

SOMMAIRE

Remerciements	5
Introduction.....	9

I - Le travail social dans l'animation en institutions pour personnes âgées et dépendantes..... 12

A. Sociohistoire de l'animation en institutions pour personnes âgées	12
1. L'animation, un concept ambivalent.....	12
1.1 Etymologie et définitions	12
1.2. L'animation, au-delà de simples activités	13
1.3 Un sentiment d'appartenance plus ou moins explicite.....	14
2. Brève chronologie de l'animation pour personnes âgées : des débuts à aujourd'hui.....	16
2.1. De la genèse aux années 2000	16
2.2. Un écrit important : le rapport Laroque.....	18
2.3. Une recrudescence des postes d'animateurs dans les années 1990, mais une reconnaissance relative.....	20
3. Des objectifs qui évoluent au rythme des mentalités.....	21
3.1. De l'occupational au thérapeutique : vers une progressive réformation des pratiques .	21
3.2. Des objectifs précis pour "rendre la personne âgée actrice"	22
B. Représentations sociales et problématiques de l'animation en institution	25
1. Vieillesse de la population et allongement de la durée de vie.....	25
1.1. Des données révélatrices du phénomène.....	25
1.2. Une question à mettre au cœur du débat public.....	26
1.3. L'apparition de nouvelles formes d'hébergement	28
2. La dépendance comme enjeu du lien social.....	30
2.1. Distinguer dépendance et perte d'autonomie	30
2.2. Financement et perspective d'évolution.....	30
2.3. La dépendance comme objet spécifique de l'animation.....	32

C. L'articulation du sanitaire et du social : un décloisonnement lent mais fondamental	32
1. Un assemblage historique	32
1.1. La psychiatrie à l'origine du décloisonnement	32
1.2. Des repositionnements nécessaires	33
1.3. La Loi HPST et l'apparition des réseaux : de nouvelles politiques publiques allant dans le sens d'une globalisation des pratiques	34
2. Un changement positif	35
2.1. Une demande sociale à prendre en compte	35
2.2. Une coopération dans un but commun : l'intérêt de la personne âgée dépendante.....	35
2.3. Un succès néanmoins relatif : encore des divergences aujourd'hui	36

II - Enquête sur une interaction : quels comportements adopter pour une intervention sociale de qualité ?

A. Une pluralité d'acteurs en interaction dans le projet commun	39
1. Les acteurs permanents : l'équipe restreinte.....	39
1.1. Le corps médical : infirmiers et aides-soignants	39
1.2. La direction : directeur et secrétaire	40
1.3. L'animation : animateurs et aides médico-psychologiques (AMP)	41
2. Les acteurs ponctuels : l'équipe élargie	43
2.1. La famille et les amis	43
2.2. Les bénévoles et les associations	44
 B. Des entraves dans la relation avec la personne âgée dépendante.....	46
1. Plusieurs freins à une intervention sociale de qualité	46
1.1. L'existence ou non d'un projet commun.....	46
1.2. Des conflits bloquant l'équipe.....	46
1.3. L'absence de recensement du potentiel des membres de l'équipe.....	47
1.4. Le manque de temps	47
2. D'autres obstacles altérant la qualité de cette intervention.....	47
2.1. La liberté accordée à l'animateur	47
2.2. Les conditions financières et budgétaires de la structure	48
2.3. L'évaluation de l'animation	49
2.4. L'épuisement professionnel	50

C. Des réponses avec lesquelles il faut rester vigilant.....	51
1. Être bénévole, une fonction bien spécifique.....	51
1.1. La Charte des bénévoles et le triangle de communication	51
1.2. La formation, un phénomène en progression.....	53
2. La coordination d'une équipe.....	56
2.1. Un rôle souvent alloué à l'animateur	56
2.2. L'apparition de récents vocables : entre continuum, interaction et interdisciplinarité	57
2.3. Une équipe diversifiée dans l'optique d'un bien-vieillir idéalisé.....	59
Conclusion	62
 ANNEXES.....	 68
Annexe 1 : Grille "autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources" (AGGIR)	68
Annexe 2 : Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance	69
Annexe 3 : Charte du bénévole	70

Introduction

Alors que le 9^{ème} Congrès National de l'Animation et de l'Accompagnement en Gérontologie ouvrira ses portes en novembre prochain, on constate aujourd'hui que la personne âgée est au cœur des mesures de politiques publiques. Celles-ci doivent prendre en compte notamment vieillissement de la population et dépendance. Ces problématiques relatives au public âgé et dépendant dont chacun d'entre nous doit se soucier ont suscité mon plus grand intérêt. C'est après une expérience en hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes que j'ai saisi l'utilité et l'importance de l'animation dans ces établissements, animation qui a évolué au fil du temps. D'où cet intitulé : "L'animation en hébergements collectifs pour personnes âgées et dépendantes, l'affaire de tous".

En sachant qu'une totale osmose entre les différents acteurs opérant auprès du résident dépendant est presque impossible, j'ai voulu comprendre les rapports et relations qui lient ces différents intervenants et les conséquences engendrées sur la qualité d'intervention auprès de la personne âgée dépendante. Le concept d'interaction étant omniprésent dans notre quotidien, il m'a semblé pertinent d'approfondir cet objet d'analyse et de l'articuler en fonction du public âgé et dépendant. De cette réflexion a émergé la problématique suivante : "En quoi l'interaction entre les acteurs de l'animation opérant auprès de la personne âgée dépendante peut-elle être un frein à une intervention sociale de qualité ?" Nombre de suppositions et d'hypothèses sont émises. Une première hypothèse se fonde sur la pluralité des définitions possibles données à l'animation, propre à chaque établissement. Une seconde renvoie à la notion de "rôle", plus précisément l'idée qu'attribuer un rôle précis à chacun des intervenants dans le projet d'animation peut permettre un accompagnement de meilleure qualité pour la personne âgée, ces acteurs opérant dans le seul intérêt de cette dernière. Une ultime hypothèse se base sur l'idée d'une interaction omniprésente entre les différents acteurs, leurs rapports pouvant interférer sur la qualité d'intervention auprès des sujets âgés.

Dans la perspective de répondre à ce questionnement, un travail de recherche et de réflexion a été effectué et ce mémoire est le fruit du travail accompli. Un exercice de recherche documentaire, en parallèle d'entretiens semi-directifs, a partiellement contribué à la réalisation de ce mémoire. Les entretiens ont été menés avec divers acteurs : un animateur, un directeur d'établissement, une aide-soignant, un président de section locale d'association de formation de bénévoles et un bénévole. La disparité des points de vue des acteurs m'a paru profitable pour le travail de rédaction qui s'en suivait. Faute d'entretiens congruents avec les personnes âgées dépendantes, l'enquête sera principalement axée sur les observations des membres des équipes d'établissements. Pour des

raisons pratiques, un terrain d'étude a été déterminé : la région du Grand Ouest, Bretagne et Pays de la Loire, même si d'autres exemples sont parfois cités. Un travail d'investigation aurait certes pu être réalisé pour une présentation encore plus concrète du sujet. J'ai en mémoire, néanmoins, l'expérience d'un stage effectué au cours de l'année passée.

Une première partie présentera la place qu'occupe le travail social dans l'animation destinée aux personnes âgées dépendantes. Elle répondra aux évolutions que l'animation a connues pour devenir ce qu'elle est aujourd'hui. Elle tentera aussi d'éclaircir certaines notions propres à l'animation et au champ gérontologique plus globalement. Enfin, elle mettra en évidence les enjeux portés par l'animation et les professionnels du secteur.

La seconde partie, quant à elle, évoquera un aspect plus pratique du sujet en s'intéressant aux comportements à adopter pour parvenir à une intervention sociale de qualité. Après avoir présenté les principaux acteurs dans la démarche d'animation, il sera question des éventuels obstacles à une intervention de qualité, avant d'essayer d'apporter différentes solutions.

PREMIERE PARTIE

Le travail social dans l'animation en institutions pour
personnes âgées dépendantes

I - Le travail social dans l'animation en institutions pour personnes âgées et dépendantes

A. Sociohistoire de l'animation en institutions pour personnes âgées

1. L'animation, un concept ambivalent

1.1 Etymologie et définitions

Avant d'aborder plus concrètement l'animation en institutions, il semble primordial d'amener quelques définitions et apports théoriques.

Le terme "animation" apparaît d'abord au XIV^{ème} siècle pour désigner « le principe vital, la force qui donne la vie ». Il provient du latin *animatio* qui signifie "donner une âme"¹. Cette notion est successivement définie comme « activité, mouvement, chaleur, vie apparente ». Si on ouvre les pages d'un dictionnaire, l'animation au sens large est caractérisée comme « un objet ou une personne qui bouge, en mouvement, actif ». C'est également le fait de créer dans un groupe une atmosphère vive, dynamique »². On peut relier le substantif au verbe qui, lui, signifierait « donner de la vie », exister, encourager, rendre plus vif, intéresser, passionner. Le dictionnaire de Charles Labaigue, quant à lui, rejoindrait cette idée en indiquant qu'animer c'est « remplir d'air », dans l'objectif de donner la vie³.

Cette notion d'animation s'est propagée dans le continent européen à partir des années 1880. Elle a avant tout été destinée aux enfants puis s'est ensuite élargie à d'autres âges et publics. En effet, les jeunes, dans les années 1920 et les adultes, dans les années 1930 ont pu en bénéficier. Plus tard, les retraités et les personnes très âgées, respectivement à partir de 1960 et 1980, ont pu à leur tour en découvrir les bienfaits⁴. Il s'agissait de répondre à la question alors posée dans certains hospices : l'ennui des vieillards. On constate donc que le terme n'a été intégré au fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées que récemment et il a connu des évolutions de sens jusqu'à aujourd'hui.

Il n'existe d'ailleurs pas une seule définition possible de l'animation en institutions auprès de personnes âgées et dépendantes. Ces conceptions de l'animation peuvent varier selon la fonction occupée par chacun des professionnels et intervenants. Les entretiens m'ont permis de conforter cette idée. Effectivement, même si certains éléments semblent similaires, la définition apportée est différente selon chacun. Pour le directeur d'une structure, il s'agit d'un « créateur de lien social qui

¹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)

² Dictionnaire Hachette, encyclopédie de poche (2003)

³ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, Hervy & Vercauteren, éditions Eres 2011

⁴ Idem

permet de rester en contact avec des personnes de même âge, mais différentes. C'est avant tout une activité sociale de rencontre ». Si on aborde la question d'un point de vue médical, l'aide-soignante m'a indiqué que pour elle, c'était « un moyen de les occuper, de leur donner du temps, les sortir de leur quotidien pour éviter l'isolement ». Ce point de vue rejoint la notion d'animation pour personnes âgées perçue à ses débuts comme davantage occupationnelle que thérapeutique. A l'inverse, l'animateur de la même structure décrit plutôt cette animation comme le fait de « donner une âme, donner du plaisir, donner de la joie mais tout en mettant un projet ». Quelle que soit la définition de chacun portée à l'animation, on retient une chose : la personne âgée constitue le cœur du sujet, elle est mise au centre de l'action et donc de l'animation.

Lors d'un entretien, j'ai également observé que l'animation était appréhendée différemment selon les structures puisque l'importance qui lui est accordée n'est pas la même dans tous les établissements. L'animation est en partie représentative de la vie sociale qui s'exprime dans une institution et les responsables peuvent y octroyer une certaine ampleur, parfois pour une question d'image de leur établissement. Montrer qu'on doit venir ici, et pas ailleurs, parce que c'est dynamique justement.

On pourrait enfin retenir la définition qu'en fait Jean-Jacques Amyot, pour lui, « l'animation peut être entendue comme tout ce qui produit de l'activité et des relations humaines, soit dans le cadre de la vie quotidienne, soit en conséquence d'actions spécifiques visant cette production ». Il décrit deux types d'animation : la première comme étant « naturelle », sans lieu prédéfini, tandis que la seconde est qualifiée d'« intégrante » étant donné qu'elle est, dans ce cas, provoquée⁵. Selon les situations, on doit s'interroger sur l'animation désirée dans l'établissement et se questionner sur le type d'animation pour le troisième, voire le quatrième âge.

1.2. L'animation, au-delà de simples activités

On s'arrête souvent à l'idée que l'animation c'est apporter quelque chose en plus. On garde en tête que l'animation c'est autant d'activités, à la fois multiples et diverses qui sont proposées au quotidien ou plus irrégulièrement dans les structures d'hébergement. Cette vision trop rapide des événements rejoindrait le premier type d'animation décrit par J-J Amyot : l'animation dite « intégrante ». Mais l'animation auprès des personnes âgées ne s'arrête pas simplement à cette conception présumée.

⁵ *Travailler auprès des personnes âgées*, J-J. Amyot, DUNOD 2008

Si on reprend cette même définition, l'auteur nous rappelle également l'existence d'une animation « naturelle » qui exprimerait « la vie sociale d'un milieu social ». L'aspect informel apparaît davantage ici, puisqu'aucune planification, aucun projet n'a été défini au préalable, *a priori*. L'animation ne signifie donc pas nécessairement d'être en mouvement en permanence, ni même de faire une activité. On fait de l'animation tous les jours, elle fait partie de notre quotidien.

L'animation de ce quotidien passe par des gestes, des paroles, qui rythment la vie des résidents mais aussi du personnel et des intervenants dans l'établissement dans le but de rendre ces scénarios quotidiens animés et "animants". Par exemple, cette animation peut se manifester par un « bonjour » échangé dans le couloir avec un résident ou un geste de convivialité lors des repas mais cela peut également passer par un accompagnement plus individualisé dans des moments plus douloureux. De plus, une aide-soignante peut avoir une relation privilégiée avec tel ou telle résident(e) en effectuant quotidiennement des soins d'hygiène permettant ainsi un temps de communication et plus largement la création d'une relation.

L'équipe doit donc travailler sur la prise en charge des personnes âgées et dépendantes ainsi que sur la qualité de vie sans omettre les projets de vie de ces personnes.

Il est aussi nécessaire de distinguer animation et activités. Ces dernières s'incluent dans l'animation d'une structure. Comme on l'a dit, l'animation ne se limite pas à organiser des activités, mais elle les englobe. Si on propose une certaine activité c'est pour développer une potentialité chez une personne et mettre en avant tel intérêt chez une autre. Ces activités sont préparées, régulières et tiennent compte au maximum des souhaits de la personne âgée. Cet autre aspect de l'animation rejoint celui décrit par J-J. Amyot comme animation « intégrante » qui, comme on peut le voir, fonctionne conjointement avec l'animation dite « naturelle ». Encore une fois, c'est l'intervention de tous dans l'animation, qu'elle soit quotidienne ou par le biais d'activités, qui est ainsi mobilisée.

1.3 Un sentiment d'appartenance plus ou moins explicite

Même si l'animation est aujourd'hui omniprésente dans la plupart des structures pour personnes âgées, certains acteurs qui les accompagnent ne ressentent pas pour autant l'impression de faire de l'animation avec les résidents, même indirectement.

D'un côté, on retrouve les acteurs qui interviennent autant dans l'animation intégrante que dans l'animation naturelle. C'est notamment le cas des animateurs, des aides médico-psychologiques (AMP) ainsi que des bénévoles. Suivant les structures, cela peut être aussi le cas de certains aides-soignants, mais ces derniers restent plus généralement orientés vers l'animation naturelle indissociable de la vie quotidienne.

D'un autre côté, on a l'équipe de restauration et le corps administratif qui agissent davantage sur un aspect occasionnel de l'animation intégrante, comme lors de grands événements qui nécessitent un nombre important de membres du personnel. Ces deux composantes de la structure interviennent majoritairement dans l'animation naturelle autrement dite intégrée. Et il suffit de passer une journée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées type EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) pour s'en rendre compte. Quand j'ai eu l'occasion d'interroger un responsable de structure sur cette question, il m'a répondu : « la direction est là pour travailler avec l'équipe d'animation et faire un point sur les choix d'animation, pour organiser ensemble le projet d'animation au sein des résidences. La direction s'occupe de la gestion matérielle et budgétaire des demandes d'achats de matériel des animateurs ». En constante interaction avec le reste de l'équipe, la communication était pour lui quelque chose d'important. D'une manière plus implicite, le directeur a répondu qu'il était aussi présent pour répondre aux questions des résidents, leur rendre un document nécessaire, etc ... En ce sens, on voit que le corps administratif est plutôt dirigé vers une animation intégrée, de la vie quotidienne.

Bien que certains intervenants soient conscients de la place qu'ils occupent dans l'animation de leur structure, pour d'autres, le sentiment d'appartenance n'existe pas.

J'ai pu, lors de mon travail de recherches, rencontrer Mr Bregeon, président de l'association VMEH 49 (section locale) qui s'occupe de la formation de certains bénévoles. Il siège aussi au conseil d'administration de trois maisons de retraite dans le même département. Il décrit son rôle comme celui de « mettre en place les dispositifs décidés par l'encadrement et l'équipe, gérer les fonctionnements et les financements ». Concrètement, il agit à un niveau plus indirect dans l'animation en apportant une aide financière aux activités prévues ou en conseillant sur la faisabilité et la mise en place de ces mêmes activités pour le bon fonctionnement de chacun des établissements. On peut supposer que son intervention est nécessaire pour une qualité de vie encore meilleure dans les structures.

Pour autant, il ne pense pas être un acteur de l'animation, ni même n'a le sentiment d'en faire partie, que ce soit directement ou indirectement. On pourrait faire une hypothèse en relation avec ce comportement : on peut en effet supposer que Mr Bregeon n'ait pas pris entièrement conscience du rayonnement de l'animation globale et surtout de la multitude des acteurs qui interviennent dans cette animation. Peut-être que pour lui (c'est un peu comme ça que je l'ai ressenti lors de l'entretien), l'animation ne tient qu'à l'animation pure, décrite comme intégrante précédemment et qui consiste notamment en la mise en place d'activités. Être acteur de l'animation serait, dans ce cas, conserver un lien direct et permanent avec les personnes âgées. La question reste

ouverte et c'est pourquoi les multiples visions et définitions qui en sont données en font un concept ambivalent.

2. Brève chronologie de l'animation pour personnes âgées : des débuts à aujourd'hui

2.1. De la genèse aux années 2000

L'animation, comme beaucoup d'autres choses, ne s'est pas faite en un jour et a connu de nombreux changements. Depuis les années 1990, l'animation prend une place de plus en plus conséquente dans les structures d'accueil tant on pourrait penser que le concept est récent. Mais il en est tout autre.

L'animation pour personnes âgées et dépendantes est un modèle construit sur l'héritage de la conception des hospices. A la fin du XVIII^{ème} siècle, l'exclusion de la société et l'enfermement étaient les maîtres mots pour toutes ces populations qu'étaient les « inadaptés, incapables, fous, déments, vieillards, aliénés⁶ ». Tous regroupés dans des lieux communs, asiles mais surtout hospices, une importance majeure était accordée au travail pour détruire l'idée que ces populations étaient justement incapables de travailler. Il faut noter qu'un travail correctement effectué était alors récompensé. Cet attachement au travail était dû à diverses raisons : économiques (manque de main d'œuvre à cette époque), morales (on ne doit pas rester sans rien faire), en relation au maintien de l'ordre (contrôle facilité en groupes) et de rééducation (garder une chance de sortie). Cette manière d'agir des institutions se poursuit au XIX^{ème} et début du XX^{ème} siècle. Sur le plan législatif enfin, on retiendra l'article 41 du décret du 17 avril 1943 qui décrit le « travail » comme une « occupation » pour ceux qui sont en état de s'y livrer et on commence ainsi, implicitement, à parler d'animation, sans pour autant en utiliser le terme.

