



La fonction d'animateur en maison de retraite

Le cas des établissements des Pays de la Loire

Mars 2004



Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées qui, quels que soient leurs rôles et fonctions, nous ont accordé leur temps et leur confiance pour la réalisation de cette étude.

Nos remercions également les chargés d'étude (N. Boutlelis et P. Drugeon) et l'ensemble des relecteurs qui ont collaboré à ce travail ainsi que E. Joussellin (stagiaire).

1. Introduction générale	p. 5
2. La prise en charge du vieillissement comme un défi majeur, dans les prochaines années	p. 9
2.1. L'allongement de l'espérance de vie	p.9
2.2. Le vieillissement de la population sur le territoire français	p.10
2.2.1. Vivre plus longtemps et devenir vieux plus tard ?	p.11
2.2.2. L'augmentation mécanique du nombre de personnes dépendantes	p.12
2.3. La prise en charge de la dépendance dans un établissement gérontologique	p.13
2.3.1. Les types d'hébergement	p.14
2.3.2. Les conditions financières de la prise en charge	p.14
2.3.3. Les emplois (au niveau national)	p.15
2.3.4. Les qualifications	p.19
2.4. Le vieillissement de la population dans les Pays de la Loire	p.20
2.4.1. L'accueil des personnes âgées : les établissements	p.23
2.4.2. L'accueil des personnes âgées : les résidents	p.24
2.4.3. L'accueil des personnes âgées : les emplois : plus de 11 000 salariés en maison de retraite	p.24
2.5. Conclusion	p.25
3. L'espace réglementaire qui entoure la prise en charge en établissement d'accueil	p.26
3.1. Introduction	p.26
3.2. Une réglementation appliquée au secteur d'appartenance des établissements	p.27
3.3. La réforme de la tarification des établissements	p.27
3.4. La rénovation de l'action sociale et médico-sociale vers une responsabilisation	p.29
3.4.1. La convention, une démarche pas totalement maîtrisée	p.29
3.4.2. Comment évoluer dans un contexte de ressources difficiles ?	p.30
3.4.3. L'impact sur la demande de formation des animateurs	p.31
3.5. L'Allocation Personnalisée pour les Personnes Agées	p.32
3.6. Conclusion : le financement de l'animation	p.33
4. L'offre d'animation en maison de retraite	p.34
4.1. Introduction	p.34
4.2. Une socio-histoire	p.34
4.2.1. Le nouveau contexte socio-économique de la fin de XIXe et les balbutiements de l'animation	p.35
4.2.2. A partir des années soixante, vers une forme autonome	p.35

1. Introduction générale

Le vieillissement de la population française est une évolution démographique que l'on peut qualifier de véritable phénomène social. En effet, la baisse du taux de fécondité, bien que stabilisée aujourd'hui, conjuguée à l'allongement de l'espérance de vie, se traduit par l'accroissement des tranches d'âge les plus élevées et va marquer durablement les choix de notre société et les conduites individuelles.

A l'image des générations "*baby boom*" (après 1946) qui ont transformé des piliers de notre société comme ceux de la famille, de l'éducation ou du travail, la génération "*papy boom*" bouscule les relations intergénérationnelles et constitue un potentiel de développement social comme le montrent les nombreuses initiatives communales et associatives (office de retraités, cyberpapy, etc.). Mais, si les "*âgés actifs*" semblent en mesure de trouver une place dans notre société, les "*plus âgés*", eux, sont exposés aux risques de dépendance, d'isolement ou de dégradation de leurs conditions de vie.

Les observations de terrain que l'actualité de l'été 2003 ne démentit pas, incitent les gouvernements à se préoccuper du devenir des personnes âgées. Dès le début 2003, le Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité à travers le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées et de son représentant Monsieur Hubert Falco, a débuté une évaluation des nouveaux besoins et nouvelles attentes qui résulteraient de ce phénomène. L'enjeu est d'importance puisqu'il s'agit d'accompagner le vieillissement de la population et que cela doit "*se concevoir sous un angle professionnel*" avec des mesures d'accompagnement qui se construiront "sur des propositions s'appuyant sur les pratiques existantes et les évolutions potentielles"¹.

Aux frontières de la santé et du social, la prise en charge des individus âgés (surtout lorsqu'ils sont en situation de dépendance), implique tous les professionnels du secteur. La DREES² le rappelait dans son rapport annuel sur la situation sanitaire et sociale en France, "*les systèmes de santé tendent à dépasser la dualité maladie/soins pour développer des approches plus globales, tant en amont [prévention] qu'en aval [travail en réseau, transversalité entre disciplines médicales ou non]*".

En maisons de retraite, "l'interdisciplinarité" s'exprime dans les objectifs communs qu'elles se fixent, liés la plupart du temps, aux soins et au maintien du lien social.

L'arrivée sur le marché du travail de professionnels formés "*aux métiers de l'animation*" comme les diplômés du DEFA (Diplôme d'Etat Relatif aux Fonctions d'Animation) ou du BEATEP (Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire et de la Jeunesse) est significative de cette tendance interdisciplinaire.

¹ Extrait du courrier du Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité adressé aux établissements d'hébergement des personnes âgées en accompagnement de l'enquête "Vie sociale des personnes âgées" - 6 juin 2003.

² D.R.E.E.S. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques La DREES a été créée par le décret du 30 novembre 1998 (JO du 1^{er} décembre 1998). Elle intègre de nouvelles fonctions en matière d'études et d'évaluation qui s'ajoutent aux fonctions antérieurement exercées par le SESI et la MiRe en matière de recherche

Ces professionnels, diplômés de l'animation (dont certains ont une spécialité "*activités sociales et vie locale*", voire une option "*public dépendant, 3^{ème} âge*") sont en progression constante (+134% pour le BEATEP entre 94 et 2000, dont 85% dans l'option "*activités sociales et vie locale*"). Mais il suffit de constater qu'en France, dans les établissements d'accueil, seulement 5% des animateurs, sont issus du secteur socioculturel et que la grande majorité, elle, est constituée de femmes "*ex-aides soignantes ou agents hospitaliers*" pour identifier une relation "*emploi/formation*" qui pose problème. Cette relation emploi/formation n'est donc pas systématique, et elle semble encore moins naturelle lorsque l'on écoute certains employeurs qui s'accordent à dire que "*l'animation, c'est l'affaire de tous*" (et donc, que ce ne serait pas l'affaire de "quelqu'un" en particulier).

Conduite à la demande de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports des Pays de la Loire (DRJS) et du Conseil Régional des Pays de la Loire, cette étude entend éclairer l'évolution de la relation emploi/formation de la fonction d'animation dans les établissements d'accueil des personnes âgées de la région.

Dans une première partie, à travers quelques éléments chiffrés sur le territoire national accompagnés de ceux concernant des Pays de la Loire, nous illustrerons la prise en charge du vieillissement comme un défi majeur, dans les prochaines années.

Nous verrons également dans cette partie, comment l'Etat qui réglemente et "*balise*" le fonctionnement et le financement des établissements d'accueil de personnes âgées, conditionne l'apparition des emplois d'animation dans les établissements d'accueil et plus particulièrement dans les maisons de retraite.

Mais nous formulons l'hypothèse que la seule augmentation de la demande de prise en charge conjuguée au balisage réglementaire, ne suffit pas à créer les conditions de l'existence d'un projet "*animation*", où les professionnels ont leur place, et de son interdisciplinarité avec le projet "santé" de l'établissement. En effet, à travers quelques exemples d'offre d'animation que nous décrirons, nous pourrions témoigner de la diversité qui résulterait autant d'une adaptation que d'une application mécanique de l'environnement juridique, et qui témoigne surtout d'une forte porosité avec les normes sociales extérieures produites par notre société au regard du 3^{ème} âge.

Ainsi, pour les personnels rencontrés, la question du sens de l'action se pose et aboutit à la revendication d'une éthique, d'un besoin de consensus autour des pratiques, qui placerait le résident au cœur des préoccupations et qui constitue un préambule pour définir ce "*qu'est l'animation*" dans ces établissements gérontologiques. Mais pour que ce consensus soit validé, il faut rompre avec des logiques d'organisations individuelles préexistantes et évoluer collectivement vers une entité "*équipe*" qui peut attribuer les rôles de chacun.

Nous verrons, **dans une seconde partie**, comment cette réflexion se développe dans un contexte de fortes revendications identitaires et catégorielles. Toute tentative d'ingénierie de la formation doit prendre en compte cette diversité de l'offre, le besoin de participation des animateurs à la production de la compétence collective, l'incontournable expression des revendications identitaires.

Mais, si c'est le plus souvent dans une conception assez floue du travail d'animation que s'organise l'offre d'animation, c'est de cet espace en construction, que naît la véritable compétence d'animation, une dynamique d'approche collective, sans cesse remise en cause, "*parce qu'on s'adresse à des gens, pas à des machines*"³ qui est source d'innovation.

³ Extrait d'entretien avec une animatrice.

Méthodologie :

Ce travail présente une analyse du discours des directeurs [trices] et animateurs [trices] sur leur vision des compétences requises pour la prise en charge de l'animation dans les établissements d'accueil pour personnes âgées.

Il s'agit, avant tout, de produire des indicateurs qualitatifs afin d'accompagner la réflexion des acteurs du secteur sur les évolutions du métier d'animateur, plus particulièrement d'animateur en direction du public des personnes âgées sur le territoire des Pays de la Loire.

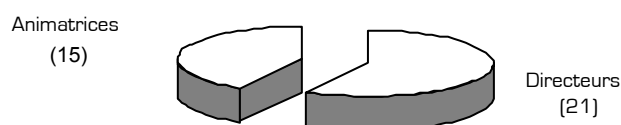
L'entretien de recherche est utilisé ici dans le but d'exploiter des données qualitatives qui permettent de construire et d'analyser des points de vue recueillis et qui constitue les données de premières mains. Un travail de recherche documentaire a permis de venir enrichir ces données pour améliorer la connaissance du champ de l'animation⁴.

Les 36 entretiens ont été menés auprès de 21 directeurs⁵ d'établissement et de 15 animateurs [trices] ou "*faisant fonction*".

Le point de vue des directeurs d'établissement apparaît comme central. Cette fonction clé, à beaucoup d'égards, les place à la charnière entre objectifs et gestion de moyens. Porte parole de l'institution et représentants des employeurs, ils sont aussi moteurs et garants des pratiques et du comportement du personnel de l'établissement.

Comme dans tout le secteur santé/social, la fonction d'animation est majoritairement féminisée. Les personnes interrogées sont toutes des femmes, c'est pourquoi nous parlerons "*d'animatrices*" qu'elles soient identifiées comme tel dans leur établissement, ou "*faisant fonction*" (assumant la fonction d'animation sans être identifiées comme occupant un "*poste animation*").

Répartition en nombre, par fonction, des personnes interrogées

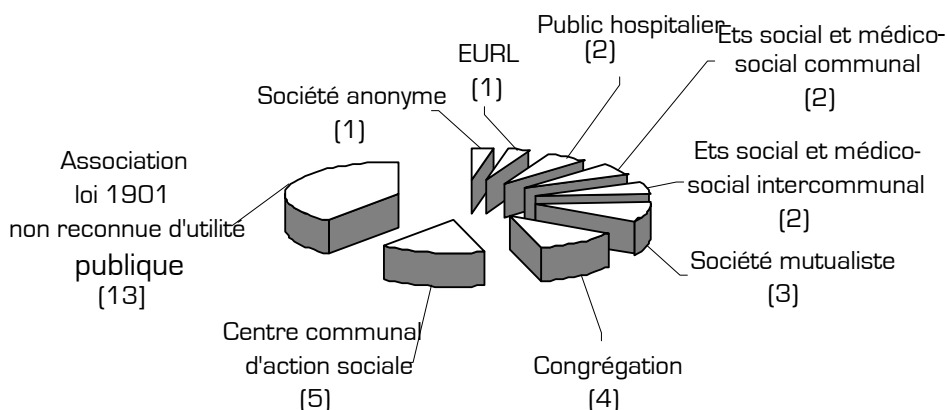


⁴ Le champ étant défini ici comme (au sens du sociologue Pierre Bourdieu) un espace structuré de positions et de prises de position au sein duquel s'exercent des rapports de force entre individus et/ou groupes d'individus en lutte pour le monopole de la définition des enjeux et des capitaux spécifiques à ce champ.

⁵ Ce sont approximativement autant de directeurs que de directrices. Nous les nommerons par le nom commun "directeur".

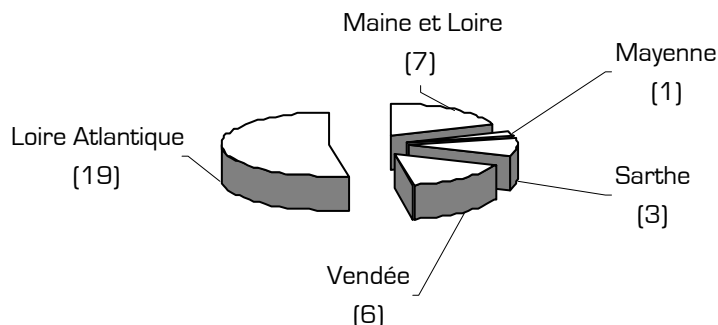
Au total, ce sont trois catégories de structures d'hébergement qui ont été visitées : 26 maisons de retraite, 6 foyers logements et 1 établissement de soins longue durée. Pour la plupart sous statut privé non lucratif (63%), 31% à statut public, et 6% à statut privé lucratif (détail ci-dessous). Certaines personnes interrogées peuvent être employées par deux établissements.

Répartition par statut des établissements



Pour plus de facilité de lecture de l'étude, nous désignerons par le terme communément admis "*maison de retraite*", tous les types d'établissements d'accueil pour personnes âgées décrits ci-dessus.

Répartition géographique des établissements visités



PARTIE 1

2. La prise en charge du vieillissement comme un défi majeur, dans les prochaines années

2.1 L'allongement de l'espérance de vie

Les projections de population à l'horizon 2050 que nous livre l'INSEE⁶ d'après le recensement de la population de 1999, nous rappellent qu'un certain nombre de déterminants dont nous observons les effets aujourd'hui, sont inscrits de longue date dans la pyramide des âges française.

Le premier déterminant est celui de la réduction des naissances. La France a connu, dès la moitié du XVIII^e siècle, une baisse progressive de ses taux de fécondité entraînant une diminution de la part des jeunes dans la population. Après la parenthèse d'après guerre dite "*baby-boom*", où on a observé une reprise de la natalité et une baisse de la mortalité infantile, le taux de fécondité s'est stabilisé depuis une dizaine d'années autour de 1,8 enfant par femme⁷.

Le deuxième déterminant est celui de l'allongement de l'espérance de vie. En moyenne, elle est passée (hommes et femmes) de 66,4 ans en 1950 à 79,2 ans en 2000. Cette tendance devrait se confirmer dans les 50 ans à venir, mais à un rythme moins soutenu, d'environ 8,5 ans de gain d'espérance de vie. Aujourd'hui, à 80 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 9,5 années en moyenne et 7,5 années pour les hommes⁸. Il subsiste toutefois de nombreuses inégalités, selon les sexes, mais aussi le milieu socioprofessionnel : par exemple, l'espérance de vie d'un cadre à cet âge est de 44,5 ans à 35 ans et de 38 ans pour un ouvrier.

Les effets de ces tendances démographiques sont nombreux, le risque de dépendance des individus vieillissants augmente, la prise en charge de celle-ci devient, nous allons le voir, un enjeu pour l'avenir, tant dans la déclinaison des politiques publiques que dans l'évolution du secteur d'activités.

⁶ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, "Economie et Statistique" – n° 355-356-2002

⁷ On note toutefois une reprise depuis deux ans de 1,77 en 1999 à 1,86 en 2000. Doisneau L., "Bilan démographique 2000 ; une année de naissances et de mariages, INSEE Premières, n°757, février 2001.

⁸ "Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002", Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS).

2.2 Le vieillissement de la population sur le territoire français

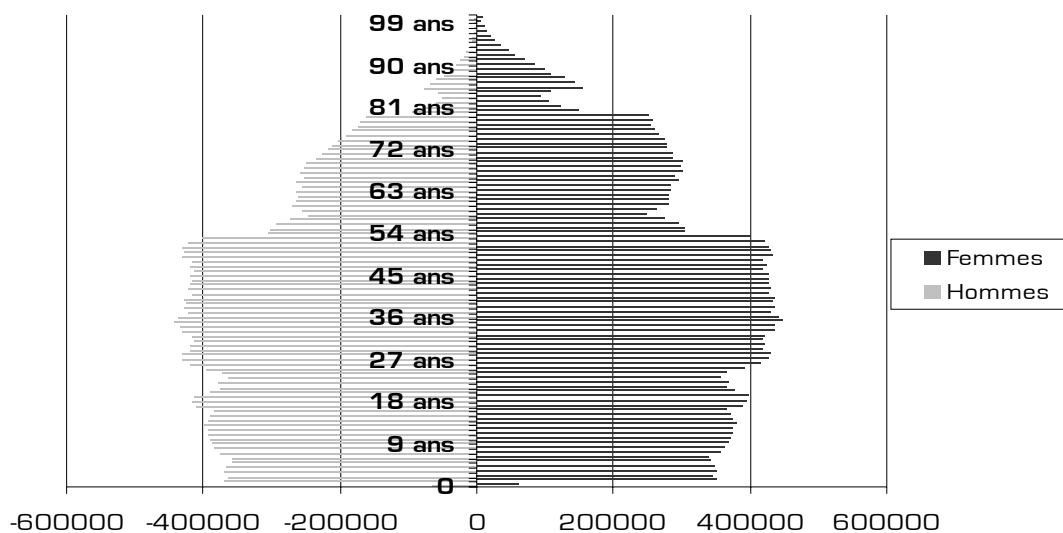
L'allongement de l'espérance de vie entraîne un accroissement régulier du poids démographique des anciens. Cet accroissement est la conséquence directe de l'amélioration des conditions de vies humaines, on vivrait plus longtemps et en meilleure santé, on pourrait donc être âgé sans être invalide ou dépendant.

		Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie à 60 ans
Hommes	1932	55 ans	14 ans
	1990	73 ans	19 ans
	gain	plus 18 ans	plus 5 ans
Femmes	1932	60 ans	16 ans
	1990	81 ans	24 ans
	gain	plus 21 ans	plus 8 ans

source : INSEE, calculs COR, 2001

La pyramide des âges présentée ici est rétrécie à sa base en raison du déficit de jeunes, gonflée au milieu du fait des générations nombreuses du baby-boom, et progressivement au sommet avec le recul de la mortalité aux âges élevés.

Pyramide des âges de la population française au recensement de 1999



Tous les scénarios d'évolution de la population confirment le vieillissement inéluctable de la population française pour les 50 ans à venir. Les plus de 50 ans seront bientôt deux fois plus nombreux que les moins de 20 ans.

Population française totale et répartition par âges

	Population totale	Part des 20-64 ans	Part des 65 ans et plus
		%	%
1990	56 577	58,3	13,9
2000	58 774	58,4	16
2010	61 061	59,2	17
2020	62 734	56,5	21

Source : Qualifications et prospective "2005 : le choc démographique". Commissariat Général du plan 2003.

2.2.1. Vivre plus longtemps, devenir vieux plus tard ?

Selon le scénario central retenu par l'INSEE, en 2040, la France compterait 21,6 millions de personnes de 60 ans et 7 millions de personnes de 80 ans, soit 3,2 fois plus qu'en 2000.

Déjà, la "bonne nouvelle" fait débat...

Le monde économique voit désormais les "*inactifs*" (les retraités) comme des individus qui s'investissent dans la société, jouant un rôle de créateurs de richesses matérielles et sociales⁹, ils deviennent alors les "*seniors*" qui ne considèreraient plus la vieillesse comme une déchéance. C'est donc plus tard que ces seniors entreraient dans le "sentiment d'être vieux".

Pourtant un certain nombre d'ambiguïtés demeurent.

Du point de vue économique les disparités sont réelles, par exemple, les anciens travailleurs indépendants ont un niveau de vie inférieur aux anciens salariés, les ressources des femmes retraitées sont inférieures de 42% à celle des hommes. Pour les personnes du grand âge aussi la situation financière est moins aisée, les personnes nées au début du siècle n'avaient guère la possibilité de capitaliser et ne pouvait compter que sur l'héritage familial. Le taux de pauvreté à partir de 80 ans est en augmentation, en particulier, pour les femmes. La perte d'autonomie aggrave souvent la situation, et, aujourd'hui, 4,5% des personnes de 80 ans et plus qui sont très dépendantes ont aussi les revenus les plus bas parmi les personnes âgées¹⁰.

Le monde du travail, lui, s'interroge sur le départ en retraite massif des "*papys boomer*" et sur les difficultés de recrutement des jeunes devenus moins nombreux. Les gouvernements s'interrogent sur les politiques de l'emploi à construire pour accompagner les entreprises autour des questions du vieillissement de la main d'œuvre et de la gestion

⁹Aujourd'hui, le niveau de vie moyen des retraités est comparable à celui des personnes d'âges actifs si l'on prend en compte les revenus du patrimoine. *Enquête budget des familles 1995*, INSEE.

