

**Mission et management  
des équipes en établissements  
pour personnes âgées**

Collection « Pratiques gérontologiques »  
dirig e par Richard Vercauteren

Cette collection propose des ouvrages de réflexion et de méthodologie offrant des outils directement opérationnels aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

Retrouvez tous les titres parus sur  
**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

Sylvain Connangle  
Richard Vercauteren

# Mission et management des équipes en établissements pour personnes âgées

De la relation humaine aux motivations

Préface de Jean-Paul Montagut  
Prologue de Réjean Hébert

Pratiques gérontologiques

The logo for Érès, featuring the word 'Érès' in a stylized font with a vertical line through the 'é' and 'è'.

Extrait de la publication

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-2168-7  
Première édition © Éditions érès 2004  
33, avenue Marcel-Dassault  
31500 Toulouse

**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

# Table des matières

PRÉFACE, <i>Jean-Paul Montagut</i> .....	7
PROLOGUE. QUAND QUALITÉ RIME AVEC AUTONOMIE <i>Réjean Hébert</i> .....	11
INTRODUCTION	
SPÉCIFICITÉ DES ÉQUIPES EN GÉRONTOLOGIE .....	17
1. PANORAMA COMPLEXE DE LA VIEILLESSE EN FRANCE .....	21
Aspects sociodémographiques :	
ouverture des débats de fond .....	21
La retraite contributrice de la construction d'une image de la vieillesse.....	22
La vieillesse « soumise » .....	25
La vieillesse au regard des sciences humaines.....	26
Historique d'une politique récente de la vieillesse .....	28
2. LA PERSONNE ÂGÉE EN ÉTABLISSEMENT :	
LE SENS D'UNE ÉQUIPE .....	39
Aspects quantitatifs de l'accueil des personnes âgées	39
Évolution qualitative de l'habitat .....	41
Aspects humains de l'habitat et rôle de l'équipe .....	44
La personne âgée à la confluence des groupes de pression .....	46
Les problématiques d'équipe dans les concepts du vieillissement .....	47
Réflexions sur les principes d'une mission .....	50
Problématiques des missions .....	52
Discussion problématique autour de la notion de soin	57
3. LES MISSIONS DE L'ÉQUIPE .....	63
Des missions articulées au projet de vie .....	63

Limites institutionnelles des pratiques d'équipe .....	71
Une équipe pour préserver les droits du résident .....	73
4. ACTEURS ET PROBLÉMATIQUES D'ÉQUIPE.....	75
La gestion d'équipe au cœur d'un système d'acteurs ..	75
Les acteurs permanents : la stabilité structurelle .....	76
Les acteurs ponctuels : la complémentarité fonctionnelle .....	77
Principes de cohérence des missions d'équipe.....	79
Autres acteurs à prendre en considération .....	86
Aspects structurels du système d'acteur .....	92
Absentéisme et apprentissage permanent des membres de l'équipe .....	99
De l'intention à la détermination : la qualité au centre du travail.....	101
5. DYNAMISER L'ÉQUIPE AUTOUR	
DE LA PERSONNE ÂGÉE .....	103
Recherche de la pluridisciplinarité .....	103
La pluridisciplinarité comme clef dans une démarche qualité.....	108
Quelques axes de la qualité en établissement .....	110
La réponse apportée à un besoin donné : le SMAF.....	111
Placer l'équipe au centre du processus .....	118
6. DE LA CULTURE GÉRONTOLOGIQUE	
À LA LOGIQUE MANAGÉRIALE .....	123
Chercher une culture gérontologique .....	123
Rechercher la cohérence : la culture dans le projet ....	126
Reconsidération culturelle à travers la réforme de la tarification .....	128
Un système managérial basé sur des images et des compétences nouvelles .....	133
Du SMAF à la reconnaissance des compétences .....	138
Le capital humain.....	141
UN MANAGEMENT ANCRÉ	
DANS UNE NOUVELLE CULTURE GÉRONTOLOGIQUE.....	143
BIBLIOGRAPHIE .....	145

## Préface

*Dans un monde en bouleversement, une société en mutation chargée de paradoxes, d'enjeux à prendre en compte et de défis à relever, les acteurs en gérontologie seront capables d'anticiper et d'opérer les changements rendus nécessaires par l'évolution des besoins des personnes âgées accueillies en établissement.*