Plus récemment, dans les années 1960, la circulaire du 18 novembre 1963 définit de nouveaux objectifs en abordant le travail pour les vieillards sous une vision thérapeutique. L'animation doit alors être « outil de l'humanisation des structures d'accueil pour personnes âgées⁷ » : un aspect social commence à émerger. On parle aussi, à cette même période, « d'ateliers thérapeutiques » et « d'activités occupationnelles ». Un des objectifs est alors de rendre le vieillard utile autant qu'il le peut. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, un débat est d'ailleurs ouvert quant à connaître « l'utilité sociale » de chacun, et plus précisément la valeur sociale de cette utilité. Autrement dit et à cette époque, le potentiel de la personne âgée et son âge avancé font de cette personne également un être moins rentable notamment dans le domaine économique

⁶ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, Hervy & Vercauteren, éditions Eres 2011

⁷ Idem

La décennie 1960-1970 est synonyme d'un accroissement de la dimension thérapeutique dans le domaine gériatrique soutenant le caractère occupationnel. Diverses activités étaient alors proposées en fonction d'objectifs précis fixés par chaque établissement : occupation des vieillards, rupture de la monotonie (toujours d'actualité avec la lutte contre le sentiment de solitude), lutte contre l'alcoolisme, ouverture vers l'extérieur. Si les termes ont évolué aujourd'hui, on constate néanmoins une certaine continuité dans les faits. Ainsi, on observe une image bien négative et dégradée du vieillard, nécessitant de ce fait une dimension occupationnelle.

En outre, on distingue différents types d'activités séparant le manuel du culturel. Les activités manuelles caractérisées par le tricot ou la cuisine pour les femmes et le bricolage et jardinage pour les hommes. Souvent catégorisées par sexe, ces activités semblent être le reflet de notre société puisqu'une répartition des tâches par genre est de mise comme on peut le constater dans la sphère domestique. D'autre part, beaucoup participent aux activités récréatives et culturelles, comme les jeux de cartes, les conférences, les goûters ou encore le cinéma. L'ergothérapie est une méthode de plus en plus employée dans le champ gériatrique et amène par la définition qu'on peut en faire un caractère thérapeutique à l'animation en structures gériatriques tout en conservant l'aspect occupationnel.

Dès les années 1970, on assiste à une politique dite « d'humanisation » des hospices menée par les pouvoirs publics. Celle-ci s'organise autour de quatre grandes lignes : la spécialisation des établissements en fonction de la population accueillie, une amélioration du confort de la personne âgée, la médicalisation des structures pour une meilleure qualité des soins, la mise en place d'activités pour permettre une vie meilleure aux pensionnaires. On laisse ainsi de côté l'occupation pour parler doucement d'animation. En 1972, l'Académie Française décrit l'animation comme « une méthode de conduite d'un groupe qui favorise l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective ». On déduit que l'animation n'est non pas définie comme un ensemble de techniques ou d'activités mais comme une méthode soulignant de la sorte un aspect dynamique. C'est dans le cadre de cette même politique qu'on assiste à l'extinction des hospices pour laisser place aux maisons de retraite.

Entre 1980 et 1990, on s'intéresse davantage aux attentes et aux besoins de la personne âgée⁸ et les professionnels sont enclins à proposer une animation plus personnalisée. On cherche à mieux connaître la personne pour lui proposer des activités et un accompagnement qui lui sont adaptés. La dimension thérapeutique est alors d'autant plus mise en avant que la population accueillie est de plus en plus vieille et dépendante. C'est aussi par cette individualisation de

⁸ "Pyramide des besoins de Maslow", *L'animation des personnes âgées en institution, aides-soignants et animateurs*, Philippe Crone

l'animation que la personne âgée demeurera « actrice de son établissement⁹ » et de son projet de vie. On se pose également la question de savoir comment retrouver ou maintenir au maximum l'autonomie du sujet âgé. C'est dans l'apparition de nouveaux concepts comme la « communication », les projets « de soin », « d'accompagnement individualisé » et « institutionnels de vie » qu'on voit poindre un début de réponse.

La décennie est par ailleurs marquée par plusieurs circulaires et décrets qui légitiment et reconnaissent de plus en plus l'animation en institutions, même si pour la plupart il ne s'agit encore que de recommandations et non pas d'obligations. La circulaire Francheschi du 7 avril 1982 prévoit par exemple d'octroyer 1% du budget d'hébergement à l'animation¹⁰.

Les années 1990 sont ponctuées d'une différenciation progressive entre les membres de l'équipe restreinte, c'est-à-dire ceux qui opèrent quotidiennement dans les structures et ceux qui interviennent plus occasionnellement. De plus, la notion d'animation va se construire autour de trois axes : niveau institutionnel (à l'échelle de la structure), niveau individuel (centré sur la personne) et niveau social (ouverture vers le groupe et l'extérieur). C'est au cours de cette période que des postes d'animateurs apparaissent. Ceux-ci cherchent à affirmer leurs compétences et savoir-faire dans les structures.

Plus récemment, la canicule de l'été 2003 s'est avérée être un événement majeur pour notre société : elle a placé le sujet âgé voire très âgé au centre des discussions. On agit plus encore, depuis cet événement, sur l'aspect relationnel, évitant entre autres l'isolement. L'animation sociale est d'ailleurs née pour répondre à cette problématique. Elle est aujourd'hui décrite comme « un élément important de l'animation ; elle vise le maintien et le développement du lien social et l'intégration de divers exclus¹¹ ». Cette meilleure prise en compte du public âgé et les problématiques récentes qui émergent quant à cette population en font aujourd'hui des individus avec lesquels les professionnels et autres intervenants doivent constamment s'adapter, étant donné que l'animation qui leur est destinée semble être le reflet de notre société.

2.2. Un écrit important : le rapport Laroque

La question majeure de ce rapport se résume au maintien à domicile ou à l'institutionnalisation de la personne vieillissante. On s'interroge sur la pertinence d'un maintien à

⁹ *Animateur et animation avec les personnes âgées*, Hervy & Vercauteren, Eres 2011

¹⁰ On pourrait également citer un décret du 17 octobre 1985 relative à un conseil d'établissement ou bien la circulaire du 4 février 1986, qui ferait un pas supplémentaire dans une animation liant le résident et la pathologie.

¹¹ *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, Richard Vercauteren, Eres 2010

domicile pour des personnes fragiles et en difficultés pour certains actes de la vie quotidienne, en parallèle d'un désir bien ancré. Il s'agit d'une question d'actualité mais qui a déjà été posée dans les décennies précédentes et se posera encore probablement dans celles à venir.

Déjà, à la fin du XVIII^{ème} siècle, un comité de mendicité traitait du sujet, avec d'autres termes certes : « Art. 1^{er} : il y aura deux espèces de secours pour les vieillards et infirmes : le secours à domicile, le secours dans les asiles publics. Art 2 : le secours à domicile sera le secours ordinaire¹² ».

Au début du XX^{ème} siècle, la loi du 14 juillet 1905 liée à l'assistance obligatoire pour les vieillards permet aux plus capables de finir leurs jours à domicile, toutefois l'intention de cette première moitié de siècle est de faire très fréquemment appel aux institutions, en l'occurrence les hospices¹³.

Le rapport Laroque, autrement qualifié de « politique de la vieillesse », datant de 1962, aborde la question essentielle qu'est la place de la personne âgée dans notre société. Selon ce rapport, les personnes âgées sont membres de la société à part entière et ne doivent en aucun point en être exclues. Le placement serait une solution « exceptionnelle » pour les plus fragiles, autant physiquement que psychologiquement. Mais dès que cela est possible, le choix des plus désireux de rester chez eux doit être respecté. On ne doit pas oublier que c'est avant tout « l'expression d'une volonté¹⁴ », dans l'optique d'une cohésion sociale et de ce qu'on appellera plus tard le « vivre ensemble ».

Le VI^{ème} Plan de développement économique et social (1971) a pris en compte le rapport Laroque. L'illustration pouvant en être faite est le développement des services de soins à domicile et d'aides ménagères permettant de conserver un tissu social et de lutter contre l'isolement. Toutefois, la crise économique des années 1970 va reléguer cette population au second plan, amenant avec elle d'autres problématiques qui paraissent alors plus urgentes. Sans pour autant les rejeter, les vieillards sont vus d'un aspect plus négatif puisqu'on s'intéresse à la médicalisation de ce public et on va d'ailleurs commencer à parler de « personnes âgées dépendantes ».

Les suites du rapport Laroque montrent par ailleurs que le choix de passer sa fin de vie à domicile ne revient pas uniquement à la personne âgée. Sa décision peut malheureusement souvent lui échapper. En effet, comme il a été démontré dans les années 1990, le maintien à domicile ne coûte pas forcément moins cher qu'une institutionnalisation si l'intervention qui est apportée est de

¹² Comité de mendicité (1791). *Projets de décrets présentés à l'Assemblée Nationale, Titre 2, Chapitre 3*

¹³ 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », Bernard Ennuyer in *Gérontologie et société*, n°23, avril 2007

¹⁴ Idem

qualité. Pour des raisons financières et autres, la politique de maintien à domicile est avant tout une décision émanant des pouvoirs publics comme les financements alloués ; en d'autres termes une décision collective avant d'être individuelle. Enfin, une réflexion collective entre tous les citoyens semble nécessaire pour « repenser la solidarité¹⁵ ». Ce sujet de discussion est une réalité pour chacun d'entre nous depuis la loi du 11 février 2005¹⁶ relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, et en l'occurrence, les personnes âgées dépendantes.

2.3. Une recrudescence des postes d'animateurs dans les années 1990, mais une reconnaissance relative

L'animation en plein développement et occupant une place de plus en plus conséquente dans les établissements pour les personnes âgées et dépendantes, il a donc fallu trouver des professionnels pour répondre à une demande bien présente. Au-delà de cette demande, c'est la construction de nouveaux types d'établissement qui a permis une offre supplémentaire de postes d'animateurs en institutions pour personnes âgées.

Cette recrudescence des postes d'animateurs peut également s'expliquer par le fait que cela apparaisse aujourd'hui comme une obligation dans les conventions collectives d'établissements : des postes sont en effet dédiés à l'animation. Mr Bregeon, président de la section locale VMEH 49¹⁷, a remarqué une certaine forme d' « institutionnalisation » dans les structures où il intervient, une plus grande formalisation des pratiques : « avant c'étaient les ASH (agents de service hospitalier, aujourd'hui mandatés à l'entretien des locaux selon des règles d'hygiène strictes pouvant soutenir les aides-soignants pour les repas si nécessaire) qui s'occupaient de cela *quand on avait le temps*, c'était un peu du *bricolage*. Avant l'animation, ce n'était que de l'occupationnel ». On peut en déduire que la professionnalisation de l'animateur a changé le cours de l'animation pour lui apporter une dimension plus thérapeutique.

Mr Hamon, lui-même animateur en foyer-logement et en EHPAD confirme ce propos. Pour lui, depuis ces vingt dernières années, beaucoup de postes d'animateurs ont été créés. Il ajoute par ailleurs que dans les deux établissements où il opère, il fait « partie de l'équipe, il a son mot à dire, participe aux réunions et aux projets d'accompagnement personnalisé (PAP) ». L'animateur a peu à peu intégré le monde de l'équipe, « il n'est pas à côté, mais il vit avec ». Néanmoins, ce point de vue

¹⁵ *Repenser la solidarité, l'apport des sciences sociales*, Serge Paugam, PUF 2007

¹⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁷ Entretien réalisé le lundi 17 février 2014, à Angers. Entrevue déjà citée précédemment.

n'est pas partagé par tous puisque certains semblent encore sceptiques quant à la place et au rôle de l'animateur dans l'équipe et dans la structure. Le cas s'est présenté pour Catherine Rolland, maintenant animatrice depuis vingt ans qui a du "légitimer sa place"¹⁸ dit-elle, puisque les membres du personnel et les résidents ne voyaient pas l'intérêt de l'activité gymnastique qu'elle proposait dans son établissement, en Loire Atlantique. Comme annoncé au dernier congrès national de l'animation et de l'accompagnement en gérontologie, "l'animateur ne doit pas être esseulé au sein d'une structure" et "sa place dépend de son implication dans l'équipe"¹⁹. Ainsi, Catherine Rolland a su s'imposer parmi l'équipe. Pour certains personnels, l'animateur peut être considéré comme une personne « payée pour amuser », voire « payée pour s'amuser²⁰ » même si cette opinion s'efface progressivement. Ce jugement peut mener à une forme de jalousie dans des équipes : si l'aide-soignant(e) considérant, par exemple, qu'il (elle) fait elle un *vrai* travail. Si on observe la situation sous cet angle, on peut se demander si les membres de l'équipe collaborent réellement.

Des formations professionnalisantes commencent à voir le jour dès les années 1970, d'autres apparaissent ensuite : BAPAAT (brevet d'aptitude d'aide animateur technicien), BP JEPS (brevet professionnel jeunesse, éducation populaire et sport), DE animateur (diplôme d'Etat), DES animation (diplôme d'Etat supérieur), DEJEPS et DESJEPS (diplôme d'Etat jeunesse, éducation populaire et sports et diplôme d'Etat supérieur), DEFA (diplôme d'Etat aux fonctions d'animateur)²¹. Ces formations sont de plus en plus reconnues, mais font-elles réellement l'objet d'une reconnaissance par un statut clair ?

3. Des objectifs qui évoluent au rythme des mentalités

3.1. De l'occupational au thérapeutique : vers une progressive réformation des pratiques

C'est surtout avec l'ergothérapie que l'animation va prendre une nouvelle forme dans les années 1960-70. L'ergothérapie a notamment été pratiquée avec des populations d'handicapés physiques et malades mentaux, ce qui peut expliquer qu'on y recourt dans le champ gérontologique, pour les personnes vieillissantes et dépendantes. Pour Vercauteren, l'ergothérapie à ses débuts, correspond à "un mode de traitement et de réadaptation d'une personne, au moyen de l'apprentissage de travaux manuels notamment"²². Cette définition amène progressivement à une autre vision de l'animation, davantage portée sur une connotation médicale (*traitement*,

¹⁸ "Avoir une réflexion sur notre métier", par Laurenn Gru, in *Doc' Animation en Gérontologie* n°39, juillet-août 2013

¹⁹ 8^{ème} Congrès national de l'animation et de l'accompagnement en gérontologie, 12-13 novembre 2013, Cité Internationale, Paris XIV, organisé par le Groupement des Animateurs en Gérontologie (GAG)

²⁰ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, Hervy & Vercauteren, ERES 2011

²¹ Idem

²² Ibid

réadaptation), proposant ainsi un complément aux soins qui peuvent être apportés au vieillard. Non opposée à la sphère médicale, l'animation thérapeutique fonctionne conjointement avec le sanitaire, les deux étant dans l'intérêt de la personne accompagnée. C'est pourquoi une bonne entente entre les membres de l'équipe et une communication permanente doivent être réelles.

La dimension thérapeutique de l'animation renvoie par ailleurs à la notion d'autonomie. C'est tout un travail d'accompagnement dans un but bien précis et clairement défini : retrouver une autonomie pour la personne âgée dépendante, parfois partiellement disparue au fil du temps. Des petites actions, telles que l'apprentissage ou le réapprentissage de la toilette, les gestes de la vie quotidienne, pouvant paraître anodines pour certains d'entre nous, conduisent doucement à retrouver une certaine autonomie. L'animation entendue au sens d'activité (animation intégrante) peut aussi rejoindre cet aspect thérapeutique. Aujourd'hui, on insiste beaucoup sur la musique dans les EHPAD et ce n'est pas le fruit du hasard. J'ai pu, au cours de mon stage, assister à des ateliers mémoire en relation avec la musique. L'animateur en charge de l'activité faisait écouter des chansons et les personnes âgées dépendantes devaient retrouver le titre, la suite des paroles et chanter un petit bout de chacune des chansons. Au-delà du plaisir pris à écouter la musique, les résidents font un réel travail sur leur mémoire et en ce sens, l'activité prend une visée thérapeutique.

Antérieurement occupationnelle, l'animation a progressivement pris une dimension thérapeutique surtout à partir des années 1960. Avant, le vieillard était placé en institution parce qu'il ne produisait plus rien pour la société et la "valeur travail" était alors prédominante : par souci de conscience sûrement, mais aussi pour lutter contre différentes problématiques de l'époque, on se devait de l'occuper, de lui *donner* quelque chose, un travail à *faire*²³. Au fil du temps, les mentalités ont changé et l'aspect thérapeutique est venu se superposer à l'occupationnel. On ne reste pas dans une vision pessimiste des situations, on tente désormais de rebondir en proposant des activités qui vont dans le sens d'une amélioration de l'état physique et mental du résident et le retour à une autonomie relative.

3.2. Des objectifs précis pour "rendre la personne âgée actrice"

Avant tout, il faut noter que les besoins de la personne âgée dépendante et les objectifs de l'animation sont très fortement liés. C'est en fixant des objectifs à l'animation qu'on pourra satisfaire les besoins et attentes. L'homme cherche à satisfaire ses besoins selon un ordre déterminé et défini

²³ Entretien par Vincent Defait, journaliste à *l'Humanité*, 24 décembre 2004. Jean Epstein, psychosociologue attribue quatre grandes fonctions au jeu : *faire jouer*, *donner à jouer*, *laisser jouer* et *jouer avec*. Ces quatre modes de fonctionnement peuvent être adaptables dans notre situation.

assez simplement dans la pyramide de Maslow²⁴ : d'abord physiologiques, de sécurité, d'appartenance, de reconnaissance et estime de soi et enfin de besoin de réalisation de soi. Pour passer à l'échelon supérieur, l'étage inférieur doit impérativement avoir été satisfait. Certains facteurs comme l'âge, le sexe, ou encore la culture peuvent influencer sur l'évolution de l'individu au cours de ces stades et chacun progresse à son rythme. C'est un aspect que tout professionnel en gérontologie doit garder en tête pour son approche de la personne âgée.

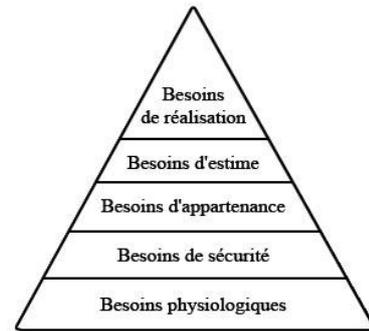


FIGURE 1 : PYRAMIDE DES BESOINS, ABRAHAM MASLOW (1943)

Dans la pratique, on retiendra trois grands objectifs à l'animation destinée aux personnes âgées dépendantes et plus spécifiquement dans le projet d'animation : l'intégration sociale, l'image identitaire et l'ouverture d'esprit²⁵. Si on s'intéresse d'abord à l'animation comme moyen d'intégration, on se concentre déjà sur l'arrivée de la personne dans l'institution. Son entrée dans l'établissement peut être vécue comme une rupture avec *sa vie d'avant*, un choc aussi, surtout si elle n'a pas formulé de son plein gré le souhait d'y venir. On peut imaginer des répercussions dans les jours qui suivent son arrivée, notamment dans les relations car ce n'est pas toujours facile pour une personne âgée voire très âgée de changer soudainement d'environnement. Le professionnel doit absolument prendre en compte ses propos et ce qu'elle exprime à ce moment-là pour que son séjour en établissement se passe au mieux. Il peut, par exemple, passer régulièrement la voir pour se faire une idée de l'adaptation du résident à son nouvel espace de vie. L'adaptation ne concerne pas seulement le résident. En effet, c'est aussi au professionnel de s'adapter et de réagir en conséquence aux situations qu'il rencontre avec cette personne, dans une optique de bien-être et de bien-vieillir du résident. L'intégration peut également passer par la participation aux activités proposées, en veillant à ce que la personne soit présentée aux autres résidents, lesquels deviendront peut-être par la suite ses camarades de belote ou ses compagnons de table. De même, être en relation avec d'autres permet au sujet âgé de maintenir un statut de citoyen. Ces petites attentions du quotidien doivent perdurer par la suite pour conserver une intervention de qualité et une relation privilégiée avec chacun des résidents.