¹⁰Parmi les personnes âgées dépendantes : le nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer est de 435 000 en France et on estime l'incidence globale à 110 000 nouveaux cas annuels. Rappelons qu'en Région Pays de la Loire, ce sont 25 000 personnes âgées atteintes, 30 000 à l'horizon 2010. Sources : Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire.

des âges dans les entreprises et les administrations. Car il s'agit de modifier les perceptions de l'âge d'être vieux au travail, en retard par rapport à la société civile où l'on peut être considéré comme "*jeune retraité*" mais actif et productif.

Déjà, les piliers de notre système de financement des retraites vacillent, quel avenir pour la diversité des régimes, pour le principe de solidarité et de répartition ?... Même si les politiques d'éviction des salariés âgés perdurent dans les entreprises, l'allongement de la durée de vie au travail paraît inéluctable. Mais comment entrevoir cette perspective sans s'interroger sur la santé des travailleurs ? Sur les conditions de travail exigeantes qui créent les conditions d'une fin de vie professionnelle difficile et/ou d'une retraite en mauvaise santé ?

Le monde de la santé s'inquiète pour d'autres motifs, l'arrivée d'un nombre croissant de personnes à des âges élevés (80 ans et plus) implique un accroissement mécanique du nombre de handicaps, de perte d'autonomie et de besoins d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. La prise en charge de la dépendance s'exerce de manière concomitante à celle de la santé, et concourt par ailleurs à déstabiliser le système de santé et de soins par une augmentation des dépenses.

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique (qui nécessite une approche collective, volontariste et pluridisciplinaire) et, dans ce contexte, les acteurs du secteur réclament une politique en faveur du maintien à domicile (tant que cela est possible), de la réduction de l'inégalité de l'accès au soins, du développement d'une véritable filière gérontologique et d'une réflexion nationale sur la pertinence des différents dispositifs de prise en charge des personnes âgées.

On le voit, le vieillissement de la population est un fait social qui a de nombreuses incidences sur les relations intergénérationnelles, l'organisation du territoire, les finances publiques. Mais, pour permettre à notre société de construire des réponses adaptées, l'image de la retraite heureuse doit cesser de faire écran à celle du "*grand âge*".

2.2.2. L'augmentation mécanique du nombre de personnes dépendantes

Aujourd'hui, la DREES¹¹ estime à 796 000 le nombre de personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus.

Au sens défini par la grille nationale AGGIR¹², ce sont 530 000 personnes qui correspondent aux degrés les plus élevés de dépendance. Soit au total, 6,6% de la population des 60 ans ou plus qui sont concernés.

¹¹ DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Estimation de l'Enquête HID, portant sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes qui vivent à leur domicile ou en institution. INSEE - 2001 et selon les grilles d'évaluation de la dépendance.

¹² La grille Aggir (Autonomie Gérontologique - groupes iso ressources) a été élaborée il y a quelques années pour déterminer les ressources nécessaires à la prise en charge d'une personne dépendante. Elle permet d'évaluer l'autonomie et de regrouper les malades en six groupes iso ressources. L'état de santé des patients est appréhendé par les degrés d'autonomie, les consommations d'aide par les niveaux de dépendance. Cette grille a été élaborée par des médecins de la Sécurité sociale, de la Société Française de Gérontologie et des informaticiens. Ceux-ci ont analysé les items communs à 450 échelles existantes (Mini Mental State, Activity of Daily Living de Katz, Instrumental ADL de Lawton...) et repéré les plus pertinents. C'est l'outil légal d'évaluation de la dépendance dans le cadre de la loi 97-60 du 24 janvier 1997 depuis sa désignation par le décret 97-427 du 28 avril 1997. Son objectif est la gestion des ressources. La classification en Groupe Iso

Définition des groupes iso ressources de la grille AGGIR

La grille Aggir classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne :

Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Même si la perte d'autonomie n'est pas incontournable, la forte augmentation à venir (avec une accélération à partir de 2030 lorsque les générations du baby-boom atteindront les 80 ans) du nombre de personnes très âgées, fait de la prise en charge des personnes dépendantes un enjeu majeur (le nombre de personnes classées en GIR 1 à 4 pourrait augmenter de plus de 50%).

Aujourd'hui, ce sont les familles qui assurent une grande partie de la prise en charge et entourent les personnes âgées, mais les *"aidants familiaux"* vieillissent aussi et ne seront bientôt pas assez nombreux. La DRESS estime que *"le nombre de personnes de 50 à 79 ans qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants devait augmenter de 10% entre 2000 et 2040, soit nettement moins que le nombre de personnes âgées dépendantes"*. Dans ce contexte le développement de la professionnalisation de la prise en charge semble inéluctable.

2.3 La prise en charge de la dépendance dans un établissement gérontologique

L'accueil des personnes âgées dans des établissements d'hébergement adaptés à leurs besoins est un aspect essentiel de leur prise en charge. La plupart du temps, l'entrée en

Ressource n'est pas le seul indicateur de dépendance utilisable, par exemple, la grille EHPA permet d'évaluer la dépendance physique et la dépendance psychique.

institution s'effectue lorsque le besoin d'aide pour les activités de la vie courante augmente, elle aussi ressentie comme "*imposée*" par l'entourage. Une très grande majorité des résidents dit entrer en institution en raison de son état de santé mais il convient également de tenir compte de l'environnement familial. Les deux tiers des personnes âgées dépendantes vivent en institution si elles sont seules.

L'âge moyen à l'entrée en institution est de 83,3 ans, ce sont majoritairement des femmes (4 fois plus nombreuses que les hommes) ; elles sont aussi plus dépendantes.

2.3.1. Les types d'hébergement

L'organisation institutionnelle de la prise en charge par des établissements médico-sociaux est un héritage du XVIII^e siècle, période où sont apparus les premières structures pour les vieillards (hospices). Aujourd'hui, les établissements d'accueil sont de type médico-sociaux, les EHPA (Etablissements d'Hébergements pour les Personnes Agées), ils regroupent les maisons de retraite (6500¹³), les logements foyers (3000) et les unités de soins de longue durée des hôpitaux (1000).

Ces EHPA relèvent, soit du secteur public (5800), soit du secteur associatif à but non lucratif (3000) ou du secteur commercial (des maisons de retraite pour la plupart).

- Les unités de soins de longue durée sont, le plus souvent, rattachées à des hôpitaux, elles accueillent souvent des personnes très dépendantes (en provenance d'autres hôpitaux ou du domicile).
- Les logements foyers accueillent essentiellement des personnes autonomes ou très peu dépendantes.
- Les maisons de retraite accueillent des personnes plus ou moins dépendantes selon leur statut juridique (personnes confinées au lit ou au fauteuil, ou section de cure médicale qui acceptent des personnes jusqu'à la fin de leur vie). Les maisons de retraite qui accueillent des personnes âgées dépendantes (appelées MAPAD) sont appelées à devenir EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes). Certains établissements peuvent aussi bénéficier d'un "*cantou*" (unité fermée qui accueille des personnes âgées souffrant de désorientation importante).

2.3.2. Les conditions financières de la prise en charge

Les conditions financières jouent également un rôle important dans la décision de l'entrée en institution, la plupart du temps au montant des pensions ou retraites, peuvent s'ajouter les diverses allocations liées à l'état de santé ou au logement.

Pour l'Etat, le financement de la prise en charge est devenu complexe, après plusieurs expérimentations dans le domaine des allocations aux personnes âgées dépendantes, la création de l'A.P.A.¹⁴ (voir développement dans le chapitre suivant) va dans le sens d'une meilleure offre de prise en charge, plus adaptée aux souhaits de chacune d'entre elles.

¹³ Source FINESS Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux 2002, Ministère de l'Emploi et de la solidarité.

¹⁴ Allocation Personnalisée d'Autonomie - Décret d'application n° 2001-1086 du 20 novembre 2001. Décret portant application de la Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, modifiée par la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003.

Même s'il est réducteur de présenter la prise en charge de la dépendance sous le seul angle fonctionnaliste¹⁵, organiser l'offre d'hébergement et prévoir le financement de la prise en charge constituent le noyau dur des problématiques institutionnelles soulevées par le vieillissement de la population française.

Pour y répondre, l'Etat, dans le cadre des politiques gérontologiques, définit des schémas gérontologiques qui attribuent les rôles respectifs aux différents niveaux de décisions (Etat, Région, Département, Commune), organisant ainsi un véritable espace réglementaire qui entoure la prise en charge de la vieillesse, nous y reviendrons.

2.3.3. Les emplois (au niveau national)

Nous l'avons évoqué, le nombre d'établissements et de places est en progression notable dans le secteur de l'accueil des personnes âgées, et représente une part non négligeable de la branche.

Les chiffres concernant les effectifs des personnels qui travaillent dans les établissements d'accueil des personnes âgées sont recensés dans la branche du social et médico-social.

Cette branche regroupe les secteurs de :

- l'accueil de l'enfance et l'adolescence handicapées,
- des adultes handicapés,
- l'enfance et adolescence en difficulté,
- l'accueil des adultes et familles en difficulté,
- la garde d'enfant en âge préscolaire,
- la petite enfance,
- des centres de formation des professionnels,
- des personnes âgées (activités recensées selon la nomenclature NAF 700 de l'INSEE sous le code 85.3 D intitulé "*Accueil des personnes âgées*").

La branche, définie par les entreprises adhérentes à une convention collective, regroupe plusieurs secteurs économiques, classification utilisée par l'INSEE.

La branche sociale et médico-sociale (référence fichier FINESS)			
	La nomenclature NAF du Secteur 85.3 "Action Sociale"		Adultes et familles en difficulté
	85.3. A Accueil des enfants handicapés		
	85.3. B Accueil des enfants en difficulté		Petite enfance
	85.3. C Accueil des adultes handicapés		
	85.3. D Accueil des personnes âgées		Centre de formation
	85.3. E Autres hébergements sociaux		

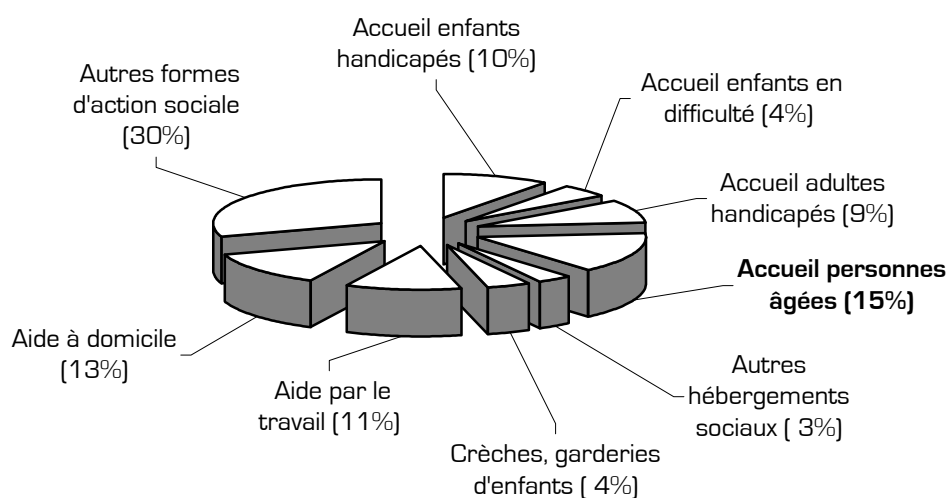
¹⁵ Où le seul calcul de la dépense publique en matière sociale sert à mesurer les systèmes de protection sociale.

Il s'agit d'une branche qui se développe de façon importante depuis les années 80 en termes de nombre d'établissements et de services (+ 44% au niveau national pour les personnes âgées), de places offertes, d'emplois (mais ici la progression est moins rapide que celle des autres établissements).

En 1999, les effectifs du sous secteur d'activité "Accueil des personnes âgées" représentent 72 895 emplois, soit 23% (le plus important) du secteur¹⁶, avec une progression, un recours de plus en plus fréquent aux CDD (12% des contrats dans les maisons de retraite) à temps partiel et contrats aidés. L'effectif des emplois de soignants est en progression dans ce secteur alors que les lits médicalisés, qui représentent 45% des lits dans le secteur public, ne sont plus que 17% dans les maisons de retraite à statut privé, la prépondérance de l'approche médicalisée de la prise en charge est ici très nette.

(Sources : fichiers statistiques annuels des établissements affiliés - Assédic)

Répartition des effectifs des emplois salariés par sous secteurs en 2001 au niveau national



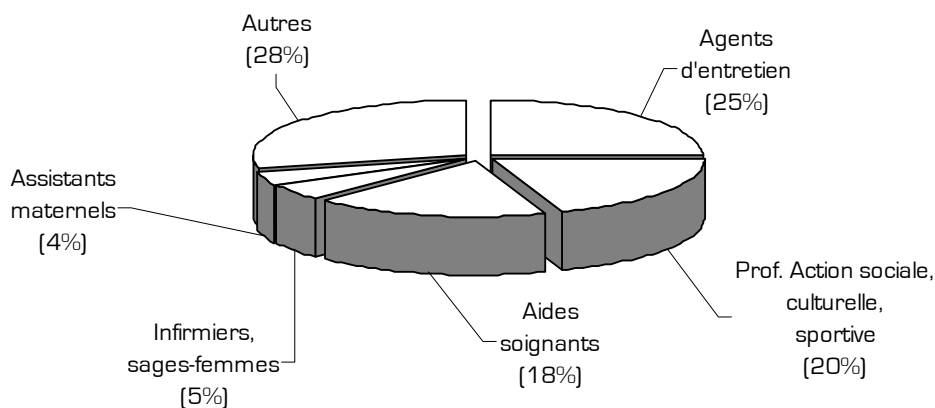
¹⁶ Rappelons que les personnels de la branche se répartissent dans des équipements publics, privés lucratifs ou non. Source Ministère des Affaires sociales.

Les caractéristiques de l'emploi : trois familles professionnelles dominantes

Les principaux métiers dans les maisons de retraite en France (y compris contrats aidés)	
ASH (public) ou agent de service (privé)	22 314
Aide soignant	8 541
Ouvrier d'entretien, jardinier, cuisinier	6 449
Agent buanderie, d'entretien, concierge	3 195
Agent administratif et personnel de bureau	2 526
Infirmier DE	2 724
Directeur	1 179
Autre personnel de direction	565
Médecin généraliste	714
Personnel faisant fonction d'éducateur pédagogue, social	543
Directeur adjoint	375
Aide médico psychologique	319
Animateur social	208
Autre personnel para médical diplômé	203
"Faisant fonction" Aide médico psychologique	204
Elève soignant ou infirmier	185
Masseur kinésithérapeute	180
Directeur titulaire du CAFDES	147
Cadre infirmier	152
Médecin titulaire de capacité en gériatrie	143
Assistant de service social	116
Personnel d'aide à domicile	60
Psychologue	72
Autre personnel éducatif, pédagogue, diplômé	62
Infirmier psychiatrique	41
Autre spécialiste	48
Animateur social titulaire du DEFA	41
Ergothérapeute	42
Psychomotricien	38
Travailleuse familiale	33
Animateur social titulaire du BEATEP	32
Psychiatre	30
Moniteur Educateur	22
Directeur d'hôpital	18
Conseiller en économie sociale et familiale	6
Educateur Spécialisé	12
"Faisant fonction" de moniteur éducateur	10
Cadre infirmier psychiatrique	10
"Faisant fonction" d'éducateur spécialisé	5
Médecin rééducateur fonctionnel	6
Orthophoniste	3
Total	51 573

Source : DRESS - EHPA 1996

**Principales familles d'activité professionnelle en 2001,
pour le sous secteur des hébergements sociaux, au niveau national**



**La répartition des emplois par taille d'établissement (en termes d'effectifs)
du sous secteur "personnes âgées" (853D) au niveau national.**

Taille de l'établissement	1 à 19 salariés	20 à 49 salariés	50 à 99 salariés	100 à 199 salariés	200 à 499 salariés	500 sal. et +
total : 100%	14,1%	52,2%	25,8%	3,8%	2,8%	1,3%

Une large féminisation : dans l'ensemble des activités du secteur la proportion de femmes salariées est nettement supérieure à celle des hommes ; pour le sous secteur des établissements d'accueil des personnes âgées, la proportion est de 12,3% d'hommes pour 87,7% de femmes¹⁷.

Au niveau national, l'âge moyen du secteur "*Personnes âgées*" est de **40,6 ans** pour les femmes et 43 ans pour les hommes avec un âge médian dans la branche de 42,4 ans.

Les catégories socio professionnelles¹⁸ les plus représentées au niveau national, pour le secteur des hébergements sociaux sont celles des **employés (53,9%)**, puis celles des professions intermédiaires (30,6%), enfin les ouvriers qualifiés (6,6%), les ouvriers non qualifiés (4,6 %) et les cadres (4%).

Le sous secteur des hébergements sociaux auquel appartiennent les établissements d'accueil des personnes âgées se caractérise par la prédominance de **métiers de la**

¹⁷ Enquête Emploi 2001 - INSEE

¹⁸ Id

santé, du social, et du socioculturel¹⁹ : agents d'entretien, aides soignants, professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive.

2.3.4. Les qualifications

Le Contrat d'Etude Prospective du secteur social et médico-social (des établissements à but non lucratif)²⁰ commandé par le Ministère des affaires sociales a permis de lister la nature des diplômes des personnels d'établissements pour personnes âgées qu'ils ont interrogé :

- Baccalauréat, niveau terminale
- BAFD
- BTS, DUT, BAC+2
- CAFDES et niveau CAFDES
- CAP BEP, Brevet des collèges
- DECS
- DESS, DEA, DEAS
- Diplôme de cadre infirmier
- Diplôme de directeur ou gestionnaire d'établissements sociaux et médico-sociaux
- Diplôme d'Etat d'Infirmier
- Diplôme de gérontologie
- Diplôme militaire
- Diplôme universitaire
- Maîtrise

Dans l'échantillon utilisé, 86% des diplômes identifiés dans le secteur des établissements d'accueil des personnes âgées sont de niveau V et VI [54%]²¹.

Par ailleurs, dans ce même échantillon et cette fois pour l'ensemble du secteur santé/social : un tiers des personnes en poste d'animateurs ont un diplôme d'animation de niveau III, 5% un diplôme médical ou para médical, 10% un niveau II ou I. Les directeurs ont des qualifications très diverses et deux tiers d'entre eux ne possèdent pas de formation professionnelle directement liée au poste occupé, mais plutôt des diplômes de niveau III.

¹⁹ À titre d'exemple, sur 4966 animateurs socioculturels recensés en Pays de la Loire en 1999 près de 21% travaillent dans le secteur de la santé et de l'action sociale.

²⁰ Contrat d'Etude Prospective social et médico-social de la branche professionnelle des établissements à but non lucratif. Ministère de la solidarité, Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, UNIFED, PROMOFAP, UNIFORMATION, CPNE - Credoc : P.Dubechot Lerfas : F. Bigot, Thierry Rivard. - Septembre 2002.

²¹ Niveau I et II : 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire ou grande école. Niveau III : bac+2, niveau IV : BAC. Niveau V : niveau BEPC, CAP, BEP, niveau VI : aucun diplôme, CEP.

2.4. Le vieillissement de la population dans les Pays de la Loire

Aujourd'hui en France, 710 000 personnes âgées de plus de 60 ans vivent en établissement dont 480 000 en maison de retraite, mais qu'en est il des particularités régionales ?

Ci-dessous, une cartographie de l'évolution de la population française par région entre 2000 et 2030 nous indique que la population de notre région va continuer de croître. Les projections de l'INSEE présentées dans le tableau suivant nous indiquent que la progression se fera plus lentement, mais surtout que la modification de la structure des âges (vieillissement) que nous avons déjà évoquée au niveau national, se manifestera aussi au niveau régional.

