

# Dynamiser une équipe autour de la demande de la personne

Sylvain CONNANGLE, Directeur d'EPHAD à Bergerac

Merci Monsieur LABOREL. Bonjour à toutes et à tous.

J'ai effectivement fait un long travail sur le SMAF, Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle. Cet outil n'a pas le pouvoir de tout résoudre mais amène uniquement une démarche qui va dans le sens de la nouvelle loi qui nous est opposable aujourd'hui, Loi 2002-2. Cette nouvelle Loi 2002-2 révolutionne quelque peu le secteur et remplace celle de 1975. Elle a la particularité de nous obliger à mettre en place un projet individualisé. Ce que disait Monsieur LABOREL est vrai : problématique de la personne âgée qui arrive en institution et qui connaît une véritable période de rupture, de deuil, sans délai moyen, de 1 jour à 3 ou 5 mois.

Le travail mené depuis quelques mois et quelques années est axé à 2 niveaux. C'est un outil performant et pertinent car nous sommes tous contraints d'appliquer la fameuse grille AGIR qui a le mérite d'exister et de pouvoir octroyer l'APA. Cette grille AGIR est avant tout administrative et permet de bénéficier ou non d'une allocation. Elle n'est en rien —ce n'est pas du tout sa vocation— un outil pour manager une équipe. On demande bien aux équipes de se positionner en dehors de ce qu'elles font. La particularité de la grille AGIR repose sur 3 choix mais surtout, elle n'aborde pas l'entière problématique de la personne dans sa globalité.

On est parti du préambule que pour bien orienter une personne et pour bien l'adapter à la structure. Ne soyons pas utopistes, on peut individualiser un projet mais dire que l'on personnalise en permanence un projet nous met en dehors d'un discours cohérent. On ne peut pas personnaliser en permanence un projet de vie. On peut l'individualiser en rapport à un projet institutionnel. Pour individualiser un projet, la première base est de connaître les besoins de la personne dans sa globalité.

Nous avons axé notre travail sur un aspect globalisant. Nous avons 29 items référencés. Je précise que je ne suis que le porteur de cette grille et non son créateur, ce dont je serais ravi. Cette grille a été créée, élaborée et testée scientifiquement au Canada par le Professeur **Régent Hébert** (?). Aujourd'hui, elle sert de financement au budget canadien et québécois. Elle arrive dans d'autres pays européens que sont la Belgique et l'Espagne.

Nous utilisons cette grille comme outil de collecte de données, j'insiste bien. Cela permet de répertorier la personne dans ses capacités à faire ou à ne pas faire. Je ne vous parlerai donc pas de la dépendance mais de l'autonomie fonctionnelle.

## L'autonomie fonctionnelle

C'est une approche un peu innovante de mise en place du projet individualisé. On ne se base plus sur ce que la personne ne peut plus faire mais sur ce qu'elle peut encore faire. C'est un long débat et un grand défi que j'ai entrepris et que l'on a mené en équipe. Cela n'a pas été facile et cela ne l'est toujours pas. Retourner à une culture pour passer de ce qu'elle ne peut pas faire à ce qu'elle pourrait encore faire, n'est pas évident pour les équipes. La problématique de notre secteur est aussi d'être un secteur où viennent se télescoper plusieurs cultures :

- hospitalière,

- médico-sociale,
- ergothérapie, etc.

J'ai effectivement une ergothérapeute très utile à l'institution mais avec des visions un peu différentes de celles d'un médecin.

**Bernard LABOREL** : Je voudrais connaître l'opinion de Monsieur L'HUILLIER sur ce que dit Monsieur CONNANGLE.

*Faut-il que la personne s'adapte à la structure ou que la structure s'adapte à la personne ? Comment faire ?*

**Denis L'HUILLIER** : Avec Monsieur CONNANGLE, nous sommes à la fois d'accord et pas d'accord. Je suis d'accord avec sa conceptualisation de projet individuel plutôt que de projet personnel. Par contre nous ne sommes pas du tout d'accord sur la méthode ni sur les moyens.

Dans l'établissement que je dirige, l'outil performant utilisé est uniquement du ressort de l'équipe qui y travaille. Nous avons décidé de mettre la pyramide de Maslow sur la pointe. Nous nous intéressons d'abord aux attentes des gens, à ce qu'ils ont envie de faire, plutôt à ce que l'on croit qu'ils sont capables de faire ou qu'ils peuvent faire.

Cela n'empêche en rien que l'on ait besoin d'utiliser les outils de Monsieur CONNANGLE pour obtenir des financements. Il ne suffit pas d'arriver à savoir ce que les gens s'attendent à faire : il faut trouver ensuite les moyens de les aider à le faire. Cela veut dire que pour l'établissement que je dirige, nous sommes partis de l'idée du respect et de l'utilisation des cultures différentes.

Dans un établissement qui accueille des personnes âgées, le secteur de l'animation est le mieux privilégié de l'observation des comportements individuels et pour l'utilisation du collectif à des fins individuels.

En effet, quand vous faites une toilette, il y a une obligation de résultat : il vaut mieux que la personne soit propre et c'est facilement mesurable. Quand vous faites à manger, mieux vaut que cela soit bon et là aussi c'est facilement mesurable. Idem pour le ménage, on parle de propreté, mais on parle d'une autre.

Quand vous animez un groupe, l'évaluation du résultat est à la fois plus aisée et plus complexe, mais en tout cas, elle n'est pas de même nature. Elle vous permet de réfléchir à une approche différente.

On pense aux personnes insulinodépendantes et qui ont besoin d'une piqûre à heure fixe. Vous avez le fameux résidant à qui il faut sa piqûre à 17 H 30. Il y a des animations dans l'après-midi et on fait revenir le bus à 17 H 30 car c'est tellement important que la personne ait son soin à cette heure-là. On fait revenir tout le bus car le soin prédomine et on a cette fameuse obligation de résultat.

Si l'on imagine qu'il faut d'abord partir du besoin pour satisfaire le désir ou l'attente de la personne, cela peut paraître du fil à couper le beurre, mais on peut mettre une infirmière dans le bus car on peut faire une piqûre dans le bus.

On peut aussi s'organiser pour modifier tout doucement l'heure à laquelle on fait la piqûre à la personne. En réfléchissant comme cela, on arrive bien à l'individualisation du projet. On n'arrive pas à la personnalisation car cette personne préférerait peut-être partir toute seule etc.

On arrive bien à l'individualisation du projet car avec l'outil du collectif, on organise ce collectif pour fournir des réponses individuelles. Habituellement, trop généralement, trop souvent autrefois —car tant mieux on est meilleur maintenant— on ne se posait pas la

question de savoir pourquoi on répondait collectivement à des besoins individuels. C'était normal. Pour les personnes âgées qui n'arrivent pas à se faire à manger, il faut qu'on les rassemble à un endroit où on leur donne à manger à la même heure, parce quand on fait à manger, c'est pour tout le monde à la même heure. On peut réintroduire la notion de choix de l'heure à laquelle on mange sans que cela gêne le collectif.

De notre point de vue, un établissement est une somme de projets individuels en face desquels on doit utiliser des moyens collectifs pour tenter vraiment de répondre au plus près aux besoins et aux désirs de chacun des individus qui composent ce collectif. Dans notre vie quotidienne, nous sommes tous soumis à des contraintes collectives. Je ne vois pas pourquoi, parce que l'on est en établissement, et parce que l'on est âgé, on ne devrait plus en avoir aucune. Cela serait aussi stupide d'imaginer que parce que l'on est vieux et dépendant, on devrait dépendre de toute limite donnée par un groupe. Ce serait une espèce de vision du type : "Tu vas aller en maison de retraite, tu verras que tu seras mieux qu'avant." Non ce n'est pas mieux, mais au moins, que cela ne soit pas pire.