L'image identitaire se construit et se reconstruit aussi par le biais de l'animation. Parce qu'elles vieillissent et qu'elles y apportent moins d'intérêt, les personnes âgées délaissent parfois l'hygiène et les petits plaisirs de la vie. L'animation va, là encore, jouer un rôle pour répondre à un

²⁴ *Animer une maison de retraite*, R. et M.-C. Vercauteren, A. Barranger, Ramon Sainte-Agne, ERES 1995

²⁵ *L'animation en institutions gérontologiques*, Liliane Poitrine

objectif en soi. L'exemple de Madame V., résidente d'un EHPAD²⁶, illustre parfaitement cette idée. Elle s'est rendue compte que certains avaient du mal à lire ou avaient perdu le plaisir de lire. Elle a décidé de créer un atelier lecture. Pendant deux heures, toutes les deux semaines, des résidents-lecteurs animent à tour de rôle l'activité avec la présence d'un animateur. J'ai rencontré une situation similaire au cours d'un stage : la mise en place d'un atelier tricot a été proposée et décidée par les résidents. Celui-ci consiste en la confection de couvertures ensuite redistribuées aux plus nécessiteux (Samu Social). Le fait que les résidents proposent des activités eux-mêmes et les concrétisent, rejoint le concept du "résident-acteur". C'est, un mode d'accomplissement de soi qui permettra une confiance plus prononcée chez le sujet âgé. Un dernier exemple peut être cité : la mise en place de séances de soins esthétiques dans certains établissements (coiffeur, manucure, ...), celle-ci menant à une prise de confiance en soi, ainsi qu'à la (re)construction d'une image identitaire positive du sujet âgé.

Enfin, le troisième objectif fondamental de l'animation réside dans l'ouverture d'esprit. Cette ouverture d'esprit est novatrice : l'animateur, le professionnel ou tout autre intervenant amène une connaissance, une compétence à la personne âgée, quelque chose d'encore inconnu pour cette dernière. Cela peut se manifester par une manière de faire lors d'une activité, un conseil pour la suite. La personne âgée peut être aussi à l'origine de cette ouverture d'esprit en découvrant elle-même la nouveauté, en s'inculquant de nouvelles valeurs par la lecture et la vie en collectivité. En ce sens, elle est encore une fois actrice de son projet de vie. Mais c'est également par l'ouverture sur l'extérieur que l'on explique cette ouverture d'esprit. Conserver et développer le lien avec les personnes extérieures comme la famille et les bénévoles permet d'explorer et de compléter cette ouverture d'esprit. La relation à l'Autre et l'intérêt pour son environnement peuvent parfois considérés comme "souffle de l'extérieur". Enfin c'est par cet objectif d'ouverture d'esprit que la citoyenneté du sujet âgé sera conservée en garantissant le droit à l'information et à la participation à la vie institutionnelle et à la vie locale.

²⁶ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

B. Représentations sociales et problématiques de l'animation en institution

1. Vieillesse de la population et allongement de la durée de vie

1.1. Des données révélatrices du phénomène

Le vieillissement de la population est un enjeu actuel qui touche notre société et beaucoup de chiffres sont là pour en témoigner. De nombreuses problématiques sont liées au vieillissement de la population, c'est ce que nous verrons ci-après.

Pour la région qui nous intéresse : le grand ouest de la France (Pays de la Loire et Bretagne), beaucoup de données sont à prendre au sérieux. Par exemple, pour la région Pays de Loire, on prévoit un vieillissement marqué de la population à l'horizon 2030, avec une population âgée qui ne cesse d'augmenter. Aujourd'hui, cette région compte 22% de plus de 60 ans parmi la population, ce taux devrait atteindre 31% en 2030²⁷. On compte actuellement 5% de personnes âgées de 80 ans et plus soit une personne sur vingt, ce chiffre doublerait d'ici 2040²⁸. Ce vieillissement de la population est notamment dû à deux faits majeurs : le "papy-boom", la génération du baby-boom qui arrive à l'âge de la retraite d'une part, et l'allongement de la durée de vie d'autre part. Ces deux phénomènes sont avant tout visibles sur le plan national avant d'être observés à une échelle locale.

Concernant la région Bretagne, les chiffres ne sont pas moins insignifiants : en 2008, on évaluait à 750 000 le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans. Ce chiffre grimperait considérablement pour atteindre 1,1 million d'ici à 2030²⁹ et atteindrait par la suite un habitant breton sur trois en 2040. Un phénomène singulier concerne cette région puisque les migrations constituent un facteur de vieillissement de la population régionale. Certains retraités décident parfois de changer de région pour continuer voire terminer leur vie, c'est pourquoi on en retrouve beaucoup en Bretagne (notamment en Morbihan) et sur les côtes littorales de la façade atlantique et de la Mer Méditerranée. Une autre raison est celle de retourner dans la région d'origine de la personne ou de son conjoint. Début 2007, pas moins de 33 000 personnes âgées de 60 ans et plus résidaient en Bretagne depuis moins de cinq ans et, pour 40% d'entre elles, cette migration était synonyme de retour dans leur région d'origine ou celle de leur conjoint³⁰.

²⁷ Colloque *Les incidences du vieillissement de la population dans les Pays de la Loire*, par Sébastien Seguin, responsable de la division administrations et services de l'Etat à l'INSEE Pays de la Loire, juillet 2008.

²⁸ Rapport de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire, données Insee, février 2012

²⁹ *La Bretagne au défi du vieillissement démographique*, par Catherine Renne, Octant Analyse n°5, INSEE 2007

³⁰ Idem 27

L'allongement de l'espérance de vie est également un paramètre à prendre en compte dans l'allongement de la durée de vie et plus globalement dans le vieillissement de la population. En 2012, pour la région Bretagne, l'espérance de vie des femmes à la naissance était de 84,4 ans, et à l'âge de 60 ans, il leur restait en moyenne 26,8 ans à vivre. Pour les hommes, les bretons avaient une espérance de vie de 77,3 ans à la naissance et un *reste à vivre* d'environ 21,9 ans, une fois passé l'âge de 60 ans. Pour la région Pays de la Loire, les données sont plus ou moins semblables : l'espérance de vie des femmes à la naissance était de 85,3 ans la même année, et après 60 ans, elles pouvaient aspirer à vivre encore 27,6 ans en moyenne. Enfin, pour les hommes, cette variable atteint 78,7 ans à la naissance et après 60 ans, ils peuvent compter encore 22,9 ans environ³¹.

Les progrès de la médecine sont en partie responsables de l'allongement de l'espérance de vie. De plus, on tend aujourd'hui vers une plus grande prise en compte de la population âgée et très âgée avec un accompagnement souvent de meilleure qualité, dans l'optique d'un "bien-vieillir", concept dont on entend beaucoup parler aujourd'hui. Les notions de "gérontocroissance"³² (vieillesse par le haut, conséquence de l'augmentation de l'espérance de vie) et de taux de fécondité sont des éléments qui peuvent, expliquer le vieillissement de la population. Néanmoins, ce phénomène de vieillissement de la population pose de vraies questions.

1.2. Une question à mettre au cœur du débat public

De nombreuses questions se posent au fur et à mesure que l'on étudie ce vieillissement de population. Avant tout, on réfléchit en termes économiques et on pense rapidement au financement des retraites. S'il y a de plus en plus de retraités, le coût à financer par la société sera de plus en plus élevé et il faudra trouver des solutions. Le fonctionnement actuel de financement des retraites de notre société est le système par répartition : les actifs d'aujourd'hui cotisent pour les retraités actuels et les générations prochaines cotiseront pour financer les retraites des actifs d'aujourd'hui, c'est ce qu'on appelle un système basé sur la solidarité. Dans les années 1990, deux actifs cotisaient pour un retraité. En 2030, on estime qu'il n'y en aura qu'un seul (INSEE). Ainsi, certains retraités ont déjà économisé pour s'offrir une retraite un peu plus aisée, mais c'est le cas d'une minorité car tous n'en ont pas les moyens. Les prévisions ne sont donc pas très rassurantes et des réponses nouvelles doivent être apportées pour y pallier.

³¹ *Espérance de vie au 1^{er} janvier 2012*, INSEE, état civil (données domiciliées), estimations de la population

³² Compte-rendu de séminaire *Démographie et vieillissements des territoires*, par Philippe Durance, 20 janvier 2005, Ministère de l'équipement, des transports, de l'aménagement du territoire, du tourisme et de la mer, consultable sur <http://www.datar.gouv.fr>

Toutefois, le vieillissement de la population ne présente pas que des inconvénients. Pour continuer sur l'aspect économique, certains secteurs devraient profiter de la demande accrue de cette population puisque cette dernière n'a pas nécessairement les mêmes désirs et besoins que les seniors de la génération précédente ou ceux d'un jeune couple. Ce serait par exemple le cas pour le tourisme, la santé ou encore les systèmes de sécurité³³. Les entreprises devront donc s'adapter autant que possible à leur clientèle et les nouvelles mesures mises en place devront aller dans l'intérêt de la personne âgée, pour répondre au mieux à ses attentes.

La dépendance est parfois une conséquence inéluctable du vieillissement. Même si on tente au mieux d'accompagner la personne âgée dans cette optique du bien-vieillir en institutions en privilégiant la relation avec le résident et en le plaçant au cœur des projets, pour certains et surtout les très âgés, la dépendance sera partie prenante de leur fin de vie, notamment chez les femmes. En 2006, l'INSEE avait comptabilisé 800 000 personnes âgées dépendantes sur le territoire français au début des années 2000 ; ce chiffre devrait doubler pour atteindre 1,6 million de sujets âgés dépendants en 2040³⁴. Ce phénomène entraîne déjà, on l'imagine bien, une augmentation des dépenses de santé. De plus, il va y avoir des répercussions sur le système de financement de la dépendance pour les Conseils généraux. Le département s'occupe aujourd'hui principalement du financement de la dépendance, par l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La question sera de savoir comment les départements vont gérer cette forte augmentation de la dépense publique en matière de dépendance, notamment dans le cadre de la future réforme territoriale. En effet, dans l'hypothèse d'une suppression des conseils généraux, qui assumera la responsabilité financière de la dépendance ? On parle aujourd'hui d'un transfert des compétences sociales vers les métropoles dans les départements urbains mais quid des départements ruraux. On cherche enfin à répondre au mieux aux attentes de la personne âgée dépendante et ce, même si elle désire vivre à son propre domicile. La satisfaction de ses besoins passe évidemment par un service d'aide à domicile de qualité, d'où une attractivité des métiers impactés et une meilleure formation des salariés³⁵. Les agences régionales de santé (ARS) mettent donc l'accent pour respecter les vœux de chacun. Elles tentent d'apporter un accompagnement à domicile dès que possible pour permettre aux établissements d'accueillir les personnes âgées les plus dépendantes. Là encore, du fait d'un accroissement de la dépendance la demande d'entrée en institution se fait de plus en plus importante, d'où la création de nouveaux types d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes.

³³ Colloque *Les incidences du vieillissement de la population dans les Pays de la Loire*, par Sébastien Seguin, responsable de la division administrations et services de l'Etat à l'INSEE Pays de la Loire, juillet 2008.

³⁴ *50% de personnes dépendantes en plus d'ici 2040*, INSEE 2006

³⁵ Idem 33

1.3. L'apparition de nouvelles formes d'hébergement

Au fur et à mesure du temps, la dépendance des personnes âgées a fait apparaître de nouveaux établissements s'adaptant le mieux possible à la situation de chacun des résidents accueillis. Le type d'habitat de la personne âgée, comprendre "le lieu"³⁶, dépend majoritairement de son degré d'autonomie, ainsi que de ses souhaits pris en compte au maximum.

Avec l'ordonnance du 11 janvier 1958, les hospices changent de nom pour devenir des "maisons de retraite". Même si l'appellation varie, le public reste le même et ces établissements accueillent des vieillards, dépendants ou non, pour y passer la retraite justement et nombre de services leur sont proposés. Pour ceux qui sont concernés, les soins sont assurés par des professionnels de l'extérieur. Pour avoir une idée plus concrète, en 1990, on comptait 372 700 lits de maisons de retraite³⁷. En même temps apparaissent les foyers-logements, également appelés résidences pour personnes âgées (RPA). La loi du 4 août 1957 les définit comme "ensemble de logements autonomes dotés de services collectifs à usage facultatif pour des personnes âgées malades"³⁸. Le fonctionnement est similaire à celui des maisons de retraite. Seule une notion diffère : le résident du foyer-logement paie un loyer et préserve un peu plus son intimité alors que celui de la maison de retrait vit dans un esprit de collectivité et la personne ou ses proches paient un prix de journée.

Avec l'allongement de la durée de vie, les entrées en institutions vont se faire à un âge de plus en plus avancé surtout à partir 80 ans. Les personnes âgées alors hébergées souffrent plus souvent qu'avant d'un handicap mental ou physique et c'est pourquoi on tente de répondre au mieux à leurs besoins. On voit progressivement apparaître de nouveaux établissements sociaux et médico-sociaux tels que les MAPA (maisons d'accueil pour personnes âgées), MAPAD (MAPA avec l'aspect de dépendance renforcée) parfois munies d'un CANTOU³⁹ (centre d'animations naturelles tirées d'occupations utiles) ou d'un accueil de jour pour les familles, des MARPA (maisons d'accueil rural pour personnes âgées) ou encore des MAPAAR (maisons d'accueil pour personnes âgées à autonomie réduite). A partir des années 1975-1980, une diversité d'institutions voit donc le jour, toutes dans le but d'accompagner la personne âgée et son entourage dans les meilleurs conditions

³⁶ *Dictionnaire de la Gérontologie Sociale*, ERES 2010, Richard Vercauteren distingue l'habitat de l'hébergement, le premier terme désignant plus un lieu, tandis que le second a une connotation plus active, c'est l'action d'héberger.

³⁷ *Travailler auprès des personnes âgées*, DUNOD 2008, par J-J. Amyot

³⁸ Colloque *Les incidences du vieillissement de la population dans les Pays de la Loire*, par Sébastien Seguin, responsable de la division administrations et services de l'Etat à l'INSEE Pays de la Loire, juillet 2008.

³⁹ *Travailler auprès des personnes âgées*, DUNOD 2008, par J-J. Amyot. En pays d'Oc, le *cantou* est une grande cheminée où on s'asseyait de chaque côté. Pour le champ gérontologique, on peut comprendre qu'il s'agit d'un petit espace où un petit groupe de résidents, proches et professionnels se réunissent parfois.

possibles, sans oublier que celles-ci sont de plus en plus "démontes et désorientées" (on ne parlait pas encore de dépendance et de maladie d'Alzheimer).

Plus récemment, des foyers d'hébergement temporaire, des centres d'accueil de jour, des "petites unités de vie" ou encore des résidences intégrées complètent la liste des établissements sociaux et médico-sociaux relatifs à la loi 2002-02⁴⁰. Au cours de la décennie 1990-2000, les MAPA, MAPAD et MAPAAR ont changé d'appellation pour devenir des EHPA et EHPAD⁴¹ (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et qui implique, pour les EHPAD, la signature d'une convention tripartite, une qualification médicale, une tarification spécifique et une population accueillie s'inscrivant souvent dans les GIR 1,2, 3 ou 4⁴².

Les structures sanitaires prennent aussi une place importante dans la *prise en charge* des personnes âgées dépendantes. Lorsque les soins et l'hébergement ne sont plus possibles dans un établissement social ou médico-social, les structures hospitalières prennent le relais. Dans ce cas, elles sont hospitalisées en court (maladie aiguë), moyen (unités de soins de suite et de réadaptation) ou long séjour (plus communément appelés "USLD, unités de soins de longue durée"), avant leur domicile à domicile ou en institution. On déplore néanmoins trop souvent le fait que les "moyens séjours" soient davantage synonymes d'attente pour retourner en établissement, plutôt qu'un lieu de thérapie. Les soins palliatifs, une unité apparue il y a une vingtaine d'années, sont destinés aux personnes âgées en fin de vie et à leurs familles. On y insiste plus sur la qualité de la relation humaine en complément des soins curatifs. Enfin, il ne faut pas négliger l'importance des hôpitaux psychiatriques, dont on parle peu et qui ont accueilli de nombreux vieillards désorientés, les professionnels les accompagnant désormais plus à domicile ou en institutions médico-sociales.

Suite aux différents changements de la société et à une évolution des mentalités, la dépendance et les pathologies des personnes âgées et des résidents sont de plus en plus prises en compte, chacun y trouvant une place qui lui est adaptée au mieux.

⁴⁰ Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, consultable sur le site Légifrance

⁴¹ *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*, par Richard Vercauteren, ERES 2010

⁴² Issus de la grille AGGIR "autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources", qui répertorie les personnes âgées selon leur degré de dépendance (1 à 6, 1 étant le plus élevé). Cf annexe 1

2. La dépendance comme enjeu du lien social

2.1. Distinguer dépendance et perte d'autonomie

Même si les termes ont déjà été abordés précédemment, il semble nécessaire de définir les notions de dépendance et de perte d'autonomie, deux situations bien différentes. Comme Bernard Ennuyer, on peut émettre l'hypothèse que "[ces notions] renvoient aux modèles de relations entre les individus dans notre société⁴³". Ainsi, les "malentendus" transmis par ces concepts sont le reflet des confusions des rapports à l'Autre. L'individu et en l'occurrence la personne âgée doit s'inscrire à la fois d'un point de vue individuel avec ses attentes en tant qu'être et citoyen, mais aussi dans une dimension collective dans le but de favoriser cette fameuse cohésion sociale dans le groupe. C'est donc à partir de cette notion d'interaction entre les individus d'une même société qu'on peut établir une première différence entre les termes de dépendance et d'autonomie.

Le sociologue-gérontologue Richard Vercauteren renforce cette dimension qualitative en précisant toutefois les termes à sa manière. Pour lui, la dépendance correspond à "la perte d'autonomie physique qui rend la personne incapable d'effectuer seule les actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter..."⁴⁴ En fait, le terme de perte d'autonomie est apparu après celui de dépendance⁴⁵, dans les années 1980-1990 et pourrait être décrit comme "des incapacités issues de pathologies ou de la perte de rôles sociaux, qui [limitent] les personnes âgées dans leur vie de tous les jours"⁴⁶. Les termes se rejoignent sensiblement sur le plan pratique mais le premier peut être perçu plus négativement que le second, dans la mesure où on doit *faire avec*, alors que la perte d'autonomie répond davantage à la question de *comment faire*. Enfin, le mot "dépendance" n'est pas assez explicite si on le laisse tel quel puisqu'on peut autant parler de dépendance psychique ou physique que de dépendance économique. Toutes les personnes âgées ne sont pas nécessairement victimes de chacune de ces dépendances, c'est pourquoi on parle plus aujourd'hui de "perte d'autonomie" et de projets pour retrouver cette autonomie.

2.2. Financement et perspective d'évolution

Cette partie sera essentiellement alimentée par des données statistiques issues du site du CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie) qui examine les

⁴³ *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, par Bernard Ennuyer, ingénieur en formation et docteur en sociologie, DUNOD 2002

⁴⁴ Dictionnaire de la gérontologie sociale, par Richard Vercauteren, ERES 2010

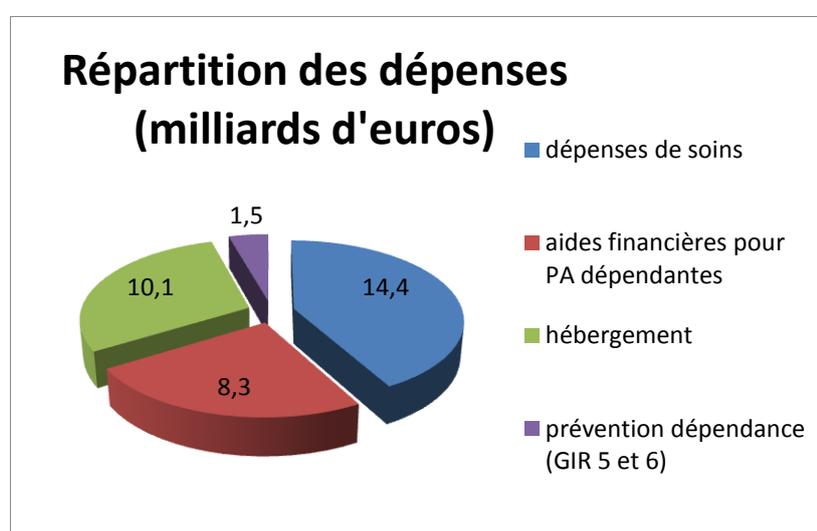
⁴⁵ Consécration du vocable de "dépendance" en 1979, avec le rapport Arreckx

⁴⁶ Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, consultable sur le site Légifrance

comportements sociaux et sociétaux des Français en tant que consommateurs et acteurs de la vie sociale.