L'EVOLUTION DE LA POPULATION DES 22 REGIONS FRANCAISES PROJECTION ENTRE 2000 ET 2030



Evolution de la Population des Régions françaises (%)



Source: INSEE

Evolution de la population ligérienne

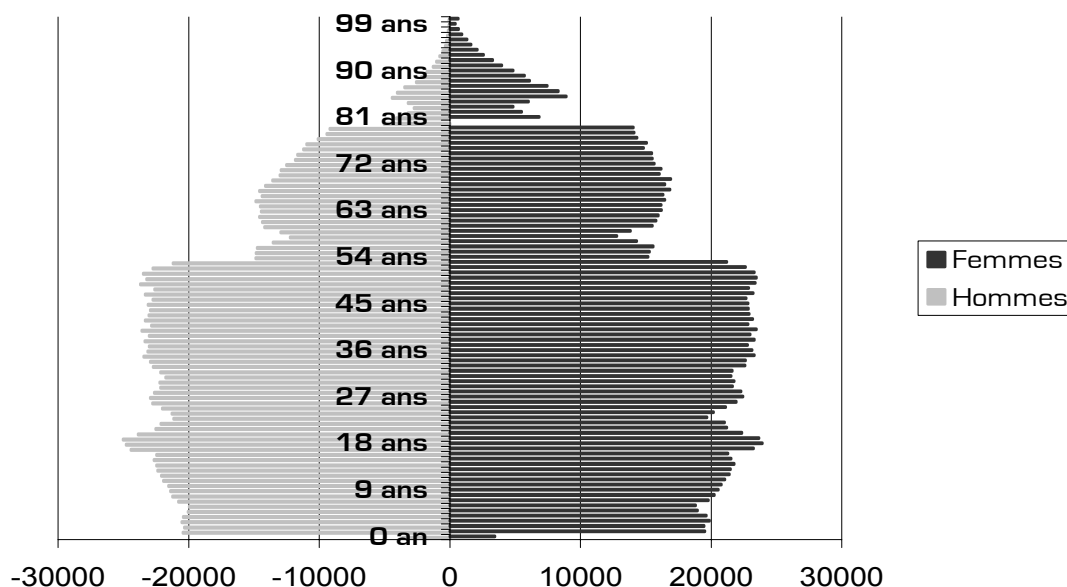
	1990	2000	2010	2020	2030
Population	3 058 000	3 238 000	3 402 000	3 517 000	3 584 000
Taux d'accroissement		0,60%	0,50%	0,30%	0,20%
Age moyen	36	38,1	40,2	42,7	45,4
Solde naturel	+ 13 000	+ 11 000	+7 000	+ 500	+ 500

Source INSEE. Solde naturel = naissance/décès (hors migration)

Dans ce laps de temps, l'âge moyen progresse d'environ 10 ans. En 2030, les jeunes seraient moins nombreux qu'en 2000, en revanche, le nombre de personnes âgées d'au moins 75 ans serait multiplié par 2,2. Et si l'on ajoute qu'à cette date, la projection de l'INSEE estime qu'un ligérien sur trois aurait au moins 60 ans, on perçoit la perspective d'une certaine permanence du phénomène.

La pyramide présentée ci-dessous, possède un profil relativement similaire à celui de la pyramide des âges au niveau national.

Pyramide des âges de la population des Pays de la Loire au recensement de 1999



L'effectif régional des personnes âgées de 75 ans et plus représente 254 351 personnes (recensement INSEE 1999) et devrait atteindre 8% de la population aujourd'hui.

2.4.1. L'accueil des personnes âgées : les établissements

Pour notre région, les types d'accueil répertoriés sont : l'accueil familial, le domicile collectif, le domicile services, le logement foyer, la maison de retraite (ou maison d'accueil pour personnes âgées (MAPA) ou maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) appelées à devenir EHPAD, le CANTOU, la résidence services, le village retraite, le service de soin de longue durée appelé à devenir EHPAD, l'hébergement temporaire.

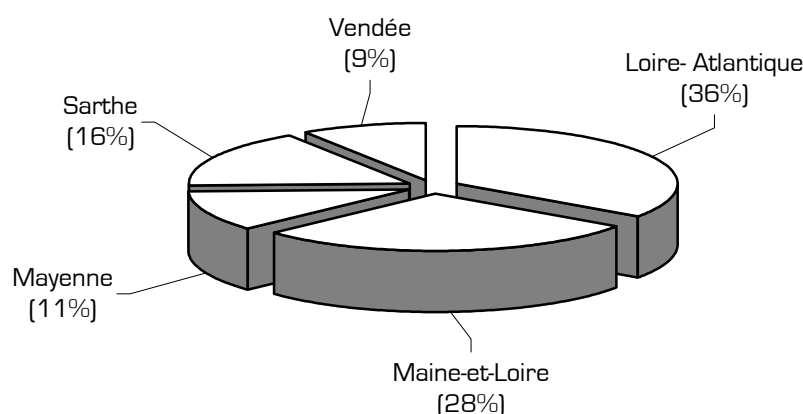
Au total, ce sont près de 700 structures d'accueil pour une capacité de 49 000 places et logements qui sont répertoriés, avec une hausse de 13,9% entre 1991 et 2001 et un taux d'équipement élevé²² par rapport à la moyenne nationale.

Ci-dessous, un tableau récapitulant le nombre de structures de type : maison de retraite, logement foyer et soins de longue durée pour personnes âgées dans les Pays de la Loire –

	Maison de retraite	Logement foyer	Soins de longue durée
Loire-Atlantique	154	32	18
Maine-et-Loire	125	57	15
Mayenne	50	19	7
Sarthe	72	46	13
Vendée	41	92	15
Pays de la Loire	442	246	68

Source DRASS – STATISS 2001

Répartition des maisons de retraite en Pays de la Loire



²² Le taux d'équipement est obtenu en rapportant le nombre total de places en maison de retraite, logement foyer et unité de soins de longue durée à la population âgée de 75 ans et plus en 1999. Le taux d'équipement le plus élevé au niveau national avec quelques disparités selon le département : Maine et Loire : taux le plus élevé ; Loire Atlantique et Sarthe : taux le plus faible.

Recensement du nombre de places offertes par type de structure et par département en 2001

	Maison de retraite	Logement Foyer	Soins de longue durée	Total	Taux d'équipement
Loire Atlantique	10 640	1 638	1 864	14 142	17,5%
Maine et Loire	8 669	3 369	889	12 927	22,5%
Mayenne	3 402	724	673	4 799	19,1%
Sarthe	4 711	1 879	1 230	7 820	17,1%
Vendée	3 080	5 477	870	9 427	19,1%
Pays de la Loire	30 502	13 087	5 526	49 115	19%

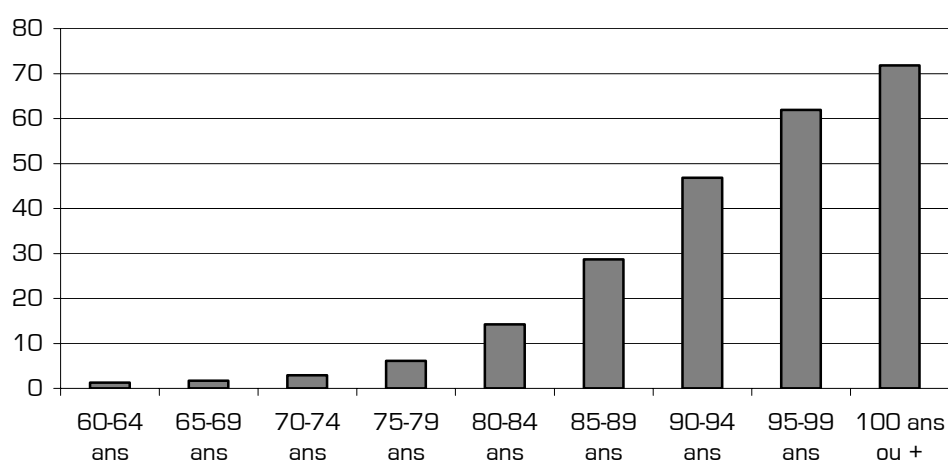
Source DRASS - STATISS

Nous rappelons que les personnes interrogées pour cette étude travaillent dans des établissements de types médico-sociaux : 26 maisons de retraite, 6 foyers logements et un établissement de soins longue durée.

2.4.2. L'accueil des personnes âgées : les résidents

En Pays de la Loire, la proportion de personnes âgées de moins de 90 ans vivant en institution était en baisse au dernier recensement de 1999, mais en hausse pour les plus de 90 ans avec un âge moyen de 84,8 ans (supérieur au niveau national). Comme pour l'ensemble du territoire, les trois-quarts de cette population sont des femmes (74,2%).

**Proportion de personnes vivant en institution
selon leur âge dans les Pays de la Loire en 1999 en (%)**



Source Insee - RP 1990

Lire : 70% des personnes de plus de 100 ans vivent en institution en Pays de la Loire

2.4.3. L'accueil des personnes âgées :
les emplois : plus de 11 000 salariés en maison de retraite, en Pays de la Loire

**Nombre d'établissements (par taille en termes d'effectifs)
et nombre de salariés par taille d'établissement du sous secteur "personnes âgées"
(853D) dans la région des Pays de la Loire.**

Taille de l'établissement	Nombre d'établissements recensés	Nombre de salariés
0 salarié ou non salariés	434	0
1 à 2	13	16
3 à 5	14	56
6 à 9	19	147
10 à 19	36	512
20 à 49	215	7 425
50 à 99	45	2 761
100 à 199	3	407
200 et +	0	0
Total	779	11 324

Source INSEE

La physionomie du secteur se dessine au niveau de la région comme sur le plan national, avec la majorité des effectifs qui sont recensés dans des établissements de 20 à 49 salariés.

2.5. Conclusion

Définir les conditions de la prise en charge du vieillissement de la population est un enjeu qui interroge tous les secteurs. Celui de l'économie : combien cela coûtera-t-il ? De l'environnement juridique : les lois seront-elles adaptées ? Des institutions publiques : l'accompagnement par les politiques sociales suffiront-elles ?

Dans les établissements l'augmentation de la dépendance qui s'accompagne d'une augmentation de la médicalisation et du personnel qui s'y rattache, interroge sur le devenir des personnels en poste (essentiellement féminin) et sur les filières de professionnalisation. Mais il faut considérer l'enjeu aussi sous ses aspects sociologiques : comment placer la personne âgée dépendante au cœur des projets d'institution, dans un environnement en changement ?

Nous percevons ici l'importance de la place des personnels qui travaillent dans les hébergements sociaux (et plus particulièrement des établissements pour personnes âgées qui nous intéressent) et les bouleversements qui vont s'opérer dans les organisations aidées en cela par la réglementation. Nous l'évoquons dans le chapitre suivant.

3. L'espace réglementaire qui entoure la prise en charge en établissement d'accueil

3.1. Introduction

Dans ce chapitre nous souhaitons apporter un éclairage sur l'impact de l'encadrement réglementaire qui entoure la prise en charge dans les établissements d'accueil, et plus particulièrement dans les maisons de retraite. Il ne s'agit pas ici de dresser un tableau exhaustif de l'ensemble des lois, décrets, qui accompagnent les politiques de vieillesse successives. De même, notre propos n'est pas d'analyser l'ensemble des systèmes de régulation qui sont survenus depuis les lois de décentralisation et qui ont confié aux départements la responsabilité de l'essentiel de la politique d'action sociale en direction des personnes âgées. Toutefois, nous avons relevé un certain nombre de questions qui se rapportent à l'environnement réglementaire, en profonde mutation, et qui ne manquent pas d'influencer les stratégies des professionnels du secteur.

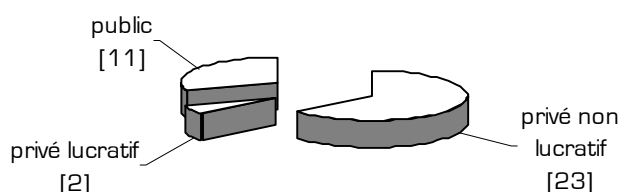
La réglementation appliquée :

La réglementation distingue deux catégories d'établissements :

- les établissements rattachés à un établissement de santé public ou privé qui relèvent également de la législation du secteur sanitaire pour leur organisation et leur gestion, régis par la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, ordonnance n°96-346 du 24/04/96,
- les établissements qui s'inscrivent dans le cadre du secteur social et médico-social, ce sont des établissements autonomes (ce sont ceux auxquels appartiennent les personnes interrogées).

Du secteur santé ou du secteur social, ces établissements peuvent avoir des statuts juridiques différents, que l'on peut regrouper sous : statuts privés (lucratif ou non) et statuts publics et qui font l'objet d'une importante réglementation.

Répartition par statut des établissements d'origine des personnes interrogées



3.2. La réglementation appliquée au secteur d'appartenance des établissements

D'une manière générale, les établissements sanitaires, publics ou privés, sont réglementés par le Code de la Santé Publique et le Code de l'Action Sociale et des Familles. Nous nous intéresserons plus particulièrement au secteur médico social qui présente, lui, un cadre juridique unifié assuré par les dispositions législatives et réglementaires du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ce cadre juridique s'applique autant aux établissements qu'aux individus pris en charge.

Dans ce code, sont insérés des textes majeurs, récemment modifiés et qui sont régulièrement cités au cours des entretiens avec les directeurs interrogés :

- le décret du 4 mai 2001²³ fixant les modalités réglementaires de financement et de tarification des établissements,
- la loi du 2 janvier 2002²⁴ qui rénove l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 31 mars 2003 qui réforme la tarification de la prise en charge de la dépendance²⁵.

3.3. La réforme de la tarification des établissements

Le décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 fixe les modalités réglementaires de financement et de tarification des établissements.

Le secteur est passé d'une tarification fondée sur une répartition des charges entre l'hébergement et les soins, à une tarification basée sur l'état de dépendance des personnes. Le découpage tarifaire retenu est le suivant :

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce tarif est à la charge de la personne accueillie qui peut cependant, comme auparavant, solliciter son admission à l'aide sociale.

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale, ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Un tarif journalier est arrêté en fonction des niveaux de dépendance fixés par la grille nationale dans lesquels sont classés les personnes hébergées, les six groupes GIR²⁶ sont mutualisés deux par deux (GIR 1 et 2 , GIR 3 et 4, GIR 5 et 6).

²³ Arrêté n° 2001-388 du 4 mai 2001 - modifiant l'arrêté n°99-316 du 26 avril 1999.

²⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 - modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

²⁵ Loi n°2003-289 du 31 mars 2003 - modifiant la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 - Textes d'application : décrets n°2001-1084 à 2001-1087 du 20 novembre 2001 (JO du 21 novembre 2001).

²⁶ GIR, grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) voir chapitre 1 - "l'augmentation mécanique de la dépendance".

Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement, ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies. Un tarif journalier est arrêté en fonction des niveaux de dépendance fixés par la grille AGGIR.

Ceci conduit à calculer les divers éléments composant les trois tarifs hébergement, dépendance et soins de la manière suivante :

Hébergement (H)	Dépendance (D)	Soins
1 tarif à la charge du résident ou aide sociale	3 tarifs : GIR 1-2 GIR 3-4 GIR 5-6	3 tarifs ... financés par l'assurance maladie

... soit un seul tarif visible pour le résident

(H) + tarif dépendance (D) correspondant au niveau de GIR constaté
--

Ces nouveaux tarifs se veulent facilement compréhensibles par l'utilisateur et simples pour l'établissement. Désormais, le budget d'un établissement se présente en trois sections d'imputation, correspondant aux trois tarifs hébergement, dépendance et soins, dont les charges et produits sont arrêtés séparément.

Par exemple, les charges de personnels sont réparties comme suit :

Catégories de personnel	Sections tarifaires		
	Hébergement	Dépendance	Soins
Direction administration	100%		
Cuisine services généraux	100%		
Animation service social	100%		
ASH – Agents de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	70%	30%	
Aides soignants – AMP		30%	70%
Psychologues		100%	
Infirmières			100%
Autres auxiliaires médicaux			100%
Pharmaciens – Préparateurs en pharmacie			100%
Médecin			100%

L'animation, objet de notre étude, fait donc partie des coûts d'hébergement, indépendamment du taux de dépendance. Il n'y a donc pas d'incitation à renforcer l'animation en fonction de la dépendance.

La tarification des établissements qui peuvent accueillir des personnes âgées dépendantes est désormais arrêtée par les autorités compétentes définies par la loi.

Nous l'avons constaté, l'ensemble des nouvelles dispositions réglementaires dont la réforme de la tarification n'est qu'un élément, modifie les comportements et impose une réflexion au sein des établissements, comme nous le dit ce directeur d'un établissement communal (70 résidents) : *"Il y a une exigence de qualité, de sécurité qui se fait de plus en plus forte et qui oblige les établissements à se remettre en cause actuellement"*.

3.4. La rénovation de l'action sociale et médico-sociale vers une responsabilisation

Depuis la loi du 30 juin 1975, le secteur médico-social a subi une succession d'interventions du législateur pour orienter les étapes décisives de sa structuration.

La dernière réforme majeure est celle impulsée par la loi du 2 janvier 2002. Les principes fondamentaux qui y sont définis, constituent un véritable guide d'orientation, qui doit favoriser la diversification des missions, des modes de prise en charge, de la planification des équipements, des modalités d'allocation des ressources, ainsi qu'une refonte des modes d'évaluation, de contrôle, et de coordination des acteurs du secteur. Les éléments majeurs comme : le respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité, le libre choix, l'individualisation, la confidentialité, l'accès à l'information, la participation au projet d'accueil constituent désormais des droits fondamentaux que chaque personne âgée placée en établissement est en droit d'exercer.

Cette loi instaure la nouvelle convention dite *"tripartite"*, qui définit les conditions de fonctionnement de l'établissement, sur le plan financier, celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins. Elle comporte également une partie concernant le niveau de formation du personnel et précise les objectifs d'évolution de l'établissement.

Elle doit permettre de : (extrait de convention)

- Garantir aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins dans *"l'établissement"*
- Déterminer les moyens mis en œuvre par l'établissement pour servir des prestations qui satisfassent au mieux les résidents
- Définir les conditions dans lesquelles fonctionne cet établissement
- Définir les modalités d'intervention financière des parties

Elle incite donc les représentants de l'institution à s'engager dans une "démarche qualité" et à respecter un cahier des charges.

Aujourd'hui, il semble que les services de l'Etat n'aient pas atteint l'objectif de 8 000 signatures de conventions dans les délais qu'ils s'étaient fixés. Les directeurs d'établissements, se trouvent dans l'obligation de travailler à la signature d'une convention qui implique, pour beaucoup, une remise en cause de l'organisation. A l'évidence, cela ne leur permet pas d'entrer rapidement dans un processus de négociation d'une convention.

3.4.1. La convention, une démarche pas totalement maîtrisée :

Pour les établissements qui sont signataires, la convention tripartite engage l'institution dans une démarche qui n'est pas encore totalement maîtrisée comme nous le précise cette directrice de maison de retraite (80 résidents, lorsqu'elle évoque l'augmentation du niveau de dépendance des résidents) : *"On était à 300 (entendre cotation moyenne du niveau de dépendance des résidents) et maintenant on est au-dessus, on avait une infirmière à trois-quarts temps et on s'en sortait, maintenant elles sont deux et on s'en sort pas."*

Elle nous le dit, la convention tripartite a des conséquences non négligeables sur le fonctionnement, et le budget *"C'est une médicalisation globale qui s'est mise en place,*

sans que cela soit toujours maîtrisé. Par exemple, maintenant on doit donner des changes à tout le monde, et on a découvert qu'il y avait au moins 20 personnes dont on ignorait l'incontinence et qui achetaient leurs protections ailleurs".

On entre dans une démarche de diagnostic des moyens qui met à jour des insuffisances et qui pointe des problèmes qui ne sont pas seulement d'ordre logistique. Ce directeur d'établissement vendéen (public, environ 70 résidents) nous le dit, c'est une question qui fait débat :

"Quand on se conventionne avec la loi EHPAD (entendre convention tripartite), on remet tout à plat, ... pour tout le monde elle balaie cette notion de soin courant, etc. C'est motivant, mais est-ce que ce n'est pas une utopie par rapport au type d'établissement qu'on devient... Et la place qu'on nous assigne dans la société : on voit dans la convention, vous allez être EHPAD pour personne âgée dépendante, ce n'est pas le même projet qu'une personne qui marche, qui écrit, qui a sa tête..."

Ou bien cette autre directrice d'une petite résidence en Sarthe :

"On va être obligé d'y entrer sinon on n'aura plus le droit de garder des gens grabataires, je ne suis pas enthousiaste, on est obligé de le faire car la population vieillit, on va devoir prendre des personnes plus âgées et plus dépendantes de toute façon..."

De nouveaux outils doivent désormais être produits : livret d'accueil, contrat de séjour, documents individualisés et projet d'établissement, avec l'instauration d'un conseil de la vie sociale, c'est l'ensemble du dispositif d'information et d'évaluation de la qualité qui est visée. Mais, si ces nouvelles dispositions doivent apporter une certaine clarté des droits et devoirs, voire une stabilité, avec une limitation de l'arbitraire, certains s'inquiètent d'une possible dérive *"bureaucratique"*²⁷. Car, si la clarification des rôles est source de cohésion sociale autour du projet d'établissement et renforce l'intérêt des personnels, elle peut également être source de dysfonctionnement comme s'en inquiète ce directeur d'établissement communal, en milieu rural, qui emploie 35 salariés :

"Cette réforme, il y a des documents qui sont intéressants pour l'établissement, malheureusement j'ai bien peur que ce ne soit pas pris en compte au moment de la négociation à proprement parler... J'ai l'impression qu'on a vendu beaucoup de choses aux agents d'établissements qui s'engageaient, derrière il faudrait des moyens..."

On perçoit également les éléments structurants que peut apporter la convention et la visibilité qu'elle apporte sur la place et le travail de chacun comme l'évoque cette animatrice de foyer logement : *"Oui, depuis qu'on a été conventionné au mois de janvier, on a un protocole à mettre en place par rapport à tout ce qui est au niveau du foyer logement, donc il y a la commission animation, la commission repas, commission hygiène, commission de soins..."*

Et donc, suivant les commissions on fait le point entre autre sur la commission d'animation. On voit ce qui peut être étudié, ce qui peut être fait sur les différents projets, voilà. Donc moi, j'ai un projet animation à mettre en place cette année. A écrire et à valider."