Pour cela, si on fonctionne comme le reste des autres groupes, on peut laisser à la personne âgée la liberté de choix, du changement de choix et la liberté d'être unique.

**Bernard LABOREL** : A partir de ce moment, on pourrait peut-être envisager non plus des discours de la tribune vers la salle, mais un échange salle-tribune.

Pour ne pas qu'il y ait de ruptures, vous savez que vous pouvez et devez intervenir car vous avez également quelque chose à communiquer. Il n'y aura pas de saltimbanques et chacun prendra la parole. C'est bien volontiers que l'on rompra un peu la litanie de la tribune pour que vous puissiez intervenir. Il ne faut pas hésiter à s'interrompre avec des modalités acceptables. Dans une table ronde, on n'attend pas que chacun ait formalisé son discours. Il faut aussi réagir en fonction de sa propre expérience.

Je fais donc un appel à la salle.

**Béatrice CHAUDET, Doctorante à l'Université d'Angers en géographie humaine et sociale** : Je travaille sur les handicaps liés au vieillissement, ce qui explique ma présence ici. Je m'interrogeais par rapport à l'outil SMAF dont vous venez de parler

*Cet outil aide-t-il une équipe à évaluer les besoins de la personne ?*

*Est-il actuellement testé en France et commence-t-il à être mis en place ? Si oui, où ?*

**Sylvain CONNANGLE** : Comme il a été dit, l'outil est nécessaire dans le secteur mais il ne faut pas s'y arrêter. Il y a un établissement pilote, en France, là où je suis. Cet établissement pilote travaille sur cet outil et le met à la sauce française.

Il est très dangereux de rapatrier les outils de l'autre côté de l'océan sans avoir fait une analyse très sérieuse avec des équipes du terroir national. Les lois canadiennes et américaines ne sont pas les mêmes qu'en France. La culture québécoise et canadienne n'est pas la même qu'en France, notamment au niveau des infirmières et des médecins.

Pendant un an, nous avons effectivement fait un gros travail où l'on a quelque part modélisé et adapté cette grille qui donne des résultats extraordinaires au niveau dynamique des équipes. Ce n'est pas moi qui le dit mais les équipes et cela répond "oui" à votre question. C'est une sorte de guide d'intervention et pas uniquement un référentiel. Il sert à orienter les équipes dans les actes de la vie quotidienne notamment.

On part du préambule que l'on travaille sur les actes de la vie quotidienne, tout ce qui est accès à la mobilité et à la communication, ce qui est très important. Autant on peut observer

qu'une personne a de la fièvre, autant on observe rarement qu'elle a du mal à communiquer. N'oublions pas les tâches domestiques très importantes.

Tous ces items au nombre de 29 ont la grosse particularité de différencier l'incapacité du handicap, à la différence de la grille AGIR.

Par rapport à l'incapacité d'une personne à faire ou non une activité, on calera la ressource humaine qui pourra être une ergothérapeute, une aide-soignante, AMP, etc. Nous avons identifié les professions qui nous ont permis de décliner, non pas sur des fiches de poste très draconiennes et très limitées d'auparavant, mais sur des référentiels de compétences. Nous passons d'une logique de poste à une logique de compétences qui change complètement la donne. Nous passons d'un mode opératoire à une action qui aujourd'hui a un sens pour les intervenants : on passe d'un savoir-faire à un savoir agir.

Faire quelque chose ne veut pas dire que l'on a compris ce que l'on faisait. Cet outil nous sert également à décliner tout ce qui est compétences exigées requises et toutes celles que l'on a effectivement. Le delta nous emmène depuis 3 ans à des actions de formation du personnel en culture gérontologique.

La grille a la particularité que l'on ne s'arrête pas sur les besoins mais que l'on va aux désirs. Monsieur L'HUILLIER l'a bien dit. On ne prend pas la démarche dans le même sens que lui.

Cette grille est surtout très utile aux directeurs d'établissement puisqu'elle nous sert quelque part à mobiliser les ressources financières. Aujourd'hui, la grille AGIR déclinée en GMP, GIR moyen pondéré(e) vous décline l'autonomie de l'établissement en fonction des GIR.

***De quel droit peut-on dire qu'un établissement avec un GMP de 550 a moins besoin qu'avec un GMP de 700 ?***

Aujourd'hui, la loi est calée un peu sur cela. Nous travaillons a contrario pour une sorte de contre-pouvoir réglementaire où l'on argumente que si l'on a un GMP faible — nous avons le plus faible d'Aquitaine, 550— c'est que l'on a mis en place de la prévention.

Mettre en place cette prévention est être capable d'aller identifier les besoins et de mettre les ressources en adéquation avec les besoins identifiés.

**Gratienne PARET, Cadre de santé rééducation dans un hôpital local :** Après ces réflexions que je qualifierais un peu de techniques, j'ai envie de dire qu'être capable d'entendre, et les besoins et les attentes de la personne âgée ou vieillissante, c'est peut-être avant tout être au clair soi-même, soignants ou aidants confondus, avec la conception de la vieillesse. D'où l'importance dans toutes les institutions d'avoir des formations et des réflexions interdisciplinaires sur ce sujet.

Il y a en effet forcément un lien très fort entre les deux visions :

- de la personne âgée sur sa propre vieillesse,
- que chacun a de cette vieillesse.

La prise en charge va s'en ressentir.

De plus, l'autonomie fonctionnelle est liée à la notion de mouvement, et tant que la vie est là, il y a mouvement sur différents plans.

**Richard VERCAUTEREN :** Je ne fais pas partie de la table ronde mais je me permets d'intervenir sur l'autonomie fonctionnelle. Elle n'est pas seulement liée au mouvement mais aussi à la fonction.

***Quelle fonction a-t-on dans la société ?***

On peut avoir des rôles sociaux et cette autonomie fonctionnelle est aussi la possibilité de conserver un certain nombre de rôles sociaux à l'intérieur de l'établissement. Confronter l'individu et le collectif est aussi se poser la question de savoir comment on peut maintenir les rôles sociaux de la personne, autant que faire ce peut, et autant qu'elle le souhaite. On n'a pas le droit d'être contrevenant au désir et à l'attente de la personne.

Je crois que c'est aussi et avant tout la possibilité de lui donner des rôles à l'intérieur de l'établissement ou de conserver tous ceux qu'elle avait à l'extérieur, même si l'on est dans l'établissement.

Le problème pour moi de confronter l'individuel au collectif est avant tout de s'interroger sur les moyens qu'a un établissement ou une structure de réfléchir sur ses propres pratiques, en faisant en sorte qu'elle ne sclérose pas l'ensemble des potentiels de la personne.

Que ce soit à travers le SMAF, je suis Sylvain complètement là-dessus puisqu'il sait très bien que cela fait 2 ou 3 ans que l'on en parle. Que ce soit Denis L'HUILLIER qui défendra autre chose, notamment l'animation, pourquoi pas ?

Tous ces éléments vont nous permettre d'avoir la possibilité d'identifier, au-delà des besoins, les plaisirs et les désirs de la personne qui souhaitera garder au sein de l'établissement collectivisant, l'ensemble de ses fonctions, non pas de mouvement mais ses fonctions en général, pour continuer à être un citoyen à part entière.

**Bernard LABOREL :** On entend de la part des professionnels et de vous tous, qu'il faut connaître les besoins de la personne et faire place aux demandes et aux attentes etc. Mais nous savons tous que dans les établissements, nous avons des difficultés à mobiliser nos personnels sur cette posture.

