

Évaluer la qualité des maisons de retraite pour développer la réflexion sur l'objet de l'intervention sociale

Hélder Alves, Marielle Gros, Maria Sidalina Almeida (ISSSP)

En nous appuyant sur les informations recueillies lors d'un processus d'évaluation systématique de maisons de retraite de Porto et sa région, notre objectif est de discuter les pratiques de travail social dans ce contexte. Nous défendons que celles-ci doivent se centrer sur l'élaboration de plans de soins en réponse aux besoins psychosociaux fondamentaux des résidents, notamment l'exercice du contrôle sur leur propre vie.

Le modèle d'analyse (Moos ; Lemke, 1994) qui supporte les instruments de recueil d'informations reconnaît l'influence qu'exercent le contexte spatial et organisationnel et les ressources des professionnels et des résidents sur le climat social de l'institution et sur le vieillissement lui-même.

Nous allons donner priorité ici à une partie des résultats obtenus grâce à l'application des 8 instruments élaborés par Moos e Lemke¹, ceux qui ont trait à l'organisation et à sa culture, aux caractéristiques socioculturelles des résidents et à leur état de santé et de dépendance. 30 institutions ont été enquêtées à 8 ans d'intervalle (2004-05 et 2012/13). L'exercice comparatif permet de vérifier s'il y a eu des changements au niveau des politiques organisationnelles et des pratiques professionnelles, la question principale étant de savoir si celles-ci contribuent à ce que les résidents exercent leur contrôle sur leur propre vie et continuent à développer expectatives et projets, sans ignorer d'éventuelles modifications dans leurs caractéristiques socioculturelles, leur état de santé et de dépendance.

Il est aujourd'hui bien établi que la détérioration de la santé des résidents peut être prévenue et même interrompue quand l'exercice du contrôle sur sa propre vie et sur la vie de la collectivité est assurée. Et cela nous renvoie à l'engagement du travailleur social en matière de défense des droits des résidents et de changement des conditions organisationnelles que celle-ci exige. Les travailleurs sociaux ne peuvent manquer de s'engager aux côtés des résidents pour les décisions qui concernent leurs plans de soins et, quand ceux-ci souffrent d'incapacités cognitives, auprès de leurs parents ou autres significatifs, de manière à ce qu'ils soient reconnus et entendus dans leur complexité et particularité. C'est grâce à la connaissance de leurs histoires de vie, valeurs, intérêts qu'il devient possible de déchiffrer leurs réactions et conduites, au lieu de les attribuer à peine au fait de vieillir.

¹ Le système est composé de 9 instruments qui proportionnent la réunion d'informations sur: 1. les caractéristiques physiques et architecturales; 2. l'organisation et son fonctionnement; 3. les caractéristiques du personnel et des résidents; 4. l'appréciation des enquêteurs sur les trois dimensions que nous venons de mentionner; 5. le climat social de l'organisation perçu par les résidents et les membres du personnel; 6. les besoins exprimés par les résidents et par le personnel; 7. la satisfaction des utilisateurs; 8. des variables psychosociales relatives aux usagers; 9. l'interaction entre l'environnement et les conduites.

C'est donc bien aux pratiques des travailleurs sociaux dans ces institutions et à la centralité qu'elles devraient attribuer à l'empowerment que nous prétendons réfléchir. C'est une réflexion qui s'impose dans la mesure où la participation des personnes âgées aux décisions qui les concernent est loin d'être la règle dans les institutions portugaises: les résidents peuvent être parfois consultés au sujet de leurs intérêts et besoins mais, dans l'organisation du quotidien, ce sont les professionnels et les gestionnaires qui assument le commandement.