3.4.2. Comment évoluer dans un contexte de ressources difficiles ?

Ce qui caractérise la volonté du législateur peut se résumer en deux grands principes, favoriser le développement d'expérimentation en y insérant des éléments éthiques et déontologiques, tout en garantissant une plus grande démocratisation de la gestion du secteur.

²⁷ Au sens "wébérien" du terme "bureaucratisme" : différenciation des fonctions et des rôles, spécialisation, sélection sur la base des compétences.

Mais comme nous le précise ce directeur, qui dit expérimentation dit "droit à l'erreur", et le cadre formel d'une convention qui fixe objectifs et moyens, n'est pas, pour les personnes interrogées, de nature à garantir la souplesse nécessaire :

"La convention, moi, j'aimerais la signer. Actuellement le dossier n'a pas été déposé pour l'établissement. Il y a un engagement du conseil d'administration pour l'entrée dans la réforme. Le souci, actuellement tout processus a été bloqué au niveau départemental, y'a énormément de dossiers en attente et très peu de signatures. Plutôt que de déposer maintenant un dossier et la signature ne correspondra plus à nos attentes car dans l'établissement il n'y a pas encore de projet de vie formalisé, on n'a pas encore engagé le travail sur l'auto évaluation... Ensuite je pourrai déposer un dossier de conventionnement. Ce qui est un peu décevant, c'est que tout le travail qui est fait dans la structure ne donne pas l'impression d'être repris après par le Conseil général au moment de la négociation. C'est vrai on applique un ratio déterminé, la négociation s'arrête là, y'a pas un moyen supplémentaire accumulé pour aller vers plus de qualité..."

Quand aux éléments éthiques, nous pouvons déjà dire que la seule revendication d'une éthique ne suffit pas à obtenir un consensus autour des pratiques de travail qui posent problème, nous y reviendrons dans la seconde partie.

3.4.3. L'impact sur la demande de formation des animateurs

Dans le cadre de la loi 2002-2, l'application des procédures qualités, la formation des personnels occupent désormais une place incontournable. Les besoins de formations sont réels.

Dans le cas des salariés animateurs (ou faisant fonction) que nous avons interrogés à ce sujet, ce que nous dit cette aide soignante illustre la demande (fréquente) d'une formation, à l'initiative du salarié, validée par la direction de l'établissement.

"Il y a sept ans, on voulait créer un poste d'animation... Je suis aide soignante à l'origine, on a réuni des aides soignantes pour nous demander qui était intéressé par un poste d'animation. J'étais la seule. Depuis deux ans, je suis à trois-quarts temps à l'animation. Ma formation de départ c'est aide soignante. Je suis en formation BEATEP de temps en temps. La formation BEATEP c'est une demande personnelle que la directrice a validée."

Elle nous éclaire également sur les conditions exigeantes de ce travail qui use... et qui doivent faire réfléchir sur la filière de formation proposée :

"Je ne sais pas si je ferai toujours ça, je trouve que c'est stressant, il y a beaucoup de responsabilité. On est deux mais on a beaucoup de choses à gérer, à organiser. Faut prévoir beaucoup, toujours à l'avance. A chaque fois qu'il y a une sortie faut pas oublier de préparer... L'après-midi, on a quinze personnes. C'est fatiguant physiquement et psychologiquement."

Cette autre aide soignante "faisant fonction" nous décrit sa mobilité d'aide soignante vers la fonction d'animation, la formation continue reste d'actualité :

"Je n'ai pas le statut animatrice, j'ai la fonction mais j'ai gardé le statut aide soignante... Oui c'est un arrangement avec la direction en tant qu'aide soignante on avait la retraite à 55 ans et si on passe en tant qu'animatrice vous ne l'aurez qu'à 60 ans. Ma collègue c'est pareil... J'aimerais bien avoir une formation pour qu'on me donne beaucoup d'idées concernant les personnes dépendantes... Au niveau animation, on est un peu dépourvu, les personnes indépendantes, ça va, elles voyagent, on peut les déplacer....Je n'ai plus envie de me mettre le nez dans les bouquins mais en alternance, sur le métier de l'animation, pourquoi pas..."

Quant à cette animatrice diplômée Defa, son projet est clair : *"Mon but, ce n'est pas de rester animatrice, c'est de continuer mes études et d'être directrice"*. Mais c'est également de reconversion qu'il conviendra de s'inquiéter²⁸ : *"J'ai des collègues qui sont aides soignantes de formation qui par souci physique ne pouvaient plus être soignantes. Mal au dos et tout...et elles sont devenues animatrices. Mais ce n'est pas la même approche..."*

3.5. L'Allocation Personnalisée pour les Personnes Agées, les nouvelles attentes des résidents

La loi du 20 juillet 2001 crée l'APA (révisée en 2003) qui institue une *"prestation universelle"* destinée à améliorer la prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus, qui sont en situation de perte d'autonomie. Elle est attribuée, en nature, aux personnes, sans conditions de ressource ni de nationalité, en fonction des besoins du bénéficiaire (que ce soit à domicile ou en établissement).

L'APA se veut égalitaire et objective par la définition de tarifs nationaux, légaux et obligatoires. Ces tarifs sont différents selon chaque établissement, car le coût de la prise en charge de la dépendance varie selon le mode de gestion ou la qualité du service rendu.

La participation de l'utilisateur est maintenue à travers l'existence d'un ticket modérateur et les Conseils généraux conservent la gestion de la nouvelle prestation, bien qu'elle soit financée pour partie par la sécurité sociale et la CSG. Pour les bénéficiaires qui résident en établissement, cette allocation est destinée à acquitter le tarif *"dépendance"* de l'établissement d'accueil. Rappelons que le tarif hébergement est réglé par la personne (ou l'aide sociale) et que le tarif soin est réglé par l'assurance maladie.

Le calcul du montant de l'APA repose sur le tarif dépendance de l'établissement calculé en fonction du GIR moyen, le GIR²⁹ du bénéficiaire et ses ressources.

Aujourd'hui encore, la loi est l'objet de modifications successives comme la diminution du plafond de ressources pour fixer la participation financière du bénéficiaire, l'allongement du délai d'ouverture des droits (le 28 et le 31 mars 2003). Au 30 juin 2003, ce sont 723 000 personnes qui bénéficient de cette aide, dont 46% vivent en établissement, le reste à domicile³⁰. Les bénéficiaires classés en GIR4³¹ représentent 44% de l'ensemble des bénéficiaires et un quart de ceux vivant en établissement³².

²⁸ Les effectifs d'aides soignants (public et privé) sont de 23 106 personnes en Pays de la Loire, effectifs en forte hausse (+35%), leur âge médian au recensement de population de 1999 était de 38 ans contre 34 ans en 1990 et la part des 45-54 ans a presque doublé. Par ailleurs, les animateurs qui travaillent dans le secteur santé, action sociale sont aussi significativement plus vieux que leurs collègues d'autres secteurs (activités associatives, récréatives, culturelles, sportives...) Voir Dossier INSEE-CARIF OREF "les âges au travail" - 2003

²⁹ GIR, grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) voir chapitre 1 - "l'augmentation mécanique de la dépendance"

³⁰ voir tableau p. 32

³¹ Niveau minimum de dépendance pris en compte pour prétendre à l'APA

³² Etude et Résultats - DRESS - n°259 - septembre 2003

Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance au 30/06/03

	Domicile %	Etablissement %	Total %
GIR 1	4	18	8
GIR 2	20	40	27
GIR 3	23	18	21
GIR 4	53	24	44

Cette loi est indissociable de celle concernant la réforme des établissements hébergeant des personnes âgées. La possibilité d'une dotation globale allouée directement à l'établissement en fonction de la dépendance des résidents est à l'étude.

Mais elle a aussi des effets pervers. Ainsi que nous le dit cette directrice d'établissement (GIR Moyen supérieur à 300) de 80 résidents ayant une moyenne d'âge de 85 ans : *"...Maintenant qu'on leur a dit qu'ils avaient tous le droit d'être pris en charge, on a eu une montée en puissance extraordinaire. Donc maintenant on est en train d'essayer de remettre un petit peu d'ordre dans tout ça, c'est-à-dire que on n'a pas eu d'aide soignants en plus, si ... 15 heures d'aide soignante par mois, en plus donc, c'est vraiment pas grand-chose, on a eu des agents de service et un trois-quarts de temps infirmier, voilà ce qu'on nous a donné en plus. En nous disant qu'on était très gâté, et qu'il ne fallait pas trop se plaindre..."*

3.6. Conclusion : le financement de l'animation

Réforme de la tarification, modernisation de l'action sociale, mode de prise en charge de la dépendance des résidents constituent un véritable cadre réglementaire qui interroge les gestionnaires, les directeurs d'établissements que nous avons rencontrés.

Nous l'avons constaté, répondre aux contraintes réglementaires nécessite du temps, parce que ce sont les pratiques et modes de coordination de chaque institution qui sont touchés. A n'en pas douter, la prise en charge de la qualité, et sa nouvelle déclinaison rendue obligatoire par la loi (accueil,...) touche également l'offre d'animation qui est proposée aux résidents dans les établissements.

Dans ce contexte de réforme, les directeurs ont formulé leurs projets d'animation de manière différentes, les obligeants parfois à se confronter à des difficultés inattendues :

"On a été dans les premiers à signer... C'était il y a un an, et ils ne veulent pas entendre parler d'animation. Le soin relationnel, ils ne connaissent pas. Ils voulaient bien nous donner du personnel supplémentaire, mais en aucun cas faire "mumuse"..."

Si l'on se rappelle que 40% des personnes hébergées sont très dépendantes, il semble problématique d'identifier l'animation dans le poste *"hébergement"* qui ne dépend pas du degré de dépendance, comme le proposent la réglementation et son interprétation.

En effet, comment dissocier la prise en charge de la dépendance, du contexte nécessaire à sa mise en place ? Lorsque l'on s'adresse à des résidents de maison de retraite, le soin, n'est-il qu'un soin infirmier ? L'animation dans les établissements en fait-elle partie ? Est-ce autre chose que *"faire mumuse"* ?

C'est à l'offre d'animation que nous nous intéressons maintenant, car au-delà de la standardisation que pourrait sous entendre la référence à la norme juridique, nous avons pu constater que des pratiques diversifiées coexistent toujours, en référence à d'autres normes.

4. L'offre d'animation en maison de retraite

4.1. Introduction

Nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, le contexte réglementaire encadre la réorganisation des établissements qui accueillent des personnes âgées. Cette législation n'est pas sans conséquence sur l'offre d'animation dans les maisons de retraite, puisqu'elle encadre de plus en plus précisément les conditions dans lesquelles celle-ci se développe. Mais, tenter de saisir l'offre décrite par les personnes interrogées que nous avons visitées suppose une contextualisation historique.

En effet, à chaque époque, on observe une manière différente de concevoir et de pratiquer l'animation au sens "*large*". Aujourd'hui, l'animation dans les établissements accueillant des personnes âgées, est parfois décrite comme "*un reflet de la société*"³³ mais qu'en est-il réellement ? Dans ce chapitre, nous présentons les éléments socio-historiques qui ont permis le développement de l'offre d'animation en maison de retraite depuis sa forme embryonnaire jusqu'à sa forme autonome qui la caractérise aujourd'hui. Après l'avoir décrite, nous montrerons la persistance d'une diversité d'offre, diversité que nous illustrerons par deux exemples qui révèlent le caractère inutile de toute tentative d'uniformisation.

4.2. Une socio-histoire

Faut-il aller jusqu'à considérer comme R. Vercauteren et B. Hervy³⁴ nous le proposent, l'animation comme un reflet de la société ?

Le terme "*reflet*" peut paraître excessif pour qualifier ce lien, néanmoins il existe une relation entre structures sociales et offre d'animation, si bien que sans être un reflet de la société, on peut dire qu'elle en est le produit et c'est pourquoi nous nous engageons sur la voie d'une socio-histoire de l'animation.

Situer l'offre d'animation dans le temps :

A la fin du XIXe, il est trop tôt pour parler d'animation, mais elle germe dans un nouveau contexte socio-économique propre à l'industrialisation, qui instaure un nouveau rapport au temps. En effet, l'unité de temps et de lieu propre au milieu rural s'efface avec le salariat qui établit désormais un partage très net entre espace domestique/ espace professionnel, temps privé / temps de travail.

La figure emblématique de ce nouveau rapport au temps devient le salariat dans une France qui cherche à s'émanciper de la société rurale.

Le temps se parcellise, les temps sociaux font leur apparition et plus particulièrement la notion de temps libre à laquelle se rattache désormais la pratique d'activités à visée éducative et dont profitent essentiellement les enfants. S'il est encore trop tôt pour parler véritablement d'animation, on voit néanmoins apparaître un certain nombre d'organisations (laïques et religieuses) en charge de parfaire l'éducation scolaire des enfants à partir d'activités nouvelles dont les préoccupations sont également hygiénistes et morales.

³³ Richard Vercauteren, Bernard Hervy "L'animation dans les établissements pour personnes âgées", p.45 - Editions Eres - 2003

³⁴ Id

Mais, c'est à partir des années 50 que l'animation acquiert en France une véritable légitimité tant sur le plan économique, que politique.

D'une part, parce qu'avec les congés payés le temps libre est devenu un secteur économique à part entière, d'autre part, parce que l'animation concerne dorénavant toutes les classes d'âges et a fortiori le groupe social qui nous intéresse directement, celui des personnes âgées.

Au regard des structures qui les accueillent, nous pouvons dire que l'animation des années 60 repose essentiellement sur des activités dites occupationnelles ayant pour objectif principal de remédier à "*l'ennui des vieux*" et, pour seconde finalité, de leur procurer un sentiment d'utilité.

Depuis, la conception de l'animation s'est profondément transformée et d'une façon générale, a relégué l'offre de type occupationnel au second rang au profit d'une animation intégrée à un projet, centrée sur les besoins de la personne âgée.

A cet égard, il semble incontestable que l'espace réglementaire ait favorisé une animation "*individualisée*", mais nous devons noter qu'à ce jour l'offre reste très diversifiée et, de ce point de vue, nous souhaitons illustrer cette offre qui revêt des caractères bien différents.

Le discours des individus rencontrés dans les établissements nous éclaire sur la "*manière de fonctionner*". Les deux exemples que nous utilisons, mettent en évidence le caractère "*formel*" de l'offre, mais aussi sa dimension "*bricolée*". Les éléments que nous livrent les personnes interrogées caractérisent l'offre d'animation comme une invention au quotidien, une expérience difficile à transférer.

4.2.1. Le nouveau contexte socio-économique de la fin du XIXe et les balbutiements de l'animation

Si l'on peut dire qu'il s'agit des premiers balbutiements de l'animation, il faut retenir qu'elle ne concerne qu'un public restreint et qu'elle prolonge directement la formation scolaire. Les préoccupations sanitaires sont présentes (vie au grand air, nourriture saine, hygiène...) mais cette offre d'animation garde une dimension très pédagogique.

Différentes organisations émergent en cette fin de siècle avec la même volonté d'assurer demain à l'économie moderne une main d'œuvre qualifiée, à la société civile des citoyens responsables en inculquant dès le plus jeune âge un certain nombre de valeurs auxquelles l'école ou la famille ne préparent pas. Parfois en concurrence, elles sont laïques (préoccupations d'ordre public où l'ennui est qualifié de maladie) ou religieuses (préoccupations d'ordre moral où l'oisiveté est la mère de tous les vices).

Par l'intermédiaire du patronage, on voit la première colonie de vacances se mettre en place dès 1875, le scoutisme trouver une forme concrète dès 1907.

4.2.2. A partir des années 60, vers une forme autonome

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'animation a changé sur deux points fondamentaux.

A cette époque, elle bénéficie d'une forte légitimité politique et économique dans une société désormais rompue à la grande consommation et au centre de laquelle les loisirs tiennent une place croissante. Cette évolution s'inscrit dans le droit fil des mouvements associatifs d'éducation populaire qui se développent à cette époque (Peuple et Culture -1945).

L'animation n'est plus l'apanage des enfants ou des jeunes et s'adresse maintenant à de nombreuses catégories sociales dont les retraités (les premiers clubs de retraités apparaissent en 1960).

Nous pouvons constater qu'à partir de cette date, l'animation se détache peu à peu de sa vocation première d'éducation, pour présenter une offre plus proche de son sens littéral.³⁵

Constat de plus en plus évident dans le contexte historique des années 70 qui rejettent avec force les vieux modèles au nom de la liberté individuelle de faire des choix. Placée sous une bannière consumériste qu'elle ne quittera plus, l'animation à partir de cette date se déplace pour se centrer un peu plus sur le "*sujet*" dans un vaste processus historique d'individualisation des réponses, vers une personnalisation de l'offre.

L'animation dans les établissements pour personnes âgées a suivi ce chemin, elle est devenue transversale à tous les champs sociaux. En se dotant de professionnels, ce secteur s'est largement autonomisé, pourtant et parce qu'il s'agit d'un processus et que chaque structure est différente, la mise en place d'activités valorisant l'autonomie de la personne n'a pas pour autant évacué l'offre de type occupationnelle.

Sur ce point, l'étude de l'offre et plus encore de ses caractéristiques actuelles soulève avec pertinence, nous semble-t-il, la question des compétences pour les fonctions d'animation.

4.3. Caractériser l'offre

4.3.1. Une tendance générale : le recul des activités de type occupationnel pour plus d'autonomie de la personne âgée

4.3.1.1. Au départ des activités de type occupationnel

La prise en charge des vieillards au sein de structures spécifiques date de la fin du XVIIIe. Il est intéressant de remarquer qu'il existe des points de convergence entre ces premières structures et celles que nous retrouvons un siècle et demi plus tard, dans les années 50-60.

Dans les deux cas, les activités proposées sont pensées, pratiquées en fonction du travail qui incarne nombre de valeurs morales, comme un rempart à l'oisiveté et aux maux qui lui sont associés.

Une conception quasi vertueuse du travail s'instaure, qui acquiert de surcroît une dimension thérapeutique dans les années 60. L'accompagnement législatif, par la voie des circulaires ministérielles, fait disparaître le "*vieillard*" au profit d'une description plus humaniste, plaçant l'animation comme outil de l'humanisation des établissements d'accueil des personnes âgées.

Les activités occupationnelles que nous pouvons repérer sont :

- Les activités culturelles et récréatives (ludiques) qui sont nombreuses. Ces activités ont des supports très variés : la télévision, le ciné reportage, la radio, les jeux de carte ou de société, la lecture, les excursions...
- Les activités manuelles qui mobilisent un certain nombre de compétences acquises au cours de la vie active telles que le bricolage, le jardinage, la cuisine, le tricot. Dès le début

³⁵ B. Hervy : Un moyen de donner vie, susciter ou activer un processus vital par lequel un sujet ou un groupe s'affirme.

des années 60, elles seront le support de l'ergothérapie et, même si, à cette époque, celle-ci ne s'adresse encore qu'à un groupe restreint de personnes âgées, on peut dire qu'elle est le signe manifeste d'une animation qui se tourne vers une dimension thérapeutique déjà évoquée. Qu'il s'agisse de poterie, de tissage, l'activité de type occupationnel apparaît désormais comme un rouage.

4.3.1.2. Une offre d'animation de plus en plus personnalisée

Dans les années 80, la tendance à répondre aux besoins individuels fait place à la personnalisation de l'offre.

Les résidents qui entrent de plus en plus vieux et de plus en plus dépendants en institution, souhaitent être écoutés (prise en compte de la dimension psychologique), conserver un niveau de sociabilité suffisant (prise en compte de la dimension sociale).

On introduit la notion de *"soins curatifs"*, on parle de *"nursing"* à propos de l'animation, dont la vocation thérapeutique s'affirme, mais sans qu'on puisse établir de frontière très nette avec la dimension culturelle ou sociale.

Les contours de l'animation deviennent flous, les professionnels rencontrent des difficultés à se situer professionnellement et identitairement, nous y reviendrons.

Ces difficultés ne remettent pas en cause l'évolution de l'offre vers l'individualisation qui entend désormais préserver le plus longtemps possible l'autonomie de la personne âgée qui vit en établissement. A cet égard, les années 90 traduisent la volonté de dépasser une image négative, celle du résident *"enfermé"* dans sa maladie pour lui substituer celle du résident *"acteur de sa vie"*, capable de faire des choix citoyens, de prendre du plaisir.

Comme nous l'avons rencontré, dans certains établissements, l'animation s'inscrit au carrefour de toutes les activités, devient parfois un "principe organisateur" et plus encore, dans certains cas, une vitrine de l'établissement, comme un produit d'appel dans une logique de concurrence. Entrés dans la logique de concurrence, les gestionnaires recherchent aussi, désormais, l'efficacité économique³⁶ par une organisation rationnelle des moyens de travail et, en particulier, des moyens humains.

Le vocable qu'utilise ce directeur nous rappelle la référence aux concepts managériaux auxquels certaines structures et équipes de direction souhaitent désormais se rattacher : *"Je recherche quelqu'un de diplômé qui ait envie de s'impliquer dans un rôle d'encadrement d'une équipe avec une notion de management."*

Le projet d'entreprise peut, dans certains de ses contours, avoir des similitudes avec un projet de vie ou d'établissement et, plus particulièrement, dans sa volonté de mobiliser des compétences multiples et variées, des niveaux hiérarchiques différents. Mais il n'est pas aisé de passer d'une offre d'animation très emprunte d'idéologie socio-éducative vers une forme qui cache de moins en moins sa configuration entrepreneuriale, alors que les textes récents, placent la personne âgée au cœur du projet, réaffirmant le caractère missionnaire³⁷ des établissements d'accueil des personnes âgées.