Conformément au rapport de Bertrand Fragonard, attaché au groupe de recherche de Roselyne Bachelot, les dépenses pour la prise en charge de la dépendance s'élevaient à 34 milliards d'euros en France en 2010⁴⁷ (aides professionnelles, frais d'hébergement, soins médicaux). Le diagramme qui suit résume cette situation et présente la répartition des dépenses selon l'activité, estimées en milliards d'euros.

L'état prend en majeure partie le financement de cette dépendance, étant donné le modèle socio-démocrate dans lequel nous vivons. Le rapport apprécie à environ 70% le poids du secteur public



(Etat, collectivités locales, Sécurité Sociale, CNSA⁴⁸) dans la prise en charge du coût de la dépendance. Viennent ensuite les ménages et les familles (30%). Malgré tout, la part allouée par chaque acteur est différente puisque le secteur public finance davantage les soins. Les familles, quant à

FIGURE 1 : REPARTITION DES DEPENSES LIEES A LA DEPENDANCE EN 2010 (CREDOC)

elles, sont plus impactées par l'hébergement. A

l'avenir, il faudra prendre en compte l'accroissement de la population française et en particulier l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes qui devrait passer de 1 150 000 en 2010 à 2 300 000 en 2060, en France métropolitaine⁴⁹. Il est également signalé que les dépenses liées à la dépendance devraient doubler d'ici 2040, en corrélation avec cette augmentation de la population (très) âgée et dépendante. Les évolutions démographiques, le type d'habitat choisi par la personne âgée et l'importance de l'aide familiale sont les principaux facteurs cités dans le rapport, à prendre en considération pour le futur. Il faut enfin noter que la part de financement serait plus signifiante pour les contribuables à l'avenir (calculé selon un ratio personne "d'âge inactif"/"âge actif").

⁴⁷ Extrait du rapport du groupe 4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », modéré par Bertrand Fragonard et rapporté par Axel Rahola, juin 2011, in *Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement, regards croisés des acteurs du secteur*, Cahier de recherche du CREDOC n°286, décembre 2011

⁴⁸ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

⁴⁹ Idem 47

2.3. La dépendance comme objet spécifique de l'animation⁵⁰

Si la dépendance n'est pas présente chez tous au grand âge, elle est souvent décisive pour l'entrée en institution. La préservation de l'autonomie pour la personne âgée aura donc un impact sur l'animation. Pour les professionnels, cette perspective sera vue comme un dessein en soi, à réaliser par tous les moyens possibles lors de l'animation. On s'habitue aujourd'hui à mener des activités en prenant de plus en plus en compte cet aspect de dépendance. C'est pourquoi, on voit émerger des ateliers mémoire ou encore de gymnastique douce pour que l'autonomie soit préservée au maximum et que la bonne qualité de vie pour la personne âgée dépendante soit maintenue le plus longtemps possible.

Pour ne pas mettre les personnes âgées en face de leur incapacité, il faut savoir discerner *faire* et *participer*, lors de l'animation intégrante. Ce qui est primordial dans une activité, c'est la participation qu'elle soit active ou passive. C'est différent du *faire* qui est le caractère essentiel de l'activité et qu'il faut savoir relativiser avec un public de sujets âgés et dépendants. L'intervenant qui va opérer cette différence sera plus enclin à utiliser la dépendance comme un objet spécifique de l'animation et la qualité d'intervention auprès du résident se révélera plus constructive.

C'est également cette prise en compte de la dépendance dans l'animation qui pourra amener à une création de lien social et à une cohésion sociale renforcée. C'est lors de ces activités culturelles ou de loisirs qui visent à stimuler les aptitudes des résidents que certains vont faire des rencontres et s'ouvrir au monde qui les entoure. La dépendance sera alors mise de côté "parce qu'autant toi que moi, nous avons chacun notre propre maladie mais si on se retrouve ici c'est qu'on a aussi des points communs⁵¹" et une relation pourra ainsi être tissée, délivrant le résident qui vient d'arriver de sa solitude pour aller vers l'Autre.

C. L'articulation du sanitaire et du social : un décroissement lent mais fondamental

1. Un assemblage historique

1.1. La psychiatrie à l'origine du décroissement

Pendant la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle et la première moitié du XX^{ème}, on enfermait toutes les populations "démentes, âgées, inadaptées, incapables et aliénées⁵²" dans des asiles et des hospices. On commence à supprimer les moyens de contention dans ces établissements (ceintures

⁵⁰ *L'animation dans les établissements pour personnes âgées, manuel des pratiques professionnelles*, par R.Vercauteren et B.Hervy, ERES 2007

⁵¹ Formulation informelle perçue lors d'un stage effectué en EHPAD

⁵² *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, B.Hervy & R.Vercauteren, ERES 2011

de contention, camisole, ...) pour laisser place à un "traitement moral" imaginé par le médecin Philippe Pinel⁵³, courant XIX^{ème}. Trois axes de réflexion sont avancés : les "amusements" (fêtes, excursions), les "occupations" (travail des malades qu'on retrouve chez les vieillards également) et l' "association harmonisée". Chaque patient est pris en charge par un soignant attiré qui doit répondre à certains critères pour Pinel comme "l'intelligence, une disposition naturelle à la santé et à la bonne humeur et de l'expérience⁵⁴". Cet échange entre soignant et soigné sera propice à une relation privilégiée. Ces occupations et cette association harmonisée peuvent être perçues comme les prémices de l'animation puisqu'on y retrouve ces deux aspects aujourd'hui quelque peu différents.

Dans des grands centre d'accueils comme les asiles ou les "centres polyvalents" créés par le psychiatre Robert Lafon, on comprend progressivement que les patients ne présentent pas tous les mêmes pathologies et que le soin apporté doit être fonction de chacun. La souffrance mentale, le vieillissement de l'individu et la misère sociale n'ont pas de remède commun et ne seront pas traités de la même manière. Le traitements des troubles de chacun ne peut être effectué par un seul type de professionnels, c'est une utopie. L'accompagnement et le soin à domicile prennent à leur tour en compte cette idée. On verra apparaître de nouveaux métiers, pour répondre au mieux aux troubles de chacun. Cette nouvelle conception de l'accompagnement est à la source du décroisement du sanitaire et du social.

1.2. Des repositionnements nécessaires

Plus récemment, une question s'est posée pendant un certain temps : celle de la santé mentale. Il a été observé que nombre de patients pourraient passer de l'hôpital psychiatrique à un service de médecine spécifique en hôpital général⁵⁵. Ce rapport indique que "l'alternative sociale doit être conçue de façon créative, dans un cadre collaboratif et en continuité, sur la base d'un partenariat" et amènerait aussi l'idée de passer de structures "repliées" à des structures "semi-ouvertes voire ouvertes". On fait donc de plus en plus appel à l'action sociale, encore une fois pour répondre au mieux aux besoins du sujet.

Le contexte de rationalisation des choix budgétaires des années 1980 a conduit à une réduction des coûts d'hospitalisation et de soins plus généralement. Parallèlement, on voulait éviter que les personnes ne languissent trop longtemps dans le statut de malade. C'est pourquoi, on tentait de choisir entre soins ou action sociale le plus rapidement possible pour que l'individu soit

⁵³ *L'articulation du sanitaire et du social*, par Marcel Jaeger, DUNOD 2012

⁵⁴ Idem

⁵⁵ "La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale", Rapport de la Mission Massé remis au Ministre de la Santé en mars 1992.

accompagné de manière efficace autant que possible. Et même si un choix devait être opéré entre sanitaire ou social, aucune barrière n'était établie entre les deux : si l'un ne semblait pas convenir, on pouvait basculer sur l'autre option.

1.3. La Loi HPST et l'apparition des réseaux : de nouvelles politiques publiques allant dans le sens d'une globalisation des pratiques

Les demandes et besoins actuels étant de plus en plus divers et abscons chez les personnes en difficultés, on voit désormais apparaître une mécanique qui agit à plusieurs niveaux, dans l'optique de trouver des solutions entre les structures et l'environnement social de l'individu. D'abord d'un point de vue vertical, mais aussi horizontal, par la propagation des partenariats (établissements spécialisés, services publics, associations) pour les sujets nécessitant plusieurs formes d'aide synchrones⁵⁶. D'où la création de "réseaux" dans le secteur social et médico-social dès les années 1990. La circulaire DH/DGS n°612 du 14 juin 1991 a été la première à matérialiser cette nouvelle politique publique justifiant d'une indispensable collaboration entre le sanitaire et le social dans un cas tel que "la prise en charge [...] des personnes atteintes d'infection à VIH⁵⁷". La loi du 2 janvier 2002 explicite d'autant plus cette notion de réseaux dans les articles L. 311-8 et L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles, relatifs à l'obligation de partenariats dans les projets établissements et à l'implantation de réseaux coordonnés⁵⁸ dans le but de désenclaver le social et le médico-social.

La loi "Hôpital, patients, santé et territoires⁵⁹", dite loi HPST, traite essentiellement du secteur sanitaire. Néanmoins elle rejoint le secteur social par le fait qu'on parle de "territoires" (contexte de décentralisation de l'action sociale) et par des démarches accomplies. En effet, cette loi HSPT a permis de réduire la barrière entre le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Même si les deux Codes continuent d'exister, cette loi exige de raisonner en terme de "missions conjointes plutôt qu'en terme de dispositifs [...] séparés⁶⁰". Deux articles du Code de la santé publique en sont la parfaite illustration : l'article 1 d'une part qui mentionne des missions sociales exercées également par les établissements de santé et l'article 118 d'autre part qui aborde les objectifs des agences régionales de santé jugés à la fois "de politique de santé" (L. 1411-1 du CSP) et "de l'action sociale et médico-sociale" (L. 116-1 et L. 116-2 du CASF). La loi HPST vise, à terme, à une qualité des soins accentuée et à une accessibilité à tous, répondant à l'ensemble des besoins de santé.

⁵⁶ *L'articulation du sanitaire et du social*, par Marcel Jaeger, DUNOD 2012

⁵⁷ Idem

⁵⁸ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁵⁹ Loi HPST, publiée au Journal Officiel le 22 juillet 2009, consultable sur le site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

⁶⁰ Ibid 56

2. Un changement positif

2.1. Une demande sociale à prendre en compte

Comme a pu me le souligner Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et en EHPAD depuis plus de vingt ans, le public accueilli est globalement de plus en plus dépendant et, de ce fait, les demandes des résidents évoluent en fonction du contexte sociétal. Quand une personne âgée entre en institution, c'est pour elle synonyme d'un "changement social"⁶¹, dans la mesure où ses habitudes se modifient (sans que ce soit à elle de s'adapter mais aux professionnels). La perte de ses repères est souvent au centre des préoccupations. La demande, qu'elle soit claire ou plus implicite doit être interprétée par les personnes de son entourage, parce qu'elle est à la base du projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Les demandes d'ordre financier, matériel ou fonctionnel peuvent et doivent donc être perçues par l'ensemble de l'équipe de l'établissement pour que des moyens soient ensuite mis en œuvre afin d'y répondre de manière sereine et durable.

C'est en ce sens que la demande sociale est à prendre en compte par tous. Pour mieux satisfaire ce projet d'accompagnement, les professionnels peuvent, lors de réunions, faire part du contenu des entretiens (programmés ou informels), qu'ils ont pu avoir avec un sujet âgé et dépendant. C'est ainsi que cette forme de coopération mènera à un bien-vieillir convenable chez le résident dépendant, ce dernier éprouvant un certain soulagement face à ses craintes et attentes.

Lors d'un stage en EHPAD, j'ai observé la difficulté de percevoir cette demande avec un sujet dépendant. En raison des pathologies dont il était atteint, celui-ci essayait de me transmettre un message que je n'ai pas su interpréter. De fait, j'ai répondu par la communication non verbale (un toucher au lieu d'une parole), avant d'appeler mon tuteur pour lui relater la situation. Lorsque la demande explicite n'est pas verbale, la relation avec la personne âgée est d'autant plus complexe⁶². Pourtant, en gérontologie sociale, la demande est l'un des piliers de la relation avec le sujet âgé, en construction permanente.

2.2. Une coopération dans un but commun : l'intérêt de la personne âgée dépendante

L'idée de "coopérer" renvoie à l'idée de "travailler ensemble" abordée dans la loi du 2 janvier 2002. On peut envisager de nombreux synonymes pour tenter de définir la coopération, chacun avec sa nuance : collaborer, contribuer ou encore participer... Mais pour le sociologue Richard Vercauteren, la coopération est avant tout "un principe d'action qui définit la nouvelle conception

⁶¹ *L'animation des personnes âgées en institution*, par Philippe Crône, ELSEVIER-MASSON 2010

⁶² *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillesse et vieillissement*, par R. Vercauteren, ERES 2010

des équipes en recherche aujourd'hui d'un sens à leur travail dans un contexte pluridisciplinaire⁶³. De façon plus concrète, on pourrait expliquer la coopération par le *faire avec*. En d'autres termes, on fait avec son collègue ou avec un bénévole, pour l'Autre, en l'occurrence pour la personne âgée.

Dans l'animation en institution, on peut s'interroger sur les bienfaits de cette coopération pour les individus âgés dépendants et éventuellement pour les personnes qui les entourent. Comme il a été dit précédemment, lorsque la personne âgée entre en structure, c'est qu'elle n'est plus capable de s'assumer seule. Les principaux objectifs des accompagnants seront alors de lui rendre son autonomie au maximum et de l'amener à créer du lien social, tout en satisfaisant l'ensemble de ses demandes. Le professionnel, quel qu'il soit, a pour mission de remplir cette requête par des animations collectives ou des moments plus privilégiés. Comme la personne âgée ne choisit pas forcément les moments pour dire ce qu'elle a sur le cœur, un jour, un animateur sera son interlocuteur, et la fois suivante, ce sera peut-être une aide-soignante. C'est la raison pour laquelle la coopération est nécessaire, dans l'intérêt de la personne dépendante et allant dans un sens positif pour la suite de son séjour en institution, voire de sa fin de vie.

De plus, la solitude prédomine souvent chez les nouveaux arrivants en structure. Pour Yves Lucas, bénévole en EHPAD, il s'agit d'une "ennemie sournoise et permanente"⁶⁴. Il ajoute que "toute forme d'action positive, voire simplement de présence est un bienfait pour le résident". L'animation revêt donc un aspect thérapeutique dans la mesure où c'est un changement pour un bien chez le sujet dépendant. Mais on constate aussi des bienfaits chez les personnes qui l'entourent puisque "le bien-être de ce dernier rejailit peu ou prou sur [le] comportement [de] ceux qui l'entourent, en l'occurrence plus particulièrement le personnel de l'établissement"⁶⁵. La personne âgée sera d'autant plus satisfaite de l'animation si les intervenants y mettent tous leurs aptitudes, implication et énergie tous ensemble. Ce bien-être sera reflété chez l'animateur ou tout autre intervenant, traduit par un sentiment de satisfaction voire de fierté d'avoir accompli sa mission.

2.3. Un succès néanmoins relatif : encore des divergences aujourd'hui

Pour Pierre Gauthier, directeur de l'UNAFORIS (Union Nationale des Associations de Formation et de Recherche en Intervention Sociale), même si les champs du sanitaire et du social se sont progressivement désenclavés et aspirent à un partenariat pour la personne âgée, il existe deux

⁶³ *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillesse et vieillissement*, par R. Vercauteren, ERES 2010

⁶⁴ Entretien avec Yves Lucas, bénévole à l'EHPAD "Résidence Beausoleil", samedi 19 avril

⁶⁵ Idem

mondes avec "six spécificités incontournables"⁶⁶.

En premier lieu et pour lui, le secteur hospitalier serait excédentaire en lits, surtout en psychiatrie, alors que le secteur social serait en "déficit qualitatif et quantitatif". Ensuite, après la décentralisation, les collectivités locales se seraient davantage investies dans le social alors que le sanitaire relève de l'Etat. De plus, le secteur hospitalier représenterait une part huit fois plus importante dans les dépenses publiques. Le domaine social et médico-social serait géré principalement par des associations (hors personnes âgées) alors que ce n'est pas le cas du sanitaire. Une autre différence réside dans le mode de prise en charge et des pratiques : d'un côté une médicalisation sur moyen terme, de l'autre une socialisation sur long terme et enfin une différenciation opérée dans les "modalités d'autorisation".

Des disparités sont donc encore visibles entre le champ du social et celui du sanitaire, autant sur la dimension fonctionnelle que financière et politique.

L'arrivée de l'animation dans les institutions pour personnes âgées et dépendantes ne s'est pas faite en un jour. Elle s'est constituée en un long processus, avec une multitude de législations mais surtout une grande volonté collective qui ont notamment mené à une mise en place progressive de l'animation thérapeutique dans les établissements. C'est également un cheminement des mentalités et des comportements qui a permis un tel accompagnement du sujet âgé dépendant aujourd'hui : on est passé du vieillard en hospice à un individu plus ou moins autonome, consommateur et citoyen. La personne âgée dépendante est désormais au cœur des projets conduits dans les structures puisque les actions menées sont dirigées dans son seul intérêt. La question est aussi de pouvoir appréhender et interpréter au mieux les relations entre acteurs du champ gérontologique (professionnels, bénévoles) et les premiers concernés, les résidents. Les nombreux acteurs qui coopèrent avec la personne âgée rencontrent parfois des obstacles dans la relation avec elle. La question est de déterminer si ces difficultés auront des répercussions sur la qualité de l'intervention sociale auprès du sujet âgé.

⁶⁶ "Réforme de la loi de 1975", *Travail social actualités*, n°721, par Pierre Gauthier, in *L'articulation du sanitaire et du social*, par Marcel Jaeger, DUNOD 2012

DEUXIEME PARTIE

Enquête sur une interaction : quels comportements adopter
pour une intervention sociale de qualité ?

II - Enquête sur une interaction : quels comportements adopter pour une intervention sociale de qualité ?

A. Une pluralité d'acteurs en interaction dans le projet commun

1. Les acteurs permanents : l'équipe restreinte⁶⁷

Selon R.Vercauteren et B.Hervy, ces professionnels agissent "continuellement ou épisodiquement" dans l'animation. Elles sont des personnes ressources pour lesquelles il faut repérer des compétences. L'équipe restreinte correspond aux membres de l'équipe qui opèrent au quotidien dans l'établissement.

1.1. Le corps médical : infirmiers et aides-soignants

Les aides-soignants sont sous la responsabilité de l'infirmier (ou infirmier coordonnateur s'il existe) de la structure dans laquelle ils pratiquent leur activité. Concernant les EHPAD, ils appartiennent à la catégorie "personnel de soins" et représentent souvent la plus grande partie des membres de l'équipe. Avant les années 2000, il y avait un amalgame entre les aides-soignants et les agents de service hospitaliers (ASH), pouvant être expliqué par l'échelle des salaires et les compétences de chacun sont totalement distinctes. Par ailleurs, certains établissements demandent parfois aux aides-soignants d'avoir des compétences en animation, sans les avoir acquises ni même y avoir été formé⁶⁸. On peut l'entendre comme une évolution des EHPAD mais également comme une difficulté à situer ce statut dans le secteur médico-social. Néanmoins, certains aides-soignants, comme Sylvie Castro, conservent une vision de l'animation ancrée dans l'occupationnel : "L'animation, c'est pouvoir les occuper, leur donner du temps⁶⁹". Les agents de services hospitaliers sont eux aussi polyvalents. Au-delà de leurs responsabilités de propreté des locaux, ils peuvent être appelés à animer. Ils sont parfois considérés comme des "agents d'accompagnement" et adoptent une approche centrée sur la personne. Comme leur nom l'indique, ils sont également présents pour *rendre des services*.