*Cette assertion basée sur vingt-cinq ans d'engagement et de pratique de management dans ce secteur, et le sentiment qu'« il n'est de richesse que d'hommes », se fondent sur la valeur, la compétence et la motivation des acteurs concernés.*

*La nécessité pour ces acteurs sera d'être les promoteurs de leur propre culture, la culture gérontologique. Celle-ci servira de base, de tronc, de fondation, de fondement, tant des pratiques managériales des dirigeants que des professionnels de terrain, à travers la démarche de projets à mettre en œuvre.*

*Dans construire un projet, mener un projet, l'étymologie du mot « projet » a une origine latine qui signifie jeter avec force en avant, lancer au loin. Qu'ils soient institutionnels, de service, de vie, de soins, d'animation..., les projets visent à construire un avenir et à mener un devenir. Pour nous, ils signifient être portés, non pas pour la personne âgée au centre de cette culture gérontologique, mais avec elle et sa famille.*

*En effet, aujourd'hui plus qu'hier, les « clients » nouveaux à satisfaire se présentent sous une double entité, que les équipes connaissent bien pour les difficultés rencontrées à satisfaire l'explicité mais aussi l'implicite de leur demande ; il s'agit de la personne âgée et sa famille au centre de tout projet.*

*Le management des équipes, dans cette même culture gérontologique que l'on veut défendre, prend aujourd'hui tout son sens, principalement à travers les missions des équipes pluridisciplinaires pour lesquelles l'approche système qui est développée se caractérise par son efficacité, que l'on peut traduire par efficacité, réactivité, compétence et valeur ajoutée. L'évaluation de celles-ci, par l'arithmétique qui les sous-tend, se définit en une somme ou trois plus trois n'est pas égal à six mais à neuf. C'est là le déficit du management à mener auprès de nos équipes pluridisciplinaires à mettre en place. L'écart, me direz-vous ? Il correspond, pour chacun, à une qualité vécue comme un état d'être, s'illustrant par les signifiants suivants : efficacité, réactivité, compétence, valeur et satisfaction.*

*En effet, manager plus que diriger vient de la langue anglaise et comporte une origine italienne, maneggiare, qui exprime l'action de conduire, et une origine latine, manus, issue de la racine indo-européenne ma signifiant construire.*

*Manager signifie donc conduire et construire. Voilà un beau programme d'engagement professionnel dans une démarche qualité.*

*La démarche qualité du manager consisterait alors à construire l'homme avec l'homme, dans une démarche de croissance personnelle lui permettant de se réaliser. Le management par une démarche qualité, plus qu'une mode, viserait à mettre en œuvre un autre projet d'entreprise, une autre façon de voir, porté par une autre philosophie, une autre culture, qui consiste à promouvoir un système permettant d'atteindre des objectifs de satisfaction globale, celle du « client », mais aussi celle de tout intervenant.*

*Tous ces concepts, Sylvain Connangle et Richard Vercauteren les abordent dans leur ouvrage qu'en préface, je dédie à chaque lecteur à qui je souhaite donner l'assurance*



*qu'une vie professionnelle ancrée dans ces concepts avec les objectifs éclairés par les mots « vision, anticipation, mission et valeurs », comble de bonheur celui qui la façonne, au service de l'autre surtout s'il est petit, seul, faible, fragile et donc, pour celui qui nous concerne, vieux.*

*Aussi, l'assurance de ce bonheur puisse-t-elle trouver en chacun qui s'y engage échos et devise dans la fidélité d'un engagement au quotidien se déclinant dans cette invitation à l'aventure extraordinaire, à travers sa mission : « Accueillir, accompagner la personne âgée, debout, jusqu'au bout. »*

*Jean-Paul Montagut,  
directeur de Réseau d'EHPAD,  
consultant formateur qualité*



## *Quand qualité rime avec autonomie*

### Une spécificité gériatrique pour le professionnel du soin

L'intervention gériatrique présente pour le clinicien deux exigences particulières. D'abord, l'objectif principal doit être de soigner et non de guérir. À l'heure des progrès fulgurants de la technologie et de la thérapeutique, la gériatrie peut ainsi paraître réactionnaire et se situer à contre-courant des pratiques cliniques modernes. Pourtant, à un âge avancé, lorsque le temps a fait son œuvre et que la haute technologie semble dérisoire face à un corps qui ne répond plus, les objectifs d'intervention doivent s'ajuster.

