

**Séminaire
Vies Collectives**

*organisé grâce aux parrains
de l'École de Paris :*

Accenture
Air Liquide*
Algoé**
ANRT
AtoFina
Caisse des Dépôts et Consignations
Caisse Nationale des Caisses
d'Épargne et de Prévoyance
CEA
Centre de recherche en gestion
de l'École polytechnique
Chambre de Commerce
et d'Industrie de Paris
Chambre de Commerce et d'Industrie
de Reims et d'Épernay***
CNRS
Conseil Supérieur de l'Ordre
des Experts Comptables
Danone
DARPMI***
Deloitte & Touche
DiGITIP
École des mines de Paris
EDF & GDF
Entreprise et Personnel
Fondation Charles Léopold Mayer
pour le Progrès de l'Homme
France Télécom
FVA Management
IBM
IDRH
IdVectoR*
Lafarge
PSA Peugeot Citroën
Reims Management School
Renault
Royal Canin
Saint-Gobain
SNCF
THALES
TotalFinaElf
Usinor

*pour le séminaire
Ressources Technologiques et Innovation
**pour le séminaire Vie des Affaires
***pour le séminaire
Entrepreneurs, Villes et Territoires

(liste au 1^{er} septembre 2002)

DU BON USAGE DES MAISONS DE RETRAITE

par

Frank VERMEULEN

Directeur associé, FVA Management

Danièle HÉLIAS et Catherine Ève DI CHIARA

Association Retraite Assistance Seniors Services

Patrick DEWAVRIN

Psychiatre

La villa d'Épidaure

Jacques MAESTRE

Directeur d'un établissement

S.A. Medica France
(groupe Caisse des Dépôts)

Séance du 11 avril 2002

Compte rendu rédigé par Lucien Claes

En bref

Véritable problème de santé publique, de très nombreuses personnes âgées sont victimes de dysfonctionnements cérébraux qui se traduisent par une démence. La famille doit s'occuper 24 heures sur 24 du parent qui "n'a plus toute sa tête", une épreuve qui souvent la fait craquer. Il lui faut alors se résoudre à placer la personne dépendante dans une institution spécialisée. Rechercher un établissement adapté, financer le séjour, vaincre son sentiment de culpabilité sont autant de difficultés auxquelles la famille doit faire face. Les directeurs d'établissement, tout en assurant une bonne gestion, insufflent une dynamique de vie, et préviennent toutes formes de déviance dans cet univers où le risque de maltraitance est réel. Les personnels, quant à eux, sécurisent les résidents par leur présence permanente, les soins qu'ils prodiguent et les services qu'ils rendent, et tentent, par leurs attitudes chaleureuses et des animations adaptées, de maintenir leur moral.

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse
des comptes rendus ; les idées restant de la seule responsabilité de leurs auteurs.
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

EXPOSÉ de Frank VERMEULEN

Ma contribution à cette séance consacrée au bon usage des maisons de retraite est le fruit des missions de conseil menées par FVA Management pour mettre en place un baromètre de “satisfaction client” dans un groupe de soixante établissements de retraite et suite de soins. Dans ce type de mission, notre démarche repose sur une écoute attentive des acteurs sur le terrain, mise en résonance avec les recherches récentes dans les services, effectuées notamment au LAST (Laboratoire d’analyse des systèmes et du travail) et au sein de l’École de Paris du management.

« *T’as des beaux vieux, tu sais* », disait Pierre Desproges en évoquant le défi du vieillissement de la population. Jamais en effet, la planète n’a porté autant de vieux. En l’an 2000, les plus de soixante-cinq ans représentaient 14 % des habitants des pays développés et, à moins d’un rebondissement spectaculaire du taux de natalité, ils seront 20 % en 2020. À la même période, la France comptait 9 millions d’individus dans cette tranche d’âge, soit 16,5 % de la population, et on estime qu’au moins un quart des Français aura plus de soixante-cinq ans en 2025. Quant aux personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans, leur nombre est évalué à plus de deux millions en 2020 et à 4,5 millions en 2050 ; sans compter les centenaires dont le nombre a été multiplié par quinze au cours des trois dernières décennies.

Ces projections démographiques incitent régulièrement les experts et les responsables politiques à préconiser un vrai débat sur les indispensables réformes pour éviter le choc financier qui semble inéluctable en l’état actuel du système de financement des pensions. Mais le défi du vieillissement ne se réduit pas aux problèmes du troisième âge ou au casse-tête des retraites.

Le marché du grand âge

Depuis la fin des années 1950, les progrès de la médecine contribuent à augmenter notre espérance de vie d’environ trois mois par an, mais rien ne garantit la qualité des années gagnées. Au-delà de quatre-vingt-cinq ans l’incapacité à effectuer les actes courants de la vie quotidienne, l’apparition de pathologies multiples qui exigent une assistance médicale permanente et l’évolution des modèles familiaux, conduisent de plus en plus de gens à terminer leur parcours dans des institutions spécialisées pour personnes âgées dépendantes.

De fait, le marché des maisons de retraite connaît depuis plusieurs décennies une croissance appelée à durer. Tout en étant fortement encadré, il se caractérise par la coexistence d’un secteur public et d’un secteur privé. L’offre est très largement atomisée, malgré l’existence de plusieurs groupes privés qui se partagent environ 20 % d’un marché total évalué à 1,5 milliard d’euros.

