par la mise en œuvre d'un projet de soins.

Un cadre de vie confortable

D'architecture contemporaine, ISIS peut accueillir les résidents dans des espaces protégés, clairs et agréables. Elle est constituée de deux bâtiments distincts : un bâtiment principal datant de 1988 et un bâtiment annexe construit en 1993, entourés d'un jardin paysager facilement accessible par tous les résidents.

Le bâtiment principal : pôle principal d'activité

Réparti sur trois niveaux, il comprend au rez-de-jardin, un hall d'accueil s'ouvrant sur un salon et une salle à manger claire et spacieuse dont les terrasses donnent sur le jardin. La salle à manger accueille les résidents autonomes pour les repas du midi et du soir ainsi que pour le goûter, le service est assuré par une hôtelière. Les résidents sont installés toujours à la même place pour les repas afin de faciliter la prise de repères ; leur place est marquée par un porte serviette à leur nom. Ils ont le loisir d'inviter familles et amis pour les repas et les goûters.

Le hall d'accueil et le salon du rez-de-jardin sont des lieux très prisés des résidents et de leurs familles. Des fauteuils confortables y sont installés. Le journal du jour y est déposé tous les matins et un jus de fruit y est servi tous les jours à 11 heures. C'est aussi un lieu d'attente et de passage : proche du sas d'entrée, les résidents guettent l'arrivée d'une visite ou se contentent d'observer les allées et venues en attendant l'heure du repas.

On trouve également au rez-de-chaussée, le bureau de la direction, l'infirmierie et la réserve médicale ainsi que 11 chambres particulières.

Le premier étage comprend 16 chambres particulières et un salon mis à la disposition des résidents et de leur famille afin de se retrouver dans l'intimité. Selon les cas, il devient le lieu de réunion du conseil de la vie sociale ou bien la salle de projection de films vidéo ou encore le salon où se réunissent quelques résidents le dimanche matin pour suivre la messe à la télévision.

A ces deux étages vivent des résidents moyennement dépendants et peu désorientés classés généralement en GIR 3 à 6.

Au deuxième étage, 13 chambres sont particulières et 4 sont doubles. Cet étage est réservé aux résidents les plus dépendants et à ceux présentant des troubles de l'orientation. Le personnel est en plus grand nombre sur cette unité afin d'assurer aux résidents des soins et une surveillance adaptés à leurs besoins. Une salle à manger permet d'accueillir les résidents les plus dépendants, nécessitant une aide au moment des repas. C'est aussi un lieu d'attente, rarement un lieu d'animation.

La grande dépendance des résidents accueillis dans cette unité en fait un lieu de travail éprouvant pour les équipes.

Le bâtiment annexe appelé Villa : des locaux peu investis

Construite sur deux étages, la villa est accessible directement par le jardin et reliée au bâtiment central par une galerie accessible pour les piétons et les fauteuils roulants par l'entresol. Elle comprend un large salon à chaque étage desservant 5 chambres particulières au rez-de-chaussée et 4 chambres particulières au premier étage.

Bien qu'ils soient spacieux et lumineux, équipés de fauteuils confortables, ces salons sont très peu fréquentés des résidents. Trop isolés pour certains, les résidents préfèrent le plus souvent rejoindre les salons du bâtiment central.

A l'entresol, sont installés les cuisines, la buanderie, les vestiaires du personnel, le salon de coiffure et la salle d'animation ainsi que différents locaux techniques. Tous les bureaux, offices, réserves et locaux techniques sont identifiés sur les portes d'accès.

La salle d'animation située à l'entresol n'est pas très lumineuse. Sa surface ne permet pas l'accueil de plus d'une douzaine de résidents. Elle sert également de salle de repos au personnel effectuant des journées continues. Les activités sont donc parfois organisées dans la salle à manger ou sur la terrasse au moment des beaux jours.

Les espaces sont décorés de couleurs gaies et de tentures. Les chambres, salons et salles à manger sont équipés de meubles de style et de tableaux, créant ainsi une atmosphère chaleureuse et accueillante de grande maison familiale. Pour le confort des résidents au moment de l'été, les salons et la salle à manger sont équipés de climatiseurs.

Les chambres, meublées de style Louis Philippe, comprennent des sanitaires individuels adaptés aux divers handicaps, ainsi que des lits évolutifs à commandes électriques. Elles sont équipées d'un appel malade avec amplificateur se déclenchant par une simple pression de la montre d'appel que chaque résident porte à son poignet et relayé par une centrale d'appel au personnel d'étage.

Les résidents qui le souhaitent ont la possibilité de décorer leur chambre selon leur désir et d'y apporter des bibelots, cadres et meubles pour recréer leur propre intimité. Afin de personnaliser les espaces privés, chaque chambre comporte un numéro et en regard le nom et le prénom du résident.

Toutes les chambres et tous les espaces communs sont accessibles en fauteuil roulant permettant à toute personne handicapée de se déplacer librement au sein de l'établissement.

Le jardin

Accessible à tous, le jardin est à découvrir par une rampe d'accès en pente douce. Un chemin conduit jusqu'à la tonnelle où il est possible de s'asseoir à l'ombre. Riche en arbres, arbustes et fleurs, il est très apprécié des résidents et de leurs familles.

Après avoir situé le cadre architectural, nous allons découvrir les résidents qui y vivent.

1.2.2 Des personnes âgées dépendantes et fragilisées

A) Caractéristiques des résidents accueillis

Le grand âge

L'âge moyen actuel est de 88 ans. La personne la moins âgée a 75 ans, la plus âgée a 105 ans. Les femmes représentent 80 % de la population, soit 44 femmes pour 11 hommes. Cette forte représentation des femmes au sein de l'établissement est conforme au niveau national. Cela s'explique essentiellement par la pyramide des âges, l'espérance

de vie des femmes est de 83,8 ans et celle des hommes de 76,7ans en 2004¹⁹. Par ailleurs on recense encore un certain nombre de femmes devenues veuves pendant la guerre. Les résidents que nous accueillons à ISIS sont veufs ou veuves pour la plupart, seulement deux résidents ont encore leur conjoint. Dans 78 % des cas les enfants habitent dans un rayon de 30 kilomètres et sont très présents, assurant au moins une visite par semaine. 22 % des personnes sont malgré tout très isolées, soit parce qu'elles n'ont plus de famille, soit parce que les enfants sont très éloignés.

Une dépendance accrue

Le degré de dépendance moyen des résidents accueillis dans l'établissement a progressé : le Gir Moyen Pondéré (G.M.P.) en 1997 était de 629, il est aujourd'hui évalué à 752. Ce qui situe l'établissement, au regard de la base ERNEST²⁰, proche d'une Unité de Soins de Long Séjour (U.S.L.D.) dont le GMP est fixé à 800. Ces chiffres sont révélateurs du vieillissement des résidents accueillis et de l'augmentation concomitante de leur dépendance. Progressivement la demande en soin augmente. Les poly-pathologies sont fréquentes et la médicalisation de l'établissement justifie parfois la prise en charge de résidents nécessitant de nombreux soins.

Une situation sociale aisée

Les résidents sont tous issus d'un milieu social aisé. On retrouve des professions libérales, des commerçants, des cadres et hauts fonctionnaires. Ils ont des moyens financiers confortables et bien souvent un patrimoine important, qui font parfois l'objet de convoitises et de conflits au sein des familles, nécessitant d'engager une procédure de protection juridique. Actuellement 10 personnes sont sous tutelle ou curatelle.

Les femmes n'ont généralement pas ou peu travaillé. Comme de nombreuses femmes de leur époque, elles sont restées au foyer pour élever leurs enfants. On trouve d'ailleurs une proportion importante de familles nombreuses, de 3 à 7 enfants.

Ces personnes ont été habituées toute leur vie à un certain confort, bon nombre d'entre elles, ont toujours eu du personnel à leur service et sont souvent très exigeantes.

¹⁹ PISON G. *France 2004 : L'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans*. Population et société, n° 410, mars 2005. p 3.

²⁰ Echantillon Représentatif National des Etablissements pour Simuler la Réforme de la Tarification.

Les résidents accueillis sont majoritairement issus du département ou des communes limitrophes. En 2005 dans 50 % des cas les résidents venaient de leur domicile. Pour l'autre moitié, ils venaient de l'hôpital ou d'un établissement de santé.

Ils ont pour la plupart bénéficié d'une aide à domicile avant d'entrer dans l'établissement.

B) Des résidents fragilisés

L'année 2005 a été une année difficile et éprouvante. Le rapport d'activité fait état de 22 décès dans l'établissement et de 7 décès lors d'une hospitalisation, ce qui représente un peu plus de la moitié des résidents. Ce phénomène est sans précédent pour l'établissement, la moyenne se situant habituellement à une quinzaine de décès chaque année. 48, c'est l'autre chiffre clé de cette « drôle d'année », correspondant au nombre d'admissions réalisées, les autres années enregistrant une vingtaine d'entrées en moyenne.

Cette situation a été expliquée par la pyramide des âges, d'une part, et, ou l'existence de pathologies graves d'autre part. En effet, 2/3 des résidents décédés avaient plus de 90 ans, et étaient présents dans l'établissement depuis plus de 3 ans en moyenne ou présentaient des pathologies évolutives.

Cela n'a pas été sans conséquence sur les relations entre les résidents d'une part et sur l'équipe et l'organisation du travail d'autre part. Je reviendrai sur ce dernier aspect un peu plus tard. Mais étudions tout d'abord, les répercussions de ces événements sur les résidents.

Des résidents en difficulté

De nombreux résidents décédés dans l'année étaient présents dans l'établissement depuis plusieurs années pour certains. Ils avaient, au fil du temps, tissé des liens plus ou moins riches avec d'autres, créant un tissu social fragile, certes, mais qui existait et avait de l'importance pour chacun d'entre eux. La disparition de plusieurs d'entre eux en quelques mois a rompu cet équilibre où chacun avait la capacité d'exister dans un groupe et de trouver du sens aux longues journées qui se succèdent.

Ceux qui restent sont très affectés émotionnellement et fragilisés, faisant ressurgir leur propre angoisse de la mort. Les liens se sont délités, certains éprouvant le besoin de se retirer le temps de vivre leur peine.

Les indicateurs révélateurs, sur cette période, ont été une augmentation de 50 % des demandes d'entretiens individuels des résidents auprès de la psychologue, et une baisse proportionnelle de la participation aux activités proposées par l'animatrice.

Des résidents de passage

Pour faire face à la vacance importante des chambres, de nombreuses admissions ont eu lieu au fil des départs. Le plus souvent, les demandes ont été effectuées pour des séjours temporaires, ce qui explique le nombre important d'entrées effectuées dans l'année. Ces résidents « de passage », sont restés dans l'établissement entre 1 et 3 mois, 3 personnes ont prolongé leur séjour pour une durée de 6 mois, 2 ont transformé un séjour temporaire en un séjour à durée indéterminée. Généralement admis après une hospitalisation ou une aggravation de leur état de santé, ils sont venus chercher dans l'établissement, un lieu confortable où ils pouvaient se reposer et se rétablir avant de rentrer chez eux.

Dans cette perspective, bien qu'ils aient été sollicités, peu d'entre eux ont éprouvé l'envie ou le besoin de se lier avec d'autres résidents. D'ailleurs, ils avaient tendance à se regrouper entre eux, ne souhaitant pas qu'on les confonde avec « ces pauvres vieux, qui n'ont plus d'autre choix que de rester ici ». De fait, ils se sont donc peu investis dans la vie sociale de l'établissement et ont peu participé aux activités organisées par l'animatrice.

Des résidents parfois isolés

Certains résidents choisissent de s'isoler volontairement, la vie en collectivité leur pèse, ils préfèrent rester dans leur chambre, attendre la visite de leurs enfants. Ils ne participent pas aux activités collectives et préfèrent que l'on passe un petit moment à bavarder avec eux. Ils trouvent les autres résidents vieux et insupportables. Rester à l'écart, c'est éviter d'être identifiés à ce groupe dans lequel ils ne se reconnaissent pas. Généralement, ces résidents sont plus autonomes que les autres. Ils bénéficient de la visite dans leur chambre de l'animatrice ou de la psychologue, chacune tentant régulièrement de les faire sortir pour participer aux activités.

Il demeure cependant, que l'isolement n'est pas toujours un choix. Cela concerne les résidents du deuxième étage du bâtiment principal. En grande perte d'autonomie ou très dépendants physiquement et présentant des troubles du comportement, ils développent des comportements agressifs sollicitant souvent le personnel. Quelques uns sont recroquevillés et silencieux dans leur fauteuil, sombrant dans un isolement total. Cela a été évoqué à plusieurs reprises lors des réunions de coordination médicale, par l'équipe soignante. J'ai demandé à l'animatrice de me présenter une étude des activités proposées à ces résidents, ainsi que le recensement des visites extérieures qu'ils recevaient. Il s'avère que ces personnes sont assez isolées puisque 2/3 d'entre elles ont moins d'une visite par mois et que les 3/4 ne participent pas aux animations proposées, « parce qu'elles sont trop dépendantes ou perturbent le groupe ». Il en résulte qu'une

vingtaine de résidents est à l'écart de toute activité et ne développe qu'une vie sociale restreinte.

Les résidents accueillis à ISIS sont donc des personnes âgées dépendantes, fragilisées par un certain nombre de facteurs. La mort omniprésente, le grand âge, la perte d'autonomie, un degré de dépendance élevé, sont pour certains à l'origine d'un état d'isolement difficilement acceptable.

Après avoir présenté globalement les résidents accueillis et leur cadre de vie, il convient de présenter l'équipe de travail installée pour les accompagner.

1.2.3 Une équipe pluridisciplinaire au service des résidents

L'établissement emploie 35 personnes réparties sur 32,58 Equivalents Temps Plein (ETP). Cet effectif ainsi que sa répartition ont été retenus en 2003 par les autorités de tarification lors de la signature de la convention tripartite. (Annexe 2)

- La direction 1 ETP
- Le service administratif 3 ETP
Comprend 3 personnes : 1 ETP de comptable et 2 ETP de secrétaires
- Le service des soins : 10,12 ETP

Composé d'un médecin coordonnateur 0,30 ETP, de 5 infirmières (IDE) 3 ETP de jour et 2,32 ETP de nuit, de 5 Aides-Soignantes (AS) et Aides Médico-Psychologiques (AMP) 5 ETP de jour ; L'infirmière référente occupe 50 % de son temps à la coordination des soins.

En lien avec le médecin coordonnateur, elle s'assure de la qualité du travail des équipes, fait évoluer le projet de soins, coordonne les visites des différents intervenants (médecins, kinésithérapeutes, laboratoire...).

- Les services généraux : 17,92 ETP
Auxiliaires de vie 13,92 ETP, agent d'entretien 1 ETP, lingère 1 ETP, hôtelières 2 ETP
Les auxiliaires de vie travaillent en équipe du matin ou d'après-midi, assurent un week-end sur deux et viennent compléter l'effectif des AS et AMP auprès des résidents, pour assurer les soins d'hygiène et de confort, l'aide à la vie quotidienne.

2,50 ETP sont affectés au service de nuit pour travailler en double avec l'infirmière de veille.

Les hôtelières assurent à tour de rôle le service en salle à manger au rez-de-chaussée, et ont en charge, en moyenne, une trentaine de couverts.

- La psychologue 0,20 ETP :

Ce poste, financé par le conseil général, a été mis en place dès la signature de la convention tripartite. Psychologue clinicienne, elle intervient deux après midi par semaine dans l'établissement pour prendre contact avec les nouveaux résidents et rencontrer les familles ou les résidents qui le souhaitent. Elle assure également des interventions ponctuelles auprès du personnel, pour des groupes de parole ou des temps de formation.

- L'animation 0,64 ETP :

Ce poste est financé par le budget hébergement. L'animatrice est présente tous les après midi du lundi au vendredi. Elle organise une activité différente chaque jour de la semaine selon un planning qu'elle établit un mois à l'avance. Une fois par mois, des intervenants extérieurs sont sollicités pour proposer aux résidents un après midi musical, une conférence ou un spectacle...

Une équipe stabilisée

Après les nombreux remaniements des plannings de travail au moment de l'application des 35 heures, l'équipe s'est peu à peu stabilisée, surtout depuis avril 2002, où la mise en place de la Convention Collective Unique (C.C.U.) du 22 avril 2002 et de son annexe médico-sociale du 20 décembre 2002 est venue renforcer la protection des salariés et a été approuvée par l'ensemble du personnel. Enfin, la signature de la convention tripartite en novembre 2003, a permis de déterminer un effectif en adéquation avec le degré de dépendance des résidents accueillis, et d'entamer une démarche de qualification du personnel. Ces progrès réalisés ont favorisé la stabilisation de l'équipe et la motivation du personnel. Le ratio global d'encadrement est de 0,59. Il se situe au dessus de la moyenne nationale située autour de 0,40²¹, ce qui est un atout majeur.

²¹ *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie.* Commissariat Général du Plan 2005. Les cahiers du Plan n° 1. p 35.

Un projet de soins qui a du sens

Le projet de soins est en constante évolution depuis 4 ans avec pour objectif principal d'assurer la permanence et la continuité des soins dans des conditions de sécurité et de confort optimum et de faire face à l'apparition de poly-pathologies de plus en plus fréquentes chez les résidents. Il contribue également à éviter les hospitalisations, bien souvent traumatisantes avec l'avance en âge ou à favoriser des retours d'hospitalisation plus rapides.

Pour ce faire, de nombreuses actions ont été entreprises avec la collaboration du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante, je citerai notamment : la mise en place de procédures ayant prouvé leur efficacité (en cas d'urgence, d'hospitalisation, de chute...); le développement de partenariats avec des médecins spécialistes intervenant au chevet des résidents, évitant ainsi leur transport vers des consultations externes quand cela est possible ; la signature d'une convention d'exercice avec une unité mobile de soins palliatifs, intervenant à la demande pour l'ajustement des traitements contre la douleur, pour l'apport d'informations pratiques selon les cas auprès des équipes soignantes, pour soutenir et accompagner le résident en fin de vie et sa famille ; la signature d'une convention avec un hôpital de proximité, facilitant les modalités d'admission des résidents en cas d'urgence.

Par ailleurs, l'informatisation des dossiers de soins individuels s'est avérée être un support très utile au projet de soins. La conception et l'informatisation du dossier de soins, la mise en place de fiches de recueil de données, l'achat de matériels adaptés aux soins ont favorisé une nette amélioration de la qualité des soins et un confort indiscutable pour les soignants. Le personnel est affecté à une unité spécifique. Ce qui lui permet de bien connaître le service et son organisation ainsi que les résidents qu'il doit accompagner.

Par ailleurs, un travail important a été effectué sur l'encadrement du personnel, notamment par l'instauration de réunions d'équipes régulières, qui n'existaient pas auparavant.

En outre, la qualification du personnel soignant a été, depuis 2004, une priorité, afin de répondre aux objectifs de la convention tripartite en termes d'effectifs qualifiés d'une part, pour améliorer la qualité des soins auprès des résidents d'autre part.

A cette équipe de travail interne viennent s'ajouter des prestataires de services qui ont en charge la restauration, le nettoyage des locaux et une partie de l'activité lingerie (le linge plat, essentiellement, le linge des résidents étant traité en interne). L'établissement a toujours fait appel à des prestataires de service pour déléguer ces trois pôles d'activité.

Je pense que l'intérêt essentiel d'un tel choix pour le directeur est d'alléger la gestion du personnel et des moyens techniques d'une part, la gestion des achats et des stocks d'autre part. En revanche, les contraintes sont essentiellement budgétaires puisque ces services représentent un coût non négligeable imputé sur la section d'exploitation.

Cela m'impose d'être vigilante quant à la maîtrise des coûts des prestations, mais aussi d'évaluer la qualité des prestations servies régulièrement, pour qu'elles soient toujours en adéquation avec notre cahier des charges. Ces évaluations se font au travers des commissions de restauration mises en place tous les trois mois, mais aussi en tenant compte des remarques des résidents, des familles et du personnel, notées dans un cahier de message réservé à cet effet.

