



Diplôme d'Établissement
« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : **2012-2013**

Accueil et adaptation en EHPAD : le directeur garant des droits du résident

BEATRICE GUERIN PROUST

Responsables pédagogiques :

Christelle ROUTELOUS,
Professeur à l'Institut du Management et
Arnault CAMPEON, Ingénieur de recherche au Département Sciences Humaines, sociales et des comportements de santé, EHESP

Responsable de l'atelier mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Je tiens à remercier :

Monsieur D., directeur de l'établissement et madame B., directrice des soins, qui ont bien voulu m'accueillir en stage dans le cadre de ma formation.

Les résidents de l'EHPAD « Fleur de Sel » qui m'ont chaleureusement reçue dans leur lieu de vie et qui ont accepté d'échanger sur leurs conditions d'entrée et d'adaptation au sein de la résidence.

Le médecin coordonnateur, l'encadrement de proximité et les agents des unités de vie qui m'ont accordé un peu de temps et avec lesquels nous avons abordé les conditions d'accueil mais aussi les valeurs professionnelles partagées au service de la personne âgée.

Dr H. qui m'a fait découvrir la gérontologie il y a quelques années.

Karine CHAUVIN responsable de l'atelier mémoire et l'équipe pédagogique de la formation.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Accueil du résident : les facteurs d'adaptation à la vie en EHPAD.	3
1.1 Approche sociologique de l'adaptation en maison de retraite.	3
1.2 Approche législative, réglementaire et bonnes pratiques professionnelles.....	5
2 Les modalités d'accueil du résident résidence « RFS ».	7
2.1 Méthodologie.....	7
2.2 Présentation de l'établissement.	8
2.2.1 Le cadre de vie au quotidien.....	8
2.2.2 Population accueillie et médicalisation du lieu de vie.	11
2.2.3 Le personnel chargé de l'accompagnement des résidents.....	13
2.2.4 Les dispositifs réglementaires en faveur des droits des résidents.....	14
2.3 Analyse du processus d'entrée sur la résidence « RFS ».	16
2.3.1 Décision d'entrer dans l'établissement.....	16
2.3.2 La préadmission : liste d'attente.....	18
2.3.3 La commission des admissions.	19
2.3.4 L'entrée administrative.....	20
2.3.5 Le premier jour d'arrivée.....	20
2.3.6 La première semaine.	21
2.4 Communication interne et externe, ouverture sur la ville.....	22
3 L'adaptation à la vie en EHPAD : l'entrée, étape essentielle.	23
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	33
NOTE D'OBSERVATION.....	34

Liste des abréviations et sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie groupe Iso Ressources – Grille d'évaluation
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux
AS	Aide-soignante
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer
GIR	Groupe Iso Ressources : Niveau de dépendance du résident
GMP	Groupe Iso Ressources moyen pondéré
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
PAQ	Projet Amélioration de la Qualité
PATHOS	Outil de mesure du niveau de soins requis
PMP	Pathos Moyen Pondéré
SLD	Soins de Longue Durée
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

Introduction

L'espérance de vie augmente et la politique de santé actuelle est favorable au soutien à domicile. Cette prestation répond au souhait de la personne âgée et de sa famille mais aussi aux contraintes économiques. Toutefois l'insécurité, l'isolement social et familial, l'aggravation de l'état de santé et la dépendance sont les raisons qui conduisent ces mêmes personnes à entrer en institution. Selon l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de l'Insee, précisée par P. MORNICHE en 1999¹, l'âge moyen d'entrée en établissement est de 79 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes. Cette décision peut être un choix incontournable mais le plus souvent, elle est vécue comme une contrainte.

Alors que les questions du vieillissement et du financement de la perte d'autonomie font débat, il faut considérer que les résidences pour personnes âgées ont connu ces dernières années d'importantes mutations architecturales d'une part et organisationnelles d'autre part. L'humanisation de ces établissements médico-sociaux et leurs organisations se sont considérablement modifiées au regard du respect des droits et libertés de la personne âgée accueillie. Pour autant, l'admission en EHPAD reste une épreuve pour la plupart des résidents et leur famille.