La technique, l’économique et le social

Ce marché est à la confluence des champs technique, économique et social. D’un côté, l’offre se développe de plus en plus sous l’impulsion des grands groupes tandis que, de l’autre, la demande porte sur de véritables lieux de vie, des espaces dans lesquels idéalement les résidents aimeraient se sentir chez eux, refusant d’ailleurs la plupart du temps de se considérer comme des “clients”. À priori, ces deux visions s’opposent donc et il semble qu’il y ait une impasse, pour la bonne gestion des maisons de retraite, à vouloir les conserver.

La relation “client fournisseur”

La catégorie opérationnelle traduisant l’identité des différents partenaires engagés dans une relation marchande est celle de “client fournisseur”. Elle est objectivée par une transaction monétaire : un prix pour le fournisseur de la prestation ou un salaire pour l’employé (considéré comme un fournisseur de travail). Cette conception rencontre une vive résistance des résidents et du personnel.

Une vive résistance du personnel

Du côté du personnel, les termes de gouvernante ou de maîtresse de maison ne choquent pas ; ils seraient mêmes revendiqués si la société ne tendait pas à les dévaloriser en mettant l'accent sur une dimension de domesticité servile. La relation froide de fournisseur de service en échange d'un salaire est fréquemment rejetée, comme l'illustre cette citation d'une assistante en gériatrie : « *on ne peut pas faire ce travail uniquement pour un salaire, car il y a aussi des choses négatives, comme par exemple certains soins, la toilette... Il faut aimer les personnes, et faire la part des choses, sinon on ne tient pas ! J'aime les personnes âgées, elles m'apportent beaucoup.* »

Le sentiment d'être aimé

De leur côté, les résidents veulent avant tout être considérés comme des sujets, et non comme des objets de soins, ce qui est connoté pour eux par le terme de "client". Une kinésithérapeute souligne que le simple fait de toucher une personne âgée peut suffire pour la rendre heureuse. Une assistante de gériatrie rapporte que les patients la remercient d'abord pour son sourire.

Du reste, concernant les soins, nombre de ces personnes très âgées n'attendent pas vraiment grand-chose : puisqu'elles sont très bien dans leur lit, à quoi cela servira-t-il de savoir en descendre ? Leur champ d'action se rétrécit progressivement pour « *finir du lit au lit* », comme l'a chanté Jacques Brel. En revanche, le sentiment d'être aimé ou au contraire celui d'être un poids et un coût pour la société restent très vifs.

Le désir d'être chez soi

Le résident se montre également très sensible à tout ce qui lui donne le sentiment d'être chez soi. Lorsqu'on interroge les personnes âgées sur ce qui serait, selon elles, la résidence idéale, elles ne mentionnent ni la qualité des soins, ni l'équipement technique, ni le confort matériel mais répondent qu'elles apprécient par-dessus tout l'ambiance chaleureuse et accueillante de la maison.

Préserver une communauté de vie

Même si une aide soignante entraîne involontairement un résident dans une mauvaise chute avec fracture, celui-ci ne réagira pas comme un client maltraité, mais considérera que ce qui lui est arrivé aurait pu tout aussi bien se produire chez lui.

Cela n'empêche que l'incident puisse avoir un coût, et d'ailleurs les familles en exigent de plus en plus le remboursement. Un directeur d'établissement estime que ce type de problème sera de plus en plus résolu par le recours à l'assurance, ce qui va dans le sens de la préservation d'une communauté de vie puisque la question du coût est alors externalisée : elle est réglée par un agent extérieur qui l'évalue et le rembourse.

Enfin, on ne peut considérer a priori tous les résidents comme des clients, c'est-à-dire des personnes ayant délibérément choisi l'établissement comme étant leur fournisseur, puisque ce choix est généralement effectué par un parent, l'avis du résident étant plus ou moins pris en compte.

La relativité des registres de satisfaction

La dimension de client ou de fournisseur n'est pas totalement récusée pour autant. Elle prend toute sa valeur dans sa capacité à clarifier les rapports, les prestations et les dus des uns et des autres. Ainsi, sur les aspects techniques facilement objectivables comme la qualité d'une couverture, la quantité de nourriture, etc., c'est la dimension de client – « *je paye assez cher* » –, qui est rappelée.

La souffrance des familles

Dans la mesure où le placement d'un parent âgé se fait la plupart du temps dans l'urgence et constitue une source de souffrance pour la famille, celle-ci se montre d'autant plus exigeante à l'égard des aspects matériels et médicaux comme le nombre de passages du médecin, le respect des prescriptions, les pansements, la distribution des médicaments, etc.

Les prescripteurs et les tutelles

Les prescripteurs sont très attentifs au cadre de vie, à l'animation, au prix du séjour en fonction des ressources du résident et au degré de médicalisation de l'établissement selon la nature et la gravité des pathologies de la personne à prendre en charge.

La satisfaction des autorités de tutelle dépend avant tout du respect du cahier des charges et de la conformité de l'établissement aux obligations légales (qualification du personnel, effectifs par rapport au nombre de résidents, équipement, etc.). La dimension économique n'est pas absente de ces préoccupations, mais c'est davantage la qualité des moyens techniques qui prévaut dans le classement des établissements.

Le point de vue d'un médecin

Un médecin souligne que l'attention des patients peut se placer sur un domaine apparemment marginal. « *Le patient a souvent un point de fixation. Il s'inquiète, par exemple, pour sa cicatrice qui met du temps à se refermer et ne voit pas le fait médicalement plus important qu'il récupère difficilement un mouvement* ». Cette personne risque de témoigner, à tort du point de vue du médecin, d'un sentiment d'insatisfaction.