Au lieu de prolonger indûment la vie, le clinicien devra plutôt en améliorer la qualité. Et qualité de vie signifie autonomie fonctionnelle optimale. D'ailleurs, lorsque appelées à valoriser l'autonomie, les personnes âgées la placent bien avant la vie elle-même. La mort pour eux est préférable à la perte d'autonomie, qui est perçue comme déchéance <sup>1</sup>. Ensuite, le clinicien se

---

1. S. Quénechdu ; R. Hébert, « Déterminants de la valeur accordée à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne par les aînés en perte d'autonomie », *Revue canadienne du vieillissement* 14, 4, 1995, p. 706-718.

doit, non pas d'aider la personne mais plutôt de l'aider à s'aider ; l'assistance ne doit pas concourir à créer la dépendance mais elle doit favoriser l'autonomie de la personne et sa capacité à s'assumer elle-même.

Pour répondre à ces exigences, l'autonomie fonctionnelle doit donc être ce nouveau paradigme qui guide l'intervention du clinicien auprès des personnes âgées. L'individu peut être autonome au plan personnel par l'absence d'incapacités ; il peut l'être aussi au plan social lorsque les incapacités sont compensées par des ressources adéquates et qu'il n'y a pas de situation de handicap <sup>2</sup>. L'intervention doit donc avoir pour objectif d'apporter à l'individu les ressources complémentaires nécessaires à son autonomie. En faire trop risque de brimer l'expression de l'autonomie résiduelle, ce que nous avons appelé le maternage ; ne pas en faire assez laisse l'individu en situation de handicap. Le clinicien est donc ce funambule qui doit éviter les gouffres contigus du handicap et du maternage en intervenant sur la mince ligne du soutien optimal à l'autonomie.

## L'évaluation pluridisciplinaire comme outil pour le professionnel

On comprend alors toute l'importance de l'évaluation pour la définition et le monitoring d'une intervention de qualité. L'autonomie est un concept multidimensionnel qui inclut tant les habiletés à accomplir les activités quotidiennes que les fonctions mentales ou la capacité de vivre en société. Son évaluation est aussi multidimensionnelle et se trouve bonifiée par une approche pluridisciplinaire. D'ailleurs, l'autonomie ne s'inscrit pas dans un cadre professionnel spécifique et, en cela, elle appartient à tous et à chacun des professionnels et personnels impliqués dans l'intervention gériatrique. Elle constitue en quelque sorte le langage commun, le fil d'Ariane qui permet à l'équipe de naviguer dans la tour de Babel des multiples cadres

---

2. Voir à ce sujet le cadre théorique de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS (Wood, P.H.N. ; Badley, E.M., « An epidemiological appraisal of disablement », dans A.F. Bennett (sous la direction de), *Recent Advances in Community Medicine*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1978, 149-173).

conceptuels, évaluations et modes d'intervention disciplinaires. L'autonomie transcende les préoccupations disciplinaires et constitue ainsi le terrain neutre qui permet un véritable travail pluri- voire interdisciplinaire<sup>3</sup>.

C'est sur ces bases que nous avons conçu, développé et validé le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Cet instrument permet de quantifier la performance fonctionnelle des personnes de même que les ressources déjà en place pour pallier les incapacités. Véritable « gérontoscope », il fournit des indications précises sur le niveau d'autonomie des individus. L'équipe peut alors élaborer un plan d'intervention en ciblant des objectifs précis quant aux résultats escomptés en termes d'autonomie. L'évaluation continue de l'autonomie fonctionnelle assurera le monitoring des interventions et la détection précoce de détériorations insidieuses. Bien plus, son application dans un service gérontologique fournit le substrat à l'application d'une philosophie d'intervention basée sur l'autonomie fonctionnelle des usagers. Les intervenants sont alors tous concernés par le plan d'intervention visant à assurer l'autonomie optimale de l'utilisateur. Chacun sera impliqué dans l'évaluation de l'utilisateur, la définition et l'application du plan d'intervention ainsi que dans le monitoring des actions. En ce sens, les familles constituent des intervenants à impliquer dans l'évaluation et l'intervention. Les familles doivent elles aussi comprendre cette philosophie d'intervention et y adhérer. Les réunions périodiques de l'équipe pluridisciplinaire constituent la matrice de cette approche véritablement prothétique où l'environnement matériel et social concourt à pallier les incapacités de l'utilisateur sans maternage.