Les infirmiers coordonnent davantage les opérations médicales effectuées en établissement et s'intègrent moins dans l'animation. Néanmoins, ces deux types de professionnels interviennent

⁶⁷ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par B. Hervy et R. Vercauteren, ERES 2011

⁶⁸ *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*, par R. Vercauteren, ERES 2010

⁶⁹ Entretien avec Sylvie Castro, aide-soignante au foyer-logement "Résidence d'Automne" à Cesson-Sévigné (35), le 7 mars 2014

plus dans l'animation dite "intégrée", naturelle, celle de tous les jours qui donne une âme à la structure. Les aides-soignants jouent sur les deux tableaux puisqu'ils sont parfois sollicités à l'animation "intégrante", celle pour laquelle les résidents participent à des activités agencées. Toutefois, il faut savoir faire la différence entre choix et obligations. Effectivement, comme le dit Liliane Poitrine dans un de ses ouvrages, les soignants peuvent "participer au choix des animations en fonction des souhaits et des capacités de chacun, et assurer les animations de proximité⁷⁰". Pour elle, participer aux animations peut être envisageable lorsque c'est compatible avec ses obligations de soins, devant être assurées en premier lieu. De plus, les soins infirmiers s'insèrent naturellement dans l'animation si l'on admet que "soigner en gérontologie, c'est donner à la vieillesse un supplément d'âme⁷¹..."

1.2. La direction : directeur et secrétaire

Comme a pu le signaler Laurent Derout lors de mon travail de recherche, la direction a souvent un rôle de "soutien et de collaborateur pour la construction de projets⁷²". En tant que directeur, son rôle est également de "fédérer ou d'harmoniser l'environnement de son établissement avec les différents acteurs⁷³". Son statut lui doit d'intervenir dans une dimension financière mais aussi sociale. Aujourd'hui, on parle beaucoup de *management* et c'est vrai que les établissements doivent trouver des moyens pour permettre un travail commun entre le médical et le social : cette tâche est du ressort du directeur. C'est aussi lui qui, avec l'aide des autres membres de l'équipe, va permettre une ouverture de la structure sur le monde extérieur. Un exemple : les rencontres intergénérationnelles, très à la mode actuellement, qui inscrivent ainsi l'établissement dans un territoire, tout en défendant l'identité des personnes âgées dépendantes.

L'aspect financier a semblé considérable à ses yeux lorsqu'il m'a expliqué son rôle dans l'établissement. Il fonctionne beaucoup avec la secrétaire même si les fonctions diffèrent. Un système de "porte ouverte" est d'ailleurs marqué dans de nombreux établissements. En terme d'animation, la direction est souvent présente pour travailler avec l'équipe d'animation pour organiser ensemble le projet d'animation. C'est à la direction de gérer le matériel, le budget et les demandes d'achat. C'est pourquoi Mr Derout a aussi souligné l'importance d'une "communication omniprésente" entre les membres d'une équipe, décisive pour un bon déroulement de l'animation et

⁷⁰ *L'animation en institutions gérontologiques*, par Liliane Poitrine (spécialiste de la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier), BERGER-LEVRAULT 2009

⁷¹ Extrait de l'article "Soins infirmiers et animation en gérontologie", *Objectif soins* n°9, janvier 1993, in *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par B. Hervy et R. Vercauteren, ERES 2011

⁷² Entretien avec Laurent Derout, directeur d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et dépendantes à Cesson-Sévigné (35), le 13 mars 2014

⁷³ *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*, par R. Vercauteren, ERES 2010

un bon fonctionnement global dans l'institution. Le directeur et la secrétaire interviennent davantage dans ce qui relève de l'animation intégrée et occasionnellement de l'animation intégrante, notamment lors de grands événements réunissant l'ensemble des résidents. C'est alors un moyen pour eux de se rendre compte de la vie de leur établissement et l'image qui peut ainsi en ressortir.

1.3. L'animation : animateurs et aides médico-psychologiques (AMP)

Les AMP et les animateurs sont les professionnels privilégiés en matière d'animation. Ils constituent des membres à part entière dans l'équipe restreinte, malgré la faible reconnaissance du statut de l'animateur à ses débuts, dans une organisation basée sur le soin. Malgré tout, les deux ne doivent pas être confondus pour autant ; l'un (AMP) agit plus à un niveau interpersonnel⁷⁴, en individuel tandis que l'autre agit davantage dans le sens d'une coordination sociale. La présence d'animateurs et/ou d'AMP dans les établissements s'inscrit dans les choix du directeur et dépend très largement des capacités financières et budgétaire de la structure en question.

Les AMP se consacrent au soin des sujets dépendants psychologiquement et/ou physiquement. On a souvent du mal à les situer entre médical et social. L'AMP est apparu en EHPAD à partir de s années 2000, pour un accompagnement souvent individualisé en matière d'autonomie, de vie quotidienne et d'équilibre psychologique. Cette nouveauté dans les EHPAD a ainsi permis une diversification du personnel, pour encore mieux satisfaire les besoins des résidents et proposer des solutions adaptées à chacun.

Pour Liliane Poitrine, le rôle de l'animateur est de répondre "efficacement, de manière adaptée et personnalisée à un mieux-être physique, psychique et social des résidents"⁷⁵. Il accompagne aussi bien dans le quotidien que dans des moments plus collectifs. Elle ajoute que la responsabilité de celui-ci est également de "fédérer les équipes autour d'un projet pour la qualité de vie des résidents". En repensant à mon stage, j'ai un exemple qui me vient immédiatement à l'idée : une sortie à la campagne avec des résidents très dépendants. Nous sommes partis avec un animateur, une stagiaire et une aide-soignante pour huit résidents. Même si mon tuteur a une formation d'animateur-soignant, il a fait appel à une aide-soignante, afin qu'elle puisse, elle aussi, exercer sa profession hors du cadre institutionnel. C'est aussi un moyen pour les résidents de profiter des trois référents que nous étions, s'ils désirent passer un moment privilégié avec l'un d'entre nous, les personnes âgées dépendantes se livrant souvent plus facilement en petits groupe. C'est peut-être

⁷⁴ Module M228 "le groupe et ses enjeux", par Mr Antoine Raveneau

⁷⁵ *L'animation en institutions gérontologiques*, par Liliane Poitrine, BERGER-LEVRAULT 2009

la raison pour laquelle Liliane Poitrine insiste sur le fait que l'animateur est "partenaire des projets de soins", son dynamisme lui vaut de plus le titre de "porteur de l'image de l'établissement".

L'auteur Philippe Crône, dans son ouvrage *L'animation des personnes âgées en institution*, dénombre pas moins de six règles d'or à respecter en matière d'attitudes relationnelles : le respect (âge, confidentialité, ...), la disponibilité (métier basé sur l'écoute), l'enjouement, la patience, la stimulation (différent de l'obligation). On ne doit pas forcer le sujet dépendant à participer à une activité. S'il s'y oppose, c'est qu'il a ses raisons : soit il n'est pas intéressé, soit il n'est pas prêt à braver le groupe. La dernière de ces règles concerne la notion d'humilité : "notre travail est l'émergence de la parole mais cette parole ne nous appartient pas. L'histoire d'un résident ne doit pas m'intéresser comme une information mais comme l'expression de son ressenti", raconte l'auteur. On peut donc interpréter cette phrase comme le fait d'accepter le résident et son histoire tels qu'ils sont. Ce qu'il nous rapporte doit venir de lui et allant dans le sens d'un changement bénéfique pour lui. Ce n'est pas à nous de jouer le discoureur, on doit préférer agir dans l'intérêt de la personne dépendante.

Dans beaucoup d'établissements, il arrive que toute l'équipe soit réunie pour des grands événements. C'est le cas de la Résidence Sainte-Eugénie (Pyrénées-Orientales) où chacun est sollicité pour apporter "son opinion, ses idées et expériences et détient des missions qui lui sont propres"⁷⁶. Un tel exemple, encore inconcevable il y a quelques temps, montre bien le changement de conceptions et de pratiques de l'animation et de la vie sociale. Une aide-soignante ajoute d'ailleurs que l'animation avec le reste de l'équipe est pour elle un moment qui la "change du soin, [...] ils nous voient différemment, et cela m'apporte de la fierté, c'est un plus pour moi"⁷⁷. Liza Bousquet affirme par ailleurs que ce genre d'animation est "indispensable et les bénéfices sont nombreux [...] pour l'équipe, les résidents et leurs familles". En ce sens, on peut donc dire que l'animation en équipe pluridisciplinaire est bénéfique pour chacun des participants. L'article reprend même l'idée que ne confier l'animation qu'à l'animateur serait en fait "une dérive", puisqu'une fois l'animateur absent, "la maison se rendort"⁷⁸ nous dit Lisa Bousquet, et malheureusement on se repose parfois trop sur lui.

La pluridisciplinarité, apparue avec les réseaux, rejoint l'idée de l'interprofessionnalité pour R. Vercauteren, mais une conceptualisation plus floue s'en dégage. En effet, la notion de "discipline"

⁷⁶ "L'animation et la vie sociale en équipe pluridisciplinaire" par Liza Bousquet, in *Doc' Animation en Gérontologie*, n°41, novembre-décembre 2013

⁷⁷ *L'animation en institutions gérontologiques*, par Liliane Poitrine, BERGER-LEVRAULT 2009

⁷⁸ Idem

arbore des contours "larges et imprécis"⁷⁹, en parallèle d'un métier bien déterminé. Néanmoins, l'idée qui en ressort reste la même : une pratique coopérative entre professionnels. Dans un travail pluridisciplinaire, l'écoute et la communication sont des paramètres essentiels pour une intervention sociale de qualité auprès de la personne âgée dépendante. De ce fait, la réunion du sanitaire et du social dans l'animation ne serait que bénéfique pour le bien-être du résident tant que l'interaction, entendre l'action simultanée des acteurs, respecte ces fameux critères.

Au-delà du mythe, on voit aujourd'hui que le travail en équipe semble indispensable pour une bonne qualité d'intervention auprès du résident, du moins convenable car une bonne qualité d'intervention serait difficile à traduire. Quand il s'agit d'une démarche collective, l'animation peut autant être du ressort d'un "spécialiste" (l'animateur) que d'un "faisant-fonction" (infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, ...) ou encore d'un "amateur"⁸⁰ (bénévole). Surtout dans un cadre politico-économique où polyvalence et flexibilité sont les maîtres mots, notamment dans des structures avec des faibles effectifs.

2. Les acteurs ponctuels : l'équipe élargie⁸¹

Les auteurs de l'ouvrage *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées* insistent sur le fait que ce type d'acteurs vient de l'extérieur et intervient ponctuellement. C'est pourquoi ils sont plutôt qualifiés d' "aidants" que d' "agissants" dans la mesure où ils interfèrent en complément de l'équipe restreinte. Tous les acteurs ponctuels, mais plus particulièrement les bénévoles, organisent leur action dans le cadre d'amener un "souffle de l'extérieur"⁸².

2.1. La famille et les amis

Dans la plupart des cas, le premier contact avec la famille et les proches a lieu lors de l'entrée de la personne dépendante dans l'établissement. C'est à ce moment-là que l'équipe va se rendre compte de l'implication de la famille dans l'intégration de leur aïeule dans son nouveau lieu de vie . Soit un sentiment de culpabilité vis-à-vis du parent se dégage de ce premier entretien, soit au contraire un esprit de laisser-aller, d'indifférence vis-à-vis de la personne âgée admise en établissement spécialisé. C'est aussi à ce moment T que les professionnels s'apercevront du travail envisageable avec la famille dans l'animation et la vie sociale de l'établissement. C'est en comprenant

⁷⁹ *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*, par R. Vercauteren, ERES 2010

⁸⁰ Rapport "La fonction d'animateur en maison de retraite, le cas des établissements des Pays de la Loire", par Véronique Melquiond, mars 2004

⁸¹ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy , ERES 2011

⁸² Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

les relations sociales entre le résident et ses proches qu'on pourra éventuellement intégrer la famille dans une démarche d'animation.

La famille et le réseau d'amis (souvent limité à cet âge avancé) jouent un rôle prépondérant dans la lutte contre l'isolement de leur proche, désormais en institution. C'est d'abord par les visites qu'il reçoit que l'adaptation à un nouveau cadre de vie sera possible, et ce, dans les meilleurs conditions. Le résident gardera des contacts avec l'extérieur et en même temps, il sera sollicité à l'animation intra-structurelle. D'autre part, il arrive que l'équipe fasse appel aux familles pour certaines activités, de façon occasionnelle. Cette participation peut s'inscrire dans le projet institutionnel ou dans le projet d'animation. La relation triangulaire entre le résident, la structure et la famille sera alors d'autant plus privilégiée et les rapports intrafamiliaux se poursuivront pour le bien-être de tous. L'implication des familles répond à divers objectifs tels que "dépasser le sentiment de culpabilité concernant l'échec du maintien à domicile⁸³". C'est également donner une autre image de l'établissement aux familles en les invitant à participer aux différentes activités de la structure. Cette responsabilité peut encore être assurée par le voisinage lorsque la famille est loin géographiquement ou lorsque les liens sont distendus. L'important, c'est de garder contact avec l'extérieur.

Il arrive pour certains enfants de résidents de passer du statut de proche à celui de bénévole. Ce fut le cas pour Yves Lucas qui intervient maintenant en EHPAD depuis plusieurs années. La décision est apparue évidente à ses yeux : sa mère a été accompagnée pendant trois ans et demi dans la Résidence "Beausoleil" (35). Mr Lucas a observé un "état d'esprit remarquable⁸⁴" et c'est, explique-t-il, ce qui l'a poussé à devenir bénévole dans l'établissement. Il faut savoir que les bénévoles sont des acteurs, certes ponctuels, mais relativement appréciés au sein des structures.

2.2. Les bénévoles et les associations

Les bénévoles et associations constituent un deuxième groupe de personnes en mesure d'apporter un "souffle de l'extérieur⁸⁵" aux résidents et ainsi de conserver un maximum de liens avec le monde qui les entoure.

Les associations sont souvent locales et relèvent de l'aspect culturel, artistique ou encore des loisirs. Il arrive régulièrement que les "clubs de retraités" des communes interviennent dans des établissements comme les EHPAD. C'est un partenariat qui permet aux équipes de favoriser la cohésion sociale dont on parle si souvent de nos jours. Les membres d'associations opèrent

⁸³ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy, ERES 2011

⁸⁴ Entretien avec Yves Lucas, bénévole à l'EHPAD "Résidence Beausoleil", samedi 19 avril

⁸⁵ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

ponctuellement, et la majeure partie du temps, dans un cadre plus individualisé ou en petits groupes. C'est notamment le cas lorsque des animations types "jeux de cartes" ou "atelier peinture" sont à l'ordre du jour. Au-delà des associations, les rencontres intergénérationnelles sont, elles aussi, une ouverture appréciée des résidents sur le monde extérieur. La diversification des partenariats conduit indéniablement à une multiplication des rapports sociaux pour la personne âgée dépendante et cet partenariat s'inscrit avant tout dans la lutte contre l'isolement de cette dernière.

Les bénévoles jouent également un rôle important dans l'animation. Le terme *bénévolat*, issu du latin *benevolus*, qui signifie "bonne volonté"⁸⁶ (*bene* : bien, et *volo* : je veux) dans le sens de vouloir du bien. On retrouve dans cette étymologie l'idée de donner à l'Autre, de donner de soi pour un Autre. Pour le Conseil économique et social, "est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial"⁸⁷. Les bénévoles proviennent d'associations ou sont de simples particuliers, sans lien de subordination juridique avec les institutions. Ils interviennent individuellement mais aussi collectivement, lors de grands événements par exemple. La présence de bénévoles permet à la fois de stimuler les résidents et d'entretenir une certaine convivialité dans l'établissement. Pour certains bénévoles c'est un moyen de "préparer leur vieillesse". Pour d'autres, c'est une marque de respect envers les anciens, témoins du passé⁸⁸.

Pour éviter les dérives, le statut du bénévole et les fonctions qui lui sont concédées doivent être clairement définis à l'arrivée de celui-ci dans la structure. Une des grandes caractéristiques des acteurs de l'animation est présente chez le bénévole : il doit se situer *à côté de*, et non pas *à la place de*, c'est pourquoi le bénévole n'est pas *dans* l'établissement mais il est *accueilli* en son sein⁸⁹. L'auteur accentue l'idée que le bénévole agit avec l'équipe restreinte. Les attentes des résidents seront satisfaites si le savoir-faire du bénévole complète le professionnalisme des autres acteurs. De plus, son attitude est basée sur une confiance mutuelle, tournée vers le résident et le personnel. En intervenant dans un établissement qui accueille des personnes âgées dépendantes, le bénévole devient collaborateur du personnel. Cette collaboration, si elle est clairement définie, ne posera aucun obstacle à une démarche de qualité et n'aura que de bonnes répercussions sur le sujet dépendant.

⁸⁶ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy, ERES 2011

⁸⁷ "Rapport au Conseil économique et social sur l'essor et l'avenir du bénévolat, facteur d'amélioration de la qualité de la vie", par Marie-Thérèse Cheroutre, juin 1989

⁸⁸ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

⁸⁹ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy, ERES 2011

B. Des entraves dans la relation avec la personne âgée dépendante

1. Plusieurs freins à une intervention sociale de qualité⁹⁰

1.1. L'existence ou non d'un projet commun

Beaucoup d'établissements fondent leur projet sans parfois même avoir interrogé tous les membres de l'équipe pour avoir leur avis. Il est primordial que tout le monde aille dans le même sens, prenne la même orientation même si cela doit faire barrage aux habitudes du quotidien. Corriger les habitudes, voilà donc un réel pari pour une intervention de qualité. Ce n'est pas chose aisée pour tous. En effet, il est parfois difficile pour les soignants de rompre avec le travail ritualisé, du quotidien, principalement rythmé par l'hygiène et les repas. Vercauteren et Hervy précisent sur ce point l'influence de l'ancienneté. Si la complémentarité et la coopération ont toujours été de mise dans la pratique professionnelle, et que l'ancienneté a été basée sur des complicités, alors les habitudes pourront évoluer dans un cheminement constructif pour chacun. Et en ce sens, le projet sera commun à tous les acteurs qui s'y prêtent et bénéfique autant pour les intervenants que pour la personne âgée dépendante. Mais il faut savoir que ce n'est pas toujours chose facile, certains soignants restant réticents à l'animation car ils n'en comprennent pas nécessairement la finalité. Une coopération n'est donc pas toujours envisageable si on adopte une telle attitude.

1.2. Des conflits bloquant l'équipe

Le second frein concerne l'éventuelle présence de heurts au sein de l'équipe. Ces conflits existent notamment parce qu'un ou des membres du personnel n'ont pas trouvé leur place et leur rôle dans le groupe, provoquant comme l'affirment les auteurs, "une grave crise identitaire". Ils prennent l'exemple d'une infirmière sortie d'école qui serait perdue, à défaut d'avoir trouvé le "malade" pour lequel elle aura été formée. La notion d'adaptation est récurrente en gérontologie. Même si certains pathologies sont communes à certains patients, tous ne sont pas traités de la même manière. Bien qu'à ne pas négliger, les conflits de personnes semblent dérisoires face aux conflits de rôles. Ces derniers reposent sur un travail sur soi et il est d'abord primordial de savoir se situer, et de déterminer la place de chaque acteur dans le cadre du projet d'animation. Cette question de conflits intra-équipe est plus omniprésente aujourd'hui. Effectivement, les animateurs qualifiés doivent désormais travailler avec des "faisant fonction", qui confondent l'animation et l'élaboration du projet d'établissement. Une situation ambiguë à partir de laquelle naissent de multiples conflits.