Le défi du management

En conclusion, il ressort clairement de nos enquêtes sur le terrain que la satisfaction ne peut se mesurer à l'aune d'une simple relation client fournisseur. Ceux qui résident et travaillent dans le secteur médico-social des structures pour personnes âgées manifestent une envie et un amour prononcés pour tout ce qui relève du registre domestique et familial. Ce qui est central dans un univers comme celui des maisons de retraite, c'est le respect de la personne humaine.

On peut se demander si une entreprise privée soumise à la loi du marché et à la pression de ses actionnaires, mue globalement par la recherche du profit, est capable de prendre en compte ce que désire le "client" dans le cas des maisons de retraite ? En tout cas les acteurs sur le terrain doivent être mus par l'amour de leur métier, lequel inclut étroitement le contact avec la personne bénéficiaire du service. En principe, il y a compatibilité puisque plus le personnel aimera son travail, mieux il sera fait ; plus les clients seront satisfaits, plus ils seront nombreux à venir dans ces établissements, et donc plus le profit sera grand. Mais cela suppose de remettre en question les schémas traditionnels de l'homme au travail que nous avons hérités de Marx et Taylor, un défi que l'École de Paris a déjà étudié, notamment dans une séance des Invités : *L'ouvrier enthousiaste*.¹

Le vrai défi se situe au niveau du management. Dans quelle mesure le directeur d'une maison de retraite, qui doit porter toute son attention au résultat de son établissement, peut-il réussir à la fois à bien gérer et satisfaire son personnel sans répercuter sur lui ses soucis de profit, ce qui, par ricochet, sera ressenti plus ou moins violemment par le résident ?

¹ Mathieu Bonnet, David Emond, Jean-Louis Beffa, Francis Pavé : *L'ouvrier enthousiaste? Marx et Taylor revisités*. (Ref IN270999).

EXPOSÉ de Catherine Ève DI CHIARA et Danièle HÉLIAS

L'Association Retraite Assistance, créée en 1989, s'est donné pour mission d'aider les familles dans leur recherche lorsqu'il s'agit de placer un de leurs membres dans une résidence retraite, généralement pour l'un des motifs suivants :

- l'impossibilité de retour au domicile à la suite d'une hospitalisation ;
- une mobilité devenue réduite ;
- des aides à domicile s'avérant trop onéreuses ;
- la désorientation de la personne constituant pour elle-même et son entourage un réel danger ;
- l'apparition d'une pathologie telle que celle d'Alzheimer ou de Parkinson.

Plus rarement, il s'agit d'une personne qui, se sentant trop seule, décide de rentrer en résidence retraite pour y trouver des animations et un milieu social dont elle se sent privée.

L'âge moyen des résidents est de quatre-vingt-neuf ans, et leur état de santé est généralement précaire ; c'est pourquoi ce sont souvent des maisons de retraite médicalisées qui sont recherchées.

La recherche d'un établissement

Il existe plusieurs types d'établissements :

- les *foyers logement* ou les *résidences services* ; ce sont des lieux collectifs assurant des animations, une assistance médicale, et pour ceux qui le souhaitent une restauration locale ; les résidents y vivent dans un petit appartement avec cuisine ;
- les *résidences retraite* ; les résidents y disposent d'une chambre avec salle de bains ou cabinet de toilette privés et bénéficient d'animations, de l'aide aux soins, éventuellement d'une assistance médicale ;
- les *résidences retraite médicalisées* ; elles accueillent des personnes exigeant des soins médicaux suivis ;
- les *résidences retraite spécialisées* ; elles ne reçoivent que des personnes atteintes d'une pathologie particulière, par exemple la maladie d'Alzheimer.

On dénombre deux types de séjour :

- le *séjour temporaire*, par exemple lorsque des familles s'occupent d'une personne âgée, il arrive qu'elles la placent pendant leur période de vacances ;
- le *long séjour*, qui s'achève généralement avec la disparition du patient.

L'aide à la recherche

Les séjours temporaires servent aussi à tester des établissements. Mais, le plus souvent, les familles, qui éprouvent un fort sentiment de culpabilité – avant on gardait les parents, maintenant on les place –, n'ont que quelques jours pour trouver une résidence retraite, et cela se fait alors dans un climat d'inquiétude, voire de panique : où trouver une place ? comment éviter les problèmes de vétusté ou de maltraitance ? comment apprécier la qualité des résidences ? C'est pour répondre à ces questions qu'existent des organismes comme le nôtre.

Nous recevons principalement les demandes par téléphone. Dans un premier temps, nous essayons de qualifier chaque demande en fonction de la région souhaitée, de la pathologie de la personne afin de déterminer son état de dépendance et la médicalisation nécessaire, de ses disponibilités financières mensuelles. Nous tenons aussi compte de son niveau socioculturel et de l'environnement, rural ou urbain, qui aurait sa préférence.

Ensuite, sur ces bases, nous discutons avec la famille, et si possible avec le futur résident lui-même, pour déterminer quel type de résidences va lui convenir, ce qui nous permet d'en sélectionner quelques-unes. Après avoir pris contact avec les directions de ces établissements pour exposer le cas particulier de la personne et s'assurer qu'elle peut être accueillie, les coordonnées des résidences sont communiquées à la famille qui peut alors rencontrer les directeurs et visiter les établissements pour finalement arrêter son choix et passer un contrat. Si

aucune résidence ne convient, nous effectuons une nouvelle sélection.