Qu'en est-il sur le terrain ?

³⁶ Rappelons que 33% des structures d'appartenance des personnes interrogées sont à statut public et 61% à statut privé non lucratif.

³⁷ En référence aux travaux d' H. Mintzberg. Le Management – Voyage au centre des organisations.

4.3.2. Une grande diversité de l'offre avec la persistance de deux modèles

L'étude des pratiques renvoie à une difficulté d'ordre purement théorique décrite par de nombreux auteurs : celle de la définition de l'animation.

Nous l'avons constaté : autant de gens rencontrés, autant de manières de penser l'animation. Les propos diffèrent entre le "professionnel" de l'animation, le directeur, l'infirmière ou l'agent technique.

L'étude des discours de l'ensemble des personnes interrogées met en évidence des conceptions qui peuvent être fonction de la trajectoire de vie, des caractéristiques (juridiques, économiques, sociologiques) ou de la situation géographique de l'établissement dans lequel elles travaillent.

Pour tenter de saisir l'offre, il convient de pouvoir se défaire d'une vision simpliste qui enfermerait des activités de type occupationnel dans une vision passéiste de l'animation, qui ferait de celles valorisant l'autonomie de la personne une animation d'avant garde.

Nous l'avons observé, ces deux formes coexistent dans tous les établissements, à des degrés différents de formalisation.

Dans tous les cas, l'offre d'animation semble relevée d'un processus d'adaptation permanent, aux contraintes institutionnelles, à l'espace géographique et social, aux personnes résidentes. Elle est apparue comme réinventée quotidiennement, une forme de "bricolage"³⁸, propre à toute intervention sociale, mais n'apparaît pas, nous l'avons constaté, en contradiction avec la professionnalisation. L'offre est d'une grande diversité rendant inutile toute tentative de description exhaustive.

Nous avons repéré, à partir de deux exemples concrets (dont les noms sont imaginaires), quelques éléments qui nous permettent de décrire deux formes d'animation.

4.3.2.1. L'offre d'animation à "L'Acacia" :

Le premier exemple que nous nommerons "L'Acacia" nous vient d'une petite commune rurale du Maine-et-Loire où nous avons rencontré le directeur d'une maison de retraite (statut privé non lucratif) qui accueille 70 résidents, dont deux tiers sont des femmes (moyenne d'âge 83 ans). Ce sont, pour la plupart, d'anciennes agricultrices (ou issues du secteur agricole) ou d'anciennes commerçantes qui résidaient dans le canton avant de rejoindre l'établissement en question.

On dénombre 32 ETP (équivalent temps plein)

Pas de poste d'animation repéré officiellement mais une personne "agent de service" est responsable de l'animation, elle a bien voulu nous apporter son témoignage.

Nous y ajouterons celui d'une personne agent technique qui nous a également fait part de son expérience.

Le directeur de "L'Acacia" : titulaire d'un CAPDES, il a, auparavant, exercé d'importantes fonctions d'encadrement. De notre point de vue, s'agissant de l'offre d'animation, c'est une figure dont le poids est tout fait déterminant. On peut dire qu'il impose sa conception de l'offre et qu'il l'organise pour une large part. Il nous dit :

³⁸ En référence aux travaux de P. Bourdieu et C. Lévi-Strauss, il convient de comprendre le terme de bricolage comme "une production" qui ne se limite pas à exécuter des tâches, et d'y adjoindre les choix de l'individu qui "bricole", source de la diversité que nous avons constatée. Ne doit pas être compris dans le sens péjoratif "bancaï".

"Alors moi, ce que je répète à mes personnels, c'est que l'animation, c'est du quotidien... pour moi, c'est l'animation avec un grand A."

Il nous explique pourquoi il ne veut pas d'un animateur :

"Prendre un professionnel, c'est s'exposer au fait que c'est une partie de l'animation qui va échapper au personnel et ça je ne le veux pas." En apparence, cette posture laisse très peu d'initiative à l'agent technique.

L'agent *"faisant fonction d'animatrice"* à "L'Acacia" : nous l'appellerons l'animatrice. Elle est responsable de l'animation dans cet établissement depuis 7 ans. Agent de service, elle assume en plus des tâches de service, la responsabilité de l'animation pour laquelle elle a suivi une formation il y a un an.

"Alors moi, des fois j'ai envie de baisser les bras, j'aurais aimé qu'il me laisse des petites choses à faire, il dit toujours : plus tard, je laisserai faire, mais plus tard... c'est vrai que je me sens frustrée."

Le directeur de "L'Acacia" nous décrit l'animation : *"c'est prendre 5 minutes pour s'arrêter discuter avec un résident, c'est prendre 2 minutes pour l'accompagner où il veut aller, c'est prendre 3 minutes parce qu'il y a une famille... Et dans le cadre de cette animation, il y a les activités d'animation..."*

Ce que dit l'animatrice de "L'Acacia" n'est pas fondamentalement différent : *"l'animation ici avant tout, je la vis comme du relationnel essentiellement. C'est aller voir les résidents, si on sent que quelqu'un est fermé c'est essayer de rentrer en communication avec lui... Mais en fait d'animation, j'en fais jamais parce que comme il veut que ce soit le personnel qui se prenne en charge, moi je prépare une sortie à la limite, il me demande mon avis et c'est tout. C'est à dire que je ne fais pas de l'animation vraiment, concret. J'arrive pas à faire comprendre ça."*

Il y a par ailleurs une dissonance très nette entre la manière dont l'animatrice conçoit l'animation et les propos du directeur. Pour la première, il est manifeste que les formes d'attention quotidiennes ne relèvent pas de l'animation tandis qu'elles s'intègrent parfaitement à celle-ci pour le directeur. L'offre d'animation à "L'Acacia" révèle à cet égard les limites d'une organisation reposant quasiment sur une seule personne dans le fait qu'elle n'est pas en mesure d'établir un sens commun auprès des autres membres du personnel.

Ceci nous semble d'autant plus vrai que l'intérêt pour l'animation ne va pas toujours de soi comme le dit l'agent de service rencontré à "L'Acacia" : *"L'animation ? Non, je ne sais pas ... C'est pas mon truc. J'aime bien participer quand il y en a, mais de là à faire la formation."*

Il faut souligner ici le rôle tout à fait primordial des agents de service comme celui des AMP [aides médico psychologiques] qui entretiennent, nous l'avons constaté, des rapports tout à fait privilégiés avec les résidents et sans lesquels on ne peut raisonnablement concevoir une animation dont la personne âgée serait le cœur.

Il s'agira sans doute de préciser dans les prochaines années leur contribution spécifique dans ce domaine et plus particulièrement lorsque les niveaux de dépendance sont élevés. Comme nous l'explique l'aide-soignante pour l'animation dans le CANTOU :

"C'est un lieu de vie fermé avec une personne qui est en permanence avec eux, qui est chargée d'animer ce lieu, mais animer au sens large, c'est vraiment comme une petite maison en fait. Enfin l'idée c'est qu'il y ait toujours quelqu'un avec eux, c'est avoir un accompagnement vraiment individualisé..."

Un exemple significatif de notre point de vue, de l'animation en tant que processus d'adaptation à des contraintes nouvelles et spécifiques et qui pose, bien sur la question de la pérennité du recrutement du personnel avec un nombre plus élevé de résidents très dépendants. Ici, l'animation repose sur un ensemble de "*dispositions*" particulières d'un membre du personnel soignant et ce, en dehors de toutes compétences formelles, nommées comme telles. Les limites d'une telle organisation sont évidentes.

4.3.2.2. L'offre d'animation à "la Résidence"

Le second exemple à partir duquel nous tenterons de saisir une offre d'animation sera nommé "la Résidence". Nous y avons rencontré Mme Fort, animatrice à plein temps dans cet établissement de centre ville, de statut privé non lucratif. Cet établissement accueille 80 résidents, 80% sont des femmes (moyenne d'âge 84,5 ans). Elles sont originaires d'un milieu relativement aisé (avocats, médecins...). Notons qu'il existe un service CANTOU³⁹ qui accueille 11 résidents.

L'offre d'animation des établissements "L'Acacia" et "la Résidence" présente des points communs puisqu'ils admettent tous deux des activités de type occupationnel à côté d'activités individualisées. Pourtant, la ressemblance s'arrête là.

En effet, si dans le cas de "L'Acacia" l'animation porte l'empreinte du directeur, dans le cas de "la Résidence", elle nous apparaît comme étant le fruit d'un travail d'équipe.

La manière dont Mme Fort nous le présente est caractéristique :

"Il y a un infirmier ou une infirmière qui est là toute la journée, une infirmière coordinatrice, on forme malgré tout une grande équipe, je fais partie de l'équipe soignante. Elle, elle a l'aspect plus médical et moi j'ai l'aspect vie quotidienne. Enfin, je suis animatrice mais je suis aussi un lien avec l'extérieur, avec les familles, avec la direction... Ils savent que si je ne peux pas répondre à leurs besoins dans l'immédiat, je vais les orienter vers une personne qui va pouvoir les recevoir. J'ai une polyvalence... C'est important d'avoir une approche globale."

Elle se décrit comme une personne relais entre les membres du personnel, les résidents, la direction, les bénévoles, la famille, tout en gardant une vision globale de ce qu'est l'offre d'animation, qui s'apparente ici à un projet, bien qu'elle n'en ait pas décrit le caractère formel.

Nous avons remarqué que peu de personnes interrogées font spontanément référence à un quelconque projet, même si l'organisation en présente les traits et nous sommes enclins à penser comme une des personnes interrogées, qu'il s'agit avant tout d'un "cadre conceptuel".

Néanmoins, la simple réflexion sur le concept dans le cadre d'une convention tripartite, nous l'avons évoqué, n'est pas vaine car elle oblige à repenser, redéfinir le rôle de tout le personnel.

En cela, notre étude corrobore les résultats déjà connus⁴⁰ : *"Travailler sur le projet institutionnel amène à reconnaître la diversité des attentes des personnes âgées et donc à favoriser les réponses."* Dans ce sens, l'embauche d'un animateur professionnel tend à favoriser cette évolution avec une redéfinition des rôles qui peut poser problème quant aux repositionnements que cela implique. Ce que craint, tout particulièrement, le directeur de

³⁹ Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles. Secteur de l'établissement réservé aux résidents souffrants de la maladie d'Alzheimer.

⁴⁰ Dossiers solidarité et santé N°1 Janvier 2003.

"L'Acacia", lorsqu'il utilise l'argument de la déresponsabilisation : *"Je ne vois pas pour l'instant ce que pourrait faire là-dedans un professionnel... S'il y avait un personnel professionnel, les autres pourraient dire : ho la, nous on a le balayage à faire, on n'a pas le temps d'aller en activité"*.

4.3.3. La famille et les bénévoles

Nous sommes enclins à la prudence dès lors qu'il s'agit d'apprécier le rôle de la famille dans l'offre d'animation, en effet, le lien qui l'unit au résident est particulièrement difficile à évaluer, il est parfois tendu, voire inexistant.

Pour des raisons d'ordre méthodologique, nous étendrons notre propos à l'environnement social extérieur à l'établissement qui représente un réservoir plus ou moins mobilisable pour participer à la mise en œuvre des activités d'animation, le plus souvent de façon ponctuelle. Ce sont donc les membres de la famille et les autres bénévoles.

Nous l'avons constaté, en étudiant la situation géographique des établissements où nous sommes allés, l'environnement social proche, est plus facilement mobilisable en milieu rural qu'en milieu urbain parce que le degré d'interconnaissance (on pourrait dire le lien) est lui-même plus important.

A "L'Acacia", la provenance des résidents s'inscrit dans un faible rayonnement géographique. Ceux-ci sont quasiment tous originaires du canton et bon nombre d'entre eux avait une activité dans le domaine agricole. *"Tout le monde connaît un peu tout le monde"*, de cette façon le bénévolat prend une part active dans l'animation pour assurer une sortie à l'extérieur, organiser une partie de cartes.

"Les bénévoles, c'est bien, ils nous donnent un bon coup de main, pour les sorties, les choses comme ça... Si on les avait pas, ça demanderait plus de personnel encore", remarque un des deux agents techniques.

Pour "la Résidence", au cœur de la ville, parce que les résidents sont originaires de zones plus éloignées, cette mobilisation est sans doute plus difficile. Mais la mobilisation des réseaux prend le relais :

"Nous avons des ateliers : lecture à voix haute, qui sont animés par des bénévoles retraités, mais on a surtout pas mal de partenariats avec un certain nombre de structures..."

C'est une aide précieuse, qui permet bien souvent de palier les insuffisances des moyens financiers, comme le précise le directeur de "L'Acacia", à propos de l'animation : *"Parce que les personnels, depuis les 35h je ne vois pas comment leur donner du travail supplémentaire, ou alors il faut que je dégage autre chose. Donc j'ai fait appel à un bénévole pour tenir ce point vente, c'est la fille d'une de mes résidentes qui m'a dit : moi ça m'intéresse"*.

Cette aide permet aussi d'établir un lien avec l'extérieur, même si elle trouve parfois ses limites (celle d'une pratique amateur) dès lors que l'individu a perdu l'essentiel de ses facultés d'autonomie. Sur ce point, le directeur ("L'Acacia") et l'animatrice ("la Résidence") sont d'accord :

Le directeur :

"Le problème des bénévoles, un peu comme pour les stagiaires d'ailleurs, je les gère directement, je veux dire je ne délègue pas le choix ou les fonctions qu'ils vont occuper. (...) N'importe quel bénévole peut pas dire : tiens je fais un peu de dessin, je vais en faire faire aux résidents. Il faut une certaine pédagogie, n'importe qui ne peut pas le faire".

L'animatrice :

"Il s'agit pas de faire n'importe quoi. Moi y'a des choses que j'ai refusé. (...). On laisse pas faire n'importe quoi, il faut qu'ils sachent interpeller les professionnels de la maison. Il faut respecter un cadre. (...) Parce qu'on n'est pas que dans l'animation, y'a une vision globale".

Il s'agit donc dans un premier temps d'apprécier les aptitudes, pour les utiliser dans une offre d'animation dont on peut penser qu'elle sera de plus en plus envisagée dans un ensemble, *"une vision globale"* au centre de laquelle l'animateur/coordonateur entre tous ceux qui règlent au jour le jour la vie des résidents : le personnel médical (médecin, psychologue, infirmière, aide-soignant, agent de service, etc.), mais aussi la famille, les bénévoles, les responsables associatifs.

4.4. Conclusion : une offre hétérogène

Tenter de saisir l'offre décrite par les personnes interrogées dans les maisons de retraite que nous avons visitées, suppose un effort de contextualisation historique.

La persistance d'une diversité d'offre révèle le caractère inutile de toute tentative d'uniformisation. Elle semble relever d'un processus d'adaptation permanent, aux contraintes institutionnelles, à l'espace géographique et social, aux résidents.

Mais ce que nous en disent les professionnels, nous confirme que c'est à travers les individus qui *"la font"* (le directeur, l'aide-soignante, l'animatrice, l'équipe) qu'elle prend forme, ce sont, le plus souvent, les ressources internes (ou le réseau disponible) qui la délimitent et la limitent.

Dès lors, il est pertinent de se demander si l'offre d'animation, au sein d'un projet d'établissement, est en mesure d'apporter quelque chose aux résidents.

Cette question est d'autant plus importante que le niveau de dépendance ne cesse d'augmenter, que les besoins thérapeutiques ne cessent de s'affirmer. Mais comment impliquer les personnes âgées, les écouter pour construire une offre d'animation au plus près de chacun, même lorsque ceux-ci ne sont plus en mesure d'exprimer leurs besoins ? Que signifient les termes d'autonomie sociale dans ces conditions ?

Epineuses questions qui remettent en cause non seulement les institutions et les modes d'organisation mais qui fragilisent plus encore les personnels des établissements d'accueil. Nous allons l'évoquer dans le chapitre suivant.

PARTIE 2

5. L'animation face aux logiques d'organisation et aux usages sociaux de la qualification

5.1. Introduction

Dans leur récent ouvrage⁴¹ sur l'animation dans les établissements pour personnes âgées R. Vercauteren et B. Hervy décrivent l'animation comme *"une discipline naissante à la recherche de son identité"*.

Ils soulignent le besoin de renforcement d'une réflexion autour des pratiques professionnelles (au sens de développer une branche de la connaissance), qui conduirait à dépasser le caractère *"activiste"* de l'animation, à donner *"un sens"* aux pratiques d'animation dans les établissements, à les concevoir comme un domaine spécifique, ayant une identité propre.

Nous avons rappelé pourquoi l'activité d'animation en établissement pour personnes âgées n'est pas nouvelle, mais la proposition de conceptualiser⁴² *"ce qu'est l'animation"* en maison de retraite s'inscrit naturellement dans la réflexion sur les changements en cours dans ce type d'établissement. Changements qui s'opèrent sur le plan réglementaire et sur le plan organisationnel⁴³.

Lorsque nous avons posé la question *"comment définir le métier d'animateur ?"* aux directeurs et animateurs, ils ont naturellement orienté leur discours vers une définition de *"ce qu'est l'animation en gérontologie"*, en évoquant les buts qu'ils poursuivent. En toute logique, réfléchir au but de l'action est un préambule à l'action elle-même. Mais nous avons observé que, les personnes interrogées semblent tenues d'expliquer pourquoi *"elles font ce qu'elles font"*. Cette conscience aiguë, du *"sens"*, nous rappelle que nous sommes en présence d'hommes et de femmes *"de convictions"* qui travaillent dans une organisation en changement et en présence d'une rationalité technique nécessaire⁴⁴. Ils veulent témoigner, nous le verrons, d'une revendication éthique qui oriente leurs conduites.

Nous verrons également que le consensus autour d'une forme de pratique (l'éthique) ne peut s'exercer que lorsqu'"une équipe" accepte de rompre avec les conceptions de travail préexistantes, et comment les directeurs distribuent les rôles dans le travail d'animation en le justifiant par des logiques d'organisation diverses.

⁴¹ Richard Vercauteren, Bernard Hervy "L'animation dans les établissements pour personnes âgées" Manuel des pratiques professionnelles – Editions Errés - 2^{ème} édition 2003.

⁴² Au sens "d'offrir une représentation".

⁴³ Rappelons que la préoccupation d'animation n'est pas la première préoccupation dans les projets d'établissements mais qu'elle vient juste après la formation du personnel et les soins. Source *"Le sujet de l'animation est un peu moins fréquemment indiqué dans les projets en cours"* - DRESS 2000 - " L'animation dans les établissements d'accueil des personnes âgées". M. Eenschooten. NDJ : Il faudra vérifier si la mise en avant récente par les pouvoirs publics, relayés par les médias, sur les conditions de vie des personnes âgées contribue à modifier cette préoccupation.

⁴⁴ Du fait de l'augmentation du niveau de dépendance des résidents, et de la médicalisation qui l'entoure.

Mais ces justifications masquent en réalité des usages de recrutement particuliers, qui répondent aux représentations des directeurs de "ce qu'est l'animation" et de "qui" fait ce travail, et des usages du flou qui entoure leur fonction par les animatrices.

5.2. Une revendication éthique forte

L'institution gérontologique, et particulièrement la maison de retraite, est au cœur de l'enjeu de la prise en charge de la population vieillissante.

Héritière à la fois, des formes d'organisation rationnelles hospitalières et des pratiques ouvertes de l'éducation populaire, elle n'en est pas moins "en recherche" de ses propres règles. Lorsque nous leur avons posé la question d'une définition de ce qu'est l'animation, nombre des interlocuteurs que nous avons rencontrés nous ont parlé d'une "philosophie" (sans pouvoir la décrire de façon précise) qui caractériserait le sens de l'action qu'ils entreprennent.

Ainsi, ce directeur d'établissement public en milieu rural, qui accueille environ 150 résidents (moyenne d'âge de 86 ans) et qui emploie deux animateurs alors qu'on lui demande "quelle est sa conception du métier d'animation":

"L'animation, ce n'est pas simplement faire des activités occupationnelles... C'est vraiment "donner de la vie". Moi, l'animation, je ne la conçois pas comme quelque chose qui est ponctuel. C'est quelque chose d'ordre philosophique... C'est essayer de donner une âme. Que ce soit le projet de service infirmier, le projet de soins, le projet médical, on travaille sur la question du sens. Tout ce qu'on fait, il faut que ça prenne du sens".

Il est important de rappeler que cette question se pose de manière accrue à un moment où les personnels des établissements se trouvent déstabilisés par les mouvements démographiques (augmentation du nombre et de la dépendance des résidents) et les avancées réglementaires. Cela peut s'interpréter comme symptomatique des préoccupations qui les animent, en termes individuels (quel avenir professionnel ?) mais, également, en résonance aux questions qui se posent à l'ensemble de notre société et qu'elle leur renvoie (quel sort réservons-nous aux personnes âgées : pour quoi, pour qui ?).