⁹⁰ Les sous-titres de cette partie sont repris de l'ouvrage de R. Vercauteren et B. Hervy, *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, ERES 2011

1.3. L'absence de recensement du potentiel des membres de l'équipe

Dans l'optique d'un travail commun pour le bien-être du résident, chacun des professionnels détient des compétences qui lui sont propres et il faut savoir les mettre à contribution. Avoir un rôle ne suffit plus, il faut que chacun se rende compte de ses propres capacités et savoir-faire, auxquels il doit faire appel pour la construction du projet d'animation. Il est d'ailleurs important de distinguer la fiche de mission et la fiche de poste, la complémentarité des deux permettant à des professionnels d'adhérer à certaines activités. La fiche de poste explique au salarié toutes les conditions et modalités de son statut et de son contrat, mais reste immuable au fil du temps. La fiche de mission décrit les objectifs mis en place par l'établissement auxquels le professionnel doit répondre par les moyens mis à sa disposition et par ses compétences.

1.4. Le manque de temps

Dans un contexte de restriction budgétaire, on peut aujourd'hui constater un manque de personnel dans de nombreux établissements médico-sociaux, en particulier ceux accueillant des sujets âgés dépendants. Cette carence joue un rôle dans le projet d'animation. Chacun reste à son poste et passe ses journées à effectuer des tâches techniques, sans nécessairement délaissier l'aspect relationnel. Chaque professionnel s'en tient au travail demandé par le directeur et la dimension sociale n'existe que si l'intervenant prend le temps de s'y consacrer. Ce dernier frein a des répercussions sur l'image que veut donner la direction de son établissement : une animation pendant le temps d'hygiène à connotation plus péjorative ou un temps de "structuration sociale de la personne"⁹¹ centré sur le bien-être du résident. La négligence de certains professionnels à propos de l'animation peut avoir des conséquences sur l'intégration sociale de la personne âgée dépendante. L'exemple type cité par les auteurs est celui d'une équipe qui critique continuellement les animateurs et qui considère qu'ils "passent leur temps à s'amuser"⁹², ce qui peut s'avérer être source de conflits.

2. D'autres obstacles altérant la qualité de cette intervention

2.1. La liberté accordée à l'animateur

La liberté octroyée à l'animateur dans le cadre de son travail est un élément qui m'a semblé important dans la bouche des acteurs que j'ai pu interroger. A l'EHPAD "Résidence Beausoleil", le directeur dit laisser "beaucoup de liberté"⁹³ aux animateurs dont il a la responsabilité et surtout pour

⁹¹ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy, ERES 2011

⁹² Idem

⁹³ Entretien avec Laurent Derout, directeur d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et dépendantes à Cesson-Sévigné (35), le 13 mars 2014

le projet d'animation. Cette liberté accordée à l'animateur va être considérée comme une chance par l'animateur. Philippe Hamon, animateur, confirme que cette liberté d'exercer, " de pouvoir discuter avec les soignants, cette liberté de passer du temps avec les résidents, cette liberté de gérer son temps et de mettre en place des activités⁹⁴" l'aide dans son travail. Pour lui, trop de dirigeants d'établissements imposent leurs opinions et leurs manières de faire. Des conclusions sont souvent vite tirées : l'exemple pris par Philippe Hamon est celui d'une animatrice qui, un jour, a emmené un groupe de résidents au supermarché. Sous la contrainte du directeur, ce n'était pas ce qu'elle avait projeté pour cet après-midi là ; résultat, un accident s'est produit et l'ensemble des résidents s'est retrouvé à l'hôpital. Les projets sont construits en équipe et nul accident ne devrait arriver si tout le monde s'est mis au préalable d'accord sur les orientations à suivre et sur les moyens d'y parvenir. L'animateur avec qui j'ai pu m'entretenir a d'ailleurs conclu sur le fait que "les directions d'établissements ont un grand rôle dans la manière dont les animateurs interviennent et comment les équipes vont gérer cette animation⁹⁵". La liberté accordée peut également être synonyme de confiance en son personnel et permet aux animateurs de conserver une certaine motivation dans leur pratique professionnelle et ainsi de pouvoir concrétiser des projets.

2.2. Les conditions financières et budgétaires de la structure

La situation financière de l'établissement peut être un frein à une intervention sociale de qualité, et ce en plusieurs points. D'abord concernant l'aspect pratique, la gestion du matériel : tous les établissements n'ont pas les mêmes disponibilités dans leur trésorerie et c'est une caractéristique essentiel ayant des répercussions sur la qualité de l'animation. On peut supposer qu'avec des disponibilités financières peu élevées, rien qu'au niveau du matériel, les animations seront restreintes. Un établissement qui propose des activités (au sens de l'animation intégrante) diversifiées, tout au long de la semaine, telles que le réveil musculaire ou des ateliers manuels et de mémoire, aura une meilleure image que celui offrant moins de services. De surcroît, la demande d'admission pour la première structure sera sans doute plus élevée que pour la seconde.

De plus, les disponibilités financières et budgétaires de chaque établissement déterminent bien souvent la formation de l'équipe. Si certains postes d'animateurs, d'infirmiers ou d'aides-soignants sont inscrits comme obligatoires dans les conventions collectives d'établissements, la présence de bénévoles, et notamment leur nombre, est du ressort du responsable de la structure. Certains directeurs d'établissements feront plus appel à des bénévoles qu'à un animateur

⁹⁴ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

⁹⁵ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

professionnel supplémentaire pour une raison de coût. Un bénévole, par définition, ne perçoit aucune contrepartie financière en échange de son service contrairement à l'animateur. De nombreux salariés se questionnent : pourquoi ne pas recruter un second animateur ou un AMP là où il n'y en a qu'un, un emploi serait ainsi créé ? Pourquoi garder des bénévoles qui s'approprient la place des professionnels ? Le débat reste d'actualité en période de crise économique.

2.3. L'évaluation de l'animation

On peut voir l'évaluation de l'animation à la fois d'un regard positif mais aussi d'un point de vue plus contrasté en mentionnant des aspects plus néfastes. A l'issue de certaines activités, les animateurs sont tenus d'établir des rapports d'animation gérontologique annuels. C'est une manière pour eux et pour les responsables d'établissements de se rendre compte du déroulement des activités, de ce qui fonctionne bien et de ce qu'on pourrait améliorer. Cette évaluation est à la fois qualitative et quantitative. Dans un premier temps, on estime l'évaluation comme qualitative dans la mesure où elle rejoint pour Liliane Poitrine, la qualité de vie. L'auteur définit d'ailleurs cette notion comme "la faculté de vivre en adéquation évolutive avec son milieu socioculturel"⁹⁶. En d'autres termes, on doit comprendre que l'animation mise en place par l'établissement doit profiter au résident et lui permettre de s'épanouir dans un monde qu'il a choisi. On ne peut pas penser que c'est au résident de s'adapter à l'environnement dans lequel il évolue désormais. L'évaluation qualitative doit donc satisfaire les attentes des résidents, en n'oubliant pas de répondre aux objectifs prédéfinis dans les divers projets. Pour ce type d'évaluation, on ne trouve que des avantages puisqu'elle n'apporte que des améliorations à la qualité de vie des résidents. L'évaluation qualitative est discutée lors des réunions de groupe.

Quant à l'évaluation quantitative, elle peut être sujette à des dissonances. Pour Liliane Poitrine, "la tentation est grande de vouloir faire *du chiffre* au détriment du sens"⁹⁷. On s'est peu à peu rendu compte que l'animation pouvait être thérapeutique alors on pratique l'animation en institutions pour personnes âgées dépendantes. On le fait aussi parce qu'indiqué dans les conventions et dans les projets, mais également pour montrer une image positive de l'établissement. Certaines structures en font peut-être *beaucoup* mais le font-elles vraiment *bien* ? Là est le cœur du problème et la question reste encore aujourd'hui ouverte. La relation avec le résident est-elle réellement au rendez-vous, ses attentes sont-elles satisfaites, les résultats sont-ils probants ? C'est pourquoi on interroge les résidents eux-mêmes étant les premiers concernés : leur avis est à prendre en compte avant n'importe quel autre. L'évaluation est réalisée à un moment donné et les

⁹⁶ *L'animation en institutions gérontologiques*, par Liliane Poitrine, BERGER-LEVRAULT 2009

⁹⁷ Idem

conclusions ne seront pas les mêmes à la prochaine évaluation, elles ne sont donc pas comparables entre elles. Les résultats ne pourront qu'être meilleurs à la prochaine évaluation sur une activité précisée. On ne doit pas non plus oublier que l'évaluation est une charge de travail supplémentaire pour l'animateur (d'où là encore la nécessité de lui accorder une liberté d'autogestion), possible source de stress mais qui ne doit, en aucun cas, interférer dans la relation avec la personne âgée dépendante. L'animateur doit prendre un temps pour faire son rapport. Que les leçons tirées soient bonnes ou mauvaises, il ne peut pas se permettre de laisser apparaître ses opinions donc il doit modifier son comportement parce que cela pourrait détériorer sa relation avec le sujet dépendant. Il ne doit pas y avoir de reconversion psychosomatique possible. Dans ce cas, ce serait synonyme d'une conduite inappropriée envers le résident.

2.4. L'épuisement professionnel

Les situations de travail ne sont pas toujours bien vécues par les professionnels et l'épuisement professionnel (ou *burnout*) qui peut en découler, se manifeste sous la forme d'une fragilisation à la fois physiologique et psychologique des acteurs⁹⁸. Les conséquences se caractérisent souvent par la perte de sens du travail mais les causes sont multiples : non-reconnaissance du statut, non-valorisation des compétences, absence de projet collectif, conflits institutionnels, contexte socio-économique actuel, deuil, état de stress ou situation de crises devenues ingérables. La pratique professionnelle devenue une assuétude peut également faire partie des origines de l'épuisement professionnel. D'un point de vue plus personnel, l'utopique guérison des maux de la vieillesse vient contrecarrer le désir de *bien faire*, et l'image pénible que le professionnel conserve du vieillissement ne font qu'en rajouter. Ainsi, suite à ces nombreux facteurs, le sentiment d'accomplissement personnel et professionnel va s'estomper et la motivation en même temps. Une volonté moindre qui pourra donc avoir des conséquences dans la relation avec la personne âgée dépendante. La susceptibilité chronique sera par exemple mise à rude épreuve et les relations résidents-professionnels peuvent se détériorer.

Jean-Jacques Amyot, psychosociologue, soumet d'établir dans ce cas un diagnostic de la situation qui se résume en trois types de prévention. Tout d'abord, une prévention primaire consistant à accommoder "l'environnement matériel et humain"⁹⁹ pour mieux répondre aux ambitions des professionnels. Cette prévention primaire passe, entre autres, par plus de communication dans les équipes, un travail collectif et une redéfinition des missions, le but étant de restituer cette motivation aux acteurs. La prévention secondaire relève d'une dimension davantage

⁹⁸ *Travailler auprès des personnes âgées*, DUNOD 2008, par J-J. Amyot

⁹⁹ Idem

psychologique : savoir admettre ses limites, remodeler son emploi du temps pour moins de contraintes, développer des relations extra-professionnelles, demander un bilan de compétences,... Enfin la prévention tertiaire apparaît lorsque l'épuisement est déjà présent. Des solutions alternatives sont proposées pour tenter de pallier ce syndrome : consultation médicale, thérapie spécifique, réaménagement du poste de travail. En fait, l'épuisement professionnel est une problématique qu'on retrouve dans de nombreux secteurs d'emploi, et qu'il faut prendre au sérieux. Dans le secteur gérontologique, il serait même aujourd'hui question de "soigner ses soignants"¹⁰⁰ pour éviter l'épuisement professionnel. On peut donc s'interroger sur l'épuisement professionnel comme étant un indice de désapprobation du système d'accompagnement des sujets âgés dépendants chez les professionnels du secteur : l'épuisement professionnel serait-il un présage du mécontentement des intervenants d'aujourd'hui concernant les modalités de *prise en charge* des personnes âgées dépendantes ?

C. Des réponses avec lesquelles il faut rester vigilant

1. Être bénévole, une fonction bien spécifique

1.1. La Charte des bénévoles et le triangle de communication

Comme on l'a constaté précédemment, le bénévole est un membre essentiel dans l'établissement. Une fois décidé à devenir bénévole, l'intervenant extérieur doit avant tout s'entretenir avec des professionnels et signer une charte. Des outils formels comme cette charte et d'autres plus informels comme le triangle de communication régissent le statut du bénévole et font en sorte que les relations avec les professionnels et avec les résidents se passent pour le mieux.

La Charte du bénévole est un document qui doit être signé par chacun des intervenants extérieurs qui désire pratiquer une activité bénévole. Comme l'ensemble des chartes, la Charte du bénévole est un document formel qui existe dans chaque établissement médico-social pour personnes âgées dépendantes, mais sans valeur juridique¹⁰¹. Une fois l'entretien avec un animateur ou un directeur effectué et la Charte signée, le bénévole sait à quoi il s'engage, il doit la respecter et s'il y a une dérive par rapport au respect de cette Charte, une réunion avec la direction est souvent organisée. En général, aucun des directeurs de structures n'admet que "quelqu'un dépasse ou ne respecte le travail des professionnels"¹⁰². Lorsque se produit un incident, il faut tout de suite réagir et ne pas laisser perdurer, ce serait un risque supplémentaire de dégradation des relations autant avec l'équipe qu'avec le résident. Il est nécessaire de recadrer tout de suite le bénévole dans son

¹⁰⁰ *Travailler auprès des personnes âgées*, DUNOD 2008, par J.-J. Amyot

¹⁰¹ Comme exemple décrit en Annexe 3

¹⁰² Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

environnement, lui rappeler sa mission en faisant à nouveau référence à cette fameuse Charte du bénévole. Cette dernière étant basée sur le respect d'un certain nombre de principes, il est ainsi facile pour l'équipe de rediscuter avec le bénévole et d'harmoniser la situation de façon légitime. Selon les établissements, le bénévole n'a pas toujours la possibilité de choisir une activité précise. Par exemple, à l'EHPAD Beausoleil (35), la Charte du bénévole offre au résident le choix de l'activité à laquelle il désire collaborer. En revanche ce n'est pas le cas de certaines structures des Pays de la Loire. Comme le regrette un directeur, "le problème avec les bénévoles, un peu comme avec les stagiaires : je les gère directement, je ne peux pas déléguer le choix ou les fonctions qu'ils vont occuper¹⁰³".

Le bénévole, en tant que personne extérieure à l'établissement, doit se présenter comme un soutien pour l'animateur avec qui il partage beaucoup. Pour les résidents, le bénévole est une présence, un contact complémentaire avec le monde extérieur.

La communication est plus que précieuse et doit même être omniprésente entre tous les acteurs qui opèrent autour et avec la personne âgée dépendante. Liliane Poitrine dans son ouvrage *L'animation en institutions gérontologiques* fait référence au second instrument : "le triangle de communication" mis en place pour corriger les potentiels défauts dans l'attitude du bénévole et favoriser échanges entre les différents acteurs. Le triangle de communication est présenté comme suit :

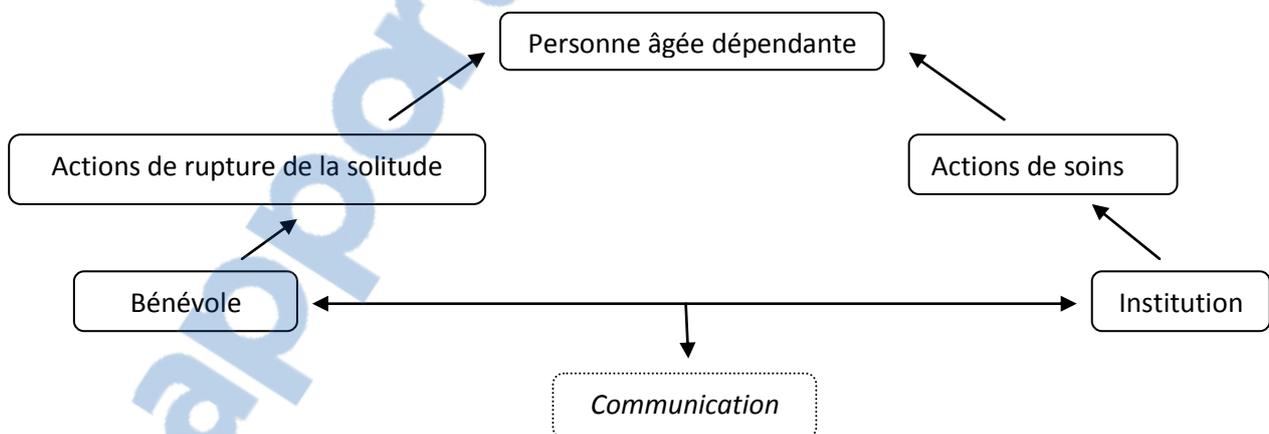


FIGURE 3 : TRIANGLE DE COMMUNICATION, LILIANE POITRINE

Ce schéma illustre l'action complémentaire du bénévole voulue par nombre d'équipes. La principale motivation du bénévole est alors de donner un sens à la vie au résident, en luttant contre la solitude et en amplifiant ses rapports sociaux. L'auteur accentue le fait d'être à l'écoute, semblable

¹⁰³ Rapport "La fonction d'animateur en maison de retraite, le cas des établissements des Pays de la Loire", par Véronique Melquiond, mars 2004

aux autres professionnels, tout comme le non-jugement (qui rejoint sur ce point la Charte du bénévole). Elle ajoute par ailleurs que le bénévole doit "chercher à comprendre certaines situations, [établir un travail de réflexion] et être entièrement désintéressé." En d'autres termes, le bénévole doit se montrer serviable sans *profiter* de la situation et savoir sélectionner les confidences qui lui sont faites. Par ces deux outils, le bénévole sera aidé dans sa mission et son statut sera protégé. En contrepartie, il doit respecter certaines sujétions dans l'optique d'une qualité d'intervention idéale.

1.2. La formation, un phénomène en progression

1.2.1. La formation : où et pourquoi ?

En tant qu'intervenants extérieurs, les bénévoles s'engagent avant tout pour leur "bonne volonté"¹⁰⁴. Mais beaucoup de professionnels, autant animateurs que directeurs, s'accordent à dire que cela n'est pas suffisant. Il peut arriver que cette bonne volonté soit vite dépassée par des événements externes à la situation ou l'absence d'un cadre d'intervention défini au préalable. Cette bonne volonté n'est alors plus suffisante. On entend aujourd'hui parler de la formation des bénévoles, c'est un enjeu dans la relation avec la personne âgée dépendante. Si un bénévole est formé, la qualité d'intervention auprès de l'équipe et du résident sera-t-elle identique ? Certainement pas : elle sera différente et les rapports échangés seront eux aussi corrigés. La formation semble donc être une bonne chose. Philippe Hamon, animateur, est de cet avis : "aller voir ailleurs qu'au sein de l'établissement où on intervient, c'est forcément un plus. On réfléchit autrement après, on aurait peut-être pas eu le même comportement sans la formation"¹⁰⁵, m'a-t-il confié.

La formation des bénévoles est une chose que beaucoup de directeurs d'établissements souhaitent mais ne peuvent pas mettre en place, faute de budget. Ceux qui ont les moyens de former leurs bénévoles sont pour l'instant minoritaires et aspirent à une qualité d'animation et d'intervention encore meilleures auprès des sujets âgés et dépendants. Malheureusement pour des raisons budgétaires, tous les établissements ne sont pas sur un même pied d'égalité en ce qui concerne les offres de formation.