Il nous a fort opportunément été rappelé qu'un outil n'est qu'un outil et qu'il dépendra de la manière dont on va l'utiliser. Je voudrais donc que vous nous fassiez part de ce que vous avez fait en direction de vos personnels, en formation mais aussi peut-être en initiatives innovantes, pour arriver à "instiller" —employons le mot jeté et non relevé pour l'instant— une culture de la prise en considération, de l'écoute, de l'empathie. Une culture d'une rencontre entre une personne avec des besoins, désirs, attentes, mais qui ne les formule peut-être pas adéquatement. Mais ils sont là et peuvent se manifester tout autant que l'on est capable de décoder ce que l'on essaye de nous transmettre. Donc aussi une culture de la communication.

Ce sont des grands principes très intéressants en soi mais s'ils restent au niveau des envolées théoriques, non seulement nous vivons une frustration comme gérontologues, mais nos équipes vivons une démobilitation.

Je voudrais donc savoir si vous avez pris et si vous avez pu évaluer, non plus les besoins de la personne, mais l'engagement des équipes sur cette culture et sur cette thématique.

**Monsieur L'HUILLIER :** Quelqu'un d'extrêmement célèbre intervenant ce matin disait que l'on arrive peut-être par hasard dans la gérontologie mais que l'on y reste que si on en a l'envie.

On ne peut pas travailler avec un public de personnes âgées uniquement pour travailler. Cette forme d'empathie naturelle fait que l'on se sent bien ou mieux au contact de personnes âgées que d'autres. C'est insuffisant mais cela me paraît un a priori positif dans une équipe.

Le moyen d'associer une équipe à un travail de réflexion est à un moment donné, de réfléchir tous ensemble à la place d'un établissement dans le parcours d'une personne. Il est naturel d'aller à l'école maternelle, à l'école primaire, au collège, un peu moins au lycée et peut-être encore un peu moins plus haut. A un certain moment pour les hommes, il était naturel d'aller

au service militaire. A l'inverse, il n'est naturel dans la vie de personne de rentrer dans un établissement d'accueil de personnes âgées. C'est toujours vécu comme une rupture. On peut travailler avec une équipe à préciser pourquoi c'est une rupture et peut-être à comment cela ne pourrait ne pas en être une ; comment on pourrait travailler à l'idée que l'entrée en maison de retraite n'est pas forcément l'échec du maintien à domicile mais une des réponses apportées à la personne fragile.

Je ne sais pas combien de personnes travaillent en EPHAD ou même dans d'autres établissements. Un établissement est toujours très hiérarchiquement structuré en fonction des services rendus et ce sont toujours ceux qui ont les gens les plus qualifiés, sinon les plus compétents, qui impriment leur culture dans l'établissement.

Une maison de retraite avec une section de cure va disparaître puisque l'on aura maintenant des EPHAD. C'est le plus souvent dans la section de soins que l'on trouve les techniciens les plus qualifiés. On y trouve ensuite les personnes travaillant dans les services de cuisine, ou le secrétariat, etc. Le Directeur est parfois compétent mais pas qualifié. Contrairement aux autres professions, pour être directeur, il n'y a pas spécialement de diplôme requis.

En tout cas, dans un EPHAD, le soin prend souvent le pas sur le fonctionnement de l'établissement. Ce n'est pas parce que les infirmières ou les soignants en général sont plus prenants que les autres, mais parce que l'on reconnaît aux gens les plus qualifiés des compétences que les autres n'ont pas. C'est donc ce qui se met en place. Pour travailler à cela, il faut ramener les personnes autour d'une table et discuter sur ce qu'est accueillir une personne âgée dans l'établissement.

Quant aux représentations que l'on a du grand âge, il ne faut pas oublier que dans la culture générale qui existe en France, les enfants qui mettent leurs parents en maison de retraite sont de mauvais enfants. Le personnel qui travaille en maison de retraite pense exactement la même chose des familles qui viennent y accompagner leurs parents.

Si vous ne travaillez pas sur cette représentation, les enfants continueront à lire dans le regard des gens qui interviennent auprès de leurs parents, le reproche d'avoir confié leurs parents à une maison de retraite.

Il faut dire aussi que dans une maison de retraite, ceux qui dérangent ne sont pas les personnes âgées mais le personnel. Il ne suffit pas de le dire, il faut travailler avec en disant que ceux qui doivent se boussuler et changer leurs habitudes sont plus les membres du personnel que les résidents.

Il faut aussi pouvoir organiser le collectif pour des réponses individualisées. Travailler de manière transversale. Pas trop d'utopie, point trop n'en faut. On n'a encore pas laissé à un chef cuisinier le droit de faire une intraveineuse et vice versa. Au-delà des gestes techniques nécessairement, légalement, réglementairement confiés à des catégories professionnelles qualifiées, nous avons imaginé de changer le nom de l'établissement que je dirige. Nous n'avons pas pu, cela fait un peu "catho" mais ce n'est pas grave. Pour un établissement public, c'est surprenant mais c'est comme ça.

Nous avons imaginé que les fonctions pouvaient être transversales. A tout moment, quelqu'un peut intervenir dans la prise en charge d'un résident pour s'interroger sur la prise en charge qui lui est offerte, réunir ses collègues et dire : "Qu'est-ce qui se passe avec Monsieur ou Madame Untel ? De mon point de vue, je ne comprends pas etc."

Cette transversalité fait peut-être l'originalité du dispositif. Il est vrai aussi qu'à notre maison, aujourd'hui, nous avons 3,8 ETP de postes d'animation. On sait que pour une maison de retraite, c'est quelque chose d'important. Il fallait aussi le faire sans dévaloriser les autres

secteurs. Pour ce faire, il fallait que ces autres secteurs y participent. L'animation est vécue à la fois comme devant être organisée par les professionnels. On apprend à faire de l'animation car cela ne s'invente pas comme ça. C'est un métier, tout comme soigner, en institution en tout cas.

En dehors de cela, pour le travail au quotidien, on doit pouvoir tous s'interroger à tout moment, sur ce qui se passe avec une personne âgée et pouvoir :

- soit la renvoyer vers ceux de nos collègues dont on sait qu'ils ont la compétence,
- soit interroger ce collègue sur sa pratique, sans que cela passe pour une intrusion dans sa sphère professionnelle.

**Une dame médecin en maison de retraite** : Je me demande si l'on fait mention aussi explicite à propos du soin. L'histoire de l'établissement est plutôt dans le soin. (...) C'est plutôt le trop d'attention à quelqu'un plutôt que le rêve de guérir d'un vieillissement, d'une vieillesse. Ce n'est pas une maladie.

**Denis L'HUILLIER** : Quand je veux énerver mon équipe de soignants, je leur dit qu'ils ont été mal formés, puisqu'on leur a appris à accueillir des gens couchés qui devaient repartir debout ou assis. Pour nous, ils arrivent debout ou assis et repartent couchés. Ils ne sont forcément pas très bien formés pour le faire.

Richard VERCAUTEREN en parle beaucoup mieux que moi. Prendre soin est effectivement s'occuper de la personne dans sa globalité. Dans notre maison, nous avons mis en place la réflexion suivante qui je le pense parlera à des gens. Chacun avait sa tranche de résidents. En parlant de la transformation apportée par la Loi de 2002, on disait bien que le collectif était organisé pour répondre par tranches aux personnes âgées, chacun venant dans sa tranche horaire et dans celle de la personne âgée. Aujourd'hui, ce que nous demande cette loi et ce qui est difficile à faire, est de répondre globalement mais à l'individu. Cela peut paraître paradoxal et antinomique et c'est sûrement pour cela que c'est difficile. On nous demande de prendre quelqu'un en face de nous en répondant globalement et de manière transversale à sa problématique.

**Sylvain CONNANGLE** : Je voudrais insister sur le management mis en place par rapport à cette notion d'équipe pluridisciplinaire et de culture gérontologique. A part l'outil qui est déjà important comme le disait Bernard LABOREL, il faut effectivement savoir ce que l'on fait d'un outil et comment on l'utilise, et pourquoi.