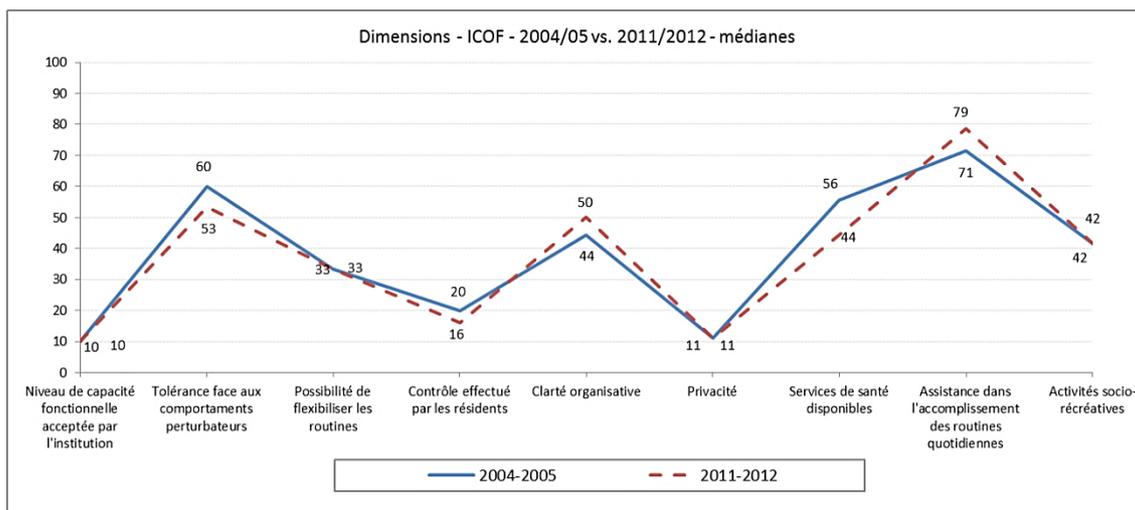
Plusieurs recherches classiques ont montré que la structure sociale de l'institution d'internement tend à nier les opportunités d'exercice du pouvoir et de contrôle par les résidents. Citons, bien sûr, Goffman (1968) qui a si bien décrit les effets négatifs de l'institution totale sur l'intégrité des résidents, lorsqu'un traitement collectif leur est imposé et mortifie leur identité. Gubrium (1997) a minutieusement observé comment le quotidien de la maison de retraite est dominé par un cycle d'activités destinées à «passer le temps» («the bed-and-body work»), mais qui appauvrit les liens sociaux et conduit les résidents à se conformer à des règles, des routines, des horaires, des exigences et des activités qui tuent peu à peu l'envie de vivre.

Revenant à notre propre terrain d'observation, les principales conclusions que nous pouvons retirer de l'enquête sur les caractéristiques du personnel et des résidents sont la tendance à un vieillissement prononcé (35% des usagers avaient en 2004/05 85 ans et plus; 50% en 2012/13); la forte féminisation de cette population (79,8% de femmes en 2004/05 et 72,8% en 2012/13); un niveau élevé de dépendance qui s'est encore accru entre les deux dates: la proportion de résidents qui ont besoin d'aide pour manger est passée de 18,6% à 29%, pour prendre un bain de 46 à 62%, pour marcher de 28 à 45%, pour aller faire des courses de 52 à 71% et pour gérer leur argent de 44 à 61%. Nos données montrent encore que prédominent dans ces maisons de retraite les personnes âgées en situation de vulnérabilité socioculturelle: les résidents appartiennent, majoritairement, à des générations pour lesquelles les opportunités de scolarisation étaient très réduites, tout comme celles de participer au marché du travail formel, ce qui explique la prédominance de bas revenus et un état de santé généralement dégradé.

Une des principales conclusions de l'enquête sur les caractéristiques de l'organisation et de son fonctionnement est qu'il n'y a pas eu de modifications significatives au niveau des diverses dimensions d'analyse de la politique organisationnelle entre les deux moments d'enquête. On constate même un recul en ce qui concerne les *opportunités de contrôle* que les résidents ont sur la vie quotidienne de l'institution et sur leur propre vie (la médiane est passée de 29 à 16 sur une échelle de 0 à 100). L'empowerment des personnes âgées est bien l'un des axes à privilégier dans l'intervention.

Sauf dans de très rares exceptions, les conseils de résidents et la pratique de réunions régulières des résidents avec la direction et/ou les professionnels ne font pas partie de la structure organisationnelle des maisons de retraite. En ce qui concerne l'organisation des

activités socioculturelles, les menus des repas, l'horaire des visites, le changement de chambre d'un résident, la décoration des espaces communs, les décisions sont prises par la direction, dans la meilleure des hypothèses avec l'écoute des résidents, mais les deux autres alternatives prévues dans l'enquête – les résidents décident en tenant compte de l'opinion de la direction et les résidents décident – ne se vérifient jamais. Les résultats relatifs à *la relation entre la liberté individuelle et l'ordre institutionnel* indiquent un fonctionnement institutionnel qui exerce une forte domination sur les résidents, qui les prive de pouvoir sur leurs propres vies.



Source: Enquête relative aux caractéristiques de l'organisation et de son fonctionnement, 2004/05; 2012/13

Quant aux *possibilités d'option des résidents relativement au déroulement de leur vie quotidienne*, la médiane vérifiée lors des deux moments d'enquêtes (33) indique que les règles qui président aux activités quotidiennes des personnes âgées continuent à être rigides. Dans la majorité des cas, les résidents ne jouissent pas de la possibilité d'adapter les routines institutionnelles aux habitudes et pratiques qui furent les leurs tout au long de la vie. Ce sont eux qui doivent s'adapter aux modes de fonctionnement établis (généralement, en-dehors d'eux): horaires des repas, de retour à la maison de retraite le soir, possibilité de manger quelque chose dans leur chambre dans l'intervalle des repas, de disposer de ses propres meubles ou de changer la disposition de ceux-ci dans la chambre, etc.