Nos sélections

Pour réaliser cela, nous avons constitué un fichier de résidences dont nous garantissons la qualité : nous les connaissons bien pour les avoir visitées nous-mêmes et fait visiter par une assistante sociale, ainsi que grâce aux appréciations que nous renvoient les familles à qui nous les avons recommandées. Dans nos sélections, nous nous limitons à ces résidences-là.

Nous attachons beaucoup d'importance au dirigeant lui-même : il exerce une grande influence sur l'atmosphère de l'établissement et donc sur la vie quotidienne des résidents. Il doit faire preuve de grandes qualités psychologiques et humaines, et savoir s'entourer de bons gestionnaires, car une bonne gestion est génératrice de confort pour les résidents.

Nous tenons également compte des spécialisations des établissements et des prestations médicales qu'ils sont susceptibles de fournir. Enfin, la qualité des animations proposées retient toute notre attention.

Une étape difficile

L'entrée en résidence est un moment très difficile, à commencer par l'aspect financier. Il arrive fréquemment que des familles ne disposent pas de moyens suffisants pour payer les mensualités d'une résidence retraite. Il faut alors faire appel à l'aide sociale, et nous nous en occupons. Dans le cas général, une caution doit être versée à laquelle s'ajoutent éventuellement les frais d'un déménagement lorsque les personnes peuvent apporter du mobilier et des objets familiaux. Ensuite il faudra régler des mensualités de 1 380 euros à 4 430 euros, ce qui peut conduire la famille à vendre ou louer très rapidement l'appartement de la personne. Sur le plan psychologique, c'est un départ définitif pour le dernier domicile de vie et l'obligation d'y vivre en communauté.

Les résidences compensent ces difficultés par une attention soutenue dans tous les actes quotidiens, une présence médicale sécurisante et des animations pour insuffler de la vie là où elle a tendance à s'éteindre.

Notre fonctionnement

Pour nous faire connaître, nous entretenons des relations suivies avec les assistantes sociales des hôpitaux, des grandes administrations, des ministères, des mutuelles et de grandes entreprises. Nous faisons également de la publicité dans les pages jaunes et dans le minitel ; nous sommes sur le point d'ouvrir un site internet. Nous sommes également connus par le bouche à oreille.

Jusqu'à présent, nous avons reçu des aides financières qui nous permettaient de fonctionner en tant qu'association à but non lucratif. Comme notre activité est montée en puissance, les résidences retraite, quand elles accueillent une personne par notre intermédiaire, nous versent maintenant des honoraires dont le montant est fonction de la durée du séjour. De ce fait, notre association est en passe de changer de statut.

Nos confrères sont des SARL ; il s'agit de Cap retraite, Plan retraite, Aiguillage qui a édité un guide des résidences retraite, et enfin Élysées-Vendôme, un groupe de résidences retraite qui fait également du conseil. Il existe aussi d'assez nombreuses petites officines.

EXPOSÉ du Dr. Patrick DEWAVRIN

Terminer sa vie dans une institution n'est pas inscrit dans notre mentalité collective : nous avons tous en tête le schéma du laboureur qui meurt chez lui, entouré de ses enfants. Pourquoi en sommes-nous arrivés là ? Le mode de vie plus urbain qu'autrefois, des familles éclatées et

l'allongement de la durée de vie sont à l'origine de cette nouvelle situation.

La dépendance psychique

L'état physiologique des gens actuellement âgés de soixante-dix ans correspond à celui des personnes de soixante ans avant 1940. On se retrouve donc avec une population de retraités beaucoup plus jeunes qu'avant, non seulement parce qu'ils ont pu prendre leur retraite plus tôt, mais parce qu'ils sont aussi physiologiquement plus jeunes.

Mais la dépendance psychique s'installe toujours aux mêmes âges ; à partir de soixante-cinq ans, 5 % des gens font une démence, due pour les deux tiers à une maladie d'Alzheimer, et pour un tiers à des problèmes vasculaires cérébraux. À quatre-vingt-cinq ans, trois fois plus de personnes sont touchées. Plus de la moitié des demandes d'entrée en institution concernant des gens dont les fonctions supérieures sont détériorées. Dans ces cas-là, ce ne sont pas les patients qui formulent la demande, mais leur famille, et ça change tout.

En France, six cent mille personnes souffrent actuellement d'une détérioration cérébrale et 15 % sont en institution. Il s'agit là d'un problème majeur de santé publique parce cette population ne cesse d'augmenter. Ce sont en général des gens qui ont des troubles de la mémoire des faits récents, leur mémoire des faits anciens étant plus longtemps conservée. Ils ne se souviennent pas de ce qu'ils ont fait dans l'heure qui précède, ils se perdent dans la rue, ils ne manipulent plus l'argent correctement. Ils peuvent avoir des troubles du comportement, tels que des fugues, des errances, à tout moment, jour et nuit. Les familles sont donc confrontées à la charge psychologique très lourde de devoir constamment les surveiller. Il arrive qu'elles finissent par "craquer", ce qui les conduit à avoir recours à une institution ; certes un système de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre peut être mis en place à domicile, mais c'est très onéreux.