Je rejoins effectivement votre intervention. Travaillons sur les représentations, ce que j'appelle la culture gérontologique. On peut mettre tout ce que l'on veut autour des mots à condition d'arriver au même résultat. Cette culture gérontologique a été basée sur 2 axes, en équipe y compris avec le médecin, ce qui est important.

- premier axe : fait de soigner et de ne pas guérir,
- deuxième axe : non pas aider la personne, mais l'aider à s'aider. Mettre en oeuvre pour que l'on travaille avec elle et non pas pour elle. On considère qu'elle a encore un potentiel et qu'elle peut faire encore quelque chose.

Une fois que l'on a défini les grands axes de ce management par objectifs, tout ce qui touche à la fameuse culture et aux fondamentaux, nous avons axé nos travaux sur une culture par objectifs qui va se traduire par une culture qualité. Elle s'axe déjà sur la mise en place de cartographies de processus, de processus identifiés où l'on met un pilote de processus avec des données d'entrée et des données de sortie.

L'avantage de travailler en cartographie de processus est qu'à la différence de protocoles qui sont des modes opératoires favorisant le cloisonnement des cultures, cela permet notamment d'essayer de réunir les différentes cultures des institutions et de travailler un langage commun.

Si je prends l'exemple du processus de projet individualisé dont parlait Bernard LABOREL, la mise en place de ce projet individualisé retourne complètement la donne aujourd'hui.

Nous travaillions jusqu'à présent avec différents intervenants dans des cultures spécifiques qui n'intervenaient pas pour un objectif mais en fonction de ce qu'on leur avait appris et de ce qu'ils avaient envie de faire. Ils intervenaient pour un groupe collectif de personnes âgées, voire pour des groupes homogènes de catégories de personnes.

Aujourd'hui, la Loi 2002-2 nous demande de travailler sur un processus collectif d'intervention pour une personne individuelle, autour de la problématique. Un groupe d'intervenants va travailler pour une personne alors qu'auparavant, différentes personnes travaillaient pour un groupe de personnes âgées.

Cela va donc modifier complètement la donne. Une des façons de s'en sortir parmi d'autres, est bien ce travail de fixer les objectifs, au préalable, pour telle ou telle personne.

*Que va-t-on mettre en oeuvre pour cette personne ?*

*L'objectif est-il de favoriser son autonomie, de maintenir son autonomie etc. ?*

Le deuxième point sur lequel nous travaillons beaucoup est celui du climat, de l'ambiance, des réunions. Cela peut passer par des notions de température et cela fait partie du "climat".

C'est un énorme travail puisque l'on était pour l'instant habitué à travailler chacun pour soi. Et aujourd'hui, on nous demande non seulement de travailler pour une personne âgée mais en plus, d'avoir un regard sur les autres et d'amener de l'information à l'autre.

L'outil nous sauve puisqu'il nous amène de la traçabilité. N'oublions pas, que l'on soit pour ou contre la Loi 2002-2, qu'il va nous falloir de la traçabilité. C'est être en capacité d'aller justifier que l'on a mis en place un projet d'accompagnement individualisé. Sans cette traçabilité, on ne pourra pas négocier avec l'autorité tarifaire et de tutelle.

**Bernard LABOREL :** Je crois que la question de la dame allait plus loin. Votre question était suffisamment féconde pour que l'on débâte de la chose longuement. Elle pose cette question de savoir comment chacun se représente ce qu'est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Dès lors que nous avons une multiplicité d'acteurs, nous avons une multiplicité de regards.

La première des obligations est de nous assurer de ce que renferme le regard de la personne âgée elle-même. La rupture dont je parlais est une rupture d'abord par rapport à sa propre représentation. Quand quelque chose est accepté, à un moment donné, il y a une certaine uniformisation ou du moins acceptation de la propre représentation d'autrui par rapport à ma propre représentation.

Une deuxième difficulté est que nous sommes dans un lieu de vie des personnes qui est en même temps le lieu de travail d'autres personnes au service des premières. Parce que les personnes rentrant en établissement aujourd'hui sont "fragilisées" même si le terme serait contestable d'un point de vue médical sans entrer dans un rigorisme de mauvais aloi, le soin a aussi sa place. Les porteurs du soin, sont les héritiers de cette culture sanitaire si prégnante dans nos établissements, car les hospices du départ étaient quand même les hôpitaux. Cette rencontre et ce choc des cultures doit finalement arriver à accoucher d'une culture gérontologique devant laquelle Sylvain CONNANGLE nous a fait saliver en nous en donnant quelques éléments. Tout ce travail reste à faire d'abord par tout un chacun : chacun

individuellement mais dans une approche collective, en intégrant au premier chef la personne âgée.

Dans les établissements dans lesquels je passe depuis de nombreuses années, j'entends que le résidant est central dans leur démarche etc. Mais la représentation ne le place pas au centre, sauf un centre décidé pour lui. On continue à fonctionner avec des attitudes, des habitudes, des postures très en retard dira-t-on.

C'est l'intérêt de la démarche du projet de vie. Nous n'obtiendrons jamais une mobilisation pérenne. Ponctuellement, on peut en effet toujours arriver à forcer un peu les situations. Mais si l'on veut qu'une véritable révolution culturelle s'inscrive dans nos neurones, car nous sommes aussi prisonniers de ces habitudes, à un moment donné, il faudra déconstruire les représentations d'avant et reconstruire en étayant théoriquement les choses, ce qu'il est possible de faire aujourd'hui.

Je posais la question de l'écoute.

***Comment peut-on concevoir un projet de vie si l'on n'a pas travaillé à travers des formations et du travail régulier d'équipe ?***

Construire un projet de vie vaut 2 ans de travail avec des gens qui nous demandent de le produire en 15 jours. Ils n'ont rien compris du tout. Il faut déconstruire et reconstruire, repauffer quelque chose de solide.

Si l'on n'a pas travaillé la notion d'écoute, cela veut dire qu'à un moment donné, on n'a pas pu reconstruire la représentation de ce que disait Richard VERCAUTEREN, sur l'acteur résidant. Qui dit acteur dit pouvoir, moyens. C'est souvent et peut-être toujours dans le regard des autres que l'on acquiert un statut. Si l'on ne reconnaît pas à la personne âgée, cette potentialité d'être actrice dans sa résidence, alors on emploie le terme de *résidant* sans lui donner son contenu.

Je voulais rebondir sur vos interventions car elles me paraissaient essentielles. Je voudrais que l'on me donnât quelques exemples d'une pratique culturellement transformée. Comme j'évoquais la culture, Monsieur CONNANGLE pourrait peut-être commencer puisqu'il réfléchit depuis de nombreuses années sur cette thématique. Il n'est pas interdit non seulement à Monsieur L'HUILLIER de renchérir. Nous n'arriverons pas à arrêter Monsieur VERCAUTEREN. La salle peut aussi essayer de me donner une réponse qui puisse me permettre de partir en ayant mon salaire.

### La rencontre

**Une dame** : Ce ne sera pas une réponse mais cela sera plutôt dans la continuité pour l'instant. Pour moi, le collectif au service de la personne âgée serait au minimum les compétences de chacun. Le côté individualisé est la rencontre de ces compétences dans la rencontre de la personne âgée. le mot *rencontre* est pour moi le mot clé.

Pendant des années, on a eu une façon d'avancer. On disait que la personne âgée était au centre mais elle était parfois la cible de toutes les compétences au lieu d'être la rencontre de ces compétences.

Je pense que pour cheminer ensemble, ce mot *rencontre* est important. J'ai tendance à dire avec les équipes en parlant aux soignants : guérir parfois, soulager souvent mais rencontrer toujours.