## Un outil d'évaluation servant l'intégration du sujet âgé

Une telle philosophie d'intervention centrée sur l'autonomie fonctionnelle transcende les divers établissements, services et programmes gérontologiques. Elle doit s'opérer quel que soit le

---

3. R. Hébert, « Équipe multidisciplinaire et interdisciplinarité », dans Arcand-Hébert (sous la direction de), *Précis pratique de gériatrie*, Edisem/Maloine, Saint-Hyacinthe, Paris, 1997.

mode de prestation, qui doit être plutôt à la remorque du plan d'intervention. Il s'agit de trouver l'environnement social et humain le plus approprié pour réaliser les objectifs dans le respect de la volonté de la personne âgée. Les mouvements récents d'intégration et de coordination des services gérontologiques servent bien cette approche. L'utilisation d'un instrument d'évaluation unique dans le continuum de services gérontologiques constitue un atout dans cette approche intégrative. C'est ainsi que, au Québec, le SMAF est inclus dans l'Outil d'évaluation multicientèle, devenu l'unique outil d'évaluation des personnes requérant des services à domicile ou l'admission en institution d'hébergement. L'évaluation n'est donc plus conditionnée par le service ou le programme impliqué, ce qui ouvre la voie à l'utilisation optimale des ressources afin que la « bonne personne reçoive les bons services au bon endroit et au bon moment ». Lorsque le maintien à domicile n'est plus approprié, l'admission en institution peut donc s'opérer en utilisant les évaluations déjà faites. L'équipe soignante de l'institution peut alors développer un plan d'intervention qui s'arrime avec les actions précédentes dans un souci de continuité.

## Une gestion des services gérontologiques fondée sur l'information clinique

Une philosophie d'intervention basée sur l'autonomie fonctionnelle doit trouver ses échos dans la gestion des services gérontologiques. Le gestionnaire doit veiller à mettre en place les mécanismes et outils de support à ce type d'intervention : réunions d'équipe, procédures d'évaluation et de suivi, instruments d'évaluation, etc. La dotation en personnel et le fonctionnement des équipes doivent aussi être conséquents : le modèle hospitalier traditionnel n'est pas approprié. L'autonomie fonctionnelle doit ici conditionner l'établissement des priorités. Le « lever, laver, brosser, poudrer », qui constitue trop souvent la norme à l'hôpital et même en établissement d'hébergement, est ici à proscrire. L'expression optimale de l'autonomie fonctionnelle des usagers devient alors la priorité et l'idéal de travail des personnels, au-delà des standards traditionnels d'efficacité, de sécurité ou même de propreté. On acceptera, par exemple, que la toilette de tous les résidents ne soit pas terminée en matinée, ou

encore de laisser circuler un usager présentant un risque de chute, ou même que le niveau de propreté soit plus élémentaire, s'il est obtenu par l'expression de l'autonomie de l'usager au détriment d'un résultat impeccable suite au zèle d'un personnel « dévoué ». Qualité rime alors avec autonomie.

Traditionnellement, les outils d'information de gestion sont complètement dissociés de l'information clinique. Ainsi, la gestion des services, le monitoring des actions et le financement utilisent des indicateurs originaux collectés et traités en parallèle des activités cliniques. Il en résulte une duplication de collectes de données, un risque de manipulation de l'information à visées financières ainsi qu'une déconnexion des besoins cliniques et de la dotation des ressources. Une philosophie de gestion basée sur l'autonomie fonctionnelle fournit une opportunité unique de réconcilier ces deux univers et d'abolir cette schizophrénie du système sociosanitaire. C'est dans cette optique que nous avons développé un système de classification basé sur l'autonomie fonctionnelle et le SMAF. Ce système regroupe les différents profils d'incapacité des usagers en quatorze profils ISO-SMAF. Ces profils décrivent les usagers ayant simplement des besoins de supervision dans les tâches domestiques (profil 1) jusqu'à ceux qui sont complètement dépendants et grabataires (profil 14). Chacun de ces profils est associé à un panier de services requis et à un coût standard, selon le milieu de vie <sup>4</sup>. Les profils ISO-SMAF servent ainsi à définir le profil d'accueil et les critères d'admission d'un établissement ou service, à déterminer la dotation en personnel et à fournir la base d'un financement équitable fondé sur les besoins des usagers. L'évaluation clinique, mise à jour continuellement, sert ainsi au suivi de gestion des établissements et des structures régionales et nationales. On peut ainsi réconcilier prescription de services et dotation de ressources, évaluation de la qualité et reddition de comptes, philosophie d'intervention et principes de gestion.