Le recours à une institution

Ce n'est pas la même chose d'avoir un patient Alzheimer dans un petit village où tout le monde se connaît, et un patient vivant seul au sixième étage d'un immeuble parisien et dont la famille est éloignée. En milieu parisien, la famille a plus souvent besoin d'une institution pour confier son malade.

C'est une démarche pleine de culpabilité. Elle est vécue comme un échec, celui de n'être pas capable de s'occuper du malade ; or on a le devoir d'accompagner son conjoint ou ses parents jusqu'à la fin de leur vie, on est donc d'une certaine façon déficient.

C'est aussi une démarche délicate : le temps moyen de discussion entre un directeur d'établissement et une famille est de quatre heures, pour deux ou trois entretiens. Certaines familles visitent dix institutions avant de se déterminer.

Lorsqu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer, on conseille vivement à la famille de visiter à froid plusieurs institutions, et de faire une réservation pour le futur. Cette maladie évolue pendant sept ans ; les quatre ou cinq premières années sont en général passées au domicile, et les deux ou trois dernières années de vie se passent en institution. On est maintenant capable de diagnostiquer la maladie chez des gens qui n'ont quasiment pas de trouble. On va donc voir apparaître une nouvelle catégorie de personnes assez autonomes qui, se sachant atteintes de la maladie, prendront un traitement jusqu'à ce que leur entrée dans une institution soit inévitable, les troubles devenant trop importants.

EXPOSÉ de Jacques MAESTRE

Je suis directeur d'établissement pour personnes âgées depuis vingt-cinq ans : d'abord directeur d'un établissement public, j'ai dirigé ensuite un établissement associatif, et me voilà maintenant à la tête d'un des soixante-cinq établissements commerciaux de la S.A. Médica France (groupe Caisse des Dépôts).

Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Une maison de retraite, ou plutôt un EHPAD (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes), est avant tout un bâtiment et une situation géographique : la vie d'un établissement est différente selon qu'il est situé dans une petite commune ou dans un arrondissement parisien. C'est un rassemblement de chambres et d'espaces communs, plus ou moins ouvert sur l'extérieur, ou plus ou moins clos et refermé sur lui-même.

C'est aussi un statut : les établissements peuvent être publics, associatifs, caritatifs, ou commerciaux. C'est également un style de vie : cela va des résidences services où les gens peuvent acheter leur appartement, à des établissements spécialisés à 100 % sur une pathologie.

C'est surtout un rassemblement d'hommes et de femmes. Certains sont là, volontairement, pour travailler ; on leur demande avant tout d'être des professionnels ; aimer les personnes âgées n'est pas un critère d'embauche. Il y a bien sûr les résidents qui, pour la plupart, n'ont pas choisi de venir, et pour qui l'entrée en établissement est la meilleure des mauvaises solutions. Enfin on y côtoie les familles qui viennent visiter les patients, et un certain nombre d'intervenants extérieurs.

C'est enfin une institution qui s'inscrit dans un secteur économique représentant aujourd'hui six cent cinquante mille personnes hébergées, un peu plus de trois cent mille salariés, au sein d'établissements publics, associatifs et commerciaux qui ont une réelle volonté économique et sociale ; ce secteur est en forte croissance.

Qu'est-ce qu'un directeur d'EHPAD ?

Un directeur d'EHPAD est un chef d'entreprise qui bien souvent s'ignore parce qu'il a tendance à voir avant tout son rôle social et il ne met pas toujours en avant ses fonctions de gestion et de management d'une résidence ; cela dit, c'est moins vrai quand il s'agit d'un établissement commercial.

Un établissement peut avoir un budget de cinq à six millions d'euros (trente-cinq à quarante millions de francs) et un personnel nombreux : cela peut aller de 0,35 équivalent temps plein par résident dans des logements foyer, jusqu'à 0,60 équivalent temps plein pour les établissements les plus médicalisés, rarement au-delà. Le personnel couvre un large spectre de qualifications administratives, ouvrières, médicales et sociales ; de nouveaux métiers se développent.

Un manager à l'écoute

Le directeur d'EHPAD a aussi une fonction de manager de son équipe ; il est à la fois directeur des ressources humaines, et dans bien des cas assistant social de son personnel, puisqu'il en est le seul interlocuteur.

Il est en même temps à l'écoute de ses clients pendant toute la durée du séjour, et notamment pendant les premiers mois d'intégration qui sont très importants. En effet on peut considérer qu'un résident qui ne se sera pas intégré dans les quatre à six premières semaines vivra très mal son séjour, ce qui peut entraîner une décompensation qui risque de rapprocher l'échéance finale.

Il est aussi à l'écoute des familles qui vivent comme un échec l'entrée d'un proche dans l'institution ; il les rassure, les aide à comprendre la vie du résident et surtout leur donne le

maximum d'indications sur la stabilisation de l'état de leur parent âgé, voire les petites améliorations de son comportement, autant de détails que les familles vivent comme une victoire contre leur douleur d'avoir en quelque sorte abandonné le vieillard dans l'institution.

Un rôle de vigilance

Le directeur d'établissement a aussi un rôle commercial, bien entendu par rapport aux familles et aux organismes qui aident aux placements, mais aussi par rapport à son environnement ; il n'a pas le droit social d'avoir un établissement vide parce qu'il y a des demandes, et il n'en a pas non plus le droit économique.

Il est gardien du respect de la réglementation, or elle est changeante, notamment depuis le dernier texte sur la création des EHPAD, la nouvelle tarification, l'aide aux personnes âgées (APA), etc. Il doit se tenir constamment à jour, sans oublier la réglementation sur le droit du travail.