Responsable des soins dans une structure d'hébergement en milieu hospitalier, j'ai la plupart du temps observé, soit l'isolement, la dépression, l'opposition ou encore, l'agressivité des résidents le premier mois de l'installation dans l'unité de vie. L'adaptation à la vie au sein d'un établissement médico-social est parfois difficile : pourquoi cela ?

Différentes causes répondent à mon interrogation, j'ai choisi de traiter trois hypothèses :

- L'entrée dans l'établissement n'est pas un choix mais une contrainte liée à la perte d'autonomie.
- L'établissement est davantage un lieu de soins qu'un lieu de vie.
- La singularité du résident n'est pas suffisamment prise en compte dans nos organisations collectives.
- L'accueil n'est pas suffisamment réfléchi dans le sens d'une adaptation.

Afin de vérifier mon propos, j'ai choisi d'étudier l'approche sociologique de l'adaptation en maison de retraite et de réaliser un stage dans un établissement de statut identique à celui dans lequel j'exerce aujourd'hui. Je le nommerai « G », mon étude portera sur l'une

¹ Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance(HID), 1998, 1999, Insee. VILLEZ A.2005, Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification, Paris : éditions Dunod, (p12).

de ses résidences «RFS». Celle-ci dispose de sept unités de vie de 12 à 15 résidents. Lors de la signature de la convention tripartite, des lits de Soins de Longue Durée (SLD) ont été requalifiés en lits d'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Je vais tout d'abord présenter le contexte de l'étude, puis les observations et l'analyse des entretiens réalisés sur mon lieu de stage et enfin proposer les actions à conduire en tant que directrice de cet EHPAD pour ainsi faciliter l'adaptation des résidents lors de leur entrée dans la résidence.

1 Accueil du résident : les facteurs d'adaptation à la vie en EHPAD.

Lorsque la personne âgée doit intégrer un EHPAD, qu'elle se soit préparée ou non, elle vit alors l'échec du maintien à domicile. Le handicap, plutôt que l'âge, sont à l'origine de la décision, comme le définit Thierry DARNAUD² : Le choix d'entrer n'est pas délibéré.

Dans ce contexte, l'accueil du résident est considéré comme un temps fort où les professionnels devront faire preuve de savoir-être et savoir-faire lors des premiers contacts : le futur résident sera rassuré, les informations seront compréhensibles, les échanges courtois et respectueux.

Je définis la phase d'accueil comme la période qui s'échelonne du premier entretien lors de la prise de renseignements, jusqu'aux deux premières semaines d'hébergement.

Lors d'une admission en EHPAD, l'acceptation des nouvelles conditions de vie est difficile car les codes intériorisés de toute une vie sont brutalement mise à mal.

L'adaptation sera définie comme la continuité d'un projet de vie où la dignité de la personne est préservée quel que soit son évolution physique et mentale³. L'adaptation en EHPAD est possible que si le résident considère bénéficier d'une qualité de vie. La qualité de vie est définie par l'OMS 1993 par : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »⁴. La réussite du projet d'adaptation du résident, implique que l'EHPAD soit un « outil » d'aide et d'accompagnement à la vie et non pas un domicile qui s'impose⁵.

1.1 Approche sociologique de l'adaptation en maison de retraite.

Les prestations de l'établissement contribuent à l'intégration du résident mais ne sont pas les seuls éléments à considérer.

L'entrée en maison de retraite est vécue différemment suivant que cette décision relève d'une volonté anticipée et personnelle de la personne âgée ou d'une arrivée dans un contexte d'urgence médico-sociale et familiale. Ce déménagement n'est pas banal : il

² DARNAUD T. 2007, L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps d'accueil, Issy les Moulineaux, édition ESF (p 48).

³ MINNAERT E., RIOT L., JAUJOIS N., 2006, L'EHPAD pour finir de vieillir ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique, Rapport (p82)

⁴ ANESM