---

4. N. Dubuc ; R. Hébert ; J. Desrosiers ; M. Buteau ; L. Trottier, « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle », dans R. Hébert, K. Kouri (sous la direction de), *Autonomie et vieillissement*, Saint-Hyacinthe, Edisem, 1999, p. 255-272.

La boucle est alors bouclée : l'autonomie est le moteur de toute l'action gérontologique, depuis l'intervention clinique jusqu'au financement en passant par une gestion efficace. Pour y arriver, nous devons poursuivre nos efforts de développement d'outils cliniques et de gestion, convertir les autorités à la notion d'autonomie et fournir aux cliniciens et gestionnaires les moyens d'y parvenir. C'est un apostolat que Connangle et Vercauteren ont endossé ; ce livre est un formidable outil d'information et de formation pour qui veut emprunter ce chemin qui mène à des services de qualité et à des usagers plus autonomes et plus heureux. Il s'agit là d'un pas important pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, celles que nous servons maintenant et celles que nous serons demain... inévitablement.

Professeur Réjean Hébert  
MD MPhil  
Sherbrooke



## *Spécificité des équipes en gérontologie*

L'entrée des personnes âgées en institution est de plus en plus tardive en raison de l'accroissement de l'espérance de vie et du dispositif mis en place par la politique du maintien à domicile.

Les entrées se font, dans la majorité des cas, à l'initiative des familles ou du médecin traitant. Avant leur admission, les futurs « résidents » ne sont, parfois, même pas reçus ; dans ce cas, ils ne sont pas « évalués » par les représentants de la structure accueillante.

Ainsi, « aller en maison de retraite » reste communément le passage obligé pour les personnes âgées quand les autres possibilités d'accueil ont été épuisées, si tant est qu'on les ait toutes envisagées.

« Placer », « prendre en charge » sont des termes jusqu'alors utilisés dans le secteur de la gérontologie. Axer ses efforts vers une démarche qualité, c'est parler autrement et apporter une modification sensiblement plus adaptée au langage courant, ou du moins aux intentions qui dominant actuellement.

Même si la mise en œuvre d'une telle démarche fait indiscutablement appel à des connaissances juridiques et économiques, elle concerne aussi et surtout la maîtrise de processus socioculturels dont l'objectif recherché est de partager une

démarche avec l'ensemble du personnel, en instaurant peu à peu un nouveau langage commun entre tous les acteurs.

Ce partage « culturel » doit se transmettre par un management <sup>1</sup> des interfaces dans les activités respectives de chaque intervenant en interne, mais aussi à l'extérieur de l'institution : médecin traitant, hôpital ou clinique, service à domicile, bénévoles, familles, SSIAD, etc.

La mise en place d'une telle démarche doit conduire à une redéfinition de la qualité, à passer d'une qualité souvent imputée à un intervenant à une qualité globale où chaque acteur peut intervenir dans un projet commun de répartition.

Ainsi, la personne âgée ne sera plus considérée comme une chose que l'on place en ces lieux faute de pouvoir faire autrement, mais bien comme une personne, sujet à part entière <sup>2</sup>.

Cette nouvelle approche fédérative ne pourra être conçue qu'avec la mise en place d'indicateurs et d'outils d'évaluation capables de mesurer l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée et de reconnaître le travail effectué par des équipes pluridisciplinaires.

Nous traçons là la spécificité d'un système d'approche des équipes travaillant dans les établissements pour personnes âgées, justifiant une approche particulière. En effet, quel que soit le lieu de travail de ces équipes (services hospitaliers de longue durée, maisons de retraite, foyers-logements, établissements privés ou publics...), celles-ci présentent au moins deux caractéristiques spécifiques.

La première est d'être dans une activité extrêmement autonome, la structure d'accueil pour personnes âgées ayant rarement défini les interactions qui régissent les intervenants, tout en les différenciant quand même sur les bulletins de salaire et à travers la notion de « responsabilité ». Ainsi, nombre d'auteurs

---

1. Nous employons ici à dessein le terme de « management » afin de donner clairement le ton de notre ouvrage. Ni néologisme, ni anglicisme, ni mode, ce terme désigne sans ambiguïté un ensemble de caractéristiques que nous révélerons progressivement dans notre développement.