Une activité morcelée

Pour assumer ces tâches, les directeurs d'établissement, arrivés pour la plupart dans le métier par hasard, se sont formés sur le tas. Depuis 1986 certains ont passé un concours, le CAFDES, certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social, mais cela reste encore une petite minorité.

Le directeur d'établissement travaille seul, avec très peu d'encadrement intermédiaire. Il est peu aidé par des organisations syndicales ou professionnelles qui s'intéressent davantage aux cliniques et aux hôpitaux qu'aux maisons de retraite.

Le quotidien d'un directeur d'EHPAD est très morcelé : outre ses fonctions de gestion et d'encadrement, il a des fonctions d'écoute, des fonctions sociales, et une fonction d'animation, car il s'agit aussi de donner de la vie à cette institution qui est plutôt un lieu de mort. C'est un métier particulièrement intéressant, très varié, parfois un peu difficile et surtout, malheureusement ou heureusement, un métier d'avenir.

DÉBAT

Un intervenant : *Comment maintenir le moral du personnel soignant ?*

Patrick Dewarin : Cela relève de la psychothérapie institutionnelle. Comment le personnel peut-il ressentir une reconnaissance du travail qu'il effectue ? Les patients Alzheimer qui ne savent pas pourquoi ils sont là ne peuvent la leur témoigner, même s'ils disent de façon un peu automatique des paroles aimables. Les familles quant à elles savent être à certains moments reconnaissantes, mais elles sont très souvent anxieuses et exigeantes vis-à-vis du personnel. Ma théorie est que la reconnaissance du travail ne peut pas venir de ceux pour qui il est accompli. C'est entre nous – les soignants – au travers de réunions, que l'on peut émettre des appréciations positives comme négatives sur ce que nous faisons. La reconnaissance s'échange entre professionnels.

Alzheimer et animation

Int. : *L'animation a été évoquée à plusieurs reprises comme un élément important de la vie des établissements. Quelles sont les animations possibles pour les résidents "Alzheimer" par exemple ?*

P. D. : Chacun de nous dispose de plusieurs mémoires différentes. Un malade Alzheimer ne les perd pas toutes en même temps. Par exemple, la mémoire *épisodique*, celle des événements de vie, est la première touchée. En revanche, la mémoire *sémantique*, celle des connaissances

générales, continue à fonctionner assez longtemps. On peut donc discuter de sujets généraux avec un tel malade : lors de la visite d'un service Alzheimer par des médecins anglais, l'interprète était un des patients du service visité. On en connaît qui jouent au golf : ils se souviennent des règles mais à la fin de la partie ils ne savent plus qu'ils viennent de jouer. Leur mémoire ultracourte fonctionne dans une bande de deux minutes. Si ce temps leur est suffisant pour analyser une situation, on peut leur proposer diverses activités comme faire des mots fléchés, du scrabble, jouer aux dames ; le jeu d'échecs s'avère un peu compliqué, le bridge est exclu. Même quand ils perdent cette mémoire sémantique – ils sont alors privés de l'usage de la parole –, il leur reste encore la mémoire *procédurale*, celle des gestes : on peut alors leur proposer, à condition qu'ils ne soient pas trop avancés dans la maladie, diverses formes d'expression corporelle, comme la danse ou des activités sportives. Certains malades, incapables d'articuler des mots, peuvent encore jouer du piano, la relation entre la lecture de la partition et le jeu au clavier fonctionnant encore.

La permanence de l'animation

Frank Vermeulen : La qualité et l'impact de l'animation dépendent essentiellement de la personne qui en est chargée ; or cette fonction n'est pas toujours remplie à temps plein dans certains établissements, et cela renvoie au moral des troupes.

J. M. : L'animation se traduit d'abord par la manière dont les personnels entourent chaque personne. Elle commence au réveil et se termine au coucher. Tous les personnels doivent y prendre part. Si le soignant se contente de se livrer à des actes techniques, il y a un soin et c'est tout. En revanche s'il s'intéresse à la personne et sa famille, c'est tout autre chose. L'animation c'est surtout un mode de vie dans l'établissement.

Cela dit, les animateurs et animatrices jouent un rôle prépondérant, puisqu'ils sont là pour stimuler les résidents aux divers moments de leur vie, y compris ceux qui sont couchés : c'est donc aller dans la chambre, discuter, faire des gestes d'ergothérapie. D'une façon générale, il s'agit de créer des événements dans l'institution, et savoir accueillir les familles.

Catherine Ève Di Chiara : Il y a des animations concrètes aussi, comme la lecture, le cinéma ou le théâtre. L'animation pâtisserie intéresse beaucoup de patients, soit qu'ils participent en la préparant, soit qu'ils prennent plaisir à regarder les autres faire ou à goûter le résultat.

La qualité de l'animation

Int. : *Qu'est-ce qu'une animation de qualité ?*

Danièle Hélias : J'ai eu l'occasion d'observer une animation pathétique : dans un salon, des personnes âgées assises le long du mur, et au centre un phono sur lequel on passait des disques des années 1960. Une atmosphère glaciale. J'ai du mal à imaginer que les résidents étaient satisfaits. Habituellement ils apprécient plutôt une ambiance chaleureuse.