Il existe depuis longtemps un certain nombre d'études qui démontrent que le manque de contrôle personnel provoque la détérioration psychologique et physique (Kart, Metress e Metress, 1988; Weinstein e Khanna, 1986); que l'abandon institutionnalisé dans un environnement impersonnel est susceptible de compromettre la cognition, de provoquer des états dépressifs, de diminuer la motivation et l'activité et, même, d'augmenter la mortalité. Dans les maisons de retraite, les professionnels (de service et social et autres) promeuvent, bien souvent, la fragilisation des résidents, lorsqu'ils agissent sur la base d'une représentation du «bon résident» comme celui qui coopère et accomplit les routines sans résistance. Mais il y a heureusement aussi des expériences d'intervention qui démontrent que les résidents

peuvent récupérer de l'état de désarroi provoqué par l'institutionnalisation, en particulier quand l'autonomie de décision est restaurée. Encore faut-il assumer que la dépendance n'est pas fatalement associée à l'avancée en âge mais qu'elle est, en partie, induite par le contexte de vie et, au-delà encore, que la dépendance fonctionnelle ne prive pas forcément l'individu de ses possibilités de décider.

La reconnaissance de la situation de vulnérabilité dans laquelle se trouvent de nombreux résidents ne permet pas de penser leur empowerment sans un travail d'implication de leurs proches (parents et/ou amis) dans l'élaboration et la mise en œuvre quotidienne des plans de soins. Mais il faut encore parier sur la qualification continue des professionnels qui interagissent le plus avec les résidents, les aides-soignants et les aides médico-psychologiques. Sans la reconnaissance de ces deux types d'agents comme membres à part entière d'une équipe de soins, parce que porteurs de savoirs qui sont indispensables pour pouvoir respecter la singularité de chacun mais qui peuvent, et doivent, s'enrichir et approfondir grâce au dialogue avec les connaissances des diverses sciences sociales, il n'est sûrement pas possible d'enrayer les dynamiques de déclin cognitif et de destruction identitaire trop souvent associées à la fragilisation de l'état de santé et/ou à la dépendance. Nous avons cependant bien conscience que ces quelques orientations – qui sont encore bien d'un programme d'action visant l'empowerment² - font appel au développement d'une culture organisationnelle qui reconnaisse l'institution et ses agents comme moyens au service de la satisfaction des besoins complexes des personnes âgées et l'expérimentation de modèles d'intervention théoriquement fondés comme le chemin à suivre pour tenter de toujours mieux répondre à ce défi.

Bibliographie:

- Carvalho, Maria I. L. B., *Serviço Social no Envelhecimento* ed. 1, 1 vol., Lisboa: LIDEL, 2013
- Cox, E.O., Parsons, R.J., *Empowerment-Oriented Social Work Practice with the Elderly*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1993
- Goffman, E., *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris: Editions de Minuit, 1968
- Gubrium, J. F., *Living and Dying at Murray Manor*, Charlottesville: University Press of Virginia, 1997.
- Ingersoll-Dayton, B., Schroepfer, T., Pryce, J., Waarala, C., "Enhancing relationships in nursing homes through empowerment", *Social Work*, 2003, 48, 3
- Kart, C. S., Metress, E. and Metress, S., . *Aging, Health and Society*. Boston: Jones and Bartlett, 1988
- Mallon, I., "A Protecção de Si no Lar de Idosos", in De Singly, *Livres Juntos. O Individualismo na Vida Comum*, Lisboa: D. Quixote, 2000
- Mallon, I., *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes : PUR, 2005

² Sans omettre d'autres domaines d'intervention fondamentaux et qui ont également un impact sur la protection/développement de la capacité d'agir : la sauvegarde de la privacité et l'offre d'activités réellement porteuses de sens, d'opportunités de découvertes et de construction/maintien des liens avec les autres.

McDermott, C. J., Empowering the elderly nursing home resident: the resident rights campaign, *Social Work*, March, 1989, 34, 2

Pais, J. Machado, *Nos rastos da solidão. Deambulações sociológicas*, Ambar, Porto, 2006

Moos, R.H.; Lemke, S., *Evaluating Residential Facilities: The Multiphasic Environmental Assessment Procedure*, New York: Oxford University Press, 1994

Weinstein, W.S.; Kahnna, P. *Depression in the Elderly: Conceptual Issues & Psychotherapeutic Intervention*, New York: Philosophical Library, 1986