Il existe plusieurs types de bénévoles : des particuliers comme vous et moi, et d'autres qui interviennent par le biais d'associations. Pour la formation, il faut aussi fréquemment procéder par des associations. Deux modes de fonctionnement s'opposent : soit les associations organisent elles-mêmes les formations pour leurs bénévoles, soit elles leur donnent accès à des "formations conçues

¹⁰⁴ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

¹⁰⁵ Idem

ou promues par des structures mandatées à cet effet par les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) : les centres de ressources et d'information des bénévoles" (CRIB)¹⁰⁶.

Une des plus grandes associations de formation est l'association VMEH (visiteuses médicales en établissements hospitaliers) qui opère à l'échelle nationale depuis longtemps, puisque les bénévoles VMEH interviennent depuis le début du XIX^{ème} siècle. En 1975, un certain cadrage de l'activité a été effectué. Le rôle des bénévoles en les établissements médico-sociaux a été précisé par une circulaire datant du 4 mars 1975 qui considère les bénévoles comme "des indicateurs d'ouverture de la structure hospitalière vers l'extérieur, permettant ainsi aux malades de rompre avec l'isolement"¹⁰⁷. Comme a pu me l'indiquer Christian Bregeon, président de la section locale VMEH 49, les bénévoles intervenaient d'abord en milieu hospitalier puis ensuite dans les établissements médico-sociaux, dont les institutions pour personnes âgées et dépendantes. On peut donc constater un certain rayonnement de l'association au fil du temps. La spécificité de cette association réside dans le fait que les bénévoles interviennent majoritairement de manière individuelle, en dépit des actions collectives.

La formation peut être dispensée dans différents lieux avec un procédé commun : l'approche théorique des pathologies et du sujet âgé pour une meilleure appréhension des situations à venir. Il faut cependant garder en tête l'idée de parvenir à une meilleure qualité d'intervention auprès de la personne âgée encore meilleure tout comme la prise en compte de ses attentes.

1.2.2. Un rôle concurrent du professionnel ?

La formation des bénévoles est, dans les esprits, synonyme d'une plus-value en matière de qualité d'intervention auprès du résident. On ne voit pas tout de suite les conséquences éventuelles avec les professionnels.

Par cette formation, le bénévole acquiert des connaissances supplémentaires et sa place dans la structure est de plus en plus légitimée, au point parfois de créer des tensions avec les professionnels de l'équipe et notamment l'animateur. C'est en effet avec ce dernier que le bénévole opère le plus. Christian Bregeon, directeur de section VMEH, a effectivement remarqué des discordes sur le terrain, traduites sous la forme de jalousie, et accentuées lorsque le bénévole est formé, assure-t-il. La raison est simple : cette formation conduirait à une sorte de professionnalisation du

¹⁰⁶ Formation des bénévoles d'une association, Site du Service Public, rubriques "associations"

¹⁰⁷ Circulaire du 4 mars 1975, in *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy, ERES 2011

bénévole, entraînant une reconsidération de son rôle. Cette jalousie émane souvent des bénévoles envers les professionnels de l'établissement, mais Christian Bregeon relativise : "Il arrive en effet d'observer de la jalousie [...] mais il faut savoir faire la part des choses, faire preuve d'intelligence et d'un désir de s'adapter, et ce des deux côtés¹⁰⁸". Cette volonté de s'adapter est précieuse en gérontologie. On s'adapte aux professionnels qui nous entourent, aux résidents, aux bénévoles, parce que chaque personne est différente et il faut prendre en compte les spécificités de chacun. Les divers acteurs qui agissent auprès de la personne âgée dépendante ne doivent pas dresser des barrières entre eux, la collaboration est un élément caractéristique de l'animation et c'est dans l'intérêt de la personne âgée que cette coopération doit être mise en place. Même si certains doivent parfois faire des concessions ou des compromis avec les professionnels, il ne faut pas oublier que la pratique doit être centrée sur la personne âgée ; cette dernière doit être au cœur des actions accomplies. Le bénévole peut estimer qu'une fois formé, il a acquis un savoir-faire et un savoir-être moindre que ceux de l'animateur. Toutefois, il reste capable d'accompagner un ou plusieurs résidents et de réagir en conséquence face aux situations rencontrées. Il présume avoir appris assez de choses pour se permettre d'intervenir au même titre que l'animateur sans réelle distinction visible entre les deux acteurs sur le plan pratique.

Cette réaction peut également provoquer le sentiment de jalousie chez le professionnel. On peut parler de jalousie bilatérale puisqu'elle existe aussi bien du bénévole envers le professionnel que l'inverse. Le professionnel, pour sa part, a un mode de réflexion différent. Ce dernier ayant fait des études et passé des concours pour devenir ce qu'il est aujourd'hui voit le bénévole faire un travail similaire au sien (lors d'un débordement de la part du bénévole) pouvant le réduire à un simple animateur présent pour de l'occupationnel. La dimension thérapeutique est implicite chez chacun des deux acteurs mais exécuter une tâche comparable peut réduire le professionnel à quelqu'un qu'il n'est pas, amener un sentiment de frustration chez lui considérant qu'il détient des connaissances plus importantes que le bénévole.

Cet antagonisme entre le bénévole et le professionnel n'est heureusement qu'un incident mineur de la vie quotidienne des établissements. La plupart du temps, les relations entre bénévoles et professionnels sont bonnes et ce pour plusieurs motifs. D'abord, le cadre d'intervention est bien fixé et le bénévole garde en tête la mission qui lui est allouée, les principes qu'il doit respecter et les contraintes auxquelles il doit se plier. D'autre part, si débordement il y a, la situation est traitée immédiatement pour ne pas que l'incident ne se réitère. La situation doit effectivement être rapidement maîtrisée comme le confirme Philippe Hamon : "On a eu des bénévoles qui dépassaient

¹⁰⁸ Entretien avec Christian Bregeon, directeur de section VMEH, Angers le 17 février 2014

leurs fonctions et s'occupaient de choses qui ne les regardaient pas et cela peut animer très vite [...] des conflits dans l'équipe et surtout avec l'animateur [...] On recadre tout de suite pour ne pas laisser partir *ces choses-là*¹⁰⁹". Enfin, lors d'un tel différend, les acteurs adoptent un comportement exemplaire. En effet, se taire serait une erreur. La communication doit être un outil à mobiliser pour trouver un consensus, un terrain d'entente et remettre à plat les relations. Dans la même idée, il ne faut surtout pas oublier qu'on est tous là pour la même chose ou plutôt pour la même personne : le sujet âgé dépendant et c'est son bien-vieillir qui compte le plus.

2. La coordination d'une équipe

2.1. Un rôle souvent alloué à l'animateur

Comme on l'a vu préalablement, la coordination est primordiale dans le secteur gérontologique et plus précisément entre les acteurs qui interviennent simultanément auprès de la personne âgée dépendante. Même si chacun prend part au processus, c'est souvent l'animateur qui est responsable de superviser cette coordination. Ce n'est pas inscrit explicitement dans son contrat de travail mais c'est pourtant bien lui qui est en charge d'harmoniser les relations et de diriger les opérations lors des temps d'activités. Vercauteren et Hervy rejoignent cette idée en précisant que l'animateur sera tenu responsable de "cette coordination entre les acteurs ponctuels et permanents : donner des idées et participer effectivement à la pratique mais également insister sur le sens qu'il faut donner à l'animation dans l'établissement"¹¹⁰. Il faut noter que dans certaines structures on retrouve un animateur -coordinateur en charge de cette mission mais c'est plutôt rare.

Un article de presse intitulé "L'animation et la vie sociale en équipe pluridisciplinaire" appuie également cette idée. Liza Bousquet, l'auteur, repositionne l'animateur : il "coordonne, planifie, oriente, évalue les actions" en parallèle d' "encourager l'implication de l'ensemble de l'équipe"¹¹¹. Une double mission donc pour l'animateur qui voit encore sa charge de travail s'accroître un peu plus. Mais c'est aussi à une évolution du monde de l'animation et des mentalités qu'on assiste. Le poste d'animateur commençait à être vraiment reconnu dans les années 1990 et si maintenant on leur impute cette mission de coordination, c'est sans doute une reconnaissance supplémentaire de son métier et une marque de confiance accrue envers lui.

Philippe Hamon affirme que c'est à "l'animateur [de faire] vraiment du lien entre ces gens-là"¹¹²

¹⁰⁹ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

¹¹⁰ *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, par R. Vercauteren et B. Hervy, ERES 2011

¹¹¹ "L'animation et la vie sociale en équipe pluridisciplinaire", par Liza Bousquet, in *Doc' Animation en Gérontologie* n°41, novembre-décembre 2013

¹¹² Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

(entendre les membres de l'équipe). Il avoue par la même occasion que c'est avec une équipe plus étendue qu'il y aura plus de risques que cela dérape vite et c'est alors à chacun de se raisonner. Quand des tensions apparaissent, c'est à lui de les atténuer afin de "pouvoir harmoniser cette vie sociale à l'intérieur des établissements¹¹³", parce qu'il admet que sans les agents, les infirmières et les soignants, il ne pourrait pas faire tout ce qu'il fait actuellement. Cette coordination basée sur la communication fondamentale et axée vers la personne dépendante doit être dans tous les esprits et tant mieux si un animateur est là pour aider à l'accomplissement de cette mission.

2.2. L'apparition de récents vocables : entre continuum, interaction et interdisciplinarité

Le continuum est un concept exposé par R. Vercauteren et B. Hervy dans le cadre de l'habitat de la personne âgée¹¹⁴. Le continuum se construirait comme un mécanisme pour empêcher les ruptures entre domicile et admission en institution ou réhabilitation du domicile pour cause de handicap. Ce continuum serait matérialisé par une telle prise en charge et un tel accompagnement que le sujet âgé n'aurait pas à subir de rupture lors du changement d'hébergement ou du moins "voir ses effets amoindris afin d'éviter les traumatismes et de faciliter la vie sociale¹¹⁵". Cela ne ressemble pas forcément équivalent à la vie que la personne a vécue jusqu'alors. Il peut y avoir un changement des habitudes, une mutation volontaire des coutumes de sa vie *d'avant*. Il arrive d'ailleurs que certaines personnes âgées débutent une nouvelle vie dans la structure, un nouvel amour, de nouveaux amis parce qu'elle a décidé de tirer un trait sur le passé.

La notion s'inscrit dans une continuité identitaire et permet ainsi d'éviter la perte des repères. Tout professionnel doit avoir conscience de ce continuum pour se positionner entre le vécu de la personne âgée et l'histoire qu'il va partager avec elle, même si l'intérêt devra désormais être porté sur l'histoire qui va se construire dans l'établissement parce qu'elle traduit une "qualité relationnelle¹¹⁶". Le rôle du professionnel sera d'être à l'écoute et de respecter le souhait de la personne en sachant l'accompagner pour ne pas rendre cette entrée en établissement plus douloureuse qu'elle ne l'est déjà. Le continuum est un mécanisme non négligeable dans la vie de la personne dépendante et l'éthique du professionnel sera mise à l'épreuve. C'est également dans ce cadre que les différents acteurs doivent se retrouver pour partager les informations importantes, un autre moment où la coopération est indispensable et toujours orientée vers le bien-être du résident.

¹¹³ Idem

¹¹⁴ *Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse*, par R. Vercauteren, ERES 2010

¹¹⁵ Idem

¹¹⁶ Ibid

La prise en compte sérieuse de ce continuum sera synonyme de confiance mutuelle du sujet âgé et du professionnel, et le début d'une histoire basée sur l'échange et l'importance de l'écoute.

L'interaction est un processus que l'on rencontre dans la vie quotidienne, mais qui doit être davantage pris en compte dans certaines circonstances, notamment dans le contexte professionnel et dans le secteur gérontologique puisqu'on est dans un rapport constant entre résidents et autres membres de l'équipe. Elle est donc très présente dans le quotidien des travailleurs sociaux et des autres professionnels qui les entourent. Robert Vion, linguiste, a défini ce concept en 1992. Pour lui, l'interaction est "toute action conjointe, conflictuelle ou coopérative, mettant en présence deux ou plus de deux acteurs."¹¹⁷ En 1973, Ervin Goffmann propose lui aussi sa définition de l'interaction : "par l'interaction (*id est* interaction de face-à-face) on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique et immédiate les uns des autres"¹¹⁸. Par ces définitions, on constate que toute interaction sociale présuppose une situation de coprésence. Pour les différents spécialistes qui se sont penchés sur la question, l'interaction est un processus mettant en jeu au moins deux acteurs et suscitant l'intérêt de l'autre. Sans cela, il n'y a pas d'interaction car le concept présume avant tout une action, un mouvement réciproque.

Dans le travail social, en l'occurrence en hébergement collectifs pour personnes âgées dépendantes, l'interaction est plus que jamais présente. Même si celle-ci peut se manifester par un conflit ou une coopération (cf définition de R. Vion), c'est tout de même un échange. Même si celui-ci peut paraître parfois décevant, il peut s'avérer par la suite constructif ("c'est par les échecs qu'on progresse"). L'interaction est un fait incontestable de la vie de tous les jours, mais elle ne se suffit pas à elle-même. A partir du moment où il y a interaction, il y a échange mais il faut prendre des précautions pour ne pas dégrader les relations avec notre locuteur. Le respect du résident et de l'autre est primordial dans l'interaction sociale. Par ailleurs, pour que l'échange se déroule au mieux, il faut "savoir mettre son égo de côté à certains moments"¹¹⁹, comme le rajoute Philippe Hamon.

L'interaction est aujourd'hui une caractéristique du travail social et pour que la relation professionnelle ou bénévole/résident se passe pour le mieux, il ne faut pas l'omettre mais au contraire, faire en sorte de (se) l'approprier pour améliorer les relations entre acteurs.

¹¹⁷ Site halshs.archives-ouvertes.fr/ (archive ouverte HAL Science de l'Homme et de la Société)

¹¹⁸ Site www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie, extrait de *Vocabulaire de psychosociologie*, par E. Marc et D. Picard, ERES 2002

¹¹⁹ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

L'interdisciplinarité est un "néo concept" dans les établissements médico-sociaux et au-delà. Il va encore plus loin que la pluridisciplinarité comme définie précédemment. Nassini (1995) propose la définition suivante : "un travail interdisciplinaire est un processus dans lequel on développe une capacité d'analyse et de synthèse à partir des perspectives de plusieurs disciplines. Son objectif est de traiter une problématique dans son ensemble, en identifiant et en intégrant toutes les relations entre les différents éléments impliqués. Il tente de synthétiser et de relier le savoir disciplinaire et de le replacer dans un cadre systémique plus large¹²⁰". L'interdisciplinarité met donc en jeu différentes disciplines pour étudier des situations et anticiper les prochaines. C'est un exercice dans lequel chacun met son savoir à contribution pour tenter de résoudre des situations problématiques. On estime que la diversification des ressources sera une clé pour le dénouement et la résolution de celles-ci.

Que l'on parle d'interdisciplinarité ou de pluridisciplinarité, l'idée est à peu près semblable : c'est une mise en commun des acquis de chacun dans le cadre de réflexion commune, dans le but de pallier des problématiques. Cette démarche collective peut paraître complexe mais intervient naturellement lors des réunions d'équipe par exemple. C'est un concept de plus qui se veut tourné vers la personne âgée dépendante en lui apportant une attention et une présence profitables.

Les différentes notions dont on vient de traiter peuvent paraître énigmatiques, mais elles sont pourtant incontournables dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. En les intériorisant à la pratique, professionnels et bénévoles accèdent inévitablement à une relation privilégiée avec le résident dépendant.

2.3. Une équipe diversifiée dans l'optique d'un bien-vieillir idéalisé

Le principe de coordination répond à la question "pourquoi travailler en équipe ?". Les explications sont multiples et chaque intervenant et spécialiste du champ gérontologique a sa propre réflexion sur le sujet. Pour Jean-Jacques Amyot, psychosociologue, une équipe solide et complémentaire permettrait de surmonter les gestes techniques du quotidien, en apportant une touche positive et constructive au travail journalier, comme il l'affirme : "parce que l'équipe avec son intentionnalité commune, sa croyance en un destin commun, ses valeurs partagées, son aptitude à transcender le travail en œuvre, est capable de s'opposer positivement à la métamorphose technicienne¹²¹". Amyot démontre à travers ses propos l'importance d'une équipe soudée et coopérative dans le but de pallier la répétitivité des gestes quotidiens. L'expression "l'union fait la

¹²⁰ Définition proposée par M. Nassini (1995), disponible sur www.icra-edu.org/ (centre international pour la recherche agricole orientée vers le développement)

¹²¹ *Travailler auprès des personnes âgées*, par J.-J. Amyot, DUNOD 2008

force" prend tout son sens dans cette situation, s'il s'agit d'une force destinée à une meilleure qualité d'intervention. Son approche est d'abord centrée sur l'équipe et dans l'intérêt de cette dernière. Il faut savoir que si l'équipe coopère, c'est également dans l'intérêt de la personne âgée dépendante. Il ajoute ensuite "équipe, tout simplement comme force de résistance et de proposition pour que le fondement de la relation à cet Autre malade ou vieux, ne soit pas qu'une conviction, mais soit incarné et mis en acte". On peut retenir de ses propos qu'une coopération favorise aussi la relation avec le résident, et une meilleure qualité d'intervention auprès de celle-ci.

Le groupe, en l'occurrence l'équipe pluridisciplinaire, est à différencier d'une somme d'individus¹²². Pour D. Anzieu, le groupe est plus qu'une somme d'individus : les membres du groupe présentent des intentions communes, des moyens d'y parvenir similaires, des valeurs communes et des normes propres à ce groupe¹²³. Ainsi, dans le secteur gériatrique, les membres du personnel et les bénévoles sont conduits à se construire sous forme de groupes et non comme des sommes d'individus. Ils partagent des intentions et des valeurs communes, ont un objectif commun (le bien-être du résident dépendant) et intègrent un système de norme dans l'équipe. Les équipes organisées en sommes d'individus seront beaucoup moins enclines à coopérer, le bien-être du sujet âgé sera alors remis en question. Chaque professionnel agira dans le but de satisfaire la tâche qui lui aura été demandée, sans pour autant porter d'intérêt aux autres acteurs qui l'entourent, à savoir les professionnels ou le résident dépendant. Ce dernier sera plus jugé comme un objet et non comme le sujet qu'il est réellement.

Dans les établissements destinés aux personnes âgées dépendantes, une équipe pluridisciplinaire est indispensable. Selon les structures et la capacité d'accueil, les compositions d'équipes varient. Chacun pratique selon sa formation et ses compétences acquises. Certains ont reçu une approche centrée sur la personne âgée et d'autres ont appris par leurs diverses expériences sur le terrain. Chacun à son échelle doit prendre conscience des limites de sa fonction et de ce fait, il semble nécessaire de s'ouvrir à l'Autre dans un souci de complémentarité. Ecouter les autres, partager, communiquer sont des comportements à adopter pour pouvoir réagir devant une situation délicate. L'entraide confortera un équilibre, une harmonie, une homogénéité au sein de l'équipe, tout en sachant que l'ambiance dans celle-ci peut avoir l'effet ricochet dans la structure et auprès du résident dépendant. Les temps de transmissions, de réunions d'équipe sont des moments privilégiés où la coopération est de mise : chacun fera part des attitudes novatrices qu'il a pu observées ou des obstacles qu'il a rencontrés dans sa pratique. Tous ensemble, les professionnels réfléchiront alors à

¹²² Module M228 "le groupe et ses enjeux", par Mr Antoine Raveneau

¹²³ *Le Groupe et l'Inconscient*, par D. Anzieu (1975), in "Le groupe en psychologie sociale", par D. Oberlé, in *Sciences Humaines* n°94, mai 1999

une solution afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et par conséquent la relation intervenant-résident.