À l'opposé, une résidence met en place des animations à partir des hobbies du personnel : lorsque la charge de travail le permet, pourquoi ne pas essayer de transmettre ses passe-temps favoris aux résidents, par exemple, le tricot, le jardinage, etc., ce qui n'empêche pas l'embauche d'un animateur à temps plein pour des animations plus classiques.

P. D. : L'animation est un point délicat du fait que de nombreux résidents sont très dépendants et par conséquent ne sont plus en état de participer à quoi que ce soit. Que peut-on apporter à ces patients-là ? Nous avons fait venir trois fois par semaine des musiciens qui ne jouent pas très longtemps mais très près des malades. Certains patients réagissent émotionnellement de façon très forte, et d'autres finissent par reconnaître le musicien : il y a manifestement quelque chose qui se passe. On a fait aussi des expériences de massage sur des patients très grabataires ; nous avons pu vérifier objectivement qu'ils apprécient : ils donnent des signes incontestables de détente.

L'animation est un challenge permanent. Il faut déranger ces univers un peu mortifères que sont les institutions, et je trouve sympathique de monter à intervalles réguliers des projets un peu audacieux comme de faire voyager les malades, les emmener à Deauville ou ailleurs, même si

c'est très difficile à organiser.

Int. : *N'y a-t-il pas des animations destinées à rassurer les familles plutôt qu'à s'adresser aux patients ?*

P. D. : Est-ce qu'on les fait pour nous ? pour les soignants ? pour les familles ? c'est une vraie question. Il faut effectivement qu'une institution donne l'impression d'être un milieu très vivant. L'animation ne s'adresse pas uniquement aux résidents.

Quand rien n'intéresse

Int. : *Je suis perplexe en vous entendant parler de thèmes d'animation que mon épouse, atteinte de la maladie d'Alzheimer, a tous en horreur. Il faudra bien qu'elle entre un jour en institution, et je me demande comment il sera possible de l'intéresser un peu dans ces conditions.*

P. D. : J'ai connu un patient qui, à chaque fois qu'on lui proposait quelque chose, disait que cela ne l'intéressait pas. On a fini par abandonner et ce monsieur se promenait dans les couloirs à ne rien faire. Or un jour je l'ai trouvé en train de changer les ampoules avec une personne de l'entretien.

- « *Tiens, tiens... Vous semblez avoir trouvé quelque chose qui vous intéresse ?* » -

- « *Là au moins ça sert à quelque chose !* » m'a-t-il répondu.

Les patients ont le droit de ne pas aimer les animations, et il faut le respecter.

Mélanger les âges

Int. : *Vous avez abordé la question des coûts. Il y aura nécessairement un arbitrage entre les crédits destinés à la jeunesse qui sont l'avenir du pays, et ceux destinés à la prise en charge des personnes âgées pour qu'elles vivent le mieux et le plus longtemps possible. N'y aurait-il pas une solution à ce dilemme si l'on maintenait un contact permanent entre les jeunes et les vieux ?*

P. D. : Nous pratiquons périodiquement des rencontres entre des enfants, même très jeunes, et les patients. Ce sont des moments magiques. Les enfants entourent les personnes âgées et tout d'un coup on ne voit plus la maladie. Mélanger les générations et donner des occasions de contacts avec l'extérieur sont les meilleures façons de dynamiser les institutions.

Que faire sans argent ?

Int. : *Enfin n'est-il pas préférable d'avoir de l'argent pour pouvoir entrer dans un établissement ?*

J. M. : Tout le monde a le droit d'entrer dans un établissement. Ceux qui n'ont pas de ressources ou qui en ont peu trouvent sans trop de mal un établissement public ou associatif, le coût de leur séjour étant pris en charge partiellement ou totalement par le conseil général en fonction des revenus du reste de la famille. La contrepartie est qu'il leur faut le plus souvent s'éloigner pour trouver une place.

Mêler les pathologies ?

Int. : *En Belgique, la tendance est au mélange des pathologies dans les maisons de retraite, ce qui est particulièrement troublant pour les familles. Savoir que son parent, encore mentalement en forme, va prendre tous ses repas devant un Alzheimer profond, n'est pas vraiment rassurant.*

P. D. : Il y a eu un mouvement pour la réinsertion des malades mentaux dans la vie sociale. Concernant les patients atteints de l'Alzheimer, qui dérangent involontairement leur entourage, on s'est rendu compte, au fur et à mesure que leur nombre augmentait dans les institutions, que cela posait problème : fallait-il leur réserver des lieux spécifiques ? Les tutelles s'y sont d'abord opposées, mais il n'y avait pas de projets de réinsertion pour ces malades, et leurs besoins en termes d'accompagnement sont spéciaux. Les tutelles ont donc changé d'avis. On sait

maintenant, par des architectures plus adaptées, redonner des repères à ces personnes désorientées. La plupart des établissements ont un ou deux secteurs "Alzheimer" où les patients sont regroupés. On ne leur applique pas les mêmes méthodes d'animation, et généralement il ne s'agit pas du même personnel parce que la relation psychique avec ces patients-là est très particulière.

À l'intérieur comme à l'extérieur

Int. : *Ce que j'entends aujourd'hui s'applique, d'une façon ou d'une autre, ailleurs que dans les maisons de retraite.*

Par exemple, dans certaines entreprises, la hiérarchie prend de grandes précautions pour que chacun soit heureux de faire ce qu'il fait, tant il est vrai que l'aptitude des gens au travail est plus élevée s'ils aiment ce qu'ils font.