D'autres professionnels interviennent dans l'établissement puisque les résidents conservent le libre choix de leur médecin traitant ainsi que des auxiliaires médicaux qu'ils sollicitent. Ainsi, des médecins généralistes, des spécialistes, des kinésithérapeutes, des orthophonistes... collaborent à la prise en charge et au suivi médical des résidents. Ces interventions sont coordonnées par le médecin coordonnateur de l'établissement et par l'infirmière référente.

Des réunions d'équipe ont lieu chaque jour à chaque relève entre les infirmières, les AS AMP et les auxiliaires de vie. J'organise une réunion mensuelle avec l'équipe soignante pour évoquer les difficultés qu'elle rencontre et prévoir les conditions d'admission et de sortie éventuelle des résidents. Je reçois également l'infirmière référente une fois par semaine ainsi que les salariés des autres services et ce, séparément, pour discuter avec eux des difficultés spécifiques auxquelles il sont confrontés.

Ces réunions sont importantes et me permettent de rester en lien au plus près des équipes. Elles font l'objet de compte rendu à chaque séance.

On le constate, cet établissement possède des atouts et des richesses indiscutables, mais il présente aussi des difficultés.

1.3 Ses contraintes et ses difficultés

Au-delà des données générales de l'établissement, celui-ci présente des caractéristiques qu'il me semble important d'analyser.

1.3.1 Une culture d'entreprise marquée

La rentabilité est la condition nécessaire au fonctionnement de cet établissement. Au-delà du service rendu aux personnes âgées accueillies, il faut aussi que la gestion soit porteuse de bénéfices pour le gérant de la société. Compte tenu du standing affiché de la maison il n'est pas question de « rogner » sur les prestations hôtelières. Les leviers d'action sont donc le taux d'occupation des chambres, nécessitant de remplacer très rapidement chaque départ de résident et sur l'optimisation du service rendu par le personnel.

Le travail est une valeur forte. Il doit être efficace et quantifiable. L'idée est que le travail effectué doit produire un service qui peut être évalué, tant en terme quantitatif qu'en terme qualitatif. Dans ce cadre, le personnel est à la disposition des résidents dans une mission précise : satisfaire aux besoins du gîte et du couvert, aux soins d'hygiène et à la surveillance médicale, passer du temps auprès d'un résident ou d'une famille souhaitant parler n'est pas toujours considéré comme du temps de travail, mais plutôt comme un prétexte à ne pas travailler...

L'organisation actuelle du travail dans les différents services est héritée d'une culture hospitalière et d'une culture d'entreprise, proche de l'Organisation Scientifique du Travail, instituée par le gestionnaire actuel, dès sa reprise de l'établissement. Chaque catégorie de personnel possède une fiche de poste et un plan de travail minuté, ne laissant aucun temps à l'initiative ou à l'imprévu. Chacun doit être à son poste et chacun à sa tâche. De façon à peine caricaturée on peut dire que l'infirmière se consacre aux médicaments et aux soins, l'aide soignante aux toilettes, les auxiliaires de vie au ménage, l'animatrice à l'animation...

Cela crée un cloisonnement des fonctions et des services et conduit à la déshumanisation du travail et à la rupture du lien social, au sein de l'équipe mais aussi avec les résidents et les familles. Il n'y a pas de transversalité des actions au moment où l'accompagnement de la personne âgée demande justement une globalisation et une individualisation de sa prise en charge.

1.3.2 Une équipe en difficulté par une organisation centrée sur le soin

Les postes qualifiés d'infirmières et d'aides soignantes ou d'AMP ont été négociés au moment de la convention tripartite avec la DDASS et le Conseil Général. L'effectif actuel est conforme à la négociation. S'il est très bien doté sur le plan infirmier, je pense qu'il demeure cependant insuffisant, pour les AS et AMP au regard du GMP de l'établissement et de la charge de travail. Il ressort que la charge en soins est très importante, ne laissant que peu de temps pour discuter avec les résidents ou les familles, ce qui contribue à rendre le travail très technique et pauvre en communication. Les soignants ont exprimé leur souffrance d'être cantonnés à soigner des corps sans pouvoir prendre le temps de « soigner aussi les âmes ».

De plus, faire face à un décès demande beaucoup d'énergie de la part des soignants et de l'ensemble du personnel et n'est pas sans conséquence sur le plan émotionnel et affectif. Certaines personnes ont d'ailleurs clairement exprimé leurs difficultés à surmonter les événements, lors des réunions d'équipes. Un groupe de parole est ponctuellement animé par la psychologue pour soutenir le personnel le plus éprouvé.

Le nombre important de nouveaux résidents arrivés dans l'année a, de plus, nécessité des efforts considérables du personnel pour les accueillir le mieux possible dans un contexte déjà difficile pour eux. L'ensemble de ces événements a favorisé l'apparition de tensions dans l'équipe avec l'augmentation de la charge de travail notamment au deuxième étage où les résidents en grande dépendance et en perte d'autonomie ont demandé plus d'attention, de soins et de patience. A cet étage le personnel, épuisé a demandé de l'aide pour être soulagé et s'est senti lésé par rapport aux autres unités considérées moins difficiles.

Les déclarations d'accidents de travail ont augmenté d'environ 15 % en 2005. Les motifs étaient généralement toujours les mêmes, lombalgies, provoquées lors du transfert d'un résident du lit au fauteuil ou du fauteuil au lit. Pour « faire vite », les règles élémentaires d'ergonomie ont été écartées et ont fait l'objet d'une réunion particulière en janvier. Les arrêts maladie ont quant à eux, progressé de 10 %, probablement en lien avec les conditions de travail difficiles.

Si la mise en place et l'évolution du projet de soins était indispensable au suivi et à la prise en charge de personnes atteintes de poly-pathologies, cela s'est fait en revanche au détriment du développement de la vie sociale de l'établissement et au détriment du projet

d'animation. En effet, ce service n'a bénéficié d'aucune amélioration ces dernières années.

1.3.3 L'animation laissée pour compte

L'animatrice a un niveau Brevet de Technicien Supérieur en économie sociale et familiale et a été recrutée au regard de son expérience d'animatrice dans un service hospitalier de gériatrie. Elle n'a bénéficié d'aucune formation complémentaire depuis son arrivée.

Isolée dans sa fonction, elle n'a pas beaucoup de contact avec le personnel. Par ailleurs la médicalisation totale de l'établissement depuis la signature de la convention tripartite, a fortement développé les activités du soin au détriment de l'animation. Notamment, les formations organisées ont concerné les auxiliaires de vie, les aides-soignantes et AMP, l'animatrice n'étant pas prioritaire sur cette période. Elle dit elle-même qu'elle est « démotivée » qu'elle a l'impression de « stagner » que son « travail n'a plus de sens ». Les profonds changements opérés parmi les résidents ont de plus entraîné une modification au niveau de la participation aux activités, vécue comme décourageante.

De plus, la salle d'animation est estimée peu conviviale par les résidents, qui l'ont déjà exprimé lors d'un conseil de la vie sociale. Servant de salle de repos pour le personnel cela pose des difficultés quant à son agencement mais aussi quant à sa disponibilité. Cette situation génère régulièrement des conflits entre l'animatrice et le personnel.

La fréquentation des activités organisées par l'animatrice s'est vue divisée par deux durant l'année 2005, rompant l'équilibre des petits groupes institués lors de la gymnastique douce ou des séances collectives de scrabble. Les résidents les plus fatigués et dépendants ont petit à petit déserté les salons et les temps d'activité. Les nouveaux résidents participent timidement, surtout lorsqu'ils sont présents sur de courtes périodes. Admis le temps d'une convalescence, ils préfèrent le plus souvent demeurer seuls ou en famille et ont manifesté peu d'intérêt pour les activités proposées.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Au terme de cette première partie, nous sommes en présence d'un établissement pour personnes âgées dépendantes, jouissant d'une structure hôtelière de qualité et d'un cadre de vie agréable. Cependant, l'établissement traverse aujourd'hui des difficultés liées d'une part à l'évolution de la dépendance des résidents accueillis et liées d'autre part à l'organisation actuellement cloisonnée du travail. Les principales conséquences de cette situation sont le manque de vie sociale et le risque d'isolement de certains résidents, la rupture potentielle des liens, indispensables à la qualité de vie.

Les répercussions engendrées sur l'accompagnement des résidents et les dysfonctionnements qui en découlent au sein de l'équipe sont des enjeux essentiels qui m'interpellent dans ma fonction de directrice, pour reconsidérer, d'une part, l'accompagnement proposé aux résidents et d'autre part, la gestion des ressources humaines.

Le contexte législatif et réglementaire favorable à l'évolution de la prise en charge des résidents vers un accompagnement adapté et personnalisé inscrit le développement d'un projet d'animation dans une démarche stratégique au service de la vie sociale des résidents.

Dans cette perspective, il convient de tenir compte des particularités des personnes accueillies, de leurs besoins et de leurs attentes, mais aussi d'analyser avec précision les difficultés rencontrées par le personnel.

2 VIEILLIR ET VIVRE : UN VRAI DEFI

« Je croyais pourtant que vieillir était le meilleur moyen que l'on ait trouvé pour continuer à vivre, une sorte de victoire momentanée sur la mort ouvrant nos parcours à de nouvelles possibilités... »²²

2.1 Les personnes âgées dépendantes accueillies en institution aujourd'hui

L'allongement de la vie

Grâce aux progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie, les plus de 60 ans représentent aujourd'hui 23 % de la population de l'Union Européenne. En 2020, les plus de 80 ans devraient être 20 millions sur l'ensemble du territoire européen, soit une augmentation de 300 % depuis 1960²³. La France n'a pas échappé à cette évolution démographique. Selon le dernier recensement de l'INSEE²⁴ 20,6 % de la population avait plus de 60 ans en 2000, l'estimation est portée à 25,7 % en 2015 et 31,1 % en 2030. La part des personnes âgées de 75 ans et plus devrait atteindre 10 % en 2020²⁵. Dans le département des Hauts de Seine, les plus de 75 ans représentent actuellement 7 % de la population ce qui est conforme à la moyenne nationale²⁶. D'ici à 2010 ce chiffre pourrait progresser de 18 % selon le dernier schéma départemental. Par ailleurs, 15 000 personnes de plus de 75 ans étaient considérées comme dépendantes en 2004.

L'hébergement en institution reste incontournable pour de nombreuses personnes âgées, notamment en situation de grande dépendance. A l'échelon européen, on peut cependant observer une grande variété des situations en fonction de la culture propre du pays. Ainsi, en Italie, moins de 5 % des Italiens de 75 ans et plus vivent en institution, contre 15 % au Pays Bas, la France se situant autour de 12 %²⁷. Selon l'enquête EHPA

²² AMYOT J.J. *Travailler auprès des personnes âgées*. Dunod, 1998. 2ème Edition. p 9.

²³ Commission Européenne : *Politique du vieillissement*. 8 juin 2005.

²⁴ *Projection démographique pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030*. Institut National des Statistiques Et des Etudes, 2005.

²⁵ *Le nombre de personnes âgées dépendantes*. Etudes et résultats n° 94, décembre 2000. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques.

²⁶ Plan gérontologique des Hauts de Seine, 2005 – 2010.

²⁷ Fondation Nationale de Gérontologie. *Gérontologie et société* – n°112- mars 2005.

2003²⁸, 640 000 personnes sont hébergées en Etablissement pour Personnes Agées en France. L'enquête révèle également que ces personnes sont plus dépendantes, 81 % en 2003 contre 57 % en 1996.

Les modes d'hébergement collectifs

Il existe différents types d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées :

- Les foyers logements accueillant des personnes peu dépendantes dont le GMP est inférieur à 300 ;
- Les EHPAD accueillant des personnes âgées dépendantes dont le GMP est compris entre 300 et 800 ;

Ces deux types d'établissements sont considérés comme des établissements médico-sociaux ;

- Les Unités de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.) dont le GMP est supérieur à 800 ; ces USLD, régies par le code de la santé publique, sont des établissements de santé, dispensant des soins aux personnes n'ayant plus leur autonomie.

Les établissements publics représentent 60 % des places installées contre 40 % pour le secteur privé. Dans le secteur privé, les établissements à but non lucratif représentent 26 %, le secteur commercial, pour sa part, 14 %.

En dépit de leur évolution, ces établissements pour personnes âgées dépendantes sont encore associés à l'idée d'hospice et de mouvoir dans l'imaginaire de nombreuses personnes. Selon Michel BILLE, les institutions « portent un héritage lourd : une image repoussante, une réputation peu flatteuse qu'elles ont reçue de l'hospice et de l'hôpital dont elles sont les descendantes »²⁹. Quel que soit le type d'établissement, ces maisons et résidences ont la particularité d'être des lieux de vie, certes, mais des lieux de vie ultimes. « Dernière demeure » ou « dernier chez soi », elles sont marquées par la grande dépendance, la fin de la vie et la mort, « elles deviennent le lit de l'incapacité à vivre »³⁰. Les lieux de vie sont collectifs et impersonnels, l'espace privé se réduit au bénéfice d'un espace public plus grand partagé avec des gens qu'on ne choisit pas, alors « le destin qui

²⁸ *Les établissements pour personnes âgées en 2003*. Etudes et résultats n°379, février 2005. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques.

²⁹ Fondation Nationale de Gérontologie. *L'entrée en institution*. Gérontologie et société, n° 112, mars 2005. p 67.

³⁰ LE DOUJET D. *Entrer en maison de retraite*. Gérontologie et société, n° 112, mars 2005. p 49.

se profile (est) celui de la dilution de soi dans le commun »³¹, et la crainte de perdre son identité « peut se vivre comme l'imminence de la mort »³². Cependant, les établissements cherchent actuellement à se rapprocher du milieu de vie ordinaire, et à favoriser une continuité entre la vie au domicile et la vie en institution. Ainsi les résidents sont invités à personnaliser leur lieu de vie par exemple, et un accompagnement individualisé est encouragé par l'évolution des politiques de la vieillesse.

Néanmoins, le choix d'entrer en institution oblige à une réorganisation complète de l'existence, plus ou moins facile à vivre pour les personnes, selon la façon dont a été préparée cette transition vers une nouvelle vie.

L'entrée en institution : la question du choix ou du non choix

Le choix de l'entrée en établissement peut recouvrir différentes attentes pour le résident : être moins seul ou nouer de nouvelles relations, mais peut générer aussi de nouvelles craintes, la peur de perdre son identité, la peur de la dépendance ou de la mort. Pour D. LE DOUJET : « Entrer en maison de retraite, c'est accomplir un étrange voyage »³³.

Certaines personnes ont fait le choix de ne plus vivre seules, pour des raisons matérielles, de sécurité ou d'isolement devenu insupportable, des problèmes d'environnement ou de changements familiaux. I. MALLON parle d'un choix stratégique : « Elles ont choisi de vivre en institution, en fondant leur décision sur la volonté explicite de se préparer à la vieillesse, à son cortège de handicaps potentiels, et à la mort »³⁴. Dans ce cas, la décision a été réfléchie, la transition préparée, l'adaptation se fait le plus souvent dans de bonnes conditions même si le changement de cadre de vie peut tout de même provoquer un état dépressif momentané. Ce changement peut s'assimiler à un déménagement, les personnes sont actives et en interaction avec leur environnement. Autonomes, elles conservent une vie sociale et s'intègrent aisément à la vie de l'institution. Elles choisissent les animations auxquelles elles désirent participer et sont véritablement acteur de leur projet de vie.

Pour d'autres personnes, l'entrée en établissement relève d'un choix de raison ou de dépit. Ces contextes d'urgence (sortie d'hospitalisation, disparition du conjoint, épuisement des aidants...) sont autant de facteurs qui, plus ou moins brutalement, imposent une réorganisation de la vie quotidienne. En plus des traumatismes, physiques

³¹ LE DOUJET D. Op.cit. p 51.

³² Ibid., p 55.

³³ Ibid., p 51.

³⁴ MALLON I. *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez soi*. Le sens social, Pur, 2004. p 88.

et psychologiques subis, la personne doit faire face à l'entrée non préparée dans un établissement qu'elle n'avait peut-être pas du tout envisagé : la maison de retraite. Dans ces cas, l'adaptation est plus difficile.

Ce changement peut être assimilé à une hospitalisation. La situation est alors subie, la personne se sent « de passage » dans l'établissement et son comportement correspond au sentiment qu'elle éprouve. Elle se renferme le plus souvent, et n'arrive pas à investir les lieux, ni à se lier avec les autres résidents.

Dans tous les cas, l'entrée en institution constitue une rupture. La personne quitte son « chez soi », cette bulle d'intimité construite de souvenirs accumulés au fil des années et dans laquelle elle se reconnaît. Il lui faut renoncer aussi à ses habitudes et quitter ses voisins et amis pour s'adapter tant bien que mal à une nouvelle vie en collectivité. L'enquête EHPA 2002³⁵ fait apparaître que, seuls 35 % des résidents ont déclaré avoir participé comme acteur principal à leur demande d'entrée en établissement. Pour les autres, la famille est intervenue dans 37 % des cas et les professionnels de santé dans 21 % des cas. Cela peut s'expliquer par l'âge avancé de l'entrée en institution, 83 ans en moyenne et par la fréquence des pathologies psychiques à cet âge entraînant des troubles importants du discernement et de fait, des difficultés à exprimer des choix.

La prise de décision pour entrer en établissement d'hébergement est un moment crucial dans la vie de la personne mais aussi de son entourage. A cette occasion, les relations entre la personne âgée et la famille se redessinent, l'institution se positionne comme tiers. Le rôle du directeur est alors fondamental à cette étape, car il doit veiller à un certain nombre de paramètres dont dépend la réussite de l'adaptation du résident à son nouvel environnement. Selon I. DONNIO : « Il apparaît comme essentiel de restituer la phase d'admission aux yeux des familles sur la base des principes suivants :

- Refuser d'admettre une personne âgée contre sa volonté,
- Refuser toute coalition avec la famille ou les proches pour effectuer « un placement »,
- Faire prendre conscience à la famille que l'institution n'est pas « la » solution mais un outil permettant de résoudre des difficultés auxquelles elle est confrontée »³⁶.

³⁵ SOMME D. *Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution*. Dossier solidarité et santé n°1, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Janvier - mars 2003, p 38.

³⁶ DONNIO I. *L'entrée en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes*. Gérontologie et société, n° 112, mars 2005. p 78.

Les familles sont bien souvent culpabilisées de devoir confier leur parent «aux bons soins » de l'institution, ce qui leur renvoie une image d'incapacité à accomplir un devoir. Elles peuvent répondre à cette situation par la fuite, les visites seront rares ou bien au contraire par l'omniprésence et l'agressivité. Comment la personne âgée peut-elle s'adapter et recréer un environnement familial si les enfants sont eux-mêmes inquiets de la qualité de l'accompagnement ? Il me semble alors fondamental de développer des liens de confiance entre l'institution, le résident et la famille. Je pense que c'est au directeur de poser les bases de cette relation lors de l'admission et de favoriser son développement au fil du temps avec l'aide de l'équipe afin de favoriser les conditions optimum d'une bonne adaptation de la personne à son nouvel environnement.

Les personnes âgées accueillies dans ces établissements sont dites « dépendantes ou en perte d'autonomie ». Il me semble important de voir maintenant ce que recouvrent ces termes afin de mieux comprendre la réalité et les spécificités de ces personnes vieillissantes.

2.1.1 Sur le chemin de la dépendance

Définition officielle et évaluation

Une définition officielle de la dépendance a pour la première fois été donnée par la loi du 24 janvier 1997, relative à la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance, reprise par la loi du 20 juillet 2001 relative à l'Aide Personnalisée d'Autonomie. Du latin « *dependere* » qui signifie être suspendu, assujéti, à l'utilisation d'un objet, à la présence ou à l'action d'une personne, sont considérées dépendantes « toutes personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

Le degré de dépendance des résidents accueillis en institution est évalué afin de déterminer les aides nécessaires. L'évaluation est réalisée à l'aide d'un outil, la grille nationale d'évaluation de la dépendance ou grille A.G.G.I.R. (Autonomie Gérontologie – Groupes Iso Ressources). Conçue par le Syndicat National de Gérontologie Clinique à partir de modèles existants (KATZ, Géronte...), elle est destinée à évaluer le degré de dépendance physique et psychique de la personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens (Annexe 1). L'évaluation s'effectue sur 10 variables discriminantes, pour lesquelles il existe 3 cotations possibles A, B ou C. Ces cotations donnent lieu à l'attribution de points GIR (Groupe Iso Ressource). Les variables concernent l'autonomie sociale et domestique, la cohérence et l'orientation et permettent le classement des

personnes en 6 groupes allant de la dépendance la plus forte (GIR 1) à la dépendance la plus faible (GIR 6).