**Denis L'HUILLIER** : Si l'on parle d'exemples concrets, allons-y ! Pour l'établissement que je dirige, nous avons fonctionné de manière à ce qu'à l'entrée du résidant, quelque chose soit organisé pour ne pas le déshabiller de lui-même, pour ne pas qu'il donne son soi à gérer aux

autres, qu'il continue à exister en tant que personne. Cela veut dire que l'on recueille au minimum —comme il est écrit dans les textes et on le fait— son assentiment sur l'entrée dans l'établissement. Cela nécessite une visite de pré-accueil et une deuxième visite, pour signer le Contrat de séjour individualisé avec la personne ou son représentant, avant d'entrer dans l'établissement. Cela nécessite de choisir le papier peint de la chambre comme nous le faisons. Laisser les résidents choisir le papier peint de leur chambre dans un établissement de 135 chambres représente pour les financeurs un surcoût de 800 € par an par rapport à du papier peint que l'on achèterait. C'est tout à fait gérable sur un budget de 4 millions d'Euros. Cela permet de maintenir à moindres frais l'impression que l'on est un peu plus chez soi qu'autrement.

Cela veut dire qu'avec les familles, avec les résidents et des salariés, nous avons construit un questionnaire d'accueil de 2 pages. Il regroupe un certain nombre d'éléments de connaissance de la personne âgée, sur sa vie antérieure mais aussi sur ses goûts du moment, et surtout la fameuse question :

***Si vous acceptez d'entrer dans l'établissement, qu'en attendez-vous ?***

Très rarement d'ailleurs, les gens en attendent la prise en charge de leur santé. Ce n'est pas ce qu'ils demandent, mais plutôt à être respectés, bien manger, être animés, voir du monde et rompre la solitude.

Le jour, la veille ou quelques jours avant l'entrée de la personne âgée, cela nous permet d'organiser une réunion du personnel où sont présents des gens permanents auprès des mêmes résidents de manière à ce que des contacts un peu plus profonds puissent s'établir. Ceux des salariés qui vont avoir le plus de contacts avec ce nouveau résident sont conviés à une réunion de présentation sur la personne qui va arriver. On y dit tout ce qu'elle a accepté de nous dire d'elle-même et tout ce qu'elle attend de nous pour que l'on sache qui on accueille.

Après un deuxième exemple, je céderai volontiers la parole.

#### Maîtriser son environnement

On a aussi réfléchi en terme de maîtrise de son environnement par la personne âgée. On est encore dans l'expérimentation. Monsieur VERCAUTEREN faisait allusion aux handicapés vieillissants et au traitement du handicap. Pour une personne qui a un accident de moto entre 19 et 25 ans et devient tétraplégique, sans que cela soit péjoratif, on assiste à une débauche de technologies pour augmenter sa maîtrise sur son environnement.

Pour une personne âgée devenant dépendante qui passe du déambulateur au fauteuil roulant, c'est normal. C'est la vieillesse, la maladie, etc. Nous avons voulu expérimenter une domiciliation simple de chambres de résidents. L'an dernier nous en avons une. On améliore et nous passerons à un plan beaucoup plus important. Cela veut dire que ces fameuses personnes âgées qui épuisent tant le personnel soignant en appelant 3 fois pour demander l'heure et 2 fois pour baisser le rideau et 4 fois pour allumer la lumière, finissent par ne plus appeler. Elle lisent dans le regard de nos collègues : "Je n'ai quand même pas fait 4 ans d'études pour que l'on me dérange, pour appuyer sur un bouton..."

J'exagère, mais il est dommage que leur technicité ne soit pas utilisée à autre chose.

Les personnes âgées finissent donc par s'abandonner aux autres et l'on voudrait ensuite qu'elles aient un projet individuel ! Pour celle qui ont gardé leurs facultés cognitives, il faut qu'elles puissent garder la maîtrise et décider de baisser les volets, d'allumer la lumière ou de mettre en route le ventilateur en cas de canicule ou de pré-canicule.

Quand on parle d'être chez soi, on ouvre la porte à qui on veut quand on veut. Quand on est en maison de retraite, si le personnel a pris de bonnes habitudes, il frappe à la porte, c'est vrai, mais n'attend pas toujours qu'on lui réponde parce qu'il sait que la personne de l'autre côté de la porte est sourde ou qu'elle ne répondra pas.

Quand vous avez la maîtrise de l'ouverture de la porte de chez vous avec une télécommande si vous n'êtes pas mobile, vous décidez vraiment de qui rentre chez vous. Cela nécessite qu'il y ait un coup de poing à côté pour intervenir quand même en cas d'urgence.

Ces exemples concrets font que la personne ne s'est pas abandonnée, isolée d'elle-même, elle existe. Elle fait des choix et elle peut surtout changer de choix.

**Chantal DUMONT, Directrice d'un service de soins infirmiers à domicile :** Notre logique est tout à fait différente car la personne âgée qui est chez elle, même si elle est isolée, est encore maîtresse de ses décisions, du moins je l'espère et nous faisons en sorte que. La rencontre se fait donc avec la personne âgée et surtout et beaucoup avec les autres intervenants. Nous ne sommes pas tous regroupés dans un centre unique. Nous sommes éclatés avec des logiques des compétences, des possibilités différentes.

Je pense que pour que l'on prenne en compte l'intégralité et la globalité de la personne et l'aide que l'on peut lui apporter, il faut aussi aller à la rencontre des autres professionnels.

On parle beaucoup de maisons de retraite où tout le monde est dans le même bâtiment, dans les mêmes lieux, ou du moins en grande partie et les résidents sont là. Pour nous, ils sont éclatés et en plus, ils sont chez eux. Le jour où ils n'ont pas envie de nous ouvrir la porte, ils ne nous l'ouvrent pas.

**Richard VERCAUTEREN :** Je pense que dans un établissement, une personne âgée est chez elle, d'abord parce qu'elle paye le logement, au même titre que quand elle est à son domicile des origines.

A un certain moment, il faut avoir une certaine rupture avec les images passéistes des établissements, ce qui ne veut pas dire qu'il faille se situer dans un système idyllique qui nous ferait croire qu'avec une chambre de 25 m<sup>2</sup>, nous soyons dans le studio que nous accorde un HLM ou un pavillon.

Dans les représentations, soyons clairs ! Une personne âgée dans un établissement est chez elle et a le droit de ne pas faire rentrer qui que ce soit, sauf à être en danger, bien évidemment. Si elle n'a pas envie de voir le personnel, elle refusera l'entrée.

***Qui empêchera à une personne âgée en établissement d'empêcher qui que ce soit de rentrer chez elle ?***

Personne ! En tout cas, légalement, c'est interdit. Cela ne se fait pas évidemment car en plus, la personne âgée en établissement ne sait pas qu'elle a ce droit d'interdire à quiconque de rentrer chez elle, dans la chambre.

A un certain moment, il ne faut pas confondre les choses. La collectivisation des potentiels d'une structure, des services rendus, par rapport à l'individualisation des services rendus comme on la retrouve à domicile.

Par contre, à titre individuel, chaque personne a la possibilité de réagir comme elle le souhaite, aussi bien à domicile qu'en établissement ; tout en répondant à domicile à des nécessités collectives, bien évidemment.

Mais si une personne âgée ne veut pas aller dîner à la salle de séjour, elle en a le droit. Si demain, elle dit qu'elle ne veut pas qu'une infirmière rentre dans sa chambre, elle en a aussi le droit, sauf à être mise en danger, ce qui est logique.