Dans les fusions acquisitions, des personnes se trouvent contraintes de côtoyer et de supporter d'autres personnes qui ne sont pas de leur milieu habituel, voire d'être placées sous leur tutelle, et cela ne va pas sans de sourdes tragédies.

Enfin, dernier exemple, dans un milieu comme l'École des Mines, où tout le monde se sent bien, il y a une joie de vivre et les gens sont en excellente santé ; en revanche, à Bercy, les dépressions voire les suicides ne manquent pas : l'ambiance qui y règne a des conséquences non seulement psychiques mais aussi physiques ; c'est fou comme on peut être malade au ministère des Finances.

Repérer les dysfonctionnements

Int. : *Si dans un atelier la relation entre la hiérarchie et le personnel se dégrade, ça finit par se voir : par exemple les machines ont des taux de panne anormalement élevés. L'entreprise soucieuse de ses profits va donc tenter d'améliorer la situation. Mais dans une maison de retraite, si la relation entre le personnel et les résidents n'est pas bonne, cela risque de rester inaperçu ; si en plus les familles sont rassurées par le fait que c'est une maison prestigieuse qui s'occupe de leur parent, le danger de ne rien déceler est réel.*

P. D. : Certains patients ont des moments de violence et il arrive que le personnel prenne des coups. Le risque de maltraitance est donc constamment présent. Il faut en conséquence un encadrement et un soutien permanents.

Int. : *Comment peut-on réellement apprécier la qualité d'un établissement ?*

J. M. : Une famille qui veut se renseigner sur une institution doit la visiter de la cave au grenier, et ne pas se contenter de voir ce qu'on veut bien lui montrer. C'est de cette façon, et en faisant des visites à des heures différentes, qu'il est vraiment possible de se faire une opinion sur la tenue d'un établissement et sur la manière dont les résidents sont traités.

Chaque institution doit avoir obligatoirement un conseil d'établissement qui représente le personnel, les familles et les résidents. Le nombre de réunions d'un conseil d'établissement est déjà un indicateur sur le degré d'intégration et de participation des familles ; il est bien entendu possible de joindre leurs représentants, et il n'est pas interdit de s'informer auprès des fournisseurs habituels de l'institution, et d'une façon générale auprès des gens des alentours. C'est ainsi que l'on peut se faire une opinion sur un établissement.

La maltraitance

J. M. : Il est vrai que les patients font parfois l'objet de contentions : par exemple on les attache à leur fauteuil roulant, lequel est lui-même immobilisé par un moyen quelconque, ou encore les patients sont empêchés de se lever du lit. Certes il peut y avoir des abus, mais il est difficile de porter un jugement objectif à cet égard. Certaines familles nous demandent d'être très attentifs, notamment à la suite d'une chute, et même d'attacher leur parent pour éviter une récurrence. Bien souvent c'est le personnel qui doit convaincre la famille que ce n'est pas la meilleure des solutions.

P. D. : Pour les patients qui risquent de se casser le col du fémur en tombant, la question est d'arbitrer entre leur liberté et le mécontentement de la famille en cas de fracture. Il y a des procédures pour ce type d'arbitrage : les contentions doivent se faire uniquement sur ordonnance, le malade doit être détaché deux fois par jour, et on ne peut justifier de l'attacher que si l'on est sûr à 90 % qu'il va chuter. Si le risque est léger, nous l'assumons en laissant le patient marcher. Voilà notre quotidien.

J. M. : Nos établissements font des efforts de formation du personnel pour diminuer le plus possible le risque de maltraitance. L'association ALMA (Allo maltraitance personnes âgées) qui recueille les avis de maltraitance et les dénonce, remarque cependant que c'est au domicile qu'il y en a le plus, et que c'est dans les institutions qu'il y en a le moins. Est-ce à dire que les institutions ne dénoncent pas la maltraitance ? Pas du tout. Il y en a moins parce qu'elles prennent immédiatement des mesures. Le directeur doit s'impliquer, rencontrer le salarié, comprendre la situation, et éventuellement refaire un travail de pédagogie auprès des équipes, ce qui évidemment ne se fait pas au domicile. L'institution peut être un lieu où le risque est important, mais c'est aussi celui où il est le mieux maîtrisé.

Présentation des orateurs :

Patrick Dewavrin : psychiatre, directeur médical de La Villa d'Épidaure, établissement spécialisé dans l'accueil des personnes âgées atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Catherine Ève Di Chiara : documentaliste, écrivain. A fait une étude sur le fonctionnement de l'association Retraite Assistance Seniors Services.

Danièle Hélias : présidente de l'association Retraite Assistance Seniors Services. Bénévole à l'Action Sociale du PRO BTP (groupe de protection sociale du bâtiment et des travaux publics) Île-de-France .

Jacques Maestre : historien et juriste de formation. Assume depuis 1977 ans des fonctions de direction dans le secteur social et médico-social. Actuellement directeur du centre gérontologique Le Colombier, 13124 PEYPIN (S.A. Médica-France – groupe Caisse des Dépôts).
jacques.maestre@mediafrance.fr

Franck Vermeulen : directeur associé de FVA Management, conseil en stratégie et management de l'innovation dans les services ; il collabore avec le LAST-CNRS (Lille I), réputé pour ses recherches dans le champ de l'économie des services et a animé le cycle des "Petits-déjeuners du Conseil" de l'École de Paris du management.

Diffusion septembre 2002