Répondre à la question du sens, n'est donc pas simple, nous pouvons témoigner de l'existence de réponses individuelles, toutes aussi légitimes les unes que les autres, comme en témoigne cet agent territorial dans un pôle gérontologie : *"Parmi les professionnels, c'est le hasard qui les amène à ce métier, et le problème c'est de partager les finalités, les réunions permettent l'écoute, la compréhension... On vient à la gérontologie pour des motifs variés".*

Les réponses à cette question du sens sont issues des intentions des personnels (les motifs) et nous l'avons constaté, l'action (la pratique) est indissociable des intentions *"De toute façon, on ne peut pas faire ça si on n'aime pas les vieux".*

Cette combinaison est également indissociable du contexte dans lequel elle est mise en œuvre et le poids de l'héritage dominant des formes d'organisation (qu'elles soient hospitalières ou sociales) est en débat dans les établissements.

5.3. La référence au soin : intégration ou addition ?

La question du sens de la pratique est donc posée collectivement dans certains établissements. Pour alimenter cette réflexion, il est nécessaire de noter que, lors des entretiens, les individus interrogés font une référence systématique à la notion de soin. En effet, ils placent spontanément leur action d'animation par rapport à l'acte de soin ; certains opposant l'animation au soin : *"Je fais passer des choses qui ne se passent pas au niveau du soin"*, d'autres l'incluant dans le soin : *"C'est du soin relationnel."*

Ce besoin de positionnement traduit l'évolution des pratiques, qu'elles soient d'animation ou médicales, vers une forme autonome *"en gérontologie"*. Aujourd'hui, sa forme résulte clairement d'une confrontation entre deux logiques d'organisations : la logique hospitalière et la logique sociale. Cette animatrice le dit très clairement : *"On veut nous imposer une culture hospitalière, lever à 6h du matin, etc. Nous, on veut une culture de la vie..."*

Pour certains, prendre en compte l'animation c'est rompre avec la seule technicité de l'acte de soin, comme nous le décrit ce directeur d'établissement :

"Il y a le côté qui rebute certains agents, c'est les activités un peu régressives, ça ne passe pas toujours très bien auprès des agents... L'idée aussi que ça puisse être un travail autour des soins, je pensais aux bains de confort, des choses comme ça... C'est une chose qui permet à certaines aides soignantes qui ne se sentent pas du tout motivées par l'animation... de s'impliquer sur des projets un peu différents qui relèvent plus des soins..."

Pour d'autres, il s'agit d'intégrer une dimension nouvelle, celle de la cohabitation entre technicité et relationnel comme le dit cette animatrice en formation DEFA⁴⁵ :

"J'ai été sollicitée pour faire des soins lors de mon stage, j'ai refusé. Je ne suis pas soignante..."

Ce directeur assistant (dans un autre établissement) exprime bien l'ambiguïté d'une approche trop catégorielle : *"Ça fait partie des éléments de la vie donc l'animateur doit aussi changer les couches...l'animatrice n'acceptait pas de changer les couches parce qu'elle n'était pas aide soignante sauf, que quand on gère la vie d'un individu on gère l'ensemble de la vie d'un individu. Sinon ce n'est pas la peine."*

Par ailleurs, nous avons pu relever cette hésitation significative d'un directeur :

"La priorité, c'est le soin, mais l'animation, c'est quand même important..."

Pour cette gouvernante, le maintien des frontières est intenable : *"C'est vrai que je fais un peu d'animation mais j'en fais très peu, c'est vrai, c'est pas ma tasse de thé, je le reconnais."* Mais, pas très à l'aise, elle convient (pour d'autres !) des limites d'une attitude à sens unique "faut pas qu'ils (les résidents) nous voient que sous un angle, c'est pour ça qu'il faut pas faire que de l'animation"

Il semble donc nécessaire de dépasser cette opposition : *"Dans le cas d'un EHPEAD, c'est difficile de découper, ça c'est de l'animation, ça c'est du soin. De toute façon, on ne peut pas faire ça si on n'aime pas les vieux, il faut être capable de dépasser ça."*

Il s'agit donc de trouver *"un consensus autour des pratiques"* d'animation en gérontologie, sans *"découper"*. Ceci appelle des réponses en termes de logiques d'organisation (autonomie et émiettement des tâches, hiérarchisation, etc.) car nous l'observons, la justification par la seule rationalisation des tâches (caractérisant le secteur des soins : technicité, planification, contrôle des tâches...), ne suffit pas à répondre aux exigences

⁴⁵ Diplôme d'Etat à la Fonction d'Animation

quotidiennes du travail des personnels dans les maisons de retraite où *"ça évolue en permanence"* et qui réclament une flexibilité organisationnelle accrue : *"On travaille avec des humains, il faut gérer l'imprévu"*.

Pour voir émerger cette éthique tant revendiquée, il faut donc rompre avec les logiques d'organisation portées par chacun ["dépasser ça"] et faire le point sur ce qui, dans l'ensemble des pratiques quotidiennes semble indispensable, pour les résidents.

Ce que nous dit cette infirmière coordinatrice nous rappelle qu'il s'agit d'assurer le bien-être des résidents, sur ce point les personnes interrogées sont d'accord⁴⁶ :

"Faut pas tomber dans l'obligation d'animation, il y a des gens qui n'ont pas envie de tout ça hein... Même si il y a des limites du fait qu'on vit ensemble, qu'il y a des contraintes, mais il y a des droits et des devoirs pour les résidents. C'est tellement lourd, la vie en institution déjà, donc notre rôle c'est quand même d'alléger tout ça. Nous, on n'a pas d'heure de visite, alors c'est vrai que les familles sont très libres, mais tant mieux ! Je veux dire, les gens, ils payent 12 000 francs ici. Ils ont quand même le droit d'avoir une chambre, qu'on frappe avant d'entrer, ils sont chez eux quand même ! Mais pour cela, il faut avoir réfléchi... C'est vrai que l'équipe d'animation ici est très sensible à ça, au droit de la personne."

5.4. La distribution des rôles à l'épreuve des logiques d'organisation

Nous percevons donc, dans certains établissements le besoin de validation collective des changements organisationnels qui s'opèrent. Mais nous ne pouvons ignorer qu'il existe des choix d'organisation radicalement différents. Les réponses à la question de *"qui porte le travail d'animation"* sont éclairantes :

5.4.1. "L'animation, c'est l'affaire de tous"

"L'animation, c'est l'affaire de tous", cette phrase revient régulièrement dans le discours des professionnels, cela reviendrait-il à dire que ce n'est pas l'affaire de quelqu'un en particulier ?

A l'exemple de ce directeur de structure associative, qui travaille avec une équipe de 30 personnes (équivalents temps plein), il explique pourquoi il n'emploie pas une personne en particulier pour prendre en charge l'animation : *"...Tout le monde peut faire de l'animation, on est payé pour ça,..., je passe mon temps à le répéter, c'est l'affaire de tous, c'est normal aussi que les personnels y participent"*.

Et qui le justifie par la crainte de voir quelqu'un se spécialiser : *"... Et tous mes personnels n'aspirent pas à ça, certains voudraient faire plus d'animation mais pas tous. (...) Tant que je peux éviter de spécialiser, je continue."*

Ou cette autre directrice d'un établissement mutualiste qui explique :

"Nous avons des AMP, mais nous n'avons pas d'animateur, c'est un choix de l'établissement". Mais, qui contrairement à notre exemple précédent, convient de la nécessité de *"spécialiser"* quelqu'un :

Donc l'animation c'est l'affaire de tous en fait ?

"Oui et non. L'équipe d'animation, nous sommes 4 si vous voulez, et donc on est quand même différenciés de l'équipe de soin..."

⁴⁶ Même si nous n'ignorons pas que certaines situations de maltraitance des résidents sont parfois dénoncées dans certains établissements.

La question est de savoir est-ce que dans un établissement il faut des gens spécialisés à l'animation ? Je dirais oui, il faut un leader, il faut un moteur évidemment,... c'est une spécialité."

Ils sont d'accord pour dire que tout le monde doit se sentir concerné, mais la conception de l'organisation du travail est déterminante. Dans un cas, on a recours à personne en particulier, dans l'autre, il s'agit d'une équipe. Dans ces deux cas, nous le constatons souvent, ce sont les modes managériaux des directeurs (ou l'équipe dirigeante), qui orientent l'attribution des rôles.

5.4.2. L'organisation est adaptée à l'origine des résidents

Nous percevons bien la nécessité d'être prudent quant à la tentation de trouver la bonne réponse (le bon mode d'organisation). Ici, c'est une *"ambiance"*, qui est mise en avant, là, une implantation géographique. *"On est à la campagne"*. Comme dans le cas de cette directrice d'une institution rurale : *"Les gens se connaissent d'avant"* (et qui ressemble à d'autres, comme dans le cas de "L'Acacia"). Pour elle, il s'agit de faire perdurer l'impression de vivre comme avant, comme en famille, où tout le monde a le souci de tout le monde. Mais cela implique que les résidents gardent leur liberté de jugement, pour être force de proposition et cette donnée pourrait être sensiblement modifiée si le niveau de dépendance des résidents augmente.

5.4.3. Le fonctionnement est adapté au niveau de dépendance des résidents et à la taille de l'établissement

C'est le cas de cet établissement rural, privé commercial, où les 24 résidents sont âgés de 90 ans en moyenne, qui n'a pas de poste d'animateur, dont la directrice nous dit : *"ils sont libres de sortir...Mais l'endroit est isolé, ils restent dans l'établissement...Ils aiment bien qu'on les laisse tranquille, qu'on les laisse vivre leur vie"*.

Elles les dit autonomes pour 50% d'entre eux, qu'ils se *"gèrent seuls"*. La taille de l'établissement a un impact certain sur la conception de l'animation. Dans ce contexte il convient également d'écouter l'argument financier (qui revient souvent) : *"De toute façon je n'ai pas de budget pour ça"* et de se demander s'il ne s'agit pas d'une justification à posteriori.

C'est aussi le cas dans cet établissement qui héberge un CANTOU, où la dépendance psychologique est totale :

"Il y en a une qui travaille sur le CANTOU. C'est un lieu de vie fermé avec une personne qui est en permanence avec eux qui est chargée d'animer ce lieu, mais animer au sens large, c'est vraiment comme une petite maison en fait. Ça s'adresse à des résidents qui ont la maladie d'Alzheimer, et en général des problèmes de démence. Enfin l'idée c'est qu'il y ait toujours quelqu'un avec eux, c'est avoir un accompagnement vraiment individualisé."

Qui est la personne qui les accompagne ?

"Ici, on n'a pas un cadre précis en disant : il faut que ce soit une aide-soignante, il faut que ce soit ceci. Ça c'est fait comme ça, il y a des gens qui ont travaillé au CANTOU et dans la maison de retraite aussi, et c'est une question de feeling, ... Il y en a une qui est aide-soignante et l'autre qui suit actuellement une formation d'AMP. Il n'y a pas de formation au départ. C'est une personne qui est venue en contact comme ça, qui a une approche, heu... elle est d'une douceur extrême, elle a une capacité à travailler auprès des gens atteints de la maladie d'Alzheimer, je peux vous dire qu'elle est toute la journée avec un groupe de 11 résidents, c'est costaud. Faut réussir à tout prendre comme ça, comme ça vient. On n'a

pas trop le droit aux sautes d'humeur, voilà c'est des gens dès qu'on va les braquer un peu ils vont se fermer complètement. Si ils se sentent agressés, c'est même plus la peine on ne peut plus rien faire."

5.4.4. L'organisation s'adapte à la raison économique

Ce que nous dit cette directrice d'établissement privé, de petite taille, illustre le cas où l'on s'adapte à l'absence de moyens :

"Au niveau du personnel je leur impose pas de faire ci ou ça... je leur demande de s'occuper des gens l'après-midi quand ils trouvent un moment... Il n'y a pas de budget animation... quand elles ont besoin de crayons, papier... elles me le demandent et je vais l'acheter... Elles savent qu'elles ne peuvent pas demander grand chose car je suis limitée en termes de budget... Toutes les salariées participent à l'animation...Elles s'organisent entre elles, chacune prend le relais quand c'est nécessaire... "

5.4.5. Lorsque c'est un travail d'équipe...

Nous avons relevé l'ambiguïté qu'il peut y avoir lorsque l'on souhaite avoir un projet d'animation, sans "quelqu'un" pour le coordonner... L'extrait du discours de cette animatrice, ancienne aide-soignante, dans un établissement de "grande taille", est éclairant sur le risque de cloisonnement des services et des fonctions si la question du travail d'équipe n'est pas prise en compte :

"Quand on organise le salon de thé à l'étage, la salle à manger elle n'est pas faite, c'est même pas nettoyé rien... Les collègues savent que tout doit être prêt... Bon, nous on prend le torchon... Mais ça retarde l'animation. Très bien je n'ai pas oublié que des fois c'est le coup de bourre le matin on était en retard... Moi, je fais que de courir au niveau de la tête, c'est une fatigue physique..."

Nous on leur refuse rien, on les aide... Donc elles font des efforts... Par contre ce que je reproche quand on fait une animation on leur demande de ramener leur gens pour telle heure, elles ne viennent pas à l'heure, elles râlent : Oui on n'a pas le temps ! Ca va bien moi j'ai encore du temps à récupérer ! ... Je crois qu'il ne faut pas se braquer non plus...nous faut qu'on fasse des efforts, on ne commence plus les animations à 14h avec les 35h il y a des gens à temps partiel il y a très peu de monde entre 12h et 14h maintenant on commence nos animations à 14h15... quand on fait un spectacle ça dure pas plus d'une heure, une heure un quart...et puis après on essaie de les remonter dans la mesure du possible, c'est donnant donnant."

Ce "donnant-donnant" illustre la relation d'interdépendance des individus dans la réalisation des activités, à ce stade il s'agit plutôt de coopérations individuelles, librement consenties, il ne s'agit pas à proprement parler d'actions concertées. Pourtant, la relation d'échange reste centrale pour comprendre la coopération faite de comportements attendus, de part et d'autre.

Cet exemple n'est pas unique, nous avons pu observer que dans la difficulté (en particulier lorsqu'il y a surcharge de travail, ou conflits d'organisation) les stratégies de replis sur le cœur de métier sont très claires, comme nous le dit ce directeur :

"Avant que nous ayons une personne pour l'animation, chaque membre du personnel gérait son animation et animait un atelier. Quand l'animatrice est arrivée, ils se sont reposés sur elle... Je souhaiterais recréer une implication du personnel dans l'animation... actuellement ils interviennent peu, mais faut dire aussi ils n'ont vraiment pas le temps. "

Ce responsable de programme dans un Conseil général explique les atouts d'une organisation en équipe : *"L'équipe, c'est le socle, avec l'expérience et le nombre de dossiers que je connais, je peux dire que les projets qui marchent et qui durent sont ceux qui reposent sur une équipe, parce que sinon ça use... L'équipe, ça redonne du goût, des outils, de la matière"*.

Nous avons, en effet rencontré des équipes qui fonctionnent et, souvent, avec une animatrice qui *"porte l'activité"*. Mais, le risque de désagrégation est important lorsque la cohésion repose sur une seule personne, comme le dit cette animatrice : *"Quand l'animatrice est partie, tout s'est arrêté..."* ou quand ce directeur constate : *"Ça tournait autour d'elle, je n'ai pas su gérer son départ..."*

Nous l'avons constaté, toutes les équipes n'en sont pas au même niveau de réflexion: équipes en formation, en conflit, d'autres (moins nombreuses ?) sur la voie de la coopération. Mais lorsque l'équipe fonctionne, il n'est pas étonnant de constater que l'appartenance à ce collectif peut devenir source d'éthique. *"Je participe à la relève⁴⁷, on échange, on s'écoute, j'ai une autre façon de voir..."*

La participation à la *"relève"* est souvent évoquée. Cette réunion donne *"corps"* à l'équipe, elle revêt une importance particulière pour l'animatrice, en termes de reconnaissance. Mais elle contribue surtout à croiser les pratiques, éclaircir les rôles, témoigner de l'hétérogénéité des personnes qui, par le partage d'expériences, apportent l'homogénéité à l'équipe. Dès lors, il paraît hasardeux d'en exclure l'animatrice comme nous l'avons parfois rencontré.

La distribution des rôles est donc sujette, tantôt à la raison économique, tantôt au niveau de dépendance des résidents, etc, mais aussi aux choix de la direction en matière de gestion des ressources humaines. S'appuyer sur une équipe, qui travaillerait dans un cadre organisationnel défini, par exemple, par un projet d'animation, permettrait de clarifier les collaborations nécessaires (les rôles).

En ce qui concerne la désignation de la personne qui porte l'activité d'animation nous allons le voir, les statuts et qualifications repérés ne sont pas uniformes.

5.5 Statuts et qualifications confrontés aux usages sociaux

Nous n'avons pas obtenu de réponse unanime quand à la question de la nécessité de la présence d'un animateur identifié et/ou qualifié pour assurer le rôle d'animation.

La réglementation n'affiche pas d'obligation pour ce type de poste (pourtant, la filière qualifiante des métiers de l'animation est identifiée, cf. convention collective), et nous avons constaté une réelle diversité de cas, en termes de choix des personnes, de statuts et de qualifications. Comme l'illustre ce directeur d'établissement :

"Au départ, il n'y avait pas du tout de poste d'animatrice prévu, donc on s'est retrouvé premièrement à passer l'animation aux agents hôteliers, et en second à récupérer le temps du personnel hôtelier pour faire du médical donc on a supprimé l'animation et moi, à cette époque là, je trouvais ça très important qu'il y ait quand même quelqu'un pour faire l'animation puisqu'on ne pouvait plus le faire dans l'équipe comme on était organisé. Donc j'ai demandé au siège social un contrat de qualification, pendant 2 ans une jeune femme qui faisait une formation en alternance. Elle préparait un BEATEP en économie sociale et

⁴⁷ Relève : réunion de coordination

familiale. Donc elle a été en alternance 3 jours avec nous, 2 jours en formation jusqu'à ce qu'elle ait son BEATEP. Et après on a eu une personne qui a fait l'objet d'une reconversion..."

Les qualifications professionnelles de l'animation délivrées par le Ministère des Sports

Niveaux de qualification	Intitulé du diplôme
Niveau II	DE-DPAD Diplôme d'Etat de Directeur de Projet d'Animation et de Développement
Niveau III	DEFA : Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'Animation
Niveau IV	BEATEP : Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire
Niveau V	BAPAAT : Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant Animateur Technicien

Source : Ministère des Sports

5.5.1. Avoir recours à une personne "*faisant fonction*" ou à une animatrice?

5.5.1.1. Quand il n'y a pas d'animatrice, ni de "*faisant fonction*": un "*amateur*"

Nous avons pu constater que, loin d'être isolé, ce cas concerne aussi bien des établissements de statut public que privé (lucratif ou non) sans distinction de taille (en nombre de résidents).

Dans cette catégorie nous avons pu relever une "*variante*" lorsqu'il n'y a pas d'animatrice, ni de faisant fonction, mais une personne ressource, non reconnue comme telle, ou lorsque c'est le directeur qui occupe cette fonction.

Parmi eux, des directeurs d'établissements qui ont laissé "*partir*" leurs animatrices pour des raisons budgétaires, et qui ne les ont pas remplacées. Il s'agit aussi du souhait de "*non spécialisation*", permettant de créer de la flexibilité ou de la polyvalence lorsqu'il y a de petits effectifs de personnels ou de résidents.

5.5.1.2. Quand il n'y a pas d'animatrice identifiée, mais une personne "faisant fonction": une "généraliste"

Dans la catégorie des "faisant fonction", nous avons repéré : des infirmières, des kinésithérapeutes, des aides médico psychologiques, des aides soignantes, des agents hospitaliers, des agents de service , des secrétaires en reconversion des gouvernantes... La plupart du temps, ces personnes n'ont pas de qualification répertoriée dans le secteur de l'animation (Defa, Beatep...) mais une qualification du secteur santé.

De type public ou privé (lucratif ou non), tous les types d'établissements sont représentés. Ce qui les caractérise est l'absence de projet d'animation (ou même un simple éclaircissement des tâches et rôles de chacun). Nous avons même relevé ceci : "*rien n'est écrit... Ça se fait au feeling*". Ce qui ne va pas sans poser de problème aux "faisant fonction", cette AMP le constate : "*C'est ce qui me manque, c'est pour ça que je suis en formation d'ailleurs. J'avais bien l'idée de tous ces projets, les mettre sur papier pour moi c'est indispensable et puis savoir comment l'écrire et où s'arrêter pour ne pas coincer... Quelque part faut que je maîtrise cette technique pour valoriser mon travail...*"

Pour cette "faisant fonction", le problème de la visibilité de sa contribution se pose. Elle met en œuvre, dans les situations de travail qu'elle rencontre, une compétence qui, dans le cas d'un schéma d'organisation où elle n'est pas repérée, n'est pas reconnue. Elle cherche dans la formation la possibilité de posséder les outils pour rendre visible et valoriser cette contribution.