Une résidente a confié un jour à un animateur : "l'animation est l'entretien du corps et de l'esprit, le maintien de l'amour propre et de l'estime de soi par la découverte des bonheurs simples¹²⁴", pour une autre c'était tout simplement "le paradis¹²⁵". Quoiqu'il en soit, l'animation reste bénéfique à chacun d'entre nous, autant professionnel que bénévole ou résident et la coopération des acteurs doit être prédominante. Le soin est une animation, l'animation est un soin (au sens thérapeutique), ne l'oublions pas.

¹²⁴ Entretien avec Philippe Hamon, animateur en foyer-logement et EHPAD à Cesson-Sévigné (35)

¹²⁵ Idem

Conclusion

L'animation, concept au sens large, s'est transformée au fil des siècles pour revêtir un aspect nouvellement thérapeutique. C'est une discipline modulable en fonction du public visé et qui paraît aujourd'hui indispensable dans les établissements pour personnes âgées et dépendantes. Même si chacun se fait sa propre idée sur la question, il n'empêche que l'animation a désormais acquis une solide reconnaissance, tant pour (et par) les professionnels qui s'y prêtent que pour ce qu'elle est devenue aujourd'hui.

Les différents acteurs de l'animation en institutions semblent dorénavant comprendre l'un des enjeux majeurs du champ gérontologique : leur pratique doit nécessairement être orientée vers le sujet âgé dépendant, autrefois considéré comme moindre et inutile, le réduisant à l'état d'objet. Le passage du statut d'objet à celui de sujet a été le fruit d'un changement lent mais fondamental des mentalités et des comportements. L'apparition de "néo concepts" comme le continuum ou l'interdisciplinarité a permis de mettre en exergue l'idée d'une indispensable coopération des acteurs. C'est principalement grâce à cette collaboration et par cette coopération que la qualité d'intervention sera améliorée.

Toutefois, cette coopération dissimule un autre aspect. Dans une société où il est de plus en plus question d'individualisme, certains demeurent sceptiques à l'idée d'une animation fructueuse et bénéfique à chacun d'entre nous. Malheureusement c'est par ce genre d'idée que des établissements sont confrontés à des conflits et à une qualité de vie et d'intervention moindre pour les résidents qu'ils accueillent. Il serait peut-être temps que chacun laisse son égo de côté. Exercer un travail (auprès des personnes âgées) est une chance, autant lui donner du sens. La qualité de travail en sera améliorée, passant par une relation favorisée et meilleure entre le professionnel/bénévole et la personne âgée.

En mars dernier, un salon en robotique a présenté Roméo, l'œuvre d'une vingtaine d'entreprises qui a collaboré à sa création¹²⁶. Ce petit robot est présenté comme l'avenir des maisons de retraites pour assister les personnes âgées dans leur vie quotidienne : courses, préparation des repas, prise de médicaments, ... Si le test en réel prévu dans deux ans s'avère probant, plusieurs exemplaires pourraient être ensuite commercialisés. Mais ce robot étoufferait un travail de longue haleine en déshumanisant la relation qui lie le professionnel au résident. D'ici là, on doit garder à l'esprit cette relation privilégiée avec le sujet âgé, pour le plus grand bien de tous.

¹²⁶ Emission du 20 mars 2014 diffusée sur la radio France Inter.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- B. Hervy et R. Vercauteren, *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*, Pratiques gérontologiques, ERES, 2011, 376 pages, ISBN 978-2-7492-1487-0
- B. Hervy et R. Vercauteren, *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*, manuel des pratiques professionnelles, Pratiques gérontologiques, ERES, 2007, 232 pages, ISBN 2-86586-922-9
- Sous la coordination de R. Vercauteren, *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, ERES, 2010, 280 pages, ISBN 978-2-7492-1342-2
- M. Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social*, Santé Social, DUNOD, 2012, 202 pages, ISBN 978-2-10-057657-9
- B. Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Santé Social, DUNOD, 2002, 330 pages, ISBN 2-10-006705-2
- J-J. Amyot, *Travailler auprès des personnes âgées*, Santé Social, DUNOD, 2008, 402 pages, ISBN 978-2-10-051029-0
- P. Crône, *L'animation des personnes âgées en institution : aides-soignants et animateurs*, Formation et pratique de l'AS, ELSEVIER-MASSON, 2003, 120 pages, ISBN 2-294-01545-2
- R. et M-C. Vercauteren, A. Barranger, *Animer une maison de retraite*, Pratique du champ social, ERES, 1994, 144 pages, ISBN 286586314X
- L. Poitrine, *L'animation en institutions gérontologiques*, Le point sur, BERGER-LEVRAULT, 2009, p. 27-50, ISBN 978-2-7013-1627-7
- V. Melquiond, *La fonction d'animateur en maison de retraite : le cas des établissements des Pays de la Loire*, Mars 2004
- Dictionnaire Hachette, Encyclopédie de poche, 2003
- S. Paugam, *Repenser la solidarité, l'apport des sciences sociales*, Quadrige, PUF, 2007, 1008 pages (extrait), ISBN 978-2-13-058875-7

PRESSE SCIENTIFIQUE

- F. Sahal, "Réunir soin et animation pour le bien-être du résident, in *Doc' Animation en gérontologie* n°41, novembre-décembre 2013
- F. Sahal, "Les "silver surfer" : tous connectés ?", in *Doc' Animation en gérontologie* n°38, juin-juillet 2013
- L. Gru, "Avoir une réflexion sur notre métier", in *Doc' Animation en gérontologie* n°39, juillet-août 2013
- L. Bousquet, "L'animation et la vie sociale en équipe pluridisciplinaire", in *Doc' Animation en gérontologie* n°41, novembre-décembre 2013
- F. Sahal, "Travailler en harmonie avec les soignants", in *Doc' Animation en gérontologie* n°41, novembre-décembre 2013
- B. Ennuyer, "1962-2007 : regards sur les politiques du maintien à domicile", in *Doc' Animation en gérontologie* n°23, mars-avril 2007
- C. Renne, "La Bretagne au défi du vieillissement démographique", in *Octant Analyse* n°5, INSEE 2007
- D. Anzieu, (1975) "Le groupe et l'inconscient", in "Le groupe en psychologie sociale", D. Oberlé, in *Sciences Humaines* n°97, mai 1999
- S. Dufour-Kippelen, A. Mesrine, "Les personnes âgées en institution", la Doc. Française, in *Revue française des affaires sociales*, janvier 2003, ISSN 0035-2985, disponible sur le CAIRN
- G. Zehnder "L'animation avec des personnes âgées dépendantes : activités, culture et lien social", ERES, Vie sociale et traitements, mars 2008, ISSN 0396-8669, disponible sur le CAIRN

SITES INTERNET

- <http://www.cnrtl.fr/> : centre national de ressources textuelles et lexicales, consultation mars 2014
- <http://www.legifrance.gouv.fr/> : Légifrance, lois n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, et n°2002-02 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Consultation mars 2014
- <http://www.insee.fr/fr/> : "Espérance de vie au 1^{er} janvier 2012", état civil (données domiciliées), estimations de la population. Consultation mars 2014 ; "50% de personnes dépendantes en plus d'ici 2040" INSEE 2006. Consultation avril 2014.
- <http://www.sante.gouv.fr/> : site du Ministère des affaires sociales et de la santé, loi HPST, publication au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Consultation février 2014.
- <http://vosdroits.service-public.fr/associations/> : Site du service public, formation des bénévoles d'une association. Consultation mai 2014
- <http://halshs.archives-ouvertes.fr/> : archives ouvertes, sciences de l'homme et de la société. Consultation mai 2014

- <http:// Cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie/> : extrait de l'œuvre de E. Marc et D. Picard, Vocabulaire de psychosociologie, ERES, 2002, 590 pages
- <http:// www.icra-edu.org/> : centre international pour la recherche agricole orientée vers le développement, proposition de définition pour l'interdisciplinarité. Consultation mai 2014.
- <http:// www.ars.paysdelaloire.sante.fr/> : agence régionale de santé Pays de la Loire., rapport de l'ARS en date de février 2012, source INSEE. Consultation avril 2014.
- <http:// www.insee.fr/fr/regions/pays-de-la-loire/> : colloque sur le vieillissement de la population en Pays de la Loire, par S. Seguin (INSEE Pays de la Loire), juillet 2008. Consultation avril 2014.
- <http:// www.datar.gouv.fr/> : site de la délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale, compte-rendu du séminaire "Démographie et vieillissement des territoires", P. Durance, 20 janvier 2005. Consultation avril 2014.
- <http:// congres-cnag.com/> : 8ème congrès de l'animation et de l'accompagnement en gérontologie par le GAG , 12-13 novembre 2013, Paris XIV. Consultation mai 2014.
- <http:// www.credoc.fr/> : rapport Fragonard "Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées", in Cahiers de recherche du CREDOC. Consultation avril 2014.

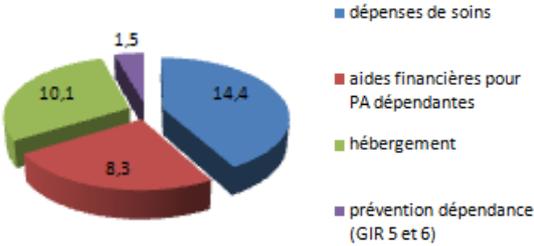
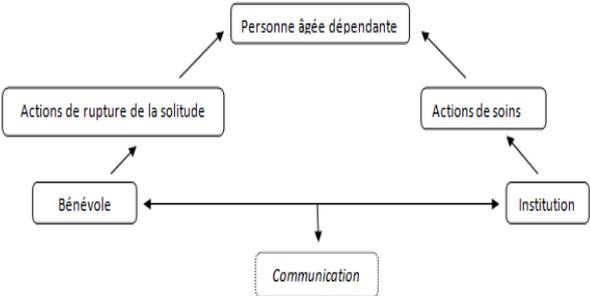
DIVERS

- *Le robot Roméo, avenir des maisons de retraites ?* Diffusion sur France Inter le 20 mars 2014
- V. Defait, "Le jeu ne se limite pas au jouet", in *l'Humanité*, entretien avec Jean Epstein, psychosociologue, 24 décembre 2004
- Comité de mendicité, 1789, projets de décrets présentés à l'Assemblée Nationale, Titre 2, Chapitre 3
- P. Hamon "Personnel et résidents acteurs, l'animation est l'affaire de tous : une expérience d'aide-soignant dans les hébergements collectifs pour personnes âgées", travail de recherches, décembre 1997
- M-T. Cheroutre, "Rapport au Conseil économique et social sur l'essor et l'avenir du bénévolat, facteur d'amélioration de la qualité de vie", juin 1989
- "La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale", rapport de la Mission Massé, mars 1992.
- Module 228 "Le groupe et ses enjeux", par A. Raveneau, IUT Carrières Sociales de Cholet option éducation spécialisée, mars 2013

GLOSSAIRE DES SIGLES

- **AMP** : aide médico-psychologique
- **APA** : allocation personnalisée d'autonomie
- **ARS** : agence régionale de santé
- **ASH** : agent de service hospitalier
- **CANTOU** : centre d'animations naturelles tirées d'occupations utiles
- **CASF** : code de l'action sociale et des familles
- **CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **CREDOC** : centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
- **CRIB** : centre de ressources et d'information des bénévoles
- **CSP** : code de la santé publique
- **DRJSCS** : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- **EHPA** : établissement d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **FNG** : fondation nationale de gérontologie
- **GAG** : groupement des animateurs en gérontologie
- **HPST** : loi hôpital, patients, santé et territoires
- **MAPA** : maison d'accueil pour personnes âgées
- **MAPAAR** : maisons d'accueil pour personnes âgées à autonomie réduite
- **MAPAD** : maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
- **MARPA** : maisons d'accueil rural pour personnes âgées
- **PAP** : projet d'accompagnement personnalisé
- **RPA** : résidence pour personnes âgées
- **UNAFORIS** : union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale
- **USLD** : unités de soins de longue durée
- **VMEH** : visiteuses médicales en établissements hospitaliers

TABLES DES ILLUSTRATIONS ET DES GRAPHIQUES

	<p>Pyramide des besoins (1943), par Abraham Maslow</p> <p>Source : <i>L'animation des personnes âgées en institutions, aides-soignants et animateurs</i>, Philippe CRÔNE Collection "Formation et pratique de l'AS" - Edition ELSEVIER MASSON, 120 pages, décembre 2003 ISBN : 2-294-01545-2</p>
	<p>Schéma de la répartition des dépenses liées à la dépendance en 2010</p> <p>Source : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), données statistiques du rapport ministériel Bertrand Fragonard, juin 2011</p>
	<p>Schéma du triangle de communication, par Liliane Poitrine</p> <p>Source : <i>L'animation en institutions gérontologiques</i>, par Liliane Poitrine Collection "Le point sur" - Edition BERGER-LEVRAULT, 242 pages, avril 2009 ISBN : 978-2-7013-1627-7</p>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille "autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources" (AGGIR)

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants▪ Ou personne en fin de vie
Gir 2	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante▪ Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none">▪ Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement▪ Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : site service-public.fr, mise à jour le 28 mai 2013 -
Direction de l'information légale et administrative (Premier Ministre)

Annexe 2 : Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

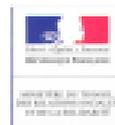
14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
48, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé,
avec la collaboration de la
Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) - 2007

*Association d'animation des Résidences de Cesson-Sévigné.
(Résidences d'Automne, Beausoleil et Frésnerie.)*

Charte d'intervention des bénévoles 2007

1) Pourquoi une charte?

Cette charte précise les principes qui fondent l'intervention des bénévoles anciens et nouveaux auprès des personnes âgées des établissements publics médico-sociaux gérés par le CCAS de Cesson-Sévigné.

La charte est une référence d'engagement mutuel entre les professionnels, les résidents, les familles et les bénévoles. Elle exprime l'esprit et l'exigence de travail de collaboration. C'est un document qui peut évoluer et être modifié.

2) Quel engagement ?

Pour participer efficacement à un projet d'ensemble, le bénévole précisera ce qu'il fait ou souhaite faire, à quelle activité il désire collaborer, quelles sont ses motivations et sa disponibilité.

Il s'engage sur une action à sa mesure pour pouvoir l'assumer.

La démarche et l'engagement du bénévole peuvent évoluer dans le temps.

L'établissement s'engage à offrir les conditions d'une intervention de qualité aux bénévoles.

3) Quel accueil et quel environnement professionnel ?

Le bénévole rencontre un professionnel animateur qui lui propose un premier entretien au cours duquel l'établissement, les professionnels et les activités de bénévolat lui sont présentés. Une démarche d'intégration lui est alors proposée.

Le bénévole construit son projet qui comporte une phase de prise de contact. Un entretien avec la directrice préalable à son intervention, permet de préciser l'engagement du bénévole dans un projet d'ensemble qui réaffirme l'esprit des établissements.

Dans le cadre de l'équipe d'aumônerie, une démarche d'intégration à l'initiative de l'aumônerie lui est aussi proposée.

L'établissement s'engage à rechercher des formations à thèmes pour les bénévoles qui le souhaitent. Les professionnels de l'animation sont identifiés comme référents et organisateurs des interventions des bénévoles.

À sa venue des informations écrites et supports d'intervention lui sont transmis :

- Règlement intérieur de l'établissement où il intervient
- organigramme des établissements
- projet d'animation
- plaquettes des trois résidences

L'établissement s'engage aussi à organiser une réunion de bilan et perspectives au minimum par année : il réunit aussi plusieurs fois par an les équipes de bénévoles pour une coordination interne à l'activité (lecture du journal, boutique ...) les bénévoles s'engagent à participer à ces temps de coordination.

Le bénévole dispose de matériel pour son intervention : une étagère est à sa disposition à l'accueil, un classeur comportant des informations essentielles et un badge.

4) Quels principes fondent l'intervention du bénévole ?

Le bénévole a un rôle relationnel d'accompagnement des personnes âgées. Cela exclut toute initiative concernant les soins et les transferts des personnes. Son rôle repose sur quelques principes :

- 1- le respect de chaque personne.
- 2- La discrétion, la confidentialité avec les résidents lors d'activités collectives.
- 3- Le travail de partenariat.
- 4- L'incertitude sur l'extérieur.

1- Le respect de chaque personne.

Le bénévole vient avant tout pour le résident. Il doit avoir une présentation correcte, il se munit d'un badge mis à sa disposition à l'accueil avec son nom et sa fonction, il doit être en forme pour être véritablement disponible et prêt à apporter par sa présence du positif. Il a le souci de toujours se présenter à la personne âgée et d'informer celle-ci de la proposition qu'il lui fait.

Agé, handicapé parfois, fatigué, malade, le résident est au centre du dispositif d'accompagnement. Ses souhaits, ses désirs du moment, ses choix, ses refus sont à respecter ; il ne doit par exemple pénétrer dans un logement qu'après avoir frappé et été invité par le résident à entrer. Le bénévole ne doit pas se vexer d'un refus ou d'un changement d'avis du résident. Il respecte le choix de la personne accompagnée, il fonde son intervention sur la confiance qu'elle lui accorde. Le bénévole doit être disponible pour entrer en relation, dialoguer et prendre le temps de dire au revoir à la personne âgée. Le bénévole et le résident doivent s'apprivoiser naturellement et cela demande du temps.

2- La discrétion, la confidentialité avec les résidents lors d'activités collectives.

Au cours de sa relation avec une personne âgée, le bénévole peut disposer d'informations concernant la vie du résident, son état de santé, sa famille. Il est tenu à une stricte discrétion.

De même toute information concernant l'établissement, le personnel, l'organisation interne de la vie de la résidence ne doit pas être divulguée, jugée, commentée et interprétée, ni sur place, ni à l'extérieur.

Le bénévole est tenu à une stricte confidentialité.

3- Le bénévole devient partenaire d'une équipe.

Il informe systématiquement les professionnels lors de sa venue, il aura à cœur de transmettre tout renseignement susceptible d'être important à communiquer à l'équipe, il connaît les interlocuteurs professionnels et sait orienter son information.

Le bénévole est un maillon de l'accompagnement du résident, il veille à favoriser la coordination autour de la personne et rend son action transparent tant vis à vis des professionnels que des familles.

Le bénévole est un plus, il n'est donc jamais indispensable. En cas d'absence, il prévient pour se faire remplacer si nécessaire.

Le bénévole s'engage à participer aux réunions organisées par les établissements pour faire le point et échanger sur son action et s'engage à travailler en coordination avec les professionnels.

L'établissement assure un soutien et un encadrement continu des bénévoles par les professionnels de l'animation la direction. La psychologue de l'établissement est aussi à la disposition des bénévoles pour une écoute sur leur rôle et interventions.

4- L'ouverture sur l'extérieur.

Le bénévole rend la résidence accessible, en faisant pénétrer le monde extérieur il contribue à intéresser la personne âgée à son environnement.

5- Limites de son intervention

Elles se situent au niveau des compétences techniques qui relèvent de l'intervention des professionnels, par exemple le bénévole n'est pas habilité à mobiliser une personne ou l'aider dans ses déplacements sauf s'il s'agit de pousser son fauteuil roulant ou de l'accompagner au bras sans soutien (même si le résident le lui demande)

5) L'assurance du bénévole.

L'établissement assure le bénévole pour les dommages causés à autrui ainsi que les accidents corporels dont il serait victime (non causés par un tiers) dans le cadre de son intervention (SMACL). Il assure le bénévole utilisant son véhicule dans le cadre de son intervention dès lors qu'il apporte la preuve de sa collaboration par un ordre de mission (GROUPAMA).

*Mme TOUFFET-HUTIN
Philippe HAMON
Sandrine LEGAUFRE
Thérèse LEVESQUE
Marie-Christine BOUCHARD
Monique DE MASSE*

ATTESTATION
(à nous retourner signé)

M.....

*Déclare avoir pris connaissance de la charte des bénévoles
2007*

Le

Signature du bénévole

*Source : Charte d'intervention des bénévoles,
membres du personnel de l'EHPAD "Beausoleil,
Cesson-Sévigné (35) - 2007*