2. Concernant cet aspect de la personne âgée, on pourra se référer à l'ouvrage de R. Vercauteren et B. Hervy, *L'animation en établissement pour personnes âgées*, érès, 2002.

ont déjà eu à mettre en évidence les dérives de « pouvoir » et de « compétences » à l'intérieur de ces structures <sup>3</sup>.

La seconde est d'agir auprès des « personnes âgées », avec tout ce que celles-ci véhiculent comme images négatives qui sont autant de représentations dévalorisantes du métier. Cela a non seulement l'inconvénient de déconsidérer la formation des agents, dont on dit encore trop que seul un peu de bon sens est nécessaire pour bien travailler, mais aussi de satisfaire les équipes dans des approches très routinières de leurs pratiques <sup>4</sup>.

Ces deux grandes dimensions, qui ne sont pas des épiphénomènes de l'action professionnelle en gérontologie, témoignent de l'hypocrisie ambiante quand on aborde le champ des pratiques professionnelles. Ainsi, comment culpabiliser un agent qui n'agit pas comme il le devrait alors qu'il n'a pas reçu la première formation nécessaire pour comprendre et prendre en considération la personne âgée qu'il a en face de lui ? Comment, aussi, faire retomber la responsabilité d'une mauvaise gestion du personnel sur un directeur qui n'a pas reçu ou pas souhaité recevoir les moyens nécessaires pour s'attaquer à cette tâche ?

Mais surtout, et c'est à ce niveau que devraient s'interroger les responsables de cet état, quel est le champ économique, et particulièrement quand il s'adresse à l'humain, qui offre aussi peu de potentiel à son personnel pour progresser vers la qualité ? Mais pourquoi aussi ne pas interroger toutes ces directions qui ont refusé de se remettre en question devant les évolutions de la gérontologie ? Il ne sert assurément à rien de ressasser la triste réalité du champ gérontologique, surtout à une période où il est en pleine reconsidération, mais force est de reconnaître que ces réalités sont à la base des problématiques du management des équipes dans ce secteur, au moins de façon transversale.

---

3. On connaît parfaitement, entre autres, les dérives qui touchent à la distribution et à la préparation des médicaments, mais aussi les toilettes effectuées par les agents de service, ou les services de garde effectués par des personnels « non responsables ».

4. On nous disait encore récemment, dans une équipe, que l'infirmière avait été « mutée » dans un service gériatrique parce qu'elle n'était pas capable de soigner des malades...

Les difficultés ainsi posées, loin d'être caricaturales, ne font que souligner les efforts qu'il reste à faire pour s'engager vers cette fameuse démarche en direction de la qualité que nous attendons depuis longtemps et à propos de laquelle nous n'avons pas attendu que l'on légifère pour la considérer comme centrale si l'on voulait considérer la personne âgée comme un authentique être humain <sup>5</sup>.

L'approche que nous proposons dans cet ouvrage ne consiste pas à se focaliser de façon spécifique sur les réalités que nous venons d'évoquer, mais d'ouvrir un champ de travail à la fois réflexif et pratique sur la spécificité d'une équipe travaillant auprès des personnes âgées au sein des établissements. Bien évidemment, nous sommes conscients de la diversité des moyens des établissements, du poids différent des dépendances suivant les lieux d'accueil et de la dynamique interne inhérente à chaque établissement, dont dépendent les modes de gestion des équipes au sein des structures. Toutefois, même si cette évidence nécessite d'éviter certains amalgames trop faciles, rien n'empêche de tirer les grandes lignes de ce qui pourrait améliorer la qualité de vie qu'attend toute personne âgée de l'établissement où elle séjourne, surtout quand cette qualité repose en partie sur la cohérence d'une équipe.

---

5. Dès 1995, nous avons publié un premier ouvrage sur la qualité de la vie en établissements pour personnes âgées, à une époque où cette notion n'était encore qu'une abstraction, même dans les instances les plus élevées : R. Vercauteren et J. Chapeleau, *Évaluer la qualité de la vie en maison de retraite*, érès, 1995. Nous nous insurgions déjà contre la mode émergente qui consistait à « faire » de la qualité de façon normative, que nous considérions comme contraire à une véritable démarche de qualité.