Mai, la qualification qui s'y rattache (le diplôme), l'intéresse moins et les "faisant fonction" interrogées l'évoquent peu. En effet, la qualification dans le secteur santé (ASH, aide-soignante...) permet, la plupart du temps, aux "faisant fonction", de bénéficier d'un statut d'emploi qui, soutenu par le rattachement à un secteur d'activité structuré (où les emplois sont repérés, en particulier à travers les conventions collectives) constitue, à leurs yeux, un environnement plus protecteur que celui "d'animatrice".

Au-delà de l'exposition aux logiques d'organisation santé/animation, que nous avons déjà évoquées, il est également question d'image pour les "faisant fonction". Ici, la question de savoir "*comment je pense que les autres me perçoivent ?*" est centrale.

Les "faisant fonction" s'identifient comme exerçant des compétences mixtes, et lorsqu'elles sont "*personnels de santé*", elles ont besoin, à minima, de savoir que les autres perçoivent la pluridisciplinarité de leurs situations de travail. En l'absence d'une valorisation par la qualification reconnue d'animatrice, il faut que la compétence exercée devienne visible autrement, "*les mettre sur papier*".

5.5.1.3. Quand il y a une animatrice : une "spécialiste"

Majoritaire dans les établissements que nous avons observés, cette situation se subdivise en deux catégories (non exhaustives) :

- l'animatrice ne possède pas de qualification de l'animation
- l'animatrice possède une qualification de l'animation.

Qu'elles aient ou non une qualification, qu'elles soient en contrat à durée indéterminée, déterminée (voir contrat aidé de type "*CES, Emploi Jeune*") à temps plein ou partiel, ces personnes sont impliquées à différents degrés dans le projet d'animation. Nous avons rencontré :

- Des animatrices qui pilotent un projet d'animation concerté et qui coordonnent une équipe (constituée d'autres animatrices ou d'autres personnels). Elles n'interviennent pas systématiquement dans les activités dites occupationnelles d'animation.
- Des animatrices qui travaillent, ponctuellement, en équipe avec les autres types de personnels de l'établissement, qui coordonnent les rôles dans les activités occupationnelles qu'elles préparent. Elles participent directement aux activités d'animation. Le projet d'animation, quand il existe, est piloté par le directeur.
- Des animatrices qui organisent des activités occupationnelles, auxquelles participent plus ou moins activement les autres membres du personnel, à différents niveaux (déplacements dans l'établissement, accompagnement dans les sorties hors établissement...). Il n'existe pas de projet d'animation concerté et visible.

Les animatrices que nous avons rencontrées et qui ont bénéficié de formation ou qui sont en cours de formation, ont une vision de l'animation plus professionnalisante et spécialisée, qu'elles expriment à travers un besoin de reconnaissance par le diplôme, la qualification et la définition des tâches dans un projet d'animation dont elles seraient le pilote.

5.5.2. L'usage du flou autour de la fonction d'animatrice

La plupart du temps, nous avons rencontré des directeurs qui souhaitent que le poste d'animation soit occupé par *"quelqu'un qui est issu de l'équipe"*. Pour les raisons déjà évoquées autour de l'éthique, on imagine aisément que l'intégration, d'une personne extérieure, dans un consensus non stabilisé, n'est pas aisée.

Mais les personnes devenant animatrices vivent cette conversion à travers un *"brouillage identitaire"*, surtout lorsque ce changement n'est pas vécu comme une promotion (la différence salariale restant minime). Alors, comme les *"faisant fonction"*, elles ont besoin de donner une visibilité à leur nouvelle appartenance. Ainsi, cette ancienne aide-soignante aujourd'hui animatrice : *"Au départ ma volonté était d'être aide-soignante mais je n'en pouvais plus. J'en avais marre de faire toujours la même chose, dire toujours les mêmes mots... Je voulais qu'on remarque que j'ai fait la coupure, j'ai enlevé la blouse..."*

Même dans le cas où l'animatrice est identifiée comme telle, qualifiée dans l'animation, nous sommes face à un processus de professionnalisation peu linéaire.

Un positionnement difficile quant au sens de la pratique, une attribution des rôles justifiée par des raisons locales, une diversité de statuts et de qualifications, le flou qui entoure l'exercice du travail d'animation participe activement au brouillage identitaire.

Mais c'est aussi de cette situation qu'émergent les stratégies et pratiques novatrices dans ce champ en construction.

Car nous le constatons par ailleurs, lorsqu'elles sont recrutées en dehors de l'équipe et de surcroît diplômées de l'animation, les animatrices disent bénéficier *"d'une certaine autonomie"⁴⁶*. Elles côtoient tous les acteurs de l'établissement, se distinguent des autres

⁴⁶L'autonomie constitue traditionnellement "une valeur cardinale de la rhétorique professionnelle"(C. Dubar. P. Tripiet "Sociologie des professions". Armand Colin - 1998) des professions dites "indépendantes non salariées". Les animatrices ne bénéficient pas, à priori, d'une telle possibilité puisqu'elles sont normalement soumises au contrôle des tâches, comme le veut le contrat de travail d'un salarié.

Si l'on décrit l'autonomie au travail comme "la possibilité d'agir par soi-même dans et sur son travail", ce dont nous parlent les animatrices s'apparente plutôt à "l'autodéfinition de ses propres règles d'action (modes opératoires)". Mais en ce qui concerne les tâches d'animation, nous avons aussi rencontré des animatrices

personnels de l'établissement (n'ont pas d'identification communautaire par le vêtement) et sont souvent seules à exercer cette fonction.

Et nous formulons l'hypothèse qu'elles utilisent cette autonomie à dessein. C'est ce besoin de "latitude" dans l'organisation, qui pourrait expliquer que "cela fonctionne" malgré l'absence de projet d'animation. En effet, dans ces établissements, où la situation semble "prise en main" par une animatrice, elle est souvent seule à détenir un savoir-faire "animation" qui lui procure un certain pouvoir qui ne lui est pas disputé. En l'absence de formalisation des règles, elle investit les "possibles", qu'elle décrit comme "une autonomie", et cela permet réellement à l'organisation de fonctionner, à l'offre d'animation d'exister.

5.5.3. Qualifications et formations

5.5.3.1. La qualification des animatrices

Lorsque l'on s'intéresse à la question de la qualification, nous constatons que l'accès au poste d'animation pour "quelqu'un de la maison", entretient la dualité santé/ animation et se confond toujours avec la question de la référence au soin.

Ces deux directeurs d'établissement le rappellent :

"Après plusieurs expériences, avant j'avais une animatrice mais elle ne faisait pas vraiment ce que j'attendais d'elle, elle était un peu déconnectée de l'équipe. Alors apporter une satisfaction à quelques résidents en oubliant les autres, c'est un projet différent. Je reviens sur une conception ancienne que j'avais avant, où je faisais participer un maximum de personnes."

Donc le moteur de l'animation pourrait être une AMP, aidée par des collègues qui auraient en charge des ateliers spécifiques : gymnastique, atelier mémoire, atelier couture, des jeux,...

Une directrice d'établissement, à statut privé lucratif, de petite capacité d'accueil préfère une qualification dans l'animation :

"Si je peux, je voudrais quelqu'un qui vient d'une formation animation "pure". Parce qu'une AMP, l'animation ce n'est pas ce qu'ils apprennent... Là ce n'est plus du soin. Pour moi l'animation, ça doit être vraiment de l'animation, il y a plein de choses à faire avec les personnes âgées sous différentes formes... "

Ce que dit ce responsable de formation dans l'animation (formation Beatep, option public dépendant) n'est pas fait pour clarifier la situation, il positionne clairement la formation dans le secteur de l'animation :

"On s'efforce d'abord d'en faire des animateurs socio culturels avec une vocation éducation populaire et de les former à la spécificité public dépendant c'est-à-dire personnes âgées et personnes handicapées...". Il est en désaccord avec la question que se pose ce directeur : "Nous sommes dans le champ de la gérontologie, est-ce que la référence à l'éducation populaire est toujours bonne ?"

L'absence de visibilité (par la voie de l'obligation réglementaire) quand à la qualification requise favorise la prolongation de cette dualité. Il devient indispensable de mettre en avant

qui réclament un contrôle qui fait défaut dans leur établissement, allant jusqu'à produire elles-mêmes les outils du contrôle (rapports d'activité, tableaux de bord, tableaux d'information au personnel, aux résidents).

le caractère d'appartenance au champ "gérontologique": la fonction d'animation en maison de retraite, est au croisement de deux secteurs.

Dans cette perspective, une mise en situation dans le cadre de la formation en alternance doit rester prépondérante pour toutes les qualifications de ce champ en construction. Sur la voie de l'innovation, certains proposent même de nommer autrement les animateurs : "responsable de la vie sociale" et d'y associer une qualification reconnue⁴⁹ qui ne traite que de gérontologie⁵⁰.

Dans ces conditions, il devient difficile d'isoler un profil de poste type pour l'animateur d'aujourd'hui. Nous pourrions toutefois laisser le soin à cette directrice de résumer la diversité des situations de travail, la palette de savoirs et de savoir-faire mais également la complexité de la "mise en action" de cet ensemble, qui mobilise tour à tour une série de compétences (et particulièrement la compétence sociale⁵¹) :

"Un profil de poste ?... L'animateur nouvelle génération serait quelqu'un qui a un potentiel d'animation, enfin des qualités inhérentes aux animateurs, c'est-à-dire la capacité à impulser des projets, à les faire vivre, des capacités d'organiseurs, mais aussi quelqu'un qui aurait un certain nombre de potentiels en matière de psychologie de la personne âgée, des valeurs humaines en fait.

D'écoute et d'attention, etc. Mais il faudrait fatalement que ce soit quelqu'un qui ait une bonne connaissance de la gérontologie, et qui soit en capacité d'être coordonnateur de projets collectifs mais aussi et surtout de projets de soin relationnel individualisé".

5.5.3.2. La formation des directeurs

Nous avons constaté une grande hétérogénéité dans les carrières et les trajectoires des directeurs que nous avons interrogés. Les qualifications sont variées, et ne semblent pas avoir de lien direct avec le poste, comme nous l'a dit ce directeur "Etre directeur, c'est comme pour être ministre, il n'y a pas de diplôme". En effet, la qualification spécifique (de type CAFDES⁵² par exemple) n'est pas systématique, il s'agit plutôt d'hommes et de femmes "d'expérience".

Parmi les personnes interrogées, les jeunes directeurs de maison de retraite semblent solliciter davantage des animateurs formés que les anciens, même si le rapport formation/emploi n'est pas toujours nécessaire et légitimé dans les maisons de retraite, nous l'avons dit.

En réalité, les modes de gestion des ressources humaines sont orientés par les représentations mentales qu'ont les directeurs. Parfois réductrices, ces représentations

⁴⁹ Rappelons, par exemple, que la reconnaissance des qualifications n'est pas la même dans la fonction publique d'Etat (qui ne reconnaît que le Defa) et la fonction publique territoriale (qui ne reconnaît que le Beatep) Cette situation engendre les problèmes que soulève ce formateur : " Le DEFA c'est du niveau 3, un hôpital qui embauche un DEFA, ça fait exploser son budget pour une activité sur laquelle ils ont du mal à argumenter financièrement, ils en restent plutôt aux beatep, qui n'est pas reconnu, donc il faut que la personne soit aide soignante par ailleurs, pour avoir une reconnaissance minimum."

⁵⁰ Pour la formation du Defa comme pour le Beatep, il n'est question que d'option (module) "personnes âgées".

⁵¹ Au sens de mise en œuvre d'une "capacité à la relation à autrui".

⁵² CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement. Diplôme délivré par : l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002-401 du 25 mars 2002 portant création du CAFDES.

orientent davantage l'animation vers le loisir et l'occupationnel avec peu de stratégie définie préalablement. Dans ce cas, nous observons des relations distantes avec l'animateur et un déficit d'implication qui devient alors un frein au développement de l'offre. C'est lorsque le directeur a une représentation élargie du travail de l'animatrice⁵³, que l'on observe une implication forte dans les projets de vie et différentes commissions de l'établissement avec enrichissement. La formation des directeurs, qui participe à leur représentation du métier d'animateur, doit donc aborder l'aspect pluridisciplinaire de l'animation, mais également l'obligation de rendre visible les contributions de chacun, à travers l'élaboration d'un projet d'animation.

5.6. Conclusion

Parmi les directeurs et animatrices que nous avons rencontrés, nombreux sont ceux qui se posent la question du sens de leur action et justifient leur présence auprès des personnes âgées, soit par une référence à un acte de santé, soit par une référence à un acte d'animation, opposant régulièrement les deux approches.

Nous relevons, à travers l'analyse de la distribution des rôles par les directeurs, des arguments économiques, structurels (niveau de dépendance, localisation de l'établissement...) qui ne tiendraient pas compte de la dualité santé/animation qui occupe les esprits et oriente les pratiques.

C'est en observant les usages de recrutement et de recours aux qualifications que transparaît l'importance de la représentation que les directeurs se font de l'animation, qui conditionne le recours à tel ou tel profil (amateur, généraliste ou spécialiste).

Difficile positionnement, pour les animatrices qui peinent à trouver une identité qui leur permettrait de se projeter dans un parcours d'insertion et de professionnalisation linéaire, en référence à une qualification qui serait reconnue au recrutement.

Et pourtant, l'offre d'animation existe dans nombre d'établissements, avec ces pratiques de recrutement très diverses, et le constat d'une fragilité lorsque cela repose sur une seule personne ou de longévité lorsque cela repose sur une équipe. Toutefois, nous observons l'existence d'un *"entre-deux"* où les animatrices, s'accommodant d'un flou relatif autour de leur fonction, construisent des fonctionnements (voir des projets) autonomes, attestant d'une compétence [qu'elles soient *"faisant fonction"* ou animatrice].

C'est à partir d'un éclaircissement des contributions de chacun, par exemple à travers l'existence d'un projet d'animation concerté et vivant, qu'une équipe peut se constituer, partager une éthique. Ce travail d'organisation qui incombe, la plupart du temps, aux directeurs, nécessite une prise en compte de leur part, et une réflexion (impulsée par la formation) sur les rôles de chacun dans l'organisation mise en place et l'importance de penser l'intervention de l'ensemble du personnel dans un champ, nouveau, au croisement de deux secteurs qui se complètent.

Toutefois, le système de qualification (et de formation) ne pourra pas faire l'économie de cette même prise en compte pluridisciplinaire, pour déboucher sur un diplôme reconnu par les conventions, les statuts, qui permettrait d'une part de qualifier les *"faisant fonction"* (formation continue et VAE) et, d'autre part, d'adresser un signe fort aux titulaires du diplôme et aux recruteurs.

⁵³ Représentation forgée en formation, pour les plus jeunes.

En résumé, pour les animatrices, la forme de la reconnaissance de la qualification est plus importante que le contenu, au moins dans un premier temps. Cette forme comprendrait aussi bien les modalités d'acquisition, l'étude montrant la priorité à donner à une formation continue, de personnes ayant déjà une qualification et une expérience dans le domaine du soin, que les modalités de reconnaissance, avec un positionnement de l'animation dans la convention collective.

Dans un second temps, une réflexion sur les compétences à développer (référentiel métier), les situations clefs (référentiel d'évaluation) permettrait de retravailler si nécessaire les référentiels formation (BEATEP, DEFA...).

Une présentation des éléments observés

	Pôle soins		Pôle animation
Organisation	C'est l'affaire de tous : amateurs	Faisant Fonction : généralistes	Spécialistes
Statut	Fort		Faible
Rémunération	Dépendant du statut et non de la fonction		
Formation	Diplôme santé ou spécialisé		Diplôme santé, diplôme animation ou formation continue

6. Conclusion générale

L'évolution démographique que notre société va vivre dans les décennies proches, se traduira par un nombre croissant des personnes arrivant aux âges élevés. On pourrait compter 7 millions de personnes de plus de 80 ans d'ici à 2040 (3,2 fois plus qu'en 2000).

Si ces évolutions modifient les relations intergénérationnelles au travail ou dans le monde de l'économie, il s'agit aussi d'un problème de santé publique. La question des conditions du maintien à domicile devient prioritaire, et l'accroissement de la perte d'autonomie pour accomplir les gestes de la vie quotidienne impliquera, pour les plus âgés, le placement en établissement d'accueil.

Dans les maisons de retraite, les évolutions qui touchent aujourd'hui la branche professionnelle du secteur attestent des modifications de la demande sociale des usagers, des politiques publiques ou de la dynamique interne des acteurs du secteur.

Déjà, le poids des politiques publiques ne manque pas d'intervenir, et nous l'avons constaté les obligations de coopérations entre les acteurs publiques (les représentants de l'Etat, du Département...) et privés (les directeurs d'établissements) génèrent des stratégies de réserve pour entrer dans une logique de contractualisation. Par ailleurs, le financement des emplois, n'incluant pas les postes d'animation dans les lignes budgétaires de la prise en charge de la dépendance, oriente la structure des emplois vers une médicalisation, rattachant l'animation aux prestations d'hébergements.

Autre évolution, celle des attentes des résidents. Les possibilités qui leurs sont offertes par la loi de rénovation de l'action sociale, placent désormais l'individu au cœur de l'offre de service. Dans ce contexte, la prise en charge de l'état de santé et celle des conditions de vie en établissement s'orientent vers toujours plus d'individualisation.

Pour ce qui concerne l'offre d'animation, nous avons observé une réelle diversité de cas, mais cette situation reflète plus une dualité des logiques d'organisation (santé/social) qu'une vraie diversification.

Diversité également au niveau de l'usage des qualifications des personnels d'animation. Que ce soit pour des *"faisant fonction"* ou pour des animatrices en poste, la distribution des fonctions n'échappe pas aux représentations que les directeurs d'établissements se font de l'animation, et orientent ainsi les modes managériaux.

Par ailleurs, nous avons observé que le besoin d'exercer son travail dans un contexte éthique est fort, mais qu'il ne comble pas les déficits d'une filière professionnelle gériatologique en construction. L'absence de visibilité quant aux filières de professionnalisation (diplômes, passerelles...) contribue à la perception d'un flou qui entoure la fonction d'animation.

Mais des ajustements s'opèrent. En effet, si certains (directeurs comme animatrices) se réfèrent encore à la culture professionnelle (en se reliant sur des stratégies de cœur de métiers), des collaborations (en particulier au sein d'équipes ou de coopération en réseaux), se développent et se structurent autour d'une culture de projets. Ainsi, même lorsque les contours de la fonction d'animation sont flous, ils permettent, aux animatrices de faire exister une offre d'animation, parfois au prix d'un réel brouillage identitaire, mais en usant de leur liberté de choix des modes opératoires.

De ce fait, il est nécessaire que les acteurs du secteur formalisent les pratiques et plus particulièrement celles, pluridisciplinaires, des établissements gérontologiques. Dans un deuxième temps, il conviendrait de mettre en lien ces pratiques avec des référentiels compétences, référentiels formations. Enfin, l'appareil de formation (Etat, branche, secteur) doit veiller à une clarification des filières diplômantes (passerelles...) et à une adaptation des contenus (troncs communs...), pour les animatrices comme pour les "faisant fonction", en particulier, pour les voies qualifiantes de la formation continue ou de la Validation des Acquis de l'Expérience.

Mais tout ceci ne sera possible que si la fonction d'animation est reconnue, aussi bien en termes de coûts (dans la structure de financement des établissements) que de revenu (dans le positionnement d'une convention collective).

Annexes

Conventions collectives

Notre champ d'étude se limitant à l'accueil des personnes âgées il convient de distinguer les établissements repérés par le code NAF 85.3.D. Les conventions collectives citées ci-dessous concernent ce type d'établissement :

- **Convention collective nationale des établissements et services privés sanitaires, sociaux et médico-sociaux (CRRR, 24 décembre 1993)**

Concerne les cliniques de convalescence, les établissements d'accueil pour personnes âgées, les soins de réadaptation...

Dispositions concernant le repérage de la nature de l'emploi :

Il est spécifié à l'article 28 de la convention que lorsqu'un agent cumule régulièrement pendant plus de la moitié de son horaire, les travaux relevant d'un emploi affecté d'un coefficient supérieur à celui de l'emploi dont il est titulaire, il bénéficie du coefficient de cet emploi supérieur. Ainsi, l'article 29 précise qu'un agent peut être affecté à des emplois de nature différente, soit simultanément, soit successivement. Dans le cas où l'agent occupe deux ou plusieurs emplois simultanément, il bénéficie du coefficient de l'emploi supérieur, si il occupe pendant plus de la moitié de son horaire les travaux ressortant de cet emploi.

Est considéré comme période de travail effectif pour le calcul de la durée du congé payé, les congés de formation de cadre et d'animateurs pour la jeunesse (art. L. 225-2).

Dispositions concernant le repérage de l'indice de l'emploi

L'avenant n° 2001-01 présente la classification des emplois et les coefficients hiérarchiques. On constate ainsi qu'au 1^{er} janvier 2002 le poste d'animateur correspond, au sein du service sanitaire et social, au coefficient 271 (une aide-soignante diplômé ou certifié au coefficient 280)

Les primes d'ancienneté qui s'appliquent sur les salaires minima conventionnels garantis au 1^{er} octobre 2000, sont les suivantes.