Mais dans un établissement, il faut être clair pour dire qu'une personne âgée a tous les droits qui n'enfreignent pas à la collectivité, qu'elle pourrait avoir à son domicile. La Loi 2002-2 en parle d'ailleurs. Au niveau de la mise en place d'ANGELIQUE, toutes les personnes âgées ont le libre choix qu'il faut savoir respecter. La Charte des Personnes Agées Dépendantes explicite bien qu'une personne âgée dans un domicile collectif est avant tout dans son domicile, confrontée bien sûr à des nécessités collectives.

Mais je crois qu'il faut cesser d'opposer l'établissement par rapport au domicile. Je n'aime cependant pas opposer ces deux termes car pour moi, une personne âgée dans le collectif est à son domicile.

Je sais que ce premier point soulève polémique et on pourrait en discuter pendant longtemps, ne serait-ce par ce que l'on a des images autres des situations, y compris la personne âgée elle-même qui a une image autre quand elle est à domicile et quand elle est en établissement collectif, alors qu'elle y a strictement les mêmes droits.

En deuxième point, il est évident qu'en structure collective, si je n'ai pas envie de rencontrer la personne dans le couloir, il faut que je m'enferme chez moi. Je suis bien obligé d'aller dans la rencontre de l'autre.

C'est donc ce mécanisme d'une nouvelle relation qui est absolument important et qui va déterminer qu'une personne va se sentir autonome dans le collectif, ou au contraire complètement dépendante du collectif, en fonction du type de rencontre que l'on va imaginer avec elle.

Je sais que cela peut poser débat.

**Sylvain CONNANGLE** : La rencontre est un moment important mais aussi un moment très délicat, voir qui peut provoquer une situation inverse à celle que l'on a voulu provoquer. Je suis absolument d'accord avec Monsieur VERCAUTEREN sur le mot *rencontre* : tout dépend ce que l'on y met.

Nous avons connu de ces situations où la rencontre devient une relation "toxique". A partir du moment où systématiquement, on ne connaît pas les besoins de la personne, un préambule, à partir du moment où la personne n'est pas qualifiée avec des diplômes et pas en capacité de réagir à l'événement. Un des premiers critères de compétences d'un professionnel en gérontologie est d'être événementiel, de réagir à l'événement. Je suis anti-fiche de poste à mode opératoire qui est un frein pur et dur à l'initiative et à la réponse aux besoins identifiés ou non identifiés.

La rencontre a effectivement le mérite de donner à la personne âgée l'impression du moins que l'on vient vers elle. Mais attention, car aller vers une personne âgée ne veut pas dire faire à sa place systématiquement.

Prenons l'exemple de l'incontinence. Auparavant, nous traitions l'incontinence avec la grille AGIR où les personnes étaient identifiées en incontinence totale, GIR C. Nous avons été très surpris voire impressionnés, à la mise en place d'autres outils dont le SMAF, qui a une rubrique que ne comporte pas la grille AGIR qui paraît très banale :

*"Madame X utilise t-elle les toilettes ?"*

Nous nous sommes rendus compte que pour 20 % de personnes incontinentes, ce n'était pas dû à un problème biologique mais à un problème architectural.

- soit les toilettes étaient mal placées au niveau configuration ergonomique,

- soit l'interrupteur était placé trop haut ou trop bas et la personne ne pouvait pas y aller la nuit,
- soit etc.

Une fois le travail effectué, le taux des personnes incontinentes a baissé de plus de 25 %.

Considérer effectivement en plein dans la culture gérontologique : ne pas systématiquement considérer que l'on ne peut rien faire mais voir derrière ce qui est encore possible.

Quand à la mobilité, comme autre exemple, on a trop l'image des personnes en maison de retraite allant au repas ou à l'animation, à l'extérieur, du fauteuil roulant systématique dans la culture soignante pour des douleurs lombaires.

Avec l'ergothérapeute, les infirmières et les aides-soignantes, nous avons essayé de travailler sur l'aide à la mobilité. Cela a été effectivement difficile mais on y est arrivé : des personnes vont aujourd'hui accompagner à l'extérieur sans fauteuil roulant.

Je crois encore qu'il y a une dimension intéressante sur la notion de rencontre, mais que fait-on dans la rencontre ?

### La culture métier

Je terminerai juste par une notion importante de culture gérontologique que je n'ai pas pu aborder aujourd'hui, définie par la culture métier.

Nous sommes dans un secteur avec beaucoup de métiers avec des cultures très différentes. Nous avons travaillé sur un dispositif reconnu par la branche, l'auxiliaire en gérontologie. Je suis à l'initiative de cet auxiliaire en gérontologie qui constitue un socle de compétences de la gérontologie.

Derrière, nous pouvons greffer d'autres métiers, AMP, aide-soignante. C'est fait pour l'AMP et nous allons travailler sur l'aide-soignante.

Il est important de bien prendre en compte que la gérontologie devient une spécialité, une particularité.

Sans refaire la genèse et indiquer le profil du poste, je peux dire que l'auxiliaire en gérontologie a été validé par la branche en tant que formation, au niveau national. Cela consiste à dire que l'établissement a 56 % de personnel non-qualifié, ce qui n'est pas la même chose que non-compétent.

A bien regarder la Loi 2002-2 dont on connaît les exigences, elle nous demande de recruter "*des professionnels qualifiés*". A la suite de la mise en place d'un groupe de travail, l'idée a été de savoir ce qu'il existait comme métier spécifique en gérontologie. Sur un groupe de 25, nous étions, directeurs d'établissement, personnes de la DDASS, des médecins, il n'y en avait pas un.

Ce projet a mis 3 ans et demi avant d'accoucher. Nous nous sommes fait aider par un cabinet d'ingénierie car il a fallu bâtir des référentiels formation et compétences métiers. C'est notamment d'axer tout le travail de cette personne sur la mise en place de la culture gérontologique sur 4 axes importants :

- communication,
- accompagnement,
- accueil,
- évaluation et observation.

Dire qu'observer est inné est peut-être vrai, mais il faut apprendre aux gens à observer une personne âgée, à l'écouter. La notion de l'observation ne doit pas se limiter à l'observation mais doit être en capacité de faire partager à ses collègues ce qu'elle a observé.

Sans rentrer dans les détails, il s'agit surtout de la volonté de bâtir un socle de compétences particulières.

**Bernard LABOREL :** Ce qui me frappe est que le débat que nous avons et ceux que nous ressentons depuis ces 3 dernières années posent avec une acuité toute particulière, cette question de la gestion des compétences dans les établissements.

Il fut un temps, il y a une trentaine d'années, on pouvait ouvrir un établissement pour répondre à un besoin local détecté non pas par les professionnels, mais par les administrations de tutelle. La DDASS venait vous voir en disant que vous avez un grand terrain et une maison et que cela l'arrangerait que vous ouvriez un petit hébergement. A cette époque, les inflations étaient à 2 chiffres. On proposait d'augmenter le prix de journée de 15 %, voire 18 ou 19 % On s'arrangeait.

Le monde a totalement changé. Aujourd'hui, on se bat plutôt pour le maintien du prix de journée.

Autre chose a changé fondamentalement. La gérontologie a vraiment acquis ses lettres de noblesse et requiert vraiment des compétences affirmées. Je suppose que tout le monde est d'accord là-dessus.

Cela se pose aujourd'hui avec une acuité d'autant plus particulière que beaucoup des personnels n'ont pas pu acquérir le diplôme que réclament aujourd'hui les Conventions tarifaires tripartites. On a des "faisant fonction de" et cela pose d'ailleurs des problèmes humains.

Je me polariserai et je vous interpellerais sur cette question.

***Pensez-vous qu'aujourd'hui, nous ayons les moyens de former nos personnels aux objectifs ambitieux qui sont les nôtres, tels qu'ils transparaissent à travers les diverses interventions ?***

- concevoir un projet de vie qui prend allègrement 2 ans de travail, avec une ingénierie pour son maintien en régime continu,
- se fixer des objectifs, à ce point profond, d'écouter l'autre en prenant en charge non seulement à travers des grilles d'évaluation des besoins de plus en plus affinées,
- prendre en charge ses désirs, faire place à quelqu'un qui va occasionner un surcroît de travail.