Le classement de la personne dans un groupe GIR est déterminant pour calculer les tarifs dépendance et soin des EHPAD ainsi que l'octroi et le montant du Gir. Le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement s'exprime en Gir Moyen Pondéré, résultant de la somme des points GIR de tous les résidents, divisée par le nombre de ces résidents.

Une définition stigmatisante

Au-delà de cette définition objective et des aspects techniques de son évaluation, la dépendance recouvre d'autres aspects inhérents à la condition humaine. En effet, chaque individu est dépendant des autres sa vie durant. Quel que soit l'âge, des liens se créent à des degrés divers, sur le plan familial, affectif, économique ou social, favorisant l'épanouissement personnel et donnant aussi du sens à l'existence. Au cours de la vie cette dépendance évolue en indépendance laquelle est à son tour diminuée lorsque des incapacités apparaissent. Chez la personne âgée, la dépendance revêt alors bien souvent un certain nombre d'incapacités. Pour Albert MEMMI³⁷ : « La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ». Bernard Ennuyer³⁸ souligne quant à lui, que si dans le langage courant, la dépendance est signe de lien social et de solidarité mutuelle, dans le champ de la vieillesse elle prend une signification plus négative stigmatisant les personnes âgées. Il dit ainsi que cette notion de dépendance constitue « un nouvel enfermement des personnes vieillissantes [...] derrière les énoncés et les représentations associées au vocable dépendance : spécificité inéluctable du grand âge, nécessité du recours à l'hébergement, incapacité à faire et à être [...] »³⁹.

De la dépendance à l'autonomie

Cependant, si la dépendance physique implique la nécessité de mettre en place des aides « pour faire », elle n'implique pas forcément, la perte d'autonomie. Si l'on s'en tient au premier sens du mot autonomie, celui-ci renvoyait à la notion de souveraineté, celle d'un état autonome, élaborant ses propres lois. Concernant l'être humain, l'autonomie s'acquiert progressivement au cours de l'existence par une succession d'apprentissages

³⁷ MEMMI A. *La dépendance*. Gallimard, 1979. p 9.

³⁸ ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance* Dunod, 2003. p 5.

lui permettant de faire des choix compte tenu de ses intérêts et de ses désirs ; « elle désigne la capacité, la liberté de se gouverner soi-même »⁴⁰. Selon Edgar MORIN⁴¹ : « Etre sujet, c'est être autonome tout en étant dépendant », « la notion d'autonomie humaine étant complexe puisqu'elle dépend de conditions culturelles et sociales ».

Les notions de dépendance et d'autonomie sont bien souvent mises en opposition, et utilisées de façon peu appropriées ; en effet, on peut être dépendant et autonome à la fois. On peut être paralysé et complètement dépendant dans les actes de la vie quotidienne tout en étant autonome dans ses choix, tout en conservant une capacité à gouverner sa vie. Lors de l'entrée en institution, la vieillesse peut être associée à un certain nombre de « pertes » de capacités. Les personnes sont alors considérées comme vulnérables appelant de la part du personnel une protection totale et une « prise en charge ». J.J. AMYOT parle alors de « confiscation de leur autonomie »⁴², les personnes sont privées de leurs droits et de leurs capacités à faire des choix pour elles-mêmes. Le projet de vie et le projet de soins prennent alors toute leur importance pour garantir aux personnes accueillies un accompagnement respectueux de leur degré d'autonomie.

Par ailleurs, la vieillesse recouvre d'autres réalités qu'il me paraît essentiel d'aborder.

2.1.2 Les différentes réalités du vieillissement

« On est vieux quand la vie a été suffisamment remplie, au point que la seule curiosité qui reste, c'est sans doute la mort elle-même » F. DOLTO 1998

De la difficulté de vieillir...

Dans une société actuellement éprise de beauté physique et de performance, la vieillesse correspond alors, au temps de la laideur et de la préfiguration de la mort. Face à cette image très négative de la vieillesse, s'efforcer de rester jeune plus longtemps constitue une tentation. Les progrès considérables de la médecine concourent également à donner le sentiment que les limites de la vieillesse et donc de la mort peuvent indéfiniment reculer.

³⁹ ENNUYER B. op.cit. p 1.

⁴⁰ BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A., et al. *Dictionnaire critique d'action sociale*. Travail social, Bayard Editions, 1995. Troisième édition. p 59.

⁴¹ MORIN E. *Introduction à la pensée complexe*. Seuil, avril 2005. p 89.

⁴² AMYOT J.J. op.cit. p 54.

Ceci tend à développer ce que l'on appelle le « jeunisme ». Selon le dictionnaire, c'est une « tendance à exalter la jeunesse, ses valeurs, et à en faire un modèle obligé » au risque du refus de toute vieillesse et de la relégation accrue des personnes âgées.

Pendant inévitable du jeunisme, « l'âgisme » ou le rejet des personnes âgées est une réalité. Les grabataires et les malades hors d'âge sont relégués dans leur solitude et leur souffrance, loin des vivants désireux de se protéger d'une mort qui n'est plus acceptée.

Comme le souligne B. PUYJALON⁴³ : « Ce n'est plus vivre et mourir qui sont associés, mais vieillir et mourir », ce qui est favorisé par la concentration des décès à des âges élevés, conséquence de la pyramide des âges.

... A la difficulté de mourir

Voilà encore quelques décennies, la mort frappait de manière moins inégale les différents âges de la vie. La forte mortalité périnatale jusque dans les années 1900, inscrivaient la mort dans la vie. A cette époque le vieillard incarnait celui qui avait vécu et survécu malgré les épreuves. Aujourd'hui, « l'âge de la vieillesse ne symbolise plus l'expérience et la sagesse, mais la lenteur, la dégénérescence et la mort que l'on refuse de regarder »⁴⁴.

On assiste désormais à une volonté toute moderne d'effacer la mort, comme le souligne D. LE GUAY⁴⁵ : « Les gens ne meurent plus : ils disparaissent ; et disparaissent en silence... L'homme passe sans bruit et disparaît comme une bulle de savon. Alors le devoir de transmission s'éteint et la communauté se dissout ». Cette censure de la mort peut avoir des retentissements importants en institution, « Le silence sur le décès construit alors la maison de retraite comme un lieu de mort sociale... La négation de la mort entraîne la négation du mort et par régression, la négation du vivant qu'il était »⁴⁶.

Comme le souligne C. BADEY-RODRIGUEZ : « Osons parler de la mort avec les sujets âgés qui en ont besoin, osons nous asseoir à côté d'eux pour écouter et ne plus fuir, ni éluder la question »⁴⁷. La question de la mort est omniprésente et difficile à aborder au sein de l'institution, pour le personnel d'une part qui vit parfois la mort comme un échec de leur action, une sensation de travail inachevé, posant la question du sens du travail, pour les résidents d'autre part, parce que la mort d'un autre résident est génératrice d'angoisse et les renvoie à leur propre finitude.

⁴³ Intervention au Conseil Général des Hauts de Seine. Assises Gérontologiques juin 2003.

⁴⁴ Avis du Conseil Economique et Social. *Les personnes âgées dans la société*. 23 mai 2001.

⁴⁵ *Apprivoiser la mort pour mieux vivre*. Le Nouvel Observateur. Hors série, avril - mai 2006.

⁴⁶ MALLON I. op.cit. p 247.

⁴⁷ BADEY-RODRIGUEZ C. *La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Albin Michel, 2003. p 140.

Avant l'étape ultime, il reste des jours à vivre et vieillir peut alors recouvrir des réalités différentes selon les personnes.

Du vieillissement physique...

Pour l'encyclopédie Encarta, le vieillissement correspond à « l'ensemble des modifications biologiques communes à tous les êtres vivants qui semblent apparaître inévitablement et irréversiblement avec le passage du temps et qui aboutissent à un affaiblissement des différentes fonctions de l'organisme puis à la mort ». En effet, on admet que dès l'âge de 18-20 ans, nous entamons notre chemin inexorable vers le vieillissement qui, lorsqu'il est « normal » s'appelle aussi « sénescence » même si ce terme évoque une certaine dégénérescence de l'individu.

Des modifications structurelles propres au vieillissement des cellules conduisent à des perturbations fonctionnelles qui peuvent paraître pathologiques : la marche par exemple, devient plus lente, constituée de petits pas, peu assurée, rendant compte d'une baisse de performance, sans pour autant considérer qu'une véritable pathologie neuromusculaire soit en cause. De même les organes des sens sont touchés : vue, ouïe, goût, odorat subissent des altérations sans cause pathologique. La vieillesse touche également les fonctions supérieures se manifestant par un ralentissement d'activité et de performance.

Au delà de l'apparence physique, le vieillissement touche également la personne dans sa dimension sociale.

... Au vieillissement du rôle social

La vieillesse n'est pas seulement biologique, elle s'apparente le plus souvent à une étape de la vie, fixée à 60 ans en France, correspondant à l'âge de la retraite. Cependant, le dernier Rapport public de la Cour des Comptes⁴⁸ estime qu'il ne s'agit pas d'un « seuil pertinent » en matière de vieillissement et préfère retenir la barre des 80 ans, âge auquel « la prévalence de la dépendance commence à augmenter rapidement ». Le vieillissement recouvre alors des réalités variables en fonction de l'âge et des différentes périodes de la vie. L'apparition de la vieillesse comme phénomène social a été déterminé par le vieillissement démographique puis par la prise en charge de la vieillesse et de nouveaux modes de solidarité. Certaines personnes, libérées des contraintes du travail, transforment ce temps disponible en temps valorisé pour elles-mêmes et pour la société. Ces jeunes retraités intéressent par leur dynamisme, leur pouvoir d'achat et leur

⁴⁸ Rapport adopté par la Cour des Comptes le 27 novembre 2005, relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

investissement dans la vie sociale et familiale. Cependant, le passage de l'activité professionnelle à la retraite engendre parfois, pour l'individu, la perte de son identité sociale le plus souvent basée sur son activité professionnelle, et nécessite pour la personne de trouver de nouveaux modes d'intégration et d'identification sociale.

Des difficultés psychologiques...

En vieillissant, le réseau social s'amenuise : disparition du conjoint, éloignement des enfants, décès des amis... Il peut apparaître alors une certaine forme de « *déprise* » et de repli sur soi. C'est ce que décrivent les travaux de S. CLEMENT et de M. DRHULE⁴⁹ : une certaine distance avec le monde, le réaménagement de la vie, marqué par l'abandon de certaines activités ou relations, parfois remplacées par d'autres qui demandent moins d'efforts. Quand le repli sur soi a commencé, il devient alors plus difficile pour la personne âgée de faire face à de nouvelles situations et de créer de nouveaux contacts, ce qui ne facilite pas l'adaptation à un nouvel environnement. De son côté, R. LEROUX⁵⁰ pense que « ce serait lié au fait d'être moins curieux, d'avoir une certaine indifférence sauf pour les choses du passé ; cela est compréhensible puisque sachant son avenir limité, on vit dans le présent et l'on se retourne vers le passé ».

Recentrée sur elle-même la personne âgée peut alors vivre dans une certaine solitude et souffrir d'isolement.

... A la solitude et l'isolement

La solitude est un sentiment qui peut apparaître ou grandir à l'occasion de facteurs précipitants comme les prémices de la dépendance, le veuvage ou l'entrée en institution provoquant un cortège de ruptures dans la dynamique du tissu social. Elle est une expérience plutôt subjective, bien souvent perçue comme une expérience pénible à vivre, qui s'accompagne d'affect négatif. Elle correspond chez la personne à la perception de déficience de son réseau de relations sociales. Selon l'enquête « Solitude, isolement, veuvage » réalisée par la Fondation Nationale de Gérontologie en 2002, 23 % des hommes et 52 % des femmes âgées de 75 ans et plus affirment souffrir de la solitude et près d'un tiers éprouve un sentiment d'inutilité. Aussi, deux tiers des personnes interrogées estiment que la solitude constitue le principal problème de l'avance en âge. Avant même la santé (31,7 %) les personnes interrogées ont répondu avoir besoin de

⁴⁹ CLEMENT S., DRHULE M. *Vieillesse ou vieillissement ? Le processus d'organisation des modes de vie de la personne âgée*. Les cahiers de la recherche sur le travail social, n°15, 1998, p 11 à 31.

⁵⁰ LEROUX R. *Evaluation gérontologique, de la théorie à la pratique, GERONTE* », ENSP 1991. p 34.

compagnie et de l'affection des proches (40 %). L'isolement est une situation concrète qui peut être mesurée. Être isolé c'est être séparé de sa famille ou de son réseau amical. D'ailleurs la lutte contre l'isolement est souvent un argument avancé pour justifier une entrée en établissement.

Au-delà de l'accompagnement de la dépendance, la qualité de vie des personnes âgées exige également l'épanouissement d'une vie relationnelle.

2.1.3 Le besoin de vie sociale

A) Besoins, plaisirs et désirs

Pour vivre en harmonie avec lui-même et son environnement, tout individu doit pouvoir trouver une réponse à l'ensemble de ses besoins. A la base des théories humanistes, l'humain est considéré comme un être fondamentalement bon se dirigeant vers son plein épanouissement. Selon Abraham MASLOW (Psychologue américain, 1916 – 1972), les besoins humains sont organisés en pyramide, respectant une hiérarchie dans laquelle se trouvent à la base, les besoins physiologiques élémentaires et au sommet, les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur (Annexe 3). A. MASLOW pense que l'individu ne peut pas aspirer à la satisfaction des besoins d'un étage supérieur, quand l'étage inférieur n'est lui-même pas satisfait.

Ce n'est pas aussi statique dans la réalité, puisque l'accompagnement des résidents incite à prendre en considération la personne dans sa globalité. Dès lors, si les besoins élémentaires sont bien entendus prioritaires, la satisfaction des besoins supérieurs sera prise en compte de façon concomitante. On ne peut pas ignorer l'interdépendance des besoins entre eux. En effet, il arrive quelquefois que la satisfaction de besoins supérieurs permette l'accomplissement de besoins inférieurs et vice versa : par exemple, une personne très déprimée pourra refuser de manger, son bien être psychologique sera essentiel pour arriver à satisfaire le besoin primaire de s'alimenter. Malgré tout, besoin et envie demeurent très liés. Dans ce même exemple, on pourrait penser que préparer et donner un repas satisfait au besoin primaire de s'alimenter, mais est bien insuffisant face à la nécessité de prendre en compte ce que désire manger la personne, et chercher par là même à stimuler chez elle l'envie, et le développement des sens, la sensation de plaisir qu'elle peut éprouver au moment du repas. Le repas peut être également l'occasion d'un moment convivial et stimuler les échanges et la création de liens.

On voit bien que cela dépasse largement la satisfaction d'un besoin primaire et que l'ensemble des différents étages de la pyramide doit être continuellement interrogé pour répondre au mieux à des besoins mais aussi à la recherche de plaisir et à la satisfaction de désir. Pour Freud, le principe de plaisir structure la vie psychique dès son origine. Le « Moi Plaisir » ressentant des excitations de plaisir et de déplaisir. Pour Aristote et de nombreux philosophes, le plaisir est la fin de toute activité. Certes, il est momentané, mais il est renouvelable et peut se trouver dans de nombreuses activités physiques ou intellectuelles. Pour Spinoza, le désir prend naissance dans l'écart entre le besoin et la demande, il est l'essence même de la dynamique de la vie, « l'essence de l'homme est le désir »⁵¹. Il permet de persévérer, d'accroître sa puissance d'exister et son pouvoir de s'affirmer. Il dynamise les mouvements du corps et de l'esprit. « Alors l'homme atteindra la joie. Dans le cas contraire, il tombera dans la tristesse morbide »⁵². Il fait écho chez Lacan pour lequel « l'homme est le déploiement historique et concret de son propre désir à travers les relations sociales, affectives et relationnelles »⁵³.

B) Le besoin de vie sociale, fondamental à satisfaire

Sa vie durant, chaque personne veut être considérée dans toutes ses dimensions humaines : physiques, psychiques, sociales et culturelles. L'entrée en établissement doit tenir compte de ces différentes dimensions afin de prévenir la perte du lien et le repli sur soi.

Des facteurs déterminants

Plusieurs facteurs de sociabilité existent chez la personne âgée en institution et ils doivent être préservés et développés. Avant tout ce sont les liens maintenus avec la famille, les amis ou les anciens voisins. Ces liens sont d'autant plus importants qu'ils permettent une certaine continuité entre « la vie d'avant », et celle d'aujourd'hui. La rupture est moins difficile, les risques d'isolement et de repli sur soi sont minimes. La personne âgée existe dans un rôle social, elle est « la mère, la grand-mère de », « le voisin, la voisine de ». Par ailleurs, elle peut plus facilement faire des projets de visites ou de sorties par exemple, ce qui, dans le même temps, alimente les conversations. Les relations aux autres sont dynamisées.

⁵¹ Cité par MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. *Le métier de directeur : techniques et fiction*. ENSP, 2005, p121.

⁵² Ibid. p121.

⁵³ Ibid. p 122.

Ensuite, les liens créés avec le personnel sont un facteur déterminant. En effet qu'il soit salarié de l'établissement ou intervenant extérieur (praticiens médicaux et paramédicaux, par exemple), il est en contact quasi permanent avec les personnes âgées de l'institution. En particulier, ces relations sont essentiellement destinées, aux soins ou à une aide dans la vie quotidienne, et ne sont pas basées sur une relation voulue ou désirée, mais imposée par une situation spécifique. Dans ce cadre, elles peuvent être bénéfiques et respectueuses par l'aide apportée et l'attention exprimée, mais elles peuvent également être dévalorisantes et traumatisantes si elles ne respectent pas l'intimité, la vie privée, la pudeur... de la personne. Notamment, I. MALLON explique que « dans le contexte de la maison de retraite où tous les soins sont concentrés sur ce corps dans lequel la personne ne se reconnaît plus, et sur lequel elle n'a plus qu'une maîtrise limitée, l'attention presque exclusive au bon fonctionnement du corps entraîne une mort sociale » et ajoute « la personne elle-même se dénie la qualité de sujet quand elle reste sur l'impression que seule sa survie biologique intéresse ceux qui l'entourent »⁵⁴. Les conséquences peuvent être alors très graves pour le résident.

Enfin, le dernier facteur est la présence des autres résidents. Les relations établies peuvent être polies, avec une certaine distance, empreintes des règles de civilité, ceci peut-être dans un souci de protection de soi, de mise à distance de la vieillesse et de la dépendance dont l'image peut être renvoyée ou tout simplement la peur de la rupture du lien établi par la maladie ou la mort.

Une vie sociale malmenée à l'épreuve du temps

La personne qui entre en établissement, arrive avec son vécu, son histoire personnelle, l'existence ou non d'un réseau social, d'un réseau familial ou amical. La diversité des résidents, de leur parcours et de leur situation personnelle rend parfois complexe l'élaboration et le maintien d'une vie sociale au sein de l'établissement. Cela est intimement lié à leur histoire, au pourquoi de l'entrée en institution, mais aussi à leur capacité à communiquer, à leur volonté de faire de l'établissement un nouveau lieu de vie. J'ai constaté dans l'établissement, que certains résidents (une quinzaine environ) s'investissent dans une relation de proximité avec d'autres, voire d'amitié. Ils y trouvent un but, un sens à leur journée et s'épanouissent dans des relations conviviales. Ils conviennent, par exemple, de rendez-vous pour les repas et les activités, certains profitent des repas en famille pour y présenter leurs nouveaux amis... En contrepartie, dans ces relations investies, la maladie ou la mort de l'un d'entre eux est difficile, car

⁵⁴ MALLON I. op.cit. p 185.

chargée d'émotion et de chagrin. Chacun est renvoyé à sa propre finitude, et s'observe, se demandant quel est celui qui partira la prochaine fois. Une période de déprime et d'ennui apparaît alors le plus souvent et c'est dans ces moments que le soutien de l'équipe est essentiel.

Dans ce contexte, les relations entre les résidents ne sont pas facilitées et peuvent souffrir également d'une organisation cloisonnée.

A l'épreuve d'une organisation cloisonnée

La répartition des résidents dans les locaux de l'établissement s'effectue en fonction de leur degré de dépendance et d'autonomie et est depuis toujours la clé de voûte de l'organisation.

En effet, les résidents les plus autonomes sont plutôt dirigés vers la villa, du fait de sa situation un peu excentrée, les autres plus dépendants vers le bâtiment central, au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage, à condition de ne pas être trop désorientés. Les résidents très dépendants et en grande perte d'autonomie sont dirigés vers le deuxième étage. Ainsi l'argument avancé est une prise en charge adaptée du résident en fonction de son degré de dépendance. L'autre argument est de conserver au rez-de-chaussée, donc au niveau de l'accueil, des résidents relativement autonomes, préservant ainsi une image positive d'une maison de retraite où il fait bon vivre. La grande dépendance, et la laideur des corps parfois difformes, est reléguée aux étages supérieurs, préservant ainsi les autres résidents d'une image dévalorisée de leur propre déchéance et les visiteurs, d'une image du vieillissement difficile à envisager, rappelant trop directement que la mort est aussi dans nos murs.

Le deuxième étage est donc un étage particulier, puisqu'il accueille 19 résidents en grande perte d'autonomie, et en grande dépendance, tous essentiellement classés en GIR 1 et 2.

Si cette organisation semble être adaptée aux besoins des résidents, elle présente malgré tout des inconvénients non négligeables. Le premier, à mon sens, est que la dépendance n'étant pas un état stable, toute évolution négative entraîne inévitablement le changement d'étage du résident, et donc un changement de chambre, bien sûr dans la limite des places disponibles, ce qui dans un contexte de perte d'autonomie peut contribuer à aggraver les troubles de la personne et remet en cause la notion de chez-soi et l'appropriation des lieux. Le deuxième étage est vécu par l'ensemble des résidents comme l'antichambre de la mort. Une famille m'a même demandé si le choix du 2^{ème} étage était fait pour les rapprocher du ciel ! Certains ont peur de cet étage et refusent même de s'y rendre. Si l'ascenseur les y monte par inadvertance, ils sont paniqués. Les

familles aussi se plaignent de cet étage, elles considèrent souvent que l'état de dépendance de leur parent est moins avancé que celui des autres résidents, ce qui pourrait aggraver leur état.

Ici, le personnel est un peu plus nombreux qu'ailleurs : deux aides-soignantes et une auxiliaire de vie pour 19 personnes mais la charge de travail en soins est telle qu'elles n'ont que peu de temps à consacrer aux résidents en dehors des soins surtout le matin. L'après midi elles ne sont que deux et ont généralement la mission de ranger le linge dans les armoires, et de terminer l'entretien des salles de bain. Là encore entre les temps de soins, les temps de repas et les temps de nettoyage, elles n'ont pas la possibilité de s'occuper des résidents. Il faut alors compter sur la visite des familles ou de quelques bénévoles intervenant une fois par semaine pour venir les distraire et leur apporter un peu de cet extérieur dont ils ne profitent plus. D'ailleurs, ce qui est remarquable, c'est que bien souvent à cet étage, les quelques familles qui viennent régulièrement connaissent aussi le nom des autres résidents, allant saluer chacun d'entre eux quand ils sont réunis autour de la table de la salle à manger, n'hésitant pas à donner un peu de temps pour les aider à boire ou discuter un moment. Cette forme de solidarité est bien plus développée à cet étage qu'ailleurs. C'est un étage éprouvant, certains résidents sont agités, crient, chantent pleurent, appellent, s'interpellent et se répondent. Ils ont au moins la certitude de ne pas être seuls... Comme en témoigne l'étude effectuée par l'animatrice, il n'y a pas d'activité prévue pour ces résidents, rien ne leur permet de communiquer dans un autre cadre que celui des soins. De temps à autre le week-end une AMP prend l'initiative de les faire chanter, et le miracle a lieu, les cris cessent, le calme revient pour un temps du moins. Une sorte de sérénité s'installe.

Faute de pouvoir pallier ces solitudes par des réponses relationnelles adaptées, on fait trop souvent appel à la pharmacopée pour masquer les maux de l'âme. On ne dit pas « solitude » mais « dépression », la réponse médicale est bien souvent recherchée systématiquement, sans autre alternative. Si un résident présente des troubles du comportement qui deviennent gênant pour les autres, on demande au médecin de revoir son traitement. On peut se demander si c'est là, la seule réponse possible ? Or, si la réponse médicale échoue, aucune autre proposition n'est étudiée, en termes d'accompagnement par exemple. L'équipe se sent alors démunie, le résident est vécu comme perturbateur dans l'organisation.

Ces situations sont graves car elles peuvent être à l'origine de déviances pouvant conduire à des actes de maltraitance.

C) De la maltraitance à la bientraitance

La naissance d'un nouveau concept

Le concept de maltraitance n'est apparu dans les dictionnaires de langue française qu'en 1992 et avec des acceptions minimalistes renvoyant seulement à l'expression de « mauvais traitements ». La notion de maltraitance apparaît au XIX^{ème} siècle : à l'origine on trouve « l'enfance malheureuse », l'enfant battu ; puis elle s'élargit aux sévices passifs, par omission (carence en soins, dénutrition...) et s'étend enfin aux sévices psychologiques, affectifs et moraux. La maltraitance recouvre différentes formes de violences.

La notion de violence a été définie par le Conseil de l'Europe en 1987 : « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». En 1992, ce même conseil propose une classification en sept catégories de violences : violences physiques, psychiques ou morales, violences matérielles ou financières, violences médicales ou médicamenteuses, négligences actives, négligences passives, privation ou violation des droits. 600 000 personnes en France seraient concernées dont 15 % ont plus de 75 ans⁵⁵.

Le concept de bientraitance est relativement récent. Il comprend la lutte contre la maltraitance par la mise en place d'un certain nombre d'outils, notamment la sensibilisation du personnel et la formation, le respect des bonnes pratiques... Il faut cependant être prudent, pour que sous couvert de vouloir « le bien de la personne » des pratiques abusives ne soient pas mises en place.

En tant que directrice, je pense qu'il est nécessaire de toujours conserver à l'esprit que la maltraitance existe, qu'elle peut recouvrir des formes diverses et s'installer dans l'institution de façon insidieuse. Cette prise de conscience incite à la vigilance et au questionnement sur les pratiques professionnelles d'une part, et sur les conséquences de tout changement ou décision pouvant être engagé pour l'accompagnement des résidents d'autre part. Dans tous les cas, il s'agit de s'assurer que les actions entreprises sont en adéquation avec la charte des droits et libertés de la personne accueillie et plus globalement avec le droit des usagers tel qu'il a été défini par la loi du 2 janvier 2002. L'EHPAD se doit d'être un lieu d'accueil ouvert, où la personne peut bénéficier, en plus

d'un hébergement confortable et d'un accompagnement adapté à sa situation de dépendance, d'un lieu convivial où trouver un certain bien-être, la possibilité de s'épanouir et de créer de nouveaux liens.

Après avoir étudié les effets du vieillissement, de l'apparition de la dépendance et les freins au développement de la vie sociale des personnes âgées dépendantes en institution, l'animation me semble être un moyen approprié pour dynamiser la vie sociale des résidents au sein de l'établissement.

2.2 L'animation en gérontologie au service de la vie sociale

« La véritable animation part de la rencontre, du quotidien et émerge souvent de l'imprévisible »⁵⁶

2.2.1 L'évolution d'un concept

L'industrialisation et l'urbanisation sont des transformations majeures du XIX^{ème} siècle dans les pays de l'Europe de l'ouest. Dans ce contexte de transformation profonde, l'animation arrive au même moment, et touche d'abord ceux qui ne travaillent pas : les enfants. Elle est développée par des organisations tout d'abord religieuses, puis laïques. Apparaissent alors, les premiers patronages, et colonies de vacances. Selon R. VERCAUTEREN et B. HERVY, l'animation de l'époque se situe dans une dimension éducative, qui a pour objectif de lutter contre l'inactivité et l'oisiveté « *mère de tous les vices* », de faire découvrir des activités différentes de celles pratiquées à l'école ou en famille. Elle a également pour but de favoriser l'intégration sociale et l'apprentissage du « vivre ensemble » mais aussi de former des citoyens autonomes. A partir des années 30, et notamment en 1936, l'animation touche également les adultes, par l'évolution du temps libre : la réduction du temps de travail et la création du droit aux congés payés.

L'animation est apparue très tôt dans le fonctionnement des hospices où cohabitaient malades, vieillards et autres exclus de la société. Cependant, elle ne reposait pas sur la notion de loisir ou de plaisir, elle s'appuyait alors sur les valeurs du travail et sur la nécessité pour les personnes prise en charge de participer, à hauteur de leurs capacités,

⁵⁵ Schéma départemental des Hauts de Seine 2005 – 2010.

⁵⁶ BADEY-RODRIGUEZ C. op.cit. p 130.

à la vie quotidienne. Comme le soulignent R. VERCAUTEREN et B. HERVY⁵⁷, dans les années qui suivent la seconde guerre mondiale le travail « est la valeur dominante de la société de l'époque, et le principal reproche fait à toute cette population hospicielle est de ne plus pouvoir travailler ». La participation aux tâches quotidiennes est encouragée (jardinage, cuisine, entretien du linge, des locaux...) et récompensée par « une augmentation de la ration quotidienne de vin »⁵⁸.

Les années 60 sont marquées par l'apparition d'une animation plus occupationnelle, s'organisant autour de la vie institutionnelle et donnant le sentiment d'une certaine utilité à la personne âgée. Elle a pour but de lutter contre l'ennui et l'oisiveté. A partir de 1968, « l'animation devient autonome : il ne s'agit plus d'éduquer, mais de faire surgir la demande, faciliter les relations, intégrer, faire participer »⁵⁹.

Les années 70/80 sont marquées par les politiques dites d'humanisation des institutions, qui visent à en améliorer le confort et la vie des résidents accueillis. Durant cette période, l'animation demeure encore occupationnelle et le personnel n'a pas de formation spécifique.

Il faut attendre les années 90 pour que l'animation devienne un élément essentiel dans la qualité de vie d'une institution, répondant à un objectif de bien-être du résident, et centré sur ses attentes et ses désirs. On peut constater alors, l'émergence d'activités spécifiques visant également au maintien de l'autonomie. « L'animation est considérée comme un élément déterminant de la qualité de vie en établissement, qui entre dans le cadre de la prévention gériatrique, et un moyen de préserver l'autonomie des résidents »⁶⁰.

2.2.2 Animer pour insuffler la vie

D'*anima-ae*, « souffle », *animus-i*, « l'âme », *animare* signifie « donner la vie » en latin. A cette définition très étymologique, on peut ajouter celle de THERY⁶¹ qui définit l'animation comme un « moyen de donner vie, de susciter ou activer un processus vital par lequel un sujet ou un groupe s'affirme et se met en marche ; c'est insuffler ou révéler un dynamisme qui est tout à la fois biologique et spirituel, individuel et social ». R.VERCAUTEREN et

⁵⁷ VERCAUTEREN R., HERVY B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*. Erès, 2004. p 24.

⁵⁸ Ibid. p 24.

⁵⁹ Ibid. p 26.

⁶⁰ Ibid. p 25.

⁶¹ THERY. Cité par POUGEOL G. *Profession animateur*. Gériatrie et société, n°54, 1989. p 22.

B. HERVY reprennent quant à eux, la définition retenue en 1972 par l'Académie Française, considérant l'animation comme « une méthode de conduite d'un groupe qui favorise l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective ». Selon, le Dictionnaire critique d'Action sociale, elle privilégie trois types d'objectifs : « L'éclosion de toutes les potentialités de l'individu, l'émergence d'un développement collectif, le déclenchement d'une mobilisation communautaire ». Pour J.J. AMYOT, c'est « l'action, la manière d'animer, de donner de la vie, du mouvement »⁶².

Il s'agit de favoriser l'émergence d'une vie centrée sur un individu ou sur un groupe et de susciter désir et plaisir. Hubert FALCO ancien Secrétaire d'Etat aux personnes âgées estime que : « d'abord conçue et pratiquée comme une succession d'activités destinées à lutter contre l'ennui, voire à participer à la rééducation, l'animation en gérontologie s'oriente aujourd'hui vers des réponses visant l'intégration des personnes et leur participation à la vie sociale. Elle ne peut être conçue à partir de modèles généraux plaqués uniformément ; elle doit se construire sur les attentes individuelles, à partir des aspirations de chacun »⁶³.

C. BADEY-RODRIGUEZ pense également qu'il ne s'agit pas de mettre en place quelques activités récréatives pour mettre de la vie. Il s'agit, selon elle, d'aller en quête de ce qui peut permettre à la personne âgée de vivre ou de revivre des moments de plaisir : « Avec les personnes très âgées, nous n'avons pas d'autre choix que de jouer aux pêcheurs de vie avec nos épuisettes à petits bonheurs ». En effet, les animations routinières, se succédant pour remplir un temps voué à la solitude sont loin d'être satisfaisantes. Sans corrélation aucune avec les besoins et attentes des résidents, elles perdent tout sens et ne favorisent pas le développement de la vie sociale. « Les programmes d'animation bien remplis ne doivent pas masquer notre incapacité à établir des relations personnalisées avec les personnes âgées pour éventuellement élaborer, avec elles, le projet aussi infime puisse-t-il paraître qu'elles désirent vivre » et d'ajouter que « Il s'agit d'aller dénicher la vie dans les plus petits interstices de la personnalité de chacun, là où elle s'est blottie et peut encore exister ou subsister »⁶⁴.

Voyons ce que recouvre la notion de vie sociale, de lien social et les moyens qui permettent leur émergence.

⁶² AMYOT J.J. op.cit. p 104.

⁶³ HERVY B. *Proposition pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. ENSP 2003, Préface de H. FALCO.

⁶⁴ BADEY-RODRIGUEZ C. op.cit. p 125 à 130.

2.2.3 L'Animation au service du lien social

Vie sociale et animation sont bien souvent amalgamées dans le secteur gérontologique. L'animation, serait alors l'un des instruments possibles permettant cet épanouissement, et vectrice de maintien des liens, ou créatrice de liens nouveaux.

Selon B. HERVY, l'une des définitions de la vie sociale, la plus pertinente et la plus acceptée dans le secteur gérontologique est la suivante : « Le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes »⁶⁵. Elle correspond aux moments au cours desquels une personne est en contact avec d'autres, quels que soient leurs relations et leurs moyens de communication. Ces moments permettent d'être et d'exister, de donner du sens à sa vie. « Le simple maintien de la communication et de la relation est fondamental, car c'est la communication qui nous fait être humains »⁶⁶.

Communiquer, vecteur de lien

Communiquer, c'est transmettre, partager quelque chose, un message. C'est l'aspect dynamique de toute relation, cela permet l'échange et la création du lien. La notion de lien social désigne « l'existence réelle, supposée ou possible d'une cohésion minimale et d'un ordonnancement cohérent selon lesquels de multiples individus différents coexistent, agencent leurs rapports sociaux et s'assemblent en dépassant les segmentations culturelles et les stratifications sociales pour former une unité, un tout qui soit autre chose qu'une simple juxtaposition d'individus »⁶⁷. Pour J.J AMYOT : « Le fondement du lien social entre les personnes est basé sur l'échange de savoirs, d'argent, d'objets et de productions diverses, sur la découverte d' tats de plaisir et de déplaisir à travers la rencontre d'autrui »⁶⁸. Ainsi, les personnes âgées ont besoin de parler, de s'exprimer. Les conversations restent indispensables. Elles sont l'occasion de conserver un lien avec le monde, de lutter contre l'ennui et l'isolement, de se confronter aux autres. Les interlocuteurs privilégiés sont le plus souvent la famille, les amis ou voisins, les autres résidents et le personnel. Cependant les facultés de communication et de maintien des liens sociaux sont parfois altérés, pour des raisons pathologiques (troubles de l'audition,

⁶⁵ HERVY B. op.cit. p 89.

⁶⁶ BADEY-RODRIGUEZ C. op.cit. p128.

⁶⁷ BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A., et al. op.cit. p 224.

⁶⁸ AMYOT J.J., MOLLIER A. *Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Dunod, 2002. p 64.

de l'élocution), psychologiques (stress, timidité), intellectuelles (mode d'expression, langage utilisé), culturel ou social (convenances, tabous) et nécessitent d'être aidés, stimulés, valorisés.

Ainsi la vie sociale des résidents pourrait trouver un facteur dynamisant dans le développement d'un projet d'animation, par la multiplicité des aspects relationnels que les activités peuvent créer. Il convient cependant, d'analyser les diverses implications de la mise en œuvre d'un projet de changement.

2.3 Promouvoir et conduire le changement : une volonté de la direction et un travail d'équipe

« Il n'y a pas de changement profond et durable mené par un seul homme »⁶⁹

Pour J.M. MIRAMON : « Le changement est un processus global qui concerne à la fois les personnes (fonctions, rôles, formation, mentalité, culture d'entreprise), les structures (organisation du travail, outils de suivi, management) et les techniques (modalité de prise en charge). Ces trois facteurs sont en interaction dans une organisation »⁷⁰. Prendre en compte l'ensemble de ces paramètres est indispensable au directeur pour conduire la mise en œuvre d'un nouveau projet. Le changement devient une nécessité, lorsqu'il existe une inadéquation entre les besoins et les attentes des résidents et le service rendu, ou lorsque l'organisation va à l'encontre d'un accompagnement adapté. Ainsi, après avoir envisagé les besoins inhérents au vieillissement et à la dépendance, il m'est nécessaire, en qualité de directrice, de situer le cadre juridique particulier de l'établissement, de connaître les difficultés rencontrées par le personnel et dans ce contexte, leurs capacités d'adaptation et d'acceptation du changement. En mesurer le poids et les implications me permettra d'anticiper les actions utiles pour y faire face afin de mener à bien le développement d'un projet d'animation au service de la vie sociale des résidents au sein de l'EHPAD. « Changer, c'est avant tout oser se regarder, élargir le cadre de l'expérience et accepter d'interroger les certitudes »⁷¹.

⁶⁹ BAUDURET J.F., DUBREUIL B., DUMONT R. et al. Ouvrage coordonné par JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*. Dunod, 2005, p 1083.

⁷⁰ MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. ENSP, 2001. p 87.

⁷¹ MIRAMON J.M. *Promouvoir le changement*. Les cahiers de l'actif, n° 315 – 317, juillet – octobre 2002. p 213.

2.3.1 Tenir compte du contexte de l'entreprise

Selon le dictionnaire, l'entreprise est une entité autonome conçue pour produire un bien ou un service dans le but de le vendre et de dégager des bénéfices. L'entreprise commerciale par définition est donc conçue pour sa rentabilité. Elle naît de la volonté d'une ou plusieurs personnes souhaitant développer un produit ou un service répondant à une demande ou un marché et peut recouvrir différentes formes juridiques. Elle produit des biens ou des services mais aussi des richesses en créant des emplois et en payant des impôts sur ses bénéfices. La notion d'entreprise n'est apparue que tardivement dans le secteur social et médico-social. En effet, ce secteur, fondé sur l'intervention des œuvres sociales et l'organisation d'une assistance aux plus pauvres et aux personnes fragilisées, relevait plus de la vocation que de la création d'entreprise. Dans les années 80 la conjoncture économique favorise l'entreprise productrice d'emplois. Production, qualité, rentabilité, image de marque entrent dans le langage courant et les entreprises démontrent un certain savoir faire inspirant une partie du secteur social. C'est dans cette perspective que l'arrêté du 26 avril 1999 est venu fixer le contenu du cahier des charges des conventions tripartites pluriannuelles. Le secteur des personnes âgées dépendantes est en effet, selon J.F BAUDURET et M. JAEGER le « seul secteur social et médico-social qui soit réellement concurrentiel avec ses opérateurs publics, associatifs et commerciaux. C'est aussi le domaine où le consumérisme est le plus actif puisque c'est la personne âgée qui finance une partie déterminante de sa prise en charge, à tout le moins son gîte et son couvert. Il est alors logique que l'intéressé s'érige en « client exigeant » plus qu'en « usager bénéficiaire » »⁷². Le souci du client fait du secteur commercial un pionnier de l'individualisation des services. « Ainsi le client est remis au centre de l'entreprise, l'usager est reconsidéré »⁷³.

Les progrès réalisés dans les institutions pour personnes âgées ont visé essentiellement la prestation hôtelière, il s'agit aujourd'hui de prendre en compte l'évolution des besoins et attentes des personnes accueillies et de mettre en place un projet qui y réponde. Toute la difficulté pour le directeur d'une telle entreprise est alors de convaincre le gestionnaire de l'utilité d'un projet de changement, de prouver qu'il répond à un besoin des usagers et de négocier avec lui les moyens nécessaires pour sa mise en œuvre. Après avoir effectué

⁷² BAUDURET J.F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation*. Dunod, 2002. p 108.

⁷³ MALLON I. *op.cit.* p 31.

une étude comparative entre les entreprises commerciales et les entreprises sociales, J.M MIRAMON conclut : « Le directeur d'établissement social, s'il n'a pas, à la différence du chef d'entreprise, à mettre en œuvre des outils techniques en vue d'une production rentable, subit autant que lui les contraintes de la gestion. Il y a donc désormais entre les entreprises du secteur marchand et les établissements ou services du secteur social, autant de points communs que de spécificités »⁷⁴. Réciproquement, les secteurs social et commercial peuvent donc apporter chacun des concepts et des approches complémentaires visant à améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux usagers. « La recherche d'efficacité n'est pas incompatible avec l'existence d'un idéalisme et les entreprises sociales ont l'ambition et la volonté d'être efficaces »⁷⁵. C'est seulement sur ce principe que j'envisage ma fonction de directrice d'un établissement ou service social ou médico-social, quel que soit son statut juridique. Dans ce cadre, je crois que le développement d'un projet d'animation ne doit pas être, comme le souligne B. HERVY une « simple vitrine » ou un « produit d'appel »⁷⁶, bien qu'il contribue également à l'image de marque de l'établissement ; il doit être construit sur les besoins et les attentes exprimés par les résidents et fondé sur la nécessité d'un accompagnement de qualité.

Pour ce faire, le projet, impulsé par la direction, demande de mobiliser tous les acteurs concernés. Diriger un établissement pour personnes âgées dépendantes, c'est aussi manager une équipe et mettre au service des usagers qu'il accueille des professionnels dont la mission est de leur assurer la qualité de vie et l'accompagnement qu'ils sont en droit d'attendre. C. BADEY-RODRIGUEZ reprend la devise d'une grande chaîne d'hôtel : « Nous sommes des hommes et des femmes qui servons des hommes et des femmes »⁷⁷.

Cependant, le vieillissement, la grande dépendance et la mort omniprésente peuvent rendre ce travail difficile et nécessite de prendre en compte les difficultés auxquelles sont confrontés les salariés.

2.3.2 Travailler auprès des personnes âgées dépendantes : un métier difficile

Un travail éprouvant physiquement

⁷⁴ MIRAMON J., COUET D., PATURET J.B. op.cit. p 52.

⁷⁵ Guide du directeur, ESF, avril - mai - juin 2005. p 51.

⁷⁶ HERVY B., op.cit. p 69.

⁷⁷ BADEY-RODRIGUEZ C., op.cit. p 88.

Pour les infirmières, aides-soignantes ou auxiliaires de vie, être confrontées chaque jour à la dépendance, à la vieillesse et à la mort est un vrai défi. Cela nécessite des ressources personnelles importantes, une énergie de chaque instant. Le travail est éprouvant physiquement, par des allées et venues continues d'une chambre à l'autre, du salon à la salle à manger, par de nombreux transferts de résidents aussi, du lit au fauteuil, du fauteuil au lit plusieurs fois par jour, même si ces manœuvres sont le plus souvent facilitées par des lits médicalisés ou l'utilisation du lève malade. La moindre absence d'un salarié perturbe cette organisation minutée et demande chaque fois au personnel un effort supplémentaire pour satisfaire à l'ensemble des soins exigés. Le manque de temps, cette course contre la montre, sont souvent évoqués lors des transmissions d'équipe, surtout lors de certaines périodes, ou du fait de l'aggravation de la dépendance de quelques résidents, la charge de travail s'accroît considérablement. Au-delà d'un travail physiquement pénible, le personnel doit faire face à un travail éprouvant sur le plan psychologique.

Un travail éprouvant psychologiquement

Dans son quotidien le personnel est confronté à la dépendance, à la déchéance physique, à la démence, à l'agressivité de certains résidents. « Les soins en gérontologie demandent une force de caractère peu commune et un moral à toute épreuve »⁷⁸. Les soignants absorbent comme des éponges les angoisses, les souffrances, les moments de déprime, l'agressivité, les délires... et ils essaient d'y répondre par de l'attention, de l'écoute, de la réassurance. Ils doivent faire preuve de patience : négocier, discuter, pour un soin, un repas, une prise de médicament... A ces difficultés, s'ajoute le contact quotidien avec certaines familles parfois exigeantes, agressives, ou angoissées, ce qui demande du temps et de la patience. Par ailleurs, le décès d'un résident est bien souvent vécu comme une épreuve, après une période de soins ou chacun s'est beaucoup investi, car accompagner la vie jusqu'à son terme ne laisse jamais indifférent.

Pour y faire face, le personnel s'attache à une organisation structurée qui s'est mise en place au fil du temps, et qui les rassure. Il exprime le besoin de soutien et regrette également le manque de cohésion et de solidarité au sein de l'équipe. Je pense effectivement que la cohésion de l'équipe est déficiente et que cela tient essentiellement à l'organisation actuelle du travail dans les différentes unités. En effet, le personnel soignant est affecté en binôme à un étage particulier et pour certains depuis plusieurs années. Les

⁷⁸ BERGER L., MAILLOUX-POIRIER D. *Personnes âgées : une approche globale*. Maloine, 1989, p 25.

échanges entre les services sont donc rares, chacun se cantonnant dans son unité dans une routine installée. J'ai déjà évoqué à la fin de la première partie, un cloisonnement des fonctions, je crois que cette organisation limite le développement des liens entre les membres du personnel, d'une part, avec les résidents d'autre part. La souffrance au travail ressentie notamment par les personnes travaillant essentiellement au 2^{ème} étage est le problème le plus criant, et doit, bien évidemment être prise en compte rapidement. Tous les ingrédients de l'usure professionnelle ou le *burn out*, décrit par H. FRUDENBERGER⁷⁹ sont réunis : l'épuisement physique, psychique et émotionnel, impliquant le développement d'une image négative de soi et la perte de l'intérêt pour les résidents. Dans ce contexte, la déshumanisation du travail peut apparaître et les risques de maltraitance deviennent alors majeurs. D'après le Dictionnaire critique d'Action sociale⁸⁰, le terme d'équipe renvoie à un petit groupe uni autour d'une tâche commune : « L'équipe se définit par un projet et un esprit de corps, avec comme ciment socialisant un leader, une doctrine ou des valeurs partagées. ». Dans ce cadre, il me semble alors indispensable d'utiliser la mise en œuvre d'un nouveau projet comme un outil stratégique pour recréer une dynamique d'équipe. Cependant, toute perspective de changement recouvre des incertitudes qui peuvent générer des résistances de la part du personnel.

2.3.3 Le changement comme progrès : des résistances légitimes

Une analyse stratégique des organisations mise au point par M. CROZIER⁸¹ et son équipe fait une grande part à l'analyse du processus de changement en organisation. Elle commence par le simple constat que le changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables. « Il s'agit du passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain »⁸². Les relations entre les acteurs sont en équilibre, le pouvoir est réparti, il existe une certaine stabilité dans le fonctionnement. Lors d'un changement, l'équilibre est rompu, le rôle et la place des acteurs peuvent être remis en cause les uns par rapport aux autres. Des phénomènes de résistance peuvent alors apparaître par la constitution d'alliances, pour ou contre le projet, où les enjeux de pouvoir sont majeurs. La difficulté pour le directeur est de faire face seul au déséquilibre de l'organisation jusqu'à l'émergence d'un nouvel équilibre. C'est pourquoi il est nécessaire de trouver des appuis.

⁷⁹ BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A., et al. op.cit. p 421.

⁸⁰ Ibid. p 153.

⁸¹ COSTIGLIONI E. Cours IRTS Paris Parmentier, 2006.

⁸² MIRAMON J.M. op.cit. p 216.

Une deuxième forme de résistance peut apparaître, relevant plus de l'incompréhension de la nécessité du changement. Dans une organisation qui peut sembler satisfaisante et sécurisante, le changement est vécu comme un risque remettant en cause une sécurité acquise. Il incombe alors au directeur, porteur du changement, d'être sensible à cette question et de mettre l'accent sur une information précise, continue et la plus exhaustive possible pour diminuer la résistance due à l'incompréhension, sans alimenter la résistance d'intérêt. Il est indispensable de répéter et de souligner l'importance du changement ainsi que les éléments qui le rendent incontournable. Le directeur doit faire preuve de transparence, la façon dont il porte le projet est déterminante pour sa réussite.

Enfin, certains acteurs peuvent douter de leurs capacités à mener le changement. S'ils ont le choix, ils risquent de fuir la situation en démissionnant par exemple, ou bien peuvent décider de rester dans une position fortement résistante et contestataire. Le directeur doit être rassurant et s'attacher à mener le changement dans un accompagnement personnalisé pour atténuer les effets de l'insécurité.

C'est pourquoi, J.M. MIRAMON⁸³ pose plusieurs conditions à réunir pour engager un processus de changement :

1. La nécessité du changement doit être clairement perçue par l'ensemble des acteurs,
2. Les moyens indispensables au changement doivent être assurés,
3. La sécurité : les perspectives doivent reposer sur des données fiables,
4. La mobilisation : au-delà de ses aspects techniques et financiers, le projet doit pouvoir mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs. Le collectif, convaincu des objectifs à réaliser, va tout mettre en œuvre pour les atteindre. Ce qui se joue ici est aussi de l'ordre du désir.

M. THEVENET⁸⁴ met en avant la nécessité de l'implication des salariés au cœur de la réussite du changement et de la pérennité de l'entreprise. Il cite notamment les recherches effectuées par PFEFFER pour lequel « seule cette implication permettrait de faire face aux évolutions stratégiques, et à tous les changements induits ». Les facteurs d'implication dans le travail sont au nombre de cinq selon M. THEVENET :

⁸³ MIRAMON J.M. op.cit. p 214.

⁸⁴ THEVENET M., *Le plaisir de travailler, Editions d'Organisation*, 2^{ème} édition, 2004, p 196.

1. La valeur travail : comme activité humaine associée à d'autres valeurs comme la réalisation de soi, la compétition, l'effort,
2. L'environnement immédiat du travail : le lieu, l'entourage, l'équipe,
3. Le produit ou l'activité : reconnaissance de l'activité, statut social,
4. Le métier : expertise, appartenance professionnelle,
5. L'entreprise : adhésion à des buts, des valeurs et volonté d'agir dans ce sens.

Les auteurs de l'ouvrage *Le métier de directeur : techniques et fiction*⁸⁵ ajoutent deux autres facteurs de mobilisation qui sont le salaire et le goût des responsabilités.

Pour M. THEVENET : « Il est important pour la personne de *faire*, de *réaliser*, d'être utile »⁸⁶. Le principal défi du changement est donc de faire participer l'ensemble des acteurs à son élaboration afin qu'ils se l'approprient. Par un management dit participatif, le directeur favorise ainsi l'adhésion du personnel à la démarche. C'est également ce que soulignent les auteurs de l'ouvrage *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale* : « Engager des évolutions en profondeur nécessite que les acteurs se les approprient et donc, à minima, qu'ils soient consultés, au mieux qu'ils s'associent à leur genèse. Cela passe par un processus démocratique au sein de l'établissement ou du service dans le respect évidemment du cadre légal et de la mission impartie »⁸⁷.

Le changement est complexe à mener mais essentiel à la pérennité de l'établissement. Il nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs pour que l'action ait toujours un sens.

⁸⁵ MIRAMON J.M, COUET D., PATURET J.B. op.cit p 215.

⁸⁶ THEVENET. M. op.cit. p 217 p 217.

⁸⁷ BAUDURET J.F., DUBREUIL B., DUMONT R. et al. Op.cit. p 1097.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

A l'issue de cette deuxième partie, les différents éléments d'analyse ont mis en lumière la nécessité d'engager un projet de changement dans l'établissement pour les résidents, d'une part et pour le personnel, d'autre part.

En effet, un établissement pour personnes âgées dépendantes est loin d'être uniquement un lieu de soins. C'est aussi et surtout un lieu de vie pour des personnes qui ne peuvent plus rester chez elles. Parallèlement à la prise en charge médicale de ces personnes, l'enjeu majeur est un accompagnement relationnel de qualité. Prendre en compte l'ensemble des besoins et des attentes de la personne âgée c'est lui assurer une certaine qualité de vie. Celle-ci, a été définie en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant «la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

Directrice d'un EHPAD, garante de la qualité de vie des résidents accueillis dans l'établissement, c'est une exigence à laquelle je me propose de répondre par le développement et la mise en oeuvre d'un projet d'animation au service de la vie sociale des résidents. C'est également un outil stratégique de management pour créer une nouvelle dynamique d'équipe et fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un projet donnant du sens à l'action.

3 METTRE EN OEUVRE UN PROJET D'ANIMATION: UNE DEMARCHE STRATEGIQUE

« Les routes des projets sont longues et sinueuses, parfois non balisées. Il faut beaucoup de persévérance et de force de conviction pour emmener une équipe jusqu'au terme du voyage »⁸⁸

On a tous eu un jour, l'idée d'un projet. Un projet de voyage, d'organisation d'une activité, de rénovation d'une maison, de formation professionnelle... Le projet émerge d'un désir, d'une envie de changement, d'une nécessité aussi parfois. Il est de l'ordre du rêve éveillé, demande réflexion, analyse, stratégie, conception et moyens pour qu'enfin un jour il se réalise, mais aussi beaucoup d'enthousiasme et d'énergie. Il est l'œuvre d'une ou plusieurs personnes et demande du travail, des efforts, quelquefois des sacrifices. Quand le projet se réalise et qu'on l'a mené à bien, on éprouve un moment de jubilation, de satisfaction du travail réalisé et pourquoi pas, une certaine fierté. Pour L. BELLENGER : « Le projet réalise le vœu d'agir en harmonie avec sa pensée, ses désirs. Il est capable de donner de meilleures garanties pour réussir les changements, s'adapter, changer de cap, résoudre des conflits, développer une activité, innover »⁸⁹. Pour les auteurs du Dictionnaire critique d'Action sociale, le projet comprend « l'anticipation, la prévision et la maîtrise des possibles, la gestion d'une perspective temporelle personnalisée »⁹⁰.

3.1 Le projet d'animation pour favoriser l'émergence du lien social

Développer un projet d'animation au service de la vie sociale des résidents est aujourd'hui une envie fondée sur la nécessité de redonner de la vie et de recréer des liens là où l'ennui, la dépendance et la mort se sont incrustés. La circulaire FRANCESCHI du 7 avril 1982 prévoit que l'animation « doit être comme un projet élaboré en commun à des fins non seulement de loisirs mais aussi thérapeutiques, sachant qu'avec l'avancée en âge et la diminution de l'autonomie, l'animation doit jouer davantage un rôle de soutien et d'ouverture sur l'extérieur ». C'est aussi le moyen de dynamiser une équipe qui

⁸⁸ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. op.cit. p 89.

⁸⁹ BELLENGER L., *Piloter une équipe projet : des outils pour anticiper l'action et le futur*. ESF Editeur, 2004, p 9.

⁹⁰ BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A., et al. op.cit. p 307.

s'essouffle autour d'un projet qui a du sens. Comme le souligne J.M. MIRAMON : « Le projet est au cœur de la problématique managériale. C'est lui qui cristallise le sens de l'action »⁹¹.

Au moment de concevoir et mettre en œuvre un nouveau projet au sein d'un établissement, se pose la question de la méthodologie de la démarche. En effet, il est possible de gérer le projet en interne par un travail de groupes structuré ou bien de solliciter les services de consultants externes, apportant leur savoir-faire en matière de gestion de projet. Cette deuxième solution, bien que d'un appui technique incontestable, représente un coût non négligeable. Ayant à défendre ce projet devant le gestionnaire et le Conseil Général, et consciente de l'effort financier que demande le projet en lui-même, je fais le choix de gérer en équipe la conception et la mise en œuvre du projet d'animation, sans l'intervention d'un conseil extérieur. Au regard du diagnostic effectué précédemment, je vais pouvoir valoriser les compétences techniques de chacun et ainsi motiver l'ensemble de l'équipe pour mener à bien ce projet.

Encourager, mobiliser, donner du sens et de la cohérence au projet est fondamental pour le directeur afin d'engager une conduite de changement. Pour ce faire, il m'appartient de veiller à ce que l'équipe de projet soit constituée, homogène, solidaire et dynamique. Se rassembler autour de l'élaboration d'un projet me paraît être un moyen pertinent de dynamiser une équipe qui s'essouffle. Pour L. BELLENGER⁹² : « C'est donner un aiguillon aux initiatives individuelles et collectives en leur fournissant un cadre de référence, des outils, des moyens de contrôle pour augmenter les chances d'aboutir ». Il soutient également que le projet permet de rassembler et de «concentrer les énergies » au service d'un objectif.

3.1.1 Fédérer une équipe et créer du lien par une démarche participative autour d'un projet

Communiquer sur le projet

Communiquer sur les objectifs du projet et les modalités de sa mise en œuvre est bien évidemment fondamental. Il s'agit d'expliquer, de convaincre, de rassurer, de solliciter, pour que chacun se sente concerné et soit acteur du projet. A toutes les étapes, de la conception à la mise en œuvre, la communication est essentielle pour informer, mobiliser et encourager l'équipe.

⁹¹ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. op.cit. p 177.

⁹² BELLENGER L., op.cit. p 10.

Pour commencer et favoriser cette démarche je dois tout d'abord saisir les délégués du personnel puis organiser une réunion de l'ensemble du personnel. Enfin, je fais appel à des professionnels ayant déjà travaillé sur un projet similaire. En effet, dans le cadre de ma formation au Certificat d'Aptitude à la Fonction de Direction d'Etablissement ou de service Social et médico-social, j'ai eu l'occasion d'effectuer des stages au sein de deux établissements dans lesquels était mis en place un projet d'animation récemment élaboré. J'organise un temps de rencontre entre ces professionnels et les salariés afin qu'ils partagent avec l'équipe leur approche du projet d'animation. Cela permet de répondre de façon concrète aux premières interrogations que se posent les salariés et d'enrichir la démarche, mais aussi de les rassurer en anticipant sur l'apparition de « zones d'incertitude » à l'origine d'un certain nombre de résistances.

Dans cette perspective, l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'animation doit être une œuvre collective, permettant de mener une réflexion commune, toutes catégories professionnelles confondues, sur la détermination des objectifs du projet et le sens des actions entreprises. Par ailleurs, il doit être en adéquation avec la charte des droits et libertés de la personne accueillie définie par le Code de l'Action Social et des Familles, ainsi qu'avec la charte des animateurs en gérontologie et le contenu du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999.

Dans un troisième temps je constitue des groupes de travail de 5 à 6 personnes de diverses qualifications et provenant d'équipes différentes. L'objectif est de faire travailler ces groupes de façon transversale par une approche culturelle diversifiée. Cela permet au personnel de mieux se connaître, concourt à une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par chaque catégorie professionnelle et donne un éclairage différent des besoins et des envies des résidents. Les pistes de travail sont les suivantes :

- Définir le sens de l'animation et ses objectifs,
- Déterminer son organisation et l'articulation avec les soins, la restauration,
- S'interroger sur la participation du personnel à l'animation,
- Mener une réflexion sur la place des familles et des bénévoles,
- S'interroger sur la place des résidents et leur participation au projet,
- Faire un état des lieux des besoins et des attentes des résidents et réfléchir aux actions à entreprendre pour y répondre de façon adaptée et personnalisée.

Je constitue également un comité de pilotage composé : d'un représentant des résidents, d'un référent pour chaque groupe de travail, de la psychologue, de l'animatrice, de

l'infirmière référente et de moi-même. Ce comité a pour mission de centraliser les travaux rendus par les groupes de travail, de vérifier qu'ils sont en adéquation avec les orientations du projet, avec la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi qu'avec le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999. Il intervient en outre, pour soutenir les groupes, créer les conditions nécessaires à l'aboutissement du projet et élaborer les critères d'évaluation permettant de s'assurer des résultats attendus (Participation aux groupes de travail, écrits rendus, pertinence des propositions au regard du projet...).

Les différents participants au comité de pilotage apportent au projet une expertise qui leur est propre : le référent des résidents est le porte-parole des souhaits exprimés par les résidents, la psychologue vérifie la pertinence des propositions au regard des besoins recensés, l'infirmière référente s'assure de la coordination du projet de soins avec le projet d'animation par la mise en place d'un accompagnement global de la personne. Pour tout cela, un travail préparatoire important est nécessaire en amont du projet.

Identifier les besoins et les attentes des résidents

Le questionnaire me semble être le meilleur moyen de recenser les attentes des résidents. Conçu en équipe par la mise en commun des fruits de la réflexion des groupes de travail, il doit renseigner sur les centres d'intérêts des résidents, leurs goûts, leurs activités préférées anciennes ou actuelles, les principaux éléments de leur histoire et de leur arrivée dans l'établissement, leur entourage familial ou social. Cette enquête sera conduite auprès de chaque résident par une personne de l'équipe, les modalités de conduite de l'entretien ayant été déterminées préalablement et faisant l'objet d'une procédure précise. En cas de difficulté de communication ou de troubles de l'orientation rendant impossible ou difficile l'entretien, les proches des résidents seront sollicités, mais aussi le personnel les connaissant bien et ayant des éléments d'observation pertinents. Ces éléments seront complétés à l'aide du dossier de soins afin de faire état des incapacités, des problèmes rencontrés, et des besoins à prendre en compte. Une synthèse sera rédigée par l'animatrice pour chaque résident sous forme de fiche et discutée en réunion d'équipe en présence de la psychologue qui connaît bien les résidents et de l'infirmière référente.

L'intérêt d'une telle démarche est de permettre au personnel de découvrir les résidents sous un autre jour. Il ne s'agit plus simplement de les voir en objet de soins, mais de les aborder en tant qu'homme ou femme ayant une histoire, des attentes et des désirs. Le fait que chacun puisse conduire quelques entretiens auprès des résidents et s'investisse dans la recherche d'éléments pouvant être importants pour son accompagnement crée des liens et ouvre le dialogue. Pour le résident, ce temps d'intimité, de contact privilégié et

d'échange dans un contexte différent du soin est aussi source de plaisir et de valorisation de soi. Cela permet également de n'exclure personne de la démarche, tous les résidents sont concernés, quel que soit leur degré de dépendance.

Le travail en groupe est un mode opératoire intéressant. Il permet l'émergence d'idées, la confrontation d'observations, de savoir et savoir-faire. Il est dynamique et crée des conditions favorables à la communication et à l'échange, et rassemble ainsi ses membres autour d'un travail commun. L'enjeu est de créer une cohésion du groupe au fil des rencontres et de développer un esprit d'équipe nécessaire au quotidien pour faire face à un travail difficile.

Pour chaque groupe constitué un rapporteur est désigné, chargé de rendre compte des travaux effectués. L'animatrice, la psychologue, l'infirmière référente et le médecin coordonnateur sont présents à tour de rôle sur chacun des groupes pour apporter un éclairage différent, guider le groupe dans son travail, recentrer en tant de besoin sur les objectifs à atteindre, favoriser les échanges et solliciter les plus timides à participer. Concernant le calendrier des travaux, la réunion des groupes de travail a lieu une fois tous les 15 jours, l'après midi et une réunion de synthèse une fois par mois pour faire le point sur l'avancée des travaux de chaque groupe avec le comité de pilotage. En concertation avec le personnel et les délégués du personnel, informés de la démarche, les plannings de travail ont été modifiés en conséquence pour libérer le temps nécessaire. Les résultats et les analyses des différentes études réalisées par les groupes de travail permettront la rédaction en elle-même du projet d'animation. Celui-ci sera d'autant plus pertinent et adapté qu'il rendra compte de l'expression du plus grand nombre de personnes concernées.

Identifier les ressources internes et mobiliser le personnel

Du fait de l'hétérogénéité des résidents, de leurs besoins et de leurs attentes, l'animation au sein de l'établissement ne peut pas relever de la seule responsabilité de l'animatrice. Elle nécessite la participation de tous. Il ne s'agit pas de faire de chaque salarié un animateur mais de créer les conditions lui permettant de développer des temps de communication avec les résidents qui soient autres que dans le cadre du soin. Cela peut être du temps pour bavarder, se promener dans le jardin, faire de la lecture en individuel ou en groupe et pour ceux qui le souhaitent animer un atelier chant ou art plastique par exemple. Ce qui importe est que cela réponde aux besoins et aux attentes de l'ensemble des résidents et que le personnel trouve la ou les activités dans lesquelles il peut s'investir et que ce soit un objet de valorisation professionnelle. Mettre en phase ces deux principes est l'une des bases essentielles du projet. Il importe donc de connaître les

souhaits du personnel en la matière et d'identifier les ressources possibles. Là encore le questionnaire est approprié pour répondre à ces interrogations. C'est également l'occasion de connaître les souhaits ou les besoins en matière de formation utiles à la mise en œuvre du projet. Le questionnaire sera réalisé par l'animatrice en collaboration avec l'infirmière référente et la psychologue. Après l'avoir validé, je participerai également à l'analyse des réponses afin d'étudier les besoins exprimés en termes de formation afin de préparer un plan de formation adapté au projet.

Si la formation des salariés est nécessaire à la conduite du projet, la professionnalisation de l'animatrice elle-même, est fondamentale pour sa mise en œuvre.

La nécessité de former au métier d'animateur

Encore souvent considérée comme une suite d'activités destinées à rompre l'ennui, l'animation constitue cependant une discipline à part entière, au même titre que le soin ou la restauration. On en a vu précédemment toute l'importance pour la vie sociale des résidents en EHPAD. Pourtant B. HERVY révèle que seuls 20 % des animateurs sont formés⁹³ alors que la profession nécessite de maîtriser la démarche d'animation et les méthodologies de projet, mais aussi la connaissance et la maîtrise du groupe et de ses phénomènes. Ce manque de qualification concourt à un manque de reconnaissance de la profession et de l'importance du travail à réaliser sur le terrain. En outre, bien souvent isolée dans sa fonction, l'animatrice est parfois polyvalente, affectée à d'autres fonctions comme l'accueil ou le secrétariat, ce qui peut renforcer un manque de considération de la fonction d'animation. Il est donc nécessaire et indispensable de professionnaliser la personne chargée de l'animation et de définir son champ d'action au travers d'une fiche de poste détaillée. Le choix des formations et des qualifications possibles est assez large, Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire (B.E.A.T.E.P.), Diplôme d'Etat de la Fonction d'Animation (D.E.F.A.)... et permet de développer des compétences essentielles dans le secteur de l'animation en gérontologie. L'animatrice en poste à Isis, n'a pas de qualification particulière, bien qu'elle ait plusieurs années d'expérience. Lui proposer une formation spécifique est une démarche actuellement nécessaire et un enjeu d'importance, pour faire face aux difficultés qu'elle rencontre actuellement dans la gestion de ses activités d'une part et enrayer l'épuisement professionnel qu'elle exprime d'autre part.

⁹³ HERVY B. op.cit. p 70.

Le BEATEP m'apparaît comme étant le mieux adapté à la situation. En effet, il concerne particulièrement les animateurs désirant se perfectionner et approfondir leurs connaissances pédagogiques. La formation peut durer de 8 à 24 mois selon le mode d'alternance choisi par le centre de formation ; le centre de formation pressenti propose une formation en alternance de janvier à décembre, ce qui est tout à fait compatible avec le fonctionnement actuel des activités de l'établissement. La préparation de ce diplôme est assurée par des organismes publics ou privés pour un montant de 5005 € et peut être prise en charge au titre de la formation continue dans l'entreprise. J'intègre donc cette formation au plan de formation et je sollicite des aides de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports ainsi que du Conseil Général des Hauts de Seine. Cette formation permet d'obtenir la qualification technique d'animateur dans l'une des trois spécialités suivantes : activités scientifiques et techniques, activités culturelles et d'expression, activités sociales et vie locale, cette dernière spécialité étant la plus adaptée au secteur de la gérontologie.

Au terme de sa formation, l'animatrice mettra au service du projet d'animation ses compétences et les outils méthodologiques acquis. Elle aura un rôle prépondérant dans l'élaboration du projet et la coordination des activités. Sa qualification et ses nouvelles responsabilités, justifieront par ailleurs, de reconsidérer sa rémunération au regard de la convention collective applicable dans l'établissement.

Actuellement isolée dans son travail, elle doit, dès lors, être intégrée à l'équipe et sa fonction reconnue. Il est essentiel de présenter ses nouvelles missions et ses nouvelles responsabilités à l'ensemble du personnel mais aussi au conseil de la vie sociale à l'occasion d'une réunion. Cela permet d'une part de valoriser l'effort de formation auquel l'animatrice a consenti mais aussi de l'aider à se positionner comme coordinatrice et référente du projet.

Intervenant également dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet, les familles ont une place importante à prendre en compte.

3.1.2 Redonner une place aux familles

La participation des familles est essentielle au projet. Bien souvent culpabilisées d'avoir confié leur parent à l'établissement, nous avons vu qu'elles pouvaient adopter des attitudes de fuite ou d'agressivité.

Leur proposer d'être acteur d'un projet au sein de l'établissement, c'est leur permettre de recouvrer un rôle perdu et de se sentir de nouveau utile auprès de leur parent mais aussi auprès de ceux qui ont la malchance d'être seul. Cela favorise également une certaine mise à distance de la vieillesse, de la dépendance et de la mort, par le désir de participer à des moments de vie et de plaisir avec leur parent âgé.

Généralement sexagénaires, ils font partie de ces jeunes retraités dynamiques, partageant leur temps entre leurs enfants et petits enfants et leurs activités. Dans ce contexte, je pense qu'il faut les solliciter pour certaines activités. Cette année, une famille s'est proposée pour venir animer un goûter en musique. Tous musiciens, enfants et petits enfants sont venus jouer violons et violoncelles, pour le plus grand plaisir des résidents et du personnel. Cette initiative est isolée, mais je suis certaine que d'autres peuvent émerger pour autant qu'elles soient sollicitées.

C'est pourquoi, j'organise tout d'abord une réunion d'information destinée à l'ensemble des familles pour présenter les objectifs du projet et identifier les personnes intéressées pour y participer. Enfin, pour toute nouvelle admission, je prévois de joindre une note d'information au livret d'accueil afin d'y intégrer cette nouvelle démarche. La participation des familles nécessite cependant quelques préalables : elle doit correspondre à une volonté du résident, et ne pas aller à l'encontre de son intérêt. En effet, les relations parfois conflictuelles entre parent et enfant ne doivent pas interférer dans les activités pour qu'elles restent des moments de plaisir pour tous.

Cette participation doit être très large et ne pas devenir contraignante pour qu'elle s'inscrive dans la durée. Cela peut être par intervention ponctuelle, comme l'exemple du goûter en musique, ou prendre la forme d'une animation plus régulière par la conduite d'un atelier (à un rythme qui reste à définir), l'accompagnement des résidents lors d'une sortie... Dans tous les cas, les familles doivent être régulièrement informées des activités organisées et leur participation sollicitée, par voie d'affichage ou par courrier. Permettre aux familles de participer au projet ouvre l'établissement sur l'extérieur et rend son fonctionnement plus transparent. Cela permet de développer des relations de confiance et de collaboration où chacun trouve sa place dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies au sein de l'établissement. C'est créateur de lien social, entre les familles et les résidents, les familles et les autres familles, les familles et le personnel de l'établissement, mais aussi entre les résidents. Tout ceci concourt à faire de l'établissement un lieu de rencontres et d'échanges, un lieu de vie tout simplement.

D'autres personnes interviennent dans l'établissement et participent à la vie de celui-ci, ce sont les bénévoles.

3.1.3 Valoriser l'intervention des bénévoles et l'ouverture de l'établissement

Trois bénévoles interviennent actuellement dans l'établissement, généralement une fois par semaine. En contact avec l'animatrice, elles visitent les résidents qui sont le plus isolés, ceux qui n'ont plus de famille ou qui n'ont pas ou peu de visites. Elles sont le plus souvent au 2^{ème} étage, saluant par son nom chaque résident. Elles aident les résidents les plus dépendants au moment du goûter, discutent, font un peu de lecture ou de chant ou bien encore profitent des beaux jours pour proposer aux résidents qui le souhaitent, une promenade dans le jardin. Elles notent leur passage sur un cahier de suivi et indiquent le nom des résidents qu'elles ont vus, les activités qu'elles ont pratiquées.

Leurs visites sont importantes, notamment pour les résidents de cet étage qui ne bénéficient pas actuellement d'animation spécifique. Elles connaissent par ailleurs certains résidents depuis plusieurs années, c'est pourquoi les faire participer à l'élaboration du projet d'animation et les intégrer dans le projet me semble légitime et enrichissant. Cette intégration peut se faire par la formalisation d'une convention⁹⁴. Formaliser leur intervention c'est leur donner une certaine reconnaissance des activités qu'elles effectuent et les remercier du temps passé. C'est aussi garantir leurs actions et les modalités de leurs interventions dans un cadre éthique, sur lequel nous sommes d'accord. En effet, elles interviennent dans un établissement dont elles doivent connaître les valeurs et les règles de fonctionnement.

La réglementation a beaucoup évolué pour faciliter et encadrer l'intervention des bénévoles dans les établissements de santé et, par extension, dans les établissements sociaux et médico-sociaux. La circulaire du 4 mars 1975 envisageait déjà leur présence pour briser l'isolement des malades et leur apporter du réconfort. La loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs va plus loin et précise dans son article 10 «Le bénévole peut, avec l'accord du malade et de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins, apporter son concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade »⁹⁵.

⁹⁴ Décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000 relatif à la convention type et aux conditions d'intervention des bénévoles accompagnant des personnes en soins palliatifs dans des établissements de santé. Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé.

⁹⁵ Loi 99-477 du 9 juin 1999.

Dans un premier temps, je pense qu'elles doivent participer aux différents groupes de travail pour apporter leur expérience quant à leurs interventions auprès des résidents les plus isolés. Dans un deuxième temps, nous devons travailler ensemble à l'élaboration d'une convention fixant les termes de notre coopération. J'organiserai, en collaboration avec l'animatrice et la psychologue, une réunion par trimestre afin d'échanger sur leurs interventions et procéder éventuellement à des réajustements. L'évaluation de l'activité des bénévoles portera sur le nombre de visites effectuées, leur participation aux animations et de façon plus subjective, sur les retours que pourront faire les résidents, les familles et le personnel.

Au-delà de l'intervention des bénévoles, l'établissement doit s'ouvrir sur l'extérieur pour faire entrer la vie et rendre les échanges plus dynamiques. Ainsi, le projet doit permettre à d'autres personnes ou associations, d'intervenir dans l'établissement. Inviter le club du 3^{ème} âge de la ville, organiser un tournoi de cartes ou un loto, une journée portes ouvertes, prendre contact avec les écoles pour organiser des goûters et des échanges intergénérationnels... sont autant d'actions possibles et de projets à mettre en œuvre dans l'intérêt de tous. Ouvrir les portes de l'établissement, c'est favoriser les liens mais aussi tenter de modifier l'image des établissements pour personnes âgées dépendantes portant encore les stigmates de l'hospice, en un lieu de vie accueillant. C'est valoriser les personnes qui y vivent mais aussi celles qui y travaillent.

Concevoir et mettre en œuvre le projet d'animation implique également de mobiliser et de soutenir le personnel. Outil stratégique au service de la vie sociale des résidents il s'avère être aussi un levier de management et de dynamisation de l'équipe. Les outils de communication et de soutien des équipes sont nécessaires au management en général, ils se révèlent indispensables au moment d'une période de changement et d'instauration d'une dynamique de projet.

3.2 Le projet d'animation comme levier d'action au management

3.2.1 Former le personnel et développer ses compétences : un enjeu managérial

Le projet d'animation envisage la participation de l'ensemble du personnel. Cependant, si certains sont doués pour prendre la parole, animer un groupe, exercer une activité particulière, d'autres éprouveront peut-être le besoin de se former avant de se lancer dans cette nouvelle aventure. Dans tous les cas, la formation peut ponctuellement

dynamiser le travail par l'approfondissement des pratiques ou le développement de nouvelles compétences individuelles et sur mesure.

Solliciter le Droit Individuel à la formation

Dans ce cadre, le Droit Individuel à la Formation (DIF) est un outil tout à fait adapté à la situation. Mis en place par la loi du 4 mai 2004⁹⁶ relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, il permet à tout salarié en contrat à durée indéterminée ayant un an d'ancienneté de bénéficier de 20 heures de formation par an. Ces heures sont cumulables sur 6 ans, soit 120 heures au total. L'accord de branche signé en janvier 2005 pour le secteur médico-social précise que les formations DIF peuvent être réalisées pendant le temps de travail. Dans le cas contraire, l'employeur prend à sa charge les frais de formation et de déplacement et rémunère le salarié à hauteur de 50 % de son taux horaire net. Cette rémunération n'est pas imposable, elle peut être assimilée à une prime exceptionnelle pour récompenser un effort de formation. Il est, par ailleurs, possible de bénéficier d'aides financières pour certaines formations prioritairement éligibles, chaque demande est donc à étudier avec précision. Au moment de l'élaboration du projet d'animation l'émergence de nouveaux besoins en matière de formation peut apparaître.

Le DIF étant à l'initiative du salarié, je propose donc d'organiser des entretiens et de recevoir chaque salarié, pour cerner leur demande. A cette occasion, les modalités de formation seront envisagées avec le salarié, soit dans le cadre du plan de formation soit dans le cadre du DIF. Les coûts relatifs à ces formations et supportés par l'établissement seront bien sûr à chiffrer et à étudier, afin d'envisager de les répartir éventuellement sur plusieurs années en fonction des priorités.

La formation continue au sein de l'entreprise est un formidable outil de management. Elle permet d'une part d'apporter une valeur ajoutée au travail et donc au service rendu en permettant la qualification des salariés et permet d'autre part de motiver et de mobiliser le personnel par une promotion et une évolution leur donnant une certaine satisfaction. C'est l'un des leviers d'action les plus importants dans le secteur social, nos marges de manœuvre en matière de rémunération étant limitées. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences permet également au directeur de faire face à la pénurie de certaines qualifications ou d'anticiper sur la formation du personnel en fonction des projets à mettre en œuvre au sein de son établissement.

⁹⁶ Loi 2004-391 publiée au Journal Officiel le 5 mai 2004.

Venant en complément de la formation du personnel, des temps de soutien et d'accompagnement des salariés sont essentiels.

3.2.2 Soutenir et accompagner les salariés

A) Instaurer des temps de paroles collectifs

Mettre en place une réunion institutionnelle

Des réunions existent déjà pour les différents services, mais aucune réunion regroupant l'ensemble des salariés n'est actuellement prévue. Au moment d'un décloisonnement du travail et dans la perspective de recréer des liens au sein du personnel, je prévois d'instituer une réunion trimestrielle regroupant l'ensemble des salariés mais aussi des prestataires extérieurs. Les implications des différents services entre eux sont multiples. Ainsi, agents d'entretiens, agents hôteliers, cuisiniers, équipe soignante, animatrice... sont conviés à s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent.

De la communication peuvent émerger des solutions simples permettant ainsi une amélioration des relations entre les différents services. C'est également l'occasion d'informer l'ensemble du personnel des différents projets en cours et à venir et de valoriser les actions déjà entreprises. Les dates de réunion seront fixées à l'avance. Un ordre du jour sera affiché et un compte rendu diffusé dans les jours qui suivent.

Des temps de paroles plus spécifiques sont également nécessaires.

Instaurer un groupe de parole régulier pour soutenir le personnel

Lorsque le travail s'est avéré difficile du fait des nombreux décès et que le manque de solidarité des salariés au sein de l'équipe a créé des tensions inévitables, j'ai demandé à la psychologue d'intervenir pour animer un groupe de parole. Organisé de façon ponctuelle, il s'est avéré très utile et a permis de désamorcer une crise naissante au sein de l'équipe. Le personnel, tout d'abord un peu réservé sur la démarche, a exprimé par la suite la nécessité de poursuivre l'initiative.

Au cours de ces réunions, les difficultés rencontrées par le personnel avec les résidents, les familles ou entre collègues sont abordés librement. L'animation du groupe par la psychologue permet une mise à distance et une analyse des situations vécues. La confidentialité de ce qui est dit au sein du groupe est la base essentielle de la libre

expression de chaque salarié et de la confiance indispensable qui doit être établie avec la psychologue. Ce principe est rappelé avant chaque séance, chacun s'engageant moralement à ne trahir aucun des propos abordés. C'est cette relation privilégiée qui permet à chaque salarié de « souffler » et de trouver un espace de communication.

Les évolutions de la population, le développement d'un accompagnement individualisé, la mise en place d'une nouvelle organisation du travail justifient d'envisager des groupes de parole réguliers. Au moment de la mise en œuvre du projet d'animation, je pense qu'il est indispensable d'instituer une réunion mensuelle de ce groupe et de ne pas attendre les situations de crise pour le mettre en place. Chaque salarié est libre d'y participer ou non, le choix des sujets abordés reste librement fixé avec la psychologue.

Une autre démarche me semble intéressante à mettre en œuvre, c'est l'analyse des pratiques professionnelles. Parfois abordée lors des groupes de parole, je pense que la démarche mérite d'être menée de façon plus spécifique pour que le groupe de parole ne perde pas sa finalité.

Analyser les pratiques professionnelles

L'analyse des pratiques professionnelles appelée aussi supervision, est un espace qui permet aux professionnels de réfléchir sur leur pratique. Venant en complément du groupe de parole, c'est un lieu de partage et d'échange, d'écoute réciproque sur l'activité professionnelle. J'envisage, dans un premier temps, d'organiser une séance par trimestre. Le rythme des regroupements pouvant être modifié ultérieurement en fonction de la demande du personnel et de l'accueil qui sera réservé à ces séances de travail.

C'est à partir de cas concrets apportés par les participants que le travail se fait. Celui-ci alterne entre le travail sur soi, l'apprentissage de nouvelles compétences, les mises en situation, l'apprentissage de connaissances théoriques... c'est un lieu de ressources, chaque participant pouvant devenir une ressource pour les autres membres. Elle permet au salarié de repérer son cadre d'action, ses champs d'intervention et son articulation au sein de l'équipe.

Selon C. BLANCHARD-LAVILLE et D. FABLET⁹⁷ : « L'analyse des pratiques participe au sentiment d'appartenance et permet la création ou l'évolution des habitus qui caractérise un groupe social ».

⁹⁷ C. BLANCHARD, D. FABLET. *Travail social et analyse des pratiques professionnelles, dispositifs et pratiques de formation*. L'Harmattan, Collection Savoir et Formation, 2003. p 2.

La mise en place d'une telle démarche nécessite une formation spécifique de la psychologue, très intéressée par cette pratique. Cette formation sera donc incluse dans le plan de formation 2007.

Si les temps de parole collectifs se révèlent nécessaires, il est important également de rencontrer les salariés de façon individuelle.

B) Mettre en place des entretiens annuels d'évaluation

La mise en œuvre du projet d'animation sollicite l'ensemble des salariés. Aussi ai-je besoin de connaître les attentes des salariés et de pouvoir transmettre les orientations relatives à la mise en œuvre du projet.

J'utilise à cet effet l'entretien annuel d'activité. L'entretien est formalisé, il donne lieu à un écrit et s'inscrit dans une procédure. Il est réalisé par le cadre hiérarchique direct du salarié. Pour les aides-soignantes, AMP et auxiliaires de vie, c'est l'infirmière référente qui a cette délégation. Pour les autres salariés, je procède moi-même à l'entretien.

Je considère l'entretien comme un outil de management des ressources humaines permettant d'explorer les possibilités d'amélioration au bénéfice de l'utilisateur, du salarié et de l'établissement. L'entretien repose sur le principe d'une auto-évaluation et d'une évaluation partagée, il s'inscrit dans une démarche de management participatif. Il s'appuie sur des éléments objectifs connus et interdit tout jugement de valeur.

Pour l'évaluateur comme pour l'évalué, l'entretien doit être l'occasion de s'exprimer le plus librement possible, de faire le bilan d'une année de travail et permet de définir d'un commun accord les points forts et les points faibles à améliorer. Il s'agit encore de trouver des solutions aux problèmes importants, d'aborder les questions de formation et d'orientation, de déterminer les objectifs de l'exercice suivant. L'entretien s'articule en plusieurs phases : l'accueil et l'écoute du salarié, l'examen de l'année écoulée, la détermination des objectifs de l'année à venir (engagements réciproques, moyens, modalités de suivi, accompagnement...), les souhaits et les besoins en formation, enfin la synthèse et la conclusion.

Les temps de réunion et de parole, collectifs ou individuels ne suffisent pas à eux seuls, à enrayer l'apparition des dysfonctionnements au sein de l'équipe et le risque d'usure professionnelle. Aussi faut-il envisager de modifier l'organisation actuelle du travail.

3.2.3 Décloisonner l'organisation du travail pour créer du lien

L'affectation des salariés en binôme à un étage donné, nous a semblé au départ être une solution satisfaisante pour différentes raisons : cela permettait d'avoir un référent à chaque étage, une personne repérée par tous, (par le personnel, les résidents et les familles), de mieux connaître les résidents pris en charge et de créer ainsi des liens privilégiés. Après quelques années de fonctionnement, la routine s'est installée et l'usure professionnelle apparaît, notamment au 2^{ème} étage, là où les conditions d'accompagnement des résidents sont les plus difficiles. Par ailleurs, le manque d'esprit d'équipe est ressenti comme préjudiciable à la cohésion de l'équipe. Au moment de l'instauration d'un nouveau projet d'animation nécessitant un remaniement de l'organisation du travail, il me paraît opportun d'envisager un nouveau mode de fonctionnement. L'objectif étant de recréer du lien entre les salariés, de rendre l'équipe plus dynamique et solidaire et de fait plus disponible et plus efficace pour les résidents.

La communication est là encore incontournable et indispensable pour expliquer l'intérêt d'un tel changement qui n'est bien évidemment pas ressenti par tous comme nécessaire et de faire face à l'apparition de probables résistances. En premier lieu, l'appui des délégués du personnel est une aide précieuse. Ils peuvent en effet servir de relais dans l'équipe pour diffuser l'information et s'assurer de sa compréhension. J'organise par ailleurs une réunion du personnel afin de leur exposer les difficultés rencontrées et les axes de changement envisagés.

Le premier axe envisagé est de modifier les binômes de travail institués et faire en sorte que chacun puisse travailler avec une collègue différente pendant une période donnée. L'intérêt est de « rencontrer l'autre », d'apprendre à le connaître, de partager des expériences professionnelles différentes et de mettre en commun des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire différents. Je pense en effet que l'apprentissage ne vient pas uniquement de la formation continue mais qu'il peut aussi venir d'une expérience partagée avec d'autres. Mieux connaître l'autre, c'est aussi avoir la possibilité de créer des liens et de développer ainsi une certaine cohésion dans l'équipe.

Le deuxième axe de changement envisagé est d'affecter les salariés à un étage pour une période donnée à définir avec les salariés. Cela permet, d'une part, aux salariés de connaître l'ensemble des résidents quel que soit l'étage auquel il est affecté et de créer des liens avec un plus grand nombre d'entre eux, d'autre part de ne pas s'installer dans une routine néfaste à un accompagnement de qualité. Les autres avantages qui apparaissent sont également : une plus grande polyvalence des salariés d'un étage à un

autre, une meilleure compréhension des spécificités des résidents de chaque étage et des difficultés rencontrées, d'avoir « un regard neuf » sur les résidents, (quand on ne voit pas quelqu'un pendant un certain temps, on remarque plus aisément les changements intervenus), de mieux connaître les résidents dans leur ensemble et de développer enfin un certain esprit d'équipe. La période de rotation d'une unité à l'autre reste à définir et sera débattue en réunion avec le personnel, en fonction de l'organisation qui leur semble la plus adéquate pour les résidents et pour lui-même.

Une réunion d'évaluation de cette nouvelle organisation sera effectuée à un mois, puis trois mois, six mois et un an. Les difficultés seront abordées avec l'ensemble des salariés concernés, l'infirmière coordinatrice et la psychologue. Il s'agira d'analyser un certain nombre d'indicateurs objectifs : nombre d'absences injustifiées, nombre d'arrêts maladie, nombre d'accidents de travail, nombre de démissions et de recueillir des éléments plus subjectifs à différents niveaux : les résidents, les familles, le personnel, l'infirmière coordinatrice et la psychologue. Concernant les résidents et les familles, les indicateurs peuvent être le nombre de plaintes ou de mécontentements exprimés dans le cahier de messages, le degré de satisfaction ou d'insatisfaction exprimé lors de diverses rencontres et auprès de la psychologue. Pour le personnel, il s'agit de prendre en compte ce qui sera exprimé au cours des différentes réunions, l'infirmière coordonnatrice quant à elle, sera à même de dire si la nouvelle organisation a permis de développer un certain esprit d'équipe et la cohésion tant attendue. L'ambiance en général, au cours des réunions est assez significative de l'existence ou non de tensions, ce que je pourrai moi-même mesurer lors des réunions d'évaluation.

Au-delà des instruments de management nécessaires à la conduite du changement, tout projet impose également des moyens et des outils pour conduire les actions de sa mise en œuvre et de son évaluation.

3.3 De l'intention à l'action : des moyens et des outils de mise en œuvre et d'évaluation

3.3.1 Avoir du temps pour donner du temps

Concevoir et mettre en œuvre un projet nécessite de trouver du temps disponible pour les travaux de conception puis pour sa mise en œuvre. Les personnes principalement concernées sont, l'animatrice, d'une part, les auxiliaires de vie, les aides-soignantes et les AMP d'autre part.

L'animatrice est actuellement recrutée en contrat à durée indéterminée à temps partiel soit 0.64 ETP. Son rôle essentiel de coordonnatrice du projet d'animation, sa mission de mise en œuvre du projet en partenariat avec le personnel, les familles, les bénévoles, et autres associations, justifie de transformer son contrat à temps partiel en un contrat de travail à temps plein, ce qui doit faire l'objet d'un avenant et de l'élaboration d'une nouvelle fiche de poste. En accord avec l'animatrice, l'avenant sera conclu dès son retour de formation au moment de sa nouvelle prise de fonction et de la revalorisation de son salaire. Le surcoût estimé est de 13 088 € par an charges comprises.

Concernant les auxiliaires de vie, les aides-soignantes et les AMP, c'est une nouvelle organisation du travail qui dans un premier temps peut permettre de dégager du temps nécessaire au projet. En effet, l'effectif actuel étant négocié dans le cadre de la convention tripartite, il n'est pas envisageable de le modifier dans l'immédiat. Compte tenu de l'organisation du travail, il est impossible de réduire le temps consacré aux soins puisqu'il est juste suffisant, le seul levier d'action qui me semble envisageable pour le moment est de réduire le temps consacré à l'entretien des salles de bain effectué l'après midi. Ce qui suppose de faire prendre en charge cette activité par le prestataire de services assurant la propreté des locaux. Le temps gagné est estimé à 4 heures par jour.

Ces heures dégagées pour les auxiliaires de vie, les aides-soignantes ou AMP travaillant l'après midi, me semblent tout à fait appropriées pour être consacrées dans un premier temps au travail de conception du projet d'animation puis à sa mise en œuvre par l'organisation d'activités individuelles ou collectives auprès des personnes âgées. En contrepartie, les heures d'entretien confiées au prestataire représentent un coût qu'il est nécessaire de chiffrer puisqu'il va d'une part avoir une incidence sur le tarif hébergement (70 %) mais aussi sur le tarif dépendance (30 %). Compte tenu du coût de la prestation actuelle, j'ai contacté le prestataire pour obtenir un devis. Celui-ci fait apparaître une augmentation prévisible de 20 000 euros par an. Soit une répartition respective du surcoût de 14 000 euros par an sur la section hébergement et de 6 000 euros par an sur la section dépendance.

A partir de ces éléments, une simulation du budget sur EHPAD 2⁹⁸ est indispensable afin d'avoir une vision objective des incidences budgétaires et permet d'entamer une négociation avec le Conseil Général.

⁹⁸ Logiciel conçu par l'Ecole Nationale de Santé Publique, pour l'élaboration des budgets en EHPAD.

L'augmentation des dépenses liées au salaire de l'animatrice d'une part et à la prise en charge du ménage des locaux par un prestataire de service d'autre part, ont un impact direct sur le prix de l'hébergement payé par le résident. C'est pourquoi, il est indispensable d'en évaluer la charge. Ces dépenses supplémentaires imputées sur la section d'hébergement ont donc fait l'objet d'une négociation avec le gestionnaire. Il en résulte qu'elles doivent être contenues en deçà de 2.5 %, ce qui correspond au taux directeur moyen fixé chaque année par le ministère des finances. Ainsi, les dépenses liées à la mise en œuvre du nouveau projet, seront financées dans le cadre de l'augmentation annuelle du tarif hébergement. Le Conseil Général, ne prononcera sa décision qu'au regard du projet et du budget proposé pour 2007. Deux hypothèses sont cependant envisageables, compte tenu du tableau de surcoût effectué : hypothèse 1, avec la participation du Conseil Général ; hypothèse 2, sans la participation du Conseil Général. En effet, dans les deux cas, les frais engagés par la mise en œuvre du projet d'animation restent inférieurs aux 2.5 % négociés, ce qui me laisse une marge de manœuvre incontestable. (Annexe 4)

Dans un second temps, l'autre levier d'action possible à plus long terme, est d'inclure le projet d'animation dans les contrats d'objectifs au moment du renouvellement de la convention tripartite en 2008 et de négocier à cette occasion, les moyens de sa mise en œuvre, même si le projet est déjà avancé. Je ne manquerai pas de solliciter notamment le Conseil Général pour le financement du poste d'animation tel que cela a été envisagé dans les objectifs du schéma départemental 2005-2010. Par ailleurs, la mise en œuvre du projet d'animation depuis plusieurs mois, permettra d'appuyer la démarche et justifiera la demande de soutien à ce projet. Ce sera également l'occasion de revoir la répartition des effectifs infirmiers, aides-soignants, AMP et auxiliaires de vie en fonction de l'évolution des besoins de la population mais aussi au regard des projets mis en place au sein de l'établissement.

Au-delà du temps et des aspects budgétaires, l'aménagement de l'espace est aussi nécessaire à la réalisation du projet.

3.3.2 Aménager l'espace pour les résidents et pour le personnel

Le fait que la salle d'animation soit également la salle de repos du personnel est un frein à l'identification et à la personnalisation du lieu comme étant « La salle d'animation » ou d'ailleurs « La salle de repos ». Cela pose de multiples problèmes d'aménagement, mais aussi de disponibilités. C'est également une source de conflit régulier entre l'animatrice et le personnel chacun cherchant à marquer son territoire dans cette unique salle. Au

moment de la mise en place du projet d'animation, il me semble donc indispensable de rendre ces deux lieux distincts et de prévoir les travaux à réaliser.

Pour des raisons d'accessibilité, la salle d'animation restera à l'entresol comme actuellement et je prévois d'aménager une salle de réunion, qui est aujourd'hui très peu utilisée, située sous les toits de la villa pour en faire la salle de repos du personnel. Dans les deux cas, des travaux d'embellissement et d'aménagement sont à prévoir. Les travaux pourront être effectués par l'agent d'entretien de la résidence, ce qui diminue considérablement les coûts de réalisation. Les choix d'aménagement et de décoration de la salle d'animation se feront en collaboration avec l'animatrice et seront proposés pour approbation au conseil de la vie sociale.

Concernant la salle de repos du personnel, il s'agit essentiellement de peindre et d'aménager l'espace pour le rendre convivial. Ces travaux seront soumis à l'approbation des délégués du personnel. Pour des raisons pratiques, la salle du personnel sera réalisée en premier. La durée des travaux ne devrait pas excéder deux semaines, compte tenu de l'emploi du temps de l'agent d'entretien et des travaux à réaliser. Puis, la salle d'animation sera réalisée dans un délai de 3 ou 4 semaines. Durant cette période, les animations pourront être organisées dans les différents salons de la maison.

Les frais seront supportés par la section d'investissement et amortis selon les modalités suivantes :

Salles	Travaux	Coût total	Durée amortissement	Amortissement de la 1^{ère} année	Amortissement annuel
Du personnel	Peinture	600 €	10 ans	60 €	60 €
	Achat mobilier	650 €	10 ans	65 €	65 €
	Sous Total	1250 €		125 €	125 €
D'animation	Peinture	600 €	10 ans	50 €	60 €
	Achat mobilier	850 €	10 ans	71€	85 €
	Sous Total	1450 €		121€	145 €
	Total des travaux	2700 €	10 ans	246€	270 €

Les travaux de la salle du personnel débuteront en janvier 2007 et seront amortissables dès ce premier mois compte tenu des courts délais de mise en service. Les travaux de la salle d'animation débuteront début février 2007 et seront amortissables au 1^{er} mars, dès la mise en service. L'amortissement de la première année est calculé au prorata temporis. J'intègre ces éléments au Plan Pluriannuel d'Investissement. Le Fond de Roulement d'Investissement me permettant de réaliser ces investissements sans avoir recours à l'emprunt.

Les résidents apprécieront de se rendre dans une salle d'animation plus conviviale et spécifiquement aménagée pour eux. Avec l'aide de l'animatrice, ils pourront s'approprier ce lieu et l'investir pour diverses activités. Je souhaite cependant que certaines activités soient organisées dans les différents salons de la maison afin que les résidents prennent l'habitude de s'y rendre et de les utiliser. Les espaces privés étant assez restreints, il me semble important d'agrandir les espaces publics et de les rendre chaleureux et accessibles à tous. C'est aussi l'occasion d'ouvrir le salon du 2^{ème} étage à d'autres résidents et tenter ainsi, de démystifier cet endroit qui fait si peur actuellement du fait de la grande dépendance des résidents qui y vivent. Par ailleurs, la multiplication des ateliers et des activités accompagnés par le personnel favorisera ce nécessaire réaménagement de l'espace.

Le personnel a également besoin d'un espace réservé. Le travail difficile au quotidien, rend les journées parfois longues et pénibles. Pouvoir bénéficier d'un lieu de repos confortable pour profiter d'une coupure dans la journée est essentiel, ce temps de calme permettant aux salariés de se ressourcer et d'être de nouveau plus disponibles pour les résidents.

Après avoir étudié les grandes lignes du projet d'animation, voyons les modalités de sa mise en œuvre et de son évaluation.

3.3.3 Mettre en œuvre et évaluer le projet

Le projet d'animation sera rédigé à partir des travaux effectués par les différents groupes et validés par le comité de pilotage. La rédaction du projet est nécessaire pour qu'il puisse exister, pour le mettre en œuvre et l'évaluer. C'est une manière de valoriser le travail accompli et la possibilité de le faire évoluer au fil du temps en fonction des besoins.

Le projet d'animation implique la participation de l'ensemble du personnel et la modification de l'organisation du travail. La participation repose cependant sur le volontariat, le personnel ne souhaitant pas y participer étant affecté à des tâches habituelles. Je crois pourtant que chacun doit pouvoir y trouver sa place et y participer à hauteur de ses compétences. C'est pourquoi, il est nécessaire de communiquer régulièrement sur le projet et de redéfinir les fonctions et les responsabilités de chacun.

Le temps libéré permettra d'organiser différents ateliers qui répondront ainsi à une plus large demande. Chaque résident doit pouvoir trouver ainsi une activité qui lui convienne, en fonction de ses envies et de ses capacités. Les activités proposées devront respecter les choix et les goûts de la personne mais aussi son rythme de vie.

Cette nouvelle approche entre le personnel et le résident me semble essentielle. Elle doit permettre de créer de la communication et de développer des liens différents du soin, tout en préservant une certaine autonomie. Il s'agit de convaincre et d'inciter à la participation sans obliger, et prévenir ainsi le risque d'isolement.

L'animatrice sera chargée de l'élaboration, de la diffusion, de la coordination du programme d'activités, et de la gestion de son budget. Elle devra rédiger des fiches de synthèse pour chaque résident, permettant de faire un suivi des activités en fonction de ses choix et de ses difficultés. Ces fiches pourront être discutées au moment des réunions d'équipes afin que chacun puisse émettre un avis. Elle sera également l'interface entre les différents intervenants, les résidents, les familles et la direction. Une réunion de synthèse des activités passées et à venir me paraît importante à organiser une fois par mois, me permettant ainsi de vérifier la pertinence des actions menées au regard du projet et de faire face à un certain nombre de difficultés pouvant apparaître. Parmi elles, la grande dépendance de certains résidents, les troubles du comportement, la désorientation temporo-spatiale... sont à prendre en compte et nécessiteront peut-être de mettre en place des activités dont l'orientation sera plus thérapeutique, en concertation avec le médecin coordonnateur et l'infirmière référente.

Il importe de vérifier que l'ensemble des actions entreprises est en adéquation avec les objectifs fixés et que les résultats obtenus correspondent aux résultats attendus. C'est l'objet de l'évaluation.

L'évaluation du projet

L'évaluation du projet devra s'effectuer à plusieurs niveaux : au regard des actions entreprises par le personnel, les bénévoles et autres intervenants et la façon dont ils les

perçoivent, d'une part, et par les effets ressentis par les résidents et les familles d'autre part.

L'ensemble des indicateurs sont déterminés par l'équipe projet et validés par le comité de pilotage. Différents types d'indicateurs sont à prendre en compte. Les indicateurs objectifs sont : le nombre de personnes participant à l'organisation des activités, le nombre d'heures d'animation réalisées, le nombre d'activités organisées, le nombre de participants à chacune d'elle, leur fréquence... s'ils sont significatifs d'une certaine dynamique du projet, ils ne font pas état de la qualité des activités proposées ni du fait que les objectifs attendus pour chacun des résidents sont atteints.

Des retours plus subjectifs sont nécessaires pour évaluer l'aspect qualitatif du projet. Je pense que la création d'une commission d'animation se réunissant deux ou trois fois par an avec l'ensemble des résidents et des familles, peut permettre ces retours et faciliter ainsi un réajustement rapide des orientations du projet en fonction des souhaits exprimés. A l'image des commissions de restauration actuellement organisées une fois par trimestre, elle permettrait de recueillir directement les impressions et les souhaits des résidents et des familles en matière d'animation, à l'occasion d'un moment d'échange convivial. Un compte rendu étant diffusé à l'attention de tous ultérieurement.

Pour compléter ce procédé, je souhaite organiser une enquête de satisfaction une fois par an, sous la forme d'un questionnaire à remplir par écrit de façon anonyme.

Le dernier volet de l'évaluation du projet est de connaître les retours observés par le personnel lui-même sur le développement des liens avec les résidents, sur le comportement des personnes âgées et l'attitude des familles. Ces éléments pourront être discutés au cours des diverses réunions instituées.

L'ensemble des évaluations sera recueilli par l'animatrice afin qu'elle me présente les résultats des différents indicateurs et les retours de la commission d'animation une fois par trimestre. Il me paraît également nécessaire d'envisager une réunion de synthèse avec le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, l'animatrice, la psychologue et l'ensemble de l'équipe, pour réajuster l'accompagnement de chacun des résidents et mettre en adéquation le projet de soins et le projet d'animation.

Le projet d'animation constitue ainsi un formidable outil d'échange au sein de l'établissement. Il s'articule avec le projet de soins et viendra en appui du projet de vie, inscrit plus largement au cœur du projet d'établissement.

CONCLUSION

Au terme de ce mémoire, on peut mesurer toute la difficulté de prendre en charge les personnes âgées dépendantes en institution et le challenge que peut constituer la mise en œuvre d'un accompagnement spécifique de qualité.

La diversité de leurs parcours, de leurs capacités à maintenir des liens, de leur volonté aussi à vivre en établissement rend la démarche complexe. Si le soin demeure indispensable pour faire face aux poly-pathologies il ne peut être l'unique réponse. Vieillir et vivre demande aussi de conserver des liens, la possibilité d'être et d'exister, de ne pas être simplement dans l'attente d'une mort inéluctable. Maintenir les liens existants, en créer de nouveaux, développer des activités adaptées à chacun, sont les principaux objectifs de la mise en œuvre du projet d'animation au sein de l'établissement. Pour ce faire, tous les acteurs doivent être mobilisés : équipe soignante, animatrice, familles et bénévoles pour créer un environnement favorable à la vie sociale.

Les relations de confiance ainsi établies avec les résidents et les familles favoriseront les conditions d'une bonne adaptation à la vie de l'institution d'une part, le développement d'une certaine qualité de vie d'autre part.

L'ouverture de l'établissement, la dynamique induite par la mise en œuvre de projets me semblent être des démarches stratégiques, d'adaptation de l'établissement aux besoins des résidents mais aussi de management et de valorisation du personnel dans un secteur encore peu reconnu et valorisé. Par ailleurs, l'évolution démographique, l'accroissement du nombre des personnes âgées atteintes de démence, l'avancée des politiques publiques, imposent et imposeront encore au directeur d'EHPAD, de prendre en compte l'ensemble de ces données afin de proposer un accompagnement de qualité et d'anticiper les changements à venir.

Bibliographie

OUVRAGES

AMYOT J.J. *Travailler auprès des personnes âgées*. 2^{ème} Edition. Paris : Dunod, 1998. 245 p.

AMYOT J.J., MOLLIER A. *Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod, 2002. 242 p.

ASKEVIS-LEHERPEUX F., BARRUCH C., CARTRON A., *Précis de psychologie*. Paris : Nathan, 2005. 157 p.

AUBERT N. *Diriger et Motiver. Art et pratique du management*. 2^{ème} Edition. Paris : Edition d'Organisation, 2003. 355 p.

BADEY-RODRIGUEZ C. *La vie en maison de retraite : Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*. Paris : Albin Michel, 2003. 256 p.

BAGLA L. *Sociologie des organisations*. Paris : La Découverte, 2003. 123 p.

BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A., et al. *Dictionnaire critique d'action sociale*. Travail social. 3^{ème} Edition. Paris : Bayard Editions, 1995. 436 p.

BAUDURET J.F., DUBREUIL B., DUMONT R. et al. Ouvrage coordonné par JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005 1233 p.

BAUDURET J.F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation*. Paris : Dunod, 2002. 322 p.

BELLENGER L. *Piloter une équipe projet : des outils pour anticiper l'action et le futur*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, 2004. 206 p.

BERGER L., MAILLOUX-POIRIER D. *Personnes âgées : une approche globale*. Paris : Maloine, 1989.

BILLE M. *La chance de vieillir beaucoup*. Paris : L'Harmattan, 2004.

BLANCHARD C., FABLET D. *Travail social et analyse des pratiques professionnelles, dispositif et pratiques de formation*. Paris : L'Harmattan, Collection Savoir et Formation, 2003.

CRONE P. *L'animation des personnes âgées en institution. Aides-soignants et animateurs*. Paris : Masson, 2004. 119 p.

ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance*. Paris : Dunod, 2003. 323 p.

GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2002. 339 p.

HARTWEG C., ZEHNDER G. *Animateurs et animation en établissement pour personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005. 142 p.

HERVY B. *Proposition pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*. Rennes : ENSP, 2003. 159 p.

LEROUX R. *Evaluation gérontologique, de la théorie à la pratique, GERONTE*. Rennes : ENSP 1991. 145p.

LHUILIER J-M. *Le droit des usagers dans les services sociaux et médico-sociaux*. 2^{ème} Edition. Rennes : ENSP, 2005. 197 p.

LOUBAT J.R. *Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux*. Paris : Dunod, 1999. 289 p.

MALLON I. *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez soi*. Le sens social. Rennes : Pur, 2004. 288 p.

MEMMI A. *La dépendance*. Paris : Gallimard, 1979.

MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP, 2001.

MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. *Le métier de directeur : techniques et fiction*. Rennes : ENSP, 2005. 270 p.

MORIN E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil, avril 2005. 158 p.

THEVENET M. *Le plaisir de travailler*. 2^{ème} Edition. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 269 p.

TEBOUL J. *L'entretien d'évaluation*. 3^{ème} Edition. Paris : Dunod, 2005. 151 p.

VERCAUTEREN R., HERVY B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004. 231 p.

REVUES

CLEMENT S., DRHULE M. *Vieillesse ou vieillissement ? Le processus d'organisation des modes de vie de la personne âgée*. Les cahiers de la recherche sur le travail social, n°15, 1998.

LE GUAY D. *Apprivoiser la mort pour mieux vivre*. Le Nouvel Observateur. Hors série, avril – mai 2006.

PISON G. *France 2004 : L'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans*. Population et société, n° 410, mars 2005. 6 p.

POUGEOL G. *Profession animateur*. Gérontologie et société, n°54, 1989.

MIRAMON J.M., *Promouvoir le changement*. Les cahiers de l'actif, n° 315 – 317, juillet – octobre 2002.

L'entrée en institution. Gérontologie et société, n° 112, mars 2005. 315 p.

TEXTES LEGISLATIFS

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Loi n° 90-600 du 6 juillet 1990.

Loi n° du 24 janvier 1997 relative à la réforme de la tarification dans les EHPAD

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999. Visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

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

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Loi n° 2004-391 publiée au Journal Officiel le 5 mai 2004, relative à la formation tout au long de la vie et au dialogue social.

Loi du 30 juin 2004 sur la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004

Décret du 14 mars 1986 relatif à la formation au BEATEP.

Décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000 relatif à la convention type et aux conditions d'intervention des bénévoles accompagnant des personnes en soins palliatifs dans des établissements de santé.

Arrêtés du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001.

Circulaires DAS n° 98-275 du 5 mai 1998 et DGAS n° 2001-306 du 3 juillet 2001 ; Art. 434-3 du nouveau code pénal.

Circulaire DAS/TS 1 n° 2000-355 du 8 juin 2000.

Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé.

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS

Le nombre de personnes âgées dépendantes. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Etudes et résultats n° 94, décembre 2000.

SOMME D. *Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution.* Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Dossier solidarité et santé n°1, janvier - mars 2003.

Statistiques et indicateurs de la santé et du social. Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales, mai 2003.

L'APA au 31 décembre 2003. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, n° 298, mars 2004.

Les établissements pour personnes âgées en 2003. Etudes et résultats n°379, février 2005. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques.

Les personnes âgées dépendantes, novembre 2005. Rapport public de la Cour des Comptes.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie Commissariat Général du Plan 2005. Les cahiers du Plan n° 1.

Plan Gérontologique des Hauts de Seine 2005-2010.

Projection démographique pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030. Institut National de la Statistique Et des Etudes, 2005

SITES INTERNET

www.legifrance.gouv.fr

www.gag.asso.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des effectifs

Annexe 2 : Grille AGGIR

Annexe 3 : Pyramide de MASLOW

Annexe 4 : Tableau de surcoût

Annexe 5 : Plan d'actions

Annexe 1

PERSONNEL EN E.T.P	PROPOSE 2005			PROPOSE 2006		
	Salariés	Libéral	Total	Salariés	Libéral	Total
Personnel administratif						
* Directeur	1	0	1	1	0	1
* Secrétaire/accueil	2	0	2	2	0	2
* Comptable	1	0,15	1,15	1	0,15	1,15
TOTAL	4	0,15	4,15	4	0,15	4,15
Personnel soignant						
* Médecin	0,3	0	0,3	0,3	0	0,3
* IDE Réf Coordinatrice	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5
* IDE de Jour	2,5	0	2,5	2,5	0	2,5
* IDE de Nuit	2,32	0	2,32	2,32	0	2,32
* Aide soignante de jour	3	0	3	3	0	3
* Aide soignante de nuit	0	0	0	0	0	0
* AMP	2	0	2	2	0	2
S/TOTAL	10,62	0	10,62	10,62	0	10,62
Autre personnel paramédical						
* Kinésithérapeute	0	0	0,00	0	0	0,00
* Ergothérapeute	0	0	0	0	0	0
* Psychomotricien	0	0	0	0	0	0
* Orthophoniste	0	0	0	0	0	0
* Psychologue	0	0,2	0,2	0	0,2	0,2
S/TOTAL	0	0,2	0,20	0	0,2	0,20
Personnel médical et Paramédical TOTAL	10,62	0,2	10,82	10,62	0,2	10,82
Autre personnel						
* Blanchissage Extérieur	0	0,5	0,5	0	0,5	0,5
* Auxil. de Vie/ASH de Jour	14	3	17	14	3	17
* Auxil. de Vie/ASH de Nuit	2,32	0	2,32	2,32	0	2,32
* animateur	0,64	0,2	0,84	0,64	0,2	0,84
* Cuisine/restauration	0	4	4	0	4	4
* Entretien	1	0	1	1	0	1
S/TOTAL	17,96	7,7	25,66	17,96	7,7	25,66
EFFECTIF TOTAL	32,58	8,05	40,63	32,58	8,05	40,63

Annexe 2

NOM - PRENOM :

AGE :

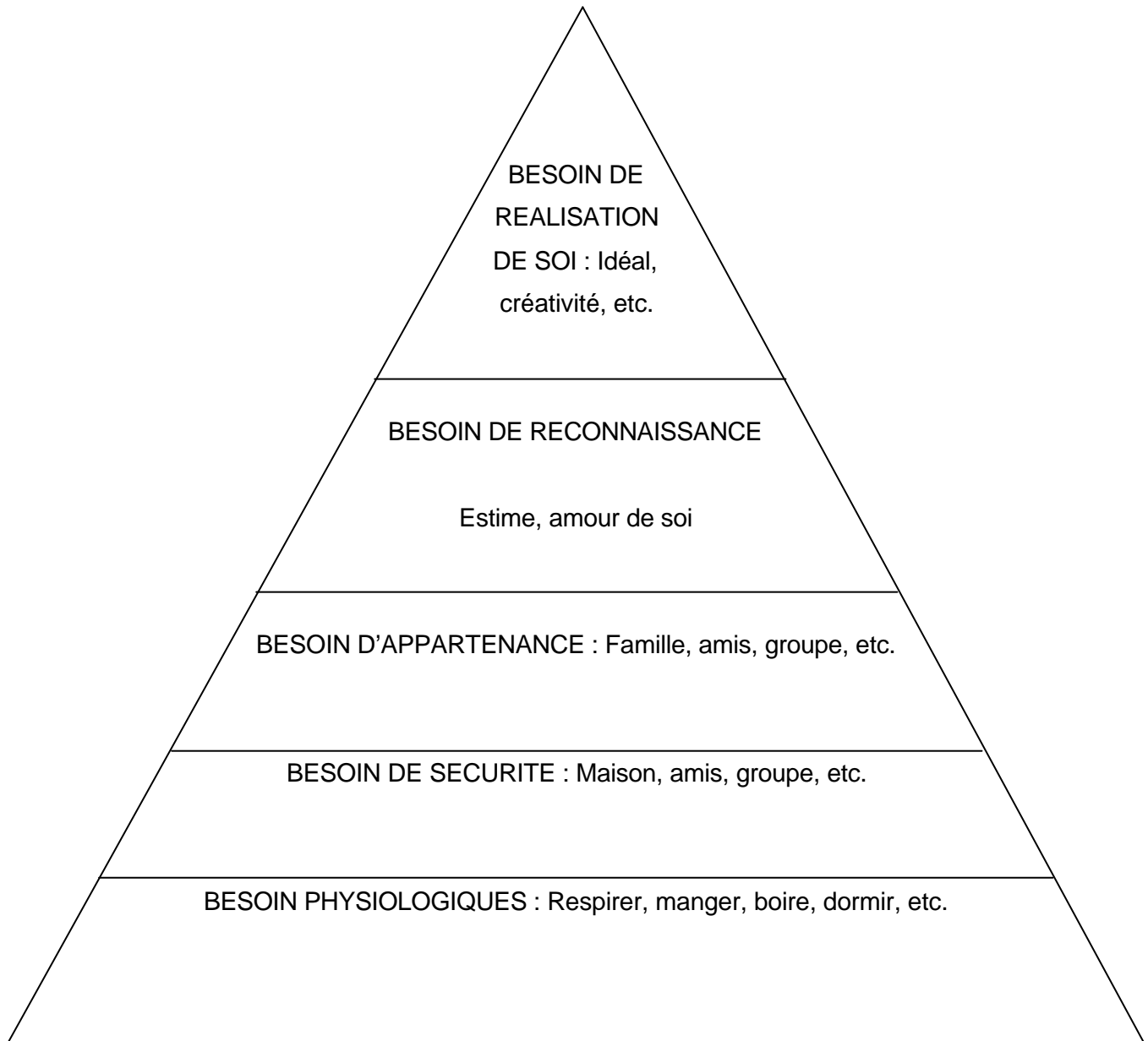
GRILLE NATIONALE AGGIR	A	B	C	COMMENTAIRES
COHERENCE Conserver et/ou se comporter de façon sensée				
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux				
TOILETTE Concerne l'hygiène corporelle				
Toilette du haut				
Toilette du bas				
HABILLAGE S'habiller, se déshabiller, se présenter				
Habillage du haut				
Habillage du bas				
ALIMENTATION Manger les aliments préparés				
Se servir				
Manger				
ELIMINATION Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale				
Urinaire				
Fécale				
TRANSFERT Se lever, se coucher, s'asseoir				
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...				
DEPLACEMENT A L'EXTRIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport				
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)				

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement

B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement

C : ne fait pas

Signature du médecin



Cette classification pose des repères, et distingue différentes catégories de besoins.
Les deux premiers paliers sont fondamentaux ou primaires.
Les suivants sont secondaires, mais eux seuls sont motivants.

Annexe 4

TABLEAU DE SURCOUT		
Recette moyenne annuelle hébergement 2005	Taux directeur attendu	Augmentation prévisionnelle du budget hébergement 2007
1 900 000 €	2.5%	47 500 €

Conformément à la négociation menée avec le gestionnaire de la résidence, les frais engagés par la mise en œuvre du projet d'animation devront être contenus dans l'enveloppe d'augmentation prévisionnelle

HYPOTHESE 1 Le conseil Général accepte de prendre en charge le surcoût lié à la prestation ménage			
Surcoût lié à la prestation ménage sur l'hébergement	Surcoût lié à la revalorisation du salaire de l'animatrice 1 Etp	Surcoût Total	%
14 000 €	13 088 €	27 088 €	1.43

HYPOTHESE 2 Le conseil Général ne prend pas en charge le surcoût lié à la prestation ménage			
Surcoût lié à la prestation ménage sur l'hébergement	Surcoût lié à la revalorisation du salaire de l'animatrice 1 Etp	Surcoût Total	%
20 000 €	13 088 €	33 088 €	1.74

Dans les deux hypothèses, le surcoût généré par la mise en œuvre du projet d'animation reste inférieur aux 2.5 % négociés, ce qui me laisse une marge de manœuvre supplémentaire