ANNÉES D'ANCIENNETÉ	TAUX DE MAJORATION (en %)
Après 3 ans jusqu'à 6 ans inclus	3
Après 6 ans jusqu'à 9 ans inclus	6
Après 9 ans jusqu'à 12 ans inclus	9
Après 12 ans jusqu'à 15 ans inclus	12
Après 15 ans jusqu'à 18 ans inclus	15
Après 18 ans jusqu'à 21 ans inclus	18
Après et au-delà de 21 ans	21

Dispositions concernant le salaire

Les salaires réels de tous les salariés ne pourront être inférieurs au salaire conventionnel minimum garanti majoré des taux d'ancienneté ci-dessus.

En ce qui concerne le personnel nouvellement engagé, il sera tenu compte de 50 % des années d'ancienneté acquises dans la fonction exercée antérieurement dans un ou plusieurs

établissements hospitaliers ou médico-sociaux privés ou publics pour le personnel paramédical diplômé (infirmiers diplômés d'Etat et aides-soignants qualifiés notamment).

A compter du 1^{er} janvier 2002, la valeur du point conventionnel est fixée à 4,14 Euros. La grille de classification des emplois, coefficients hiérarchiques et barèmes des salaires garantis résultant de l'avenant n° 2000-01 du 14 septembre 2000 est remplacée par la grille annexée ci-après.

Pour les entreprises de plus de 20 salariés, le salaire conventionnel, comprenant le complément de réduction du temps de travail (CRTT) correspond à un horaire de 35 heures hebdomadaires. Pour les autres entreprises, il correspond à un horaire de 39 heures hebdomadaires. Pour ces derniers, toutefois, dans un délai de 2 ans à compter de la date d'effet du présent avenant, le salaire conventionnel de 39 heures correspondra à un salaire pour 35 heures hebdomadaires. Il est toutefois précisé qu'à compter du 1^{er} janvier 2002 les entreprises de moins de 20 salariés devront allouer aux salariés une bonification calculée, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, par heure entre l'horaire de 35 heures hebdomadaires et l'horaire de 39 heures hebdomadaires. Cette bonification donnera lieu à l'attribution de repos équivalent ou, avec l'accord du salarié, au versement d'une majoration de salaire équivalente.

En application de l'accord de branche sur la réduction du temps de travail du 27 janvier 2000, le complément de réduction du temps de travail (CRTT) pratiqué par les entreprises qui appliquent ou appliqueront la réduction du temps de travail devra apparaître à part sur le bulletin de salaire. Le complément de réduction du temps de travail (CRTT) ne pourra être inférieur à la différence entre le salaire minimum conventionnel base 169 heures, applicable au moment de la réduction, et le salaire minimum conventionnel base 151,67 heures. En conséquence, le complément de réduction du temps de travail (CRTT), résultant de la différence des salaires minima base 169 heures et base 151,67 heures, sera intégré au salaire minimum par tiers, à chaque échéance de 12 mois d'application de l'accord, de façon que le complément de réduction du temps de travail (CRTT) soit totalement résorbé dans un délai maximal de 2 ans, et au plus tard le 1^{er} janvier 2004, pour les entreprises de 20 salariés au plus.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2002, le salaire minima conventionnel garanti applicable au coefficient 271 sera :

ENTREPRISES DE PLUS DE 20 SALARIES

Salaire mensuel temps plein (y compris CRTT, en euros) : 1.121,94.

ENTREPRISES DE 20 SALARIES AU PLUS (qui réduit le temps de travail à compter du 1^{er} janvier 2002)

Salaire mensuel base 151,67 heures (en euros) : 1.006,89.

CRTT (en euros) : 115,05.

Et pour un coefficient 280 (aide-soignante), cela sera :

ENTREPRISES DE PLUS DE 20 SALARIES

Salaire mensuel temps plein (y compris CRTT, en euros) : 1.159,20.

ENTREPRISES DE 20 SALARIES AU PLUS (qui réduit le temps de travail à compter du 1^{er} janvier 2002)

Salaire mensuel base 151,67 heures (en euros) : 1.040,33.

CRTT (en euros) : 118,87.

• **Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde a but non lucratif (FEHAP, 31 octobre 1951).**

La présente convention s'applique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif aux services centraux et aux sièges sociaux des organismes gérant ces établissements, lorsque leur activité est en grande partie consacrée au fonctionnement et à la gestion de ceux-ci (codes A.P.E. ci-dessous énumérés ou code 97-23) relevant des classes de la nouvelle nomenclature d'activités et de produits (N.A.F.) suivantes : 80.3.Z, 80.4.D, 85.1.C, 85.1.G, 85.3.D...

Dispositions concernant le repérage de la nature de l'emploi :

L'annexe I énumère les différents emplois dont la rémunération est fixée conventionnellement. Il convient, chaque fois qu'un salarié occupe un emploi, de préciser dans la lettre d'embauche et sur la fiche de paie l'emploi occupé et en cas contraire d'y indiquer l'équivalence entre l'emploi occupé et un des emplois énumérés en annexe. Par ailleurs, lorsqu'à un emploi déterminé correspondent plusieurs fonctions possibles, il devra être précisé sur les documents précités la ou les fonction(s) remplie(s).

Dispositions concernant le repérage de l'indice de l'emploi :

L'avenant 2002-02 a révisé la nomenclature des emplois de la présente convention. On est passé de 400 emplois dans l'ancienne convention à une centaine d'emplois dans la convention avenant 2002, regroupés en une trentaine de groupements de métiers appartenant à cinq filières (soignante, médicale, éducative et sociale, administrative, logistique).

Dispositions concernant le salaire :

La filière des personnels éducatifs est celle qui nous intéresse, on y retrouve en effet le poste d'animateur. La convention de 1951 considère deux niveaux pour ce poste :

- Un poste d'animateur socio-éducatif de niveau I, celui-ci doit être titulaire d'un DUT animateur ou d'un diplôme équivalent. Il propose des activités adaptées aux personnes accueillies et participe à leur mise en œuvre. Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, des projets socio et éducatifs ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif. Le temps de travail se répartit en temps de présence avec les personnes accueillies et temps de préparation, de réunions d'information, de synthèse et de tenue des dossiers, déterminés selon les types d'interventions et d'établissements.

Grille de salaire et les échelles indiciaires correspondantes à ce poste :

Echelon	Durée	Indice
1 ^{er}	1 an	313
2 ^e	2 ans	324
3 ^e	2 ans	335
4 ^e	2 ans	346
5 ^e	2 ans	357
6 ^e	2 ans	368
7 ^e	2 ans	378
8 ^e	3 ans	395
9 ^e	3 ans	415
10 ^e	-	437

- Un poste d'animateur socio-éducatif de niveau II, celui-ci doit être titulaire du diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation créé par décret n° 79-500 du 28 juin 1979 (DEFA). (Le diplôme d'aptitude professionnelle à l'animation sociale ou socio-éducatif [DAPASE] et le certificat d'aptitude à la promotion des activités socio-éducatives et à l'exercice des professions socio-éducatives [CAPASE] ne sont plus délivrés. Ils sont remplacés ou assimilés au DEFA.) Il propose des activités adaptées aux personnes accueillies et participe à leur mise en œuvre. Dans le domaine de sa compétence, il a un rôle de conseiller technique et de soutien auprès des personnels de l'établissement et agit en concertation avec les équipes sociales, éducatives et soignantes. Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, des projets sociaux et éducatifs ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif. Le temps de travail se répartit en temps de présence avec les personnes accueillies et temps de préparation, de réunions d'information, de synthèse et de tenue des dossiers, déterminés selon les types d'interventions et d'établissements.

Grille de salaire et les échelles indiciaires correspondantes à ce poste :

Echelon	durée	indice
1 ^{er}	2 ans	351
2 ^e	2 ans	367
3 ^e	2 ans	391
4 ^e	2 ans	412
5 ^e	3 ans	439
6 ^e	3 ans	465
7 ^e	3 ans	494
8 ^e	4 ans	523
9 ^e	4 ans	550
10 ^e	4 ans	586
11 ^e	-	600

La valeur du point de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 est augmentée de 0,5% au 1^{er} décembre 2000 et portée à 4,07 euros.

• **Convention collective nationale des établissements privés sanitaires et sociaux. En vigueur le 1^{er} avril 1992 (UHP).**

Concerne les établissements de soins privés, l'hospitalisation privée à but lucratif, les maisons de retraite, les maisons de cure, les cliniques...

Cette convention collective nationale est celle des établissements privés, de diagnostics et de soins (avec ou sans hébergement) de quelque nature que ce soit, adhérant à l'union hospitalière privée sur l'ensemble du territoire français métropolitain et notamment ceux visés par la nouvelle nomenclature des activités économiques sous les rubriques : 851 A (Activités hospitalières), 851 C (Pratique médicale à l'exclusion des activités exercées en cabinet), 853 A (Accueil des enfants handicapés), 853 C (Accueil des adultes handicapés), 853 D (Accueil des personnes âgées, à l'exclusion toutefois des établissements d'hospitalisation privée régis par la convention collective nationale particulière du 14 octobre 1970).

A défaut d'avenant le stipulant expressément, la présente convention collective ne s'applique pas au corps médical ou paramédical de statut libéral et aux personnes effectuant dans les établissements susvisés, des stages de formation ou de fonctionnement, ou dont les études sont financées par l'établissement, sauf dispositions légales les incluant.

Dispositions concernant le repérage de la nature de l'emploi :

L'article 1 de l'annexe IV précise que le nouveau système de classification substitue à l'ancienne classification des emplois, essentiellement descriptive et incomplète, une méthode de classement simple du personnel, se fondant sur les caractéristiques et les exigences requises par l'emploi réellement occupé. Il regroupe le personnel au sein de trois positions :

- position I : agents d'exécution
- position II : techniciens et agents d'encadrement
- position III : cadres.

Chaque position comprend trois niveaux divisés en échelons, qui font l'objet de définitions adaptées aux catégories de personnels concernés (soignants, administratifs, services généraux). Le niveau (nature de la qualification) repose sur quatre critères déterminants et communs à l'ensemble du personnel :

- le type d'activité pouvant être défini comme : l'objet du travail, son contenu, l'étendue des compétences ;
- l'autonomie (le degré d'indépendance et le degré d'initiative laissés au titulaire du poste dans l'exercice de sa fonction) ;
- la formation initiale dans le métier ou l'expérience professionnelle requise par le poste ;
- responsabilités générales : l'importance du poste dans la distribution, l'organisation et le contrôle du travail des salariés subordonnés, ainsi qu'éventuellement de leur emploi différent en vue d'une amélioration du service.

Dispositions concernant le repérage de l'échelon de l'emploi :

L'échelon est identifié à l'intérieur d'un niveau déterminé à l'aide de deux critères : complexité et difficulté du travail à accomplir, eux-mêmes subdivisés en sous critères qui varient selon la catégorie de personnel concerné (soignants, administratifs et services généraux) et le niveau considéré.

L'article 2 précise que c'est le poste réellement tenu qui détermine le niveau d'accueil et l'échelon, un diplôme en tant que tel ne confère aucun droit d'accueil ou de classement à un niveau donné.

Le poste d'animateur ne relevant pas de la filière personnel soignant, ni de celle du personnel de services administratifs, on peut ainsi par déduction le considérer comme relevant de la filière personnel services généraux. Cette déduction est en tout cas obligatoire au sein de cette

convention car aucune mention d'un poste d'animateur ne peut être relevée dans les postes repères indicatifs de base service personnel.

Autres conventions collectives de rattachement des personnels non médicaux, repérées dans le champ sanitaire et social :

- 29 juin 1998 (FNCLCC)
- Croix Rouge (1986)
- 8 février 1957 (UCANSS)
- 26 février 1987 (MGEN)
- 4 février 1983 (FIEHP)
- 12 juin 1975 (FNEMEA)

Bibliographie (avril 2004)

Sommaire

1. Les enjeux du vieillissement
2. La maison de retraite
3. L'animation en maison de retraite
4. Métiers, qualifications, formations
5. Données de cadrage
6. Sites web

1. Les enjeux du vieillissement

Accordages. – Vieillesse : un défi majeur et un potentiel de développement social : actes des 4èmes rencontres de Cilliers-le-bel, novembre 2001. – Paris : Accordages, 2001. – 62 p.

AIT BEN LMADANI, Fatima, MALKI, Mohammed. – Vieillesse immigrée : pour une stratégie d'action mieux ciblée. – Décideurs, n° 47, juin 2002. – pp. 32-33

ARGOUD, Dominique. – Politique de la vieillesse et décentralisation : les enjeux d'une mutation. - Ramonville Saint-Agne : Editions érès, 1998. – 226 p. - (Pratiques du champ social)

BOBASCH, Michaëla. – Jérôme Pellissier, écrivain : "Refuser l'euthanasie sociale d'une société qui n'attend plus rien de ses vieux". – Le Monde dossier, 14-15 septembre 2003. – p. VIII

DUPERRIN, Agnès, ALLAIRE, Aude. – Vivre avec un malade d'Alzheimer. - Notre temps, octobre 2003. – pp. 48-56

GLOAGUEN, Gaël. – L'intergénérationnel, outil de développement territorial. – La lettre de l'intercommunalité, n° 64, mai 2003. – pp. 16-17

Grand âge, des moyens adaptés. - Notre temps, supplément, octobre 2003. – p. 9

LECARME, Pierre. – Rencontre avec Bernard Hervy : "On ne vit pas pour attendre la mort". – Le journal de l'animation, n° 38, avril 2003. – pp. 78-81

Les vieux dans les yeux. – La vie, n° 3030, septembre 2003. – pp. 34-47

PAGEAU, Sandrine. – Les enjeux de la mixité des âges. - Actualités sociales hebdomadaires, n° 2292, janvier 2003. – pp. 41-42

PLANTET, Joël. – Une consolidation du lien social : le brassage des générations. – Lien social, n° 618, avril 2002. – pp. 4-7

ROUGER, Michel, HIVERT, Anne-Françoise. – La France mal préparée à la révolution blanche. - Ouest-France, 30 septembre 2003

Vive les vieux ! – Le Monde 2, n° 30, juin 2003. – pp. 22-52

2. La maison de retraite

ANGEVIN, Patrick. – Maisons de retraite : le stress du personnel. - Ouest-France, 28 août 2003

Observatoire régional de la santé des Pays-de-la-Loire. – L'avenir des maisons de retraite. - SPL Santé Pays-de-la-Loire, n° 42, octobre 2001. - <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

ROUGER, Michel, LE SOLLEU, Bernard. – Vieillir en maison de retraite : parfois nécessaire. - Ouest-France, 1^{er} octobre 2003

VALLON, Serge. – Notes de lecture : Animer une maison de retraite. - Vie sociale et traitements, n° 47, juin 1996. - <http://www.cemea.asso.fr/notes9.html>

3. L'animation en maison de retraite

BERTIN, Jacques, CIDC-SPES. – C'est quoi l'éducation populaire ? – texte repris de Politis, hors-série, février-mars 2000. <http://cidcspes.free.fr/index.html>

Doc'animation en gérontologie, n° 3, avril-juin 2004

EENSCHOOTEN, Martine. – L'animation dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. - Solidarité et santé, n° 1, janvier-mars 2003. – pp. 69-95

Etats généraux de l'animation en gérontologie. – Concevoir l'animation autour d'une charte professionnelle : document de travail des états généraux de l'animation en gérontologie, Paris, 25 et 26 novembre 2003. – 27 p.

FRINGUET, Isabelle. – Des maisons de retraite à vivre... [Consulté le 12 février 2003]. <http://www.seniorplanet.fr>

GODDET, Bernard, HERVY, Bernard, HUOT, Anne et all. – L'animation en gérontologie : dossier. - Soins gérontologie, n° 44, novembre-décembre 2003

HARTWEG, Claire, ZEHNDER, Geneviève. – animateurs et animation en établissements pour personnes âgées. - Ramonville Saint-Agne : Editions érès, 2003. – 142 p. – (Pratiques gérontologiques)

HERVY, Bernard. – Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées : rapport de la mission vie sociale des personnes âgées. – Rennes : Editions ENSP, 2003. – 159 p.

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. – L'animation à tous les âges de la vie. - SPL Santé Pays-de-la-Loire, n° 46, juin-juillet 2002. <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

VERCAUTEREN, Richard, HERVY, Bernard. – L'animation dans les établissements pour personnes âgées : manuel des pratiques professionnelles. - Ramonville Saint-Agne : Editions érès, 2003. – 231 p. – (Pratiques gérontologiques). – 2^{ème} édition

VERCAUTEREN, Richard, LABOREL, Bernard, JAHAN, Franck. – Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées : manuel des pratiques du projet de vie. – Ramonville Saint-Agne : Editions érès, 2003. – 271 p. – (Pratiques du champ social). – 2^{ème} édition

4. Métiers, qualifications, formations

AMHERDT, Charles-Henri (Dir.), DUPUICH-RABASSE, Françoise (Dir.), EMERY, Yves (Dir.), GIAUQUE, David (Dir.). – Compétences collectives dans les organisations : émergence, gestion et développement. – Saint-Nicolas : Les presses de l'université Laval, 2000. – 261 p.

BIGOT, Catherine, HERVE, Martine. – Nouvelles activités ? Nouvelles compétences des professionnels du secteur social et médico-social. - Nantes : Uriopss, 2002. – 50 p.

CARIF-OREF des Pays de la Loire. – Résultats de recherche dans la base de données de l'offre de formation en Pays-de-la-Loire. [Consulté le 1^{er} octobre 2003]. <http://www.cariforef-pdl.org>

CARIF-OREF des Pays de la Loire, ONISEP Pays-de-la-Loire. – Résultats de recherche dans la base de données des fiches formation. [Consulté le 16 avril 2003]. <http://www.meformer.org>

CEAS Montpellier. - Bilan de l'action de formation : accompagnateur animateur pour personnes âgées en établissement. – Montpellier : CEAS Montpellier, décembre 2001. – 24p.

DUBAR Claude. – La socialisation : construction des identités sociales et professionnelle. – Paris : Armand Colin, 2000. – 255 p. – (Collection U, série sociologie). – 3^{ème} édition

Ministère de la santé et de la protection sociale. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. – Informations sur les ressources humaines à l'hôpital, n° 23, septembre 2002

Ministère des sports. – Réglementation des diplômes professionnels. [Consulté le 3 avril 2003]. <http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/formations/reglementation/animation.asp#2-1>

MOTTA Jean-Michel. – Travail en équipe : positionnement cadre envers "l'Un-dividu" soignant (1^{ère} partie) [en ligne]. <http://www.cadredesante.com>, 7 octobre 2003

PEYRE Pierre. – Compétences sociales et relations à autrui : une approche complexe. – Paris : l'Harmattan, 2000. – 229 p. – (Cognition et formation)

5. Données de cadrage

BIGOT, François, RIVARD, Thierry, TUDOUX, Benoît, DUBECHOT, Patrick, LERFAS, CREDOC. – Mobilité professionnelle des salariés du secteur social et médico-social. – Paris : Crédoc, 2003. – 61 p. [Cahier de recherche, n° 183, janvier 2003]

BIGOT, François, RIVARD, Thierry, DUBECHOT, Patrick, LERFAS, CREDOC, GREFOSS. – Contrat d'étude prospective social et médico-social de la branche professionnelle des établissements à but non lucratif. – Paris : CREDOC, 2002. – 386 p.

CAILLOT, Laurent (Dir.) ROTBART, Gilbert (Dir.). – Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. - Dossiers solidarité et santé, n°1, janvier-mars 2003. – 106 p.

CARIF-OREF des Pays de la Loire. - Carte des formations : GFE 16 : paramédical, travail social, soins personnels. [Consulté le 7 juillet 2003]. <http://www.cariforef-pdl.org/getPage.asp?id=161>

CARIF-OREF des Pays de la Loire, ONISEP Pays-de-la-Loire. – Résultats de recherche dans la base de données des groupes de métiers. [Consulté le 16 avril 2003]. <http://www.meformer.org>

INSEE. – Projections de population. - Economie et statistique, n° 355-356, 2002. – pp. 47-156

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. – La santé observée dans les Pays de la Loire : tableau de bord régional sur la santé : édition 2003-2004. – Nantes : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, 2004. – 188 p.

6. Sites web, informations générales

<http://www.sante.gouv.fr/> Ministère de la Santé et de la protection sociale

<http://www.retraites.gouv.fr/> Information sur l'avenir des retraites

<http://www.observatoire-retraites.org/> Association de réflexion et d'échange autour des retraites

<http://www.agevillagepro.com> Informations et services pour les professionnels en gérontologie

<http://www.agevillage.com/index.jsp> Informations conseils services pour l'entourage des personnes âgées

<http://www.sante-pays-de-la-loire.com> Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

<http://www.nantesentourage-clic.nantes.fr/> Centre local d'information et de coordination de Nantes

<http://www.orpan-nantes.asso.fr/> Office des retraités et des personnes âgées de Nantes

<http://www.seniorplanet.fr> Portail d'informations commerciales

<http://www.lemarchedesseniors.com> Portail d'informations commerciales

<http://www.fehap.fr> Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée

<http://www.afpap.org> Association française de protection et d'assistance aux personnes âgées