Il est vrai que dans son coin, un résidant ne nous dérange pas. D'un point de vue de sa dignité, c'est tout à fait haïssable, mais du point de vue du travail pour des personnels qui n'auraient pas été éveillés au sens de la véritable mission qu'ils sont là pour accomplir, celui qui se tait est celui qui ne donne pas de travail.

Heureusement, d'un point de vue éthique, on a totalement inversé les choses.

***Pensez-vous que nos établissements sont préparés à assumer cette mission ?***

C'est bien sûr sous forme de provocation que je le dis, mais nous sentons une réalité derrière cela. Des établissements affichent, promeuvent des projets de vie écrits dans des termes à ce point séduisants que l'on s'attend à y trouver des choses extraordinaires. Malheureusement, en y mettant les pieds, la réalité ne correspond pas à ce qui est affiché, et j'ai pour cela été vindicatif en demandant des exemples concrets.

## *Comment faire en sorte que ceci passe dans la réalité ?*

### Intégration des modes de management

De ce point de vue, je voudrais savoir si dans cette salle, des gens auraient aussi à dire sur l'intégration de modes de management puisés dans d'autres cultures. Je suis provocateur jusqu'au bout des ongles.

En effet, la vie gérontologique est aussi un point de confluence de plusieurs cultures, sanitaire, hôtelière, sociale. Il y a aussi ce que peut nous apporter comme éléments le management traditionnel dans le social.

### *Aujourd'hui, réfléchit-on assez à la mission du social et sur les outils à se donner ?*

Nous avons parlé de communication. Moi qui suis plutôt un vieux routard, il y a 30 ans, quand je dirigeais mes maisons de retraite, le mot *communication* était complètement réservé à une élite intellectuelle. Aujourd'hui, on le pose comme une nécessité pour nos professionnels. Si nous donnons un contenu correct, oui, il ne peut pas y avoir de vie sans communication. Nous avons fort opportunément rappelé ce que voulait dire communiquer.

### *Que veut dire communiquer, prendre soin, prendre en considération ?*

En d'autres termes, je veux arriver à cette conclusion.

### *Mais donnons-nous suffisamment un contenu solide aux termes que nous utilisons ?*

Somme toute, ces termes-là sont les éléments fédérateurs de notre projet de vie. Je vous propulse cette question pour laquelle j'aimerais bien que le boomerang me revienne.

### **Question hors micro**

**Richard VERCAUTEREN** : J'interviens encore pour dire que cet après-midi, je suis quand même un homme heureux car je viens d'entendre que l'on n'a pas le droit d'opposer le domicile à l'établissement, et surtout pas l'image d'un établissement qui serait la dernière demeure de la personne où il ne se passe que des catastrophes. Il n'y a pas que des catastrophes dans les établissements. Il faut changer complètement les images que l'on en a, même si l'on doit reconnaître effectivement une concentration de handicaps et de personnes lourdement atteintes. Cette réalité ne doit pas occulter le fait que le passage en établissement devrait relever d'un choix d'une part, et que d'autre part, ce n'est quand même pas une catastrophe. Il se passe aussi des bonnes choses en établissement, mais cela n'est pas assez su. On a quand même l'image des anciens établissements qui perdure aujourd'hui. On les appelait des mouiroirs dont on commence à dire aujourd'hui qu'ils ne le sont peut-être plus, mais de toute façon, la dernière demeure de la personne. Cela ne revient peut-être pas tout à fait au même dans l'image, mais dans les représentations, cela n'est quand même pas si positif que cela.

Je pense qu'il faut effectivement cesser d'opposer le domicile à l'établissement. Le jour où l'on aura changé cette idée que le domicile est le libre choix pour toute la personne et que l'établissement est l'absence de libre choix de tout pour la personne, on sera passé à un autre stade des représentations et des pratiques professionnelles.

Nous sommes ici en train de réfléchir sur l'individuel et le collectif. Ce matin j'étais dans une EPHAD, et je m'interroge toujours. Le personnel y réfléchissait sur la notion de qualité de la vie et ce qui faisait qu'elle était de mauvaise qualité. C'était parce que le personnel collectivisait les réponses, approche standard pour tout le monde. En y réfléchissant, chacun disait que l'on pouvait faire autrement.

J'ai l'impression qu'en établissement, il y a un auto-enfermement dans la collectivisation, alors que tout peut être fait différemment et que les représentations permettront cette modification. Non seulement ces représentations des personnels mais aussi celles des familles, et aussi celles des personnes âgées elles-mêmes.

Je me souviendrais toujours de cette personne âgée me disant une fois qu'elle était arrivée depuis 3 jours et qu'elle ne savait pas si elle avait le droit de sortir. On sait très bien qu'un résidant a le droit de sortir d'un établissement sous certaines conditions évidemment, mais il en a le droit. Le fait même de se poser la question montre bien que l'on ne sait pas ce qu'est un établissement et que les représentations que l'on en a sont extrêmement à côté et en dehors de tout ce que l'on peut vivre à l'intérieur. Il faut absolument que cela change !

### Personnes désorientées

**Une dame :** J'adhère à tout ce qui s'est dit et je pense qu'il y a une rencontre. Mais cela me semble concerner plus particulièrement les personnes âgées ayant encore des capacités cognitives. Je voulais savoir comment cela se passe dans vos établissements. La réalité est que l'on a quand même des personnes désorientées et tous les établissements n'ont pas des secteurs fermés avec des prises en charge différentes.

Je viens d'assister à des assises sur les personnes désorientées, le rapport aux soins et le travail que l'on pouvait faire. Cela m'aurait donc intéressée d'avoir votre avis sur ce sujet.

**Sylvain CONNANGLE :** Je vais juste répondre au niveau des CLIC.

Avec un groupe de travail, j'ai été à l'origine de la création du CLIC de Bergerac. Ce que vous avez dit est absolument vrai au sens où le mérite du CLIC premier a été de jouer un rôle d'information par rapport aux familles et aux résidents. Mais le rôle qu'il a produit n'était pas du tout celui au moins affiché du législateur : cela a été un excellent outil fédérateur avec tous les intervenants du médico-social et de la gérontologie. A partir du moment où le CLIC est né, je crois que l'on peut dire qu'aujourd'hui, on a un langage commun. On se comprend. On a décloisonné le domicile des maisons de retraite. Nous avons même mis des CAT avec nous, etc. Je crois que l'on a appris à se connaître et à se comprendre.

Autre parenthèse par rapport aux maisons d'accueil temporaire. Nous en avons une de 32 lits depuis 17 ans. Effectivement, la différence d'analyse au niveau du vécu des personnes en accueil temporaire et en hébergement définitif est très intéressante. Une personne vient en accueil temporaire pour un temps défini et n'a pas la crainte de la mort derrière. En travaillant avec les équipes, nous nous sommes rendus compte que le passage d'une maison d'accueil temporaire à un EPHAD n'est pas la passerelle idéale que l'on croyait. Venir en maison de retraite après un séjour en maison d'accueil temporaire ne recouvre pas du tout la même notion pour la personne. C'est sa dernière demeure.

Sur les troubles cognitifs, je maintiens la négative par rapport à une notion.

(...) étiquette "maladie d'Alzheimer" un peu trop rapide. Les médecins ont tendance à mettre cette étiquette. On se rend compte très vite que si vis-à-vis de cette personne, on met de l'attention et tout un travail avec elle et autour d'elle, et autour de la famille et avec elle, avec un outil qui identifie les vrais problèmes, comme par hasard, on se trouve confronté à une amélioration de la personne qui n'a absolument pas de troubles cognitifs, mais bien des pertes de mémoire classiques comme j'ai à l'occasion également.

Sur 211 lits, dans mon institution, nous avons repéré 17 personnes ayant des troubles cognitifs. Je préfère employer la notion de troubles cognitifs à celle de maladie d'Alzheimer,

vraiment organique, spécialisée. Les troubles cognitifs sont mineurs ou majeurs et laissent une marge, une latitude beaucoup plus intéressante.

Par rapport à l'avenir, il est vrai que l'on nous met en garde sur la venue de plus en plus fréquente de ce que ne voudra plus, ne pourra plus faire le domicile, c'est évident. C'est l'arrivée en masse d'ici à 5 ans, de gens ayant des troubles cognitifs de plus en plus importants.

Je vous ai répondu sur ce que nous faisons aujourd'hui. Nous travaillons à comment faire demain.

De toute façon, il faut éviter de monter des catégories de populations accueillies aussi prégnantes. Il est sûr qu'une personne ayant des troubles cognitifs sera à aborder différemment qu'une personne qui n'en a pas. C'est évident. Je fais confiance aux côtés professionnel, formation, réactivité des intervenants.

**Bernard LABOREL** : Le vrai problème posé est celui de la sécurité, allusion à une fugue.

**Question inaudible.**

Personnes handicapées mentales

**M. DUPONT, Directeur des Affaires Sociales de la Ville de Cognac** : Je voulais attirer l'attention sur la problématique particulière des personnes handicapées mentales vieillissantes. Sur le secteur de Cognac, des personnes handicapées mentales et notamment trisomiques ne sont plus en capacité de travailler. Elles sont gardées en foyer d'hébergement et aussi en CAT car la COTOREP continue de les juger capables de travailler alors qu'elles ne le sont plus du tout. Faute de suffisamment de places pour accueillir les personnes handicapées mentales, cela bouche un peu. Les personnes qui auraient besoin de se trouver dans ce type d'établissement ne peuvent pas trouver de places et il n'y a pas non plus de structure d'hébergement pour des personnes handicapées mentales vieillissantes dont le nombre se développe sur le secteur.

C'est donc un vrai problème et je n'ai pas du tout entendu parler de cette question qui prend de l'importance dans le pays. J'aurais voulu votre avis.

**Denis L'HUILLIER** : Sur la Meurthe-et-Moselle, je participe à un groupe de travail où des directeurs d'établissement de personnes handicapées rencontrent des directeurs d'établissement accueillant des personnes âgées. Dans les débuts de ma carrière, j'ai travaillé avec de jeunes handicapés. J'ai assez râlé à l'époque qu'on les cloisonne dans des établissements en les réunissant, pour ne pas me satisfaire aujourd'hui que l'on ait envie tout d'un coup d'accueillir des personnes qui du statut d'handicapée passent au statut de personne âgée dans nos établissements.

Je crains juste que ce soit l'aspect économique qui fasse que des personnes handicapées deviennent des vieillards normaux. Ceci mis à part et ne voulant pas trop polémiquer, je dirais que pour la plupart des directeurs d'établissement EPHAD, il y a de vraies réticences à accueillir un public qu'ils ne connaissent pas. Tout ce travail d'extériorisation de ces gens a été fait et on retombe dans les représentations : "Comment voulez-vous que l'on accueille des vieux handicaps mongoliens baveux dans nos établissements ? Nos autres résidents ne vont pas le supporter même si on ne le leur a pas demandé, mais on en est déjà sûr. Il est aussi possible que nous-mêmes, nous ne le supportions pas de par nos propres représentations ainsi que le personnel".

Vous avez raison. Les handicapés vieillissent. C'est sûrement bien mais c'est un nouveau problème. Il est vrai que l'on n'est pas prêt à les accueillir et que cela va sûrement poser des problèmes graves.

Des services de suite se mettent en place et sont financés. Comme on accueille des gens sortant de CPN avec des infirmiers de secteur déconcentrés, on pourra sûrement accueillir aussi une part de ce public dans les établissements. Mais le travail à faire pour que le personnel, les familles des résidants, les intervenants extérieurs, acceptent de croiser dans un couloir des gens différents cachés pendant des décennies et qu'on nous ressort maintenant, c'est bien mais il va falloir bosser. La réponse est effectivement dans cette possibilité d'accompagnement.

J'ai dit non de la tête en parlant des gens dits déments, peu importe la démence, dans la mesure où celle d'Alzheimer est diagnostiquée post mortem.

En établissement, le danger est de confondre la démence et la confusion. Quelqu'un de dément n'est pas quelqu'un de confus mais si on donne le temps au personnel de l'écouter, il a des attentes et des besoins à exprimer et de satisfaire. On peut les traiter comme pour quelqu'un qui ne marche pas ou qui a une autre difficulté.

Je ne parle pas de ces gens réellement atteints de maladie d'Alzheimer dans des phases de troubles du comportement etc. mais qui posent un problème de socialisation, comme n'importe quelle personne présentant des troubles de comportement totalement insupportables pour les autres.

Le risque de la sortie se mesure. Nous avons un débat sur la responsabilité des directeurs d'établissement. Monsieur VERCAUTEREN faisait remarquer que n'importe qui a le droit de sortir de l'établissement : c'est vrai, à la différence près que s'il a le devoir de laisser partir tout le monde de par la loi, pour les mêmes raisons légales, le directeur a le devoir d'empêcher de sortir ceux qui prendraient des risques.

C'est le projet de l'établissement, le projet individuel, qui peuvent permettre le cas échéant à un directeur d'établissement de dire : "Monsieur le Président, Monsieur l'Avocat Général, j'ai laissé sortir telle ou telle personne atteinte d'une maladie de laquelle on pourrait penser que... mais c'est inscrit dans les fondamentaux de l'établissement, dans le respect de l'individu. C'est le prix à payer pour que tout le reste du temps, la personne se sente habitée par elle-même, citoyenne avec des choix, la possibilité de choisir de changer de choix."

On peut accueillir des personnes âgées dites démentes dans les établissements. J'ai eu l'occasion dernièrement d'écrire un mémoire sur la nécessité d'ouvrir des sections Alzheimer en établissement. Je l'ai défendu en disant que je m'étais trompé en écrivant car il s'est passé un long moment entre le moment où je l'ai rendu et celui où je suis passé devant le jury. Aujourd'hui, je suis convaincu qu'il ne faut pas ouvrir de sections Alzheimer dans les établissements et qu'il faut avoir en équipe des gens compétents pour s'occuper des personnes présentant des pertes cognitives, étant capables de rassurer ces gens au travers d'activités d'animations particulières. Pitié ! laissons-les vivre avec les autres, les croiser dans les couloirs.

***Quelle utilité y aurait-il à créer une section dans un coin où géographiquement, on serait représenté ?***

A ce moment-là, il faudrait aussi une aile pour les handicapés de la jambe gauche qui ont des besoins différents de ceux handicapés de la hanche droite etc. Ce sont d'abord des personnes qui ont un problème. Alors, traitons-les d'abord comme des personnes et parce que ce sont des personnes, prenons en considération leurs problèmes pour adapter l'accompagnement.

**Bernard LABOREL :** Nous pourrions très bien continuer à réfléchir individuellement à cette thématique, nous accorder quelques minutes de repos pour reprendre après avec d'autres intervenants. Nous continuerions en essayant de voir l'articulation du collectif et du personnalisé sur l'aide à domicile.

Nous entendrons enfin ce que nous attendons sur l'ergothérapie. Nous donnerons la parole à une animatrice qui nous dira très pratiquement ce que cela veut dire que d'aider à l'intégration des personnes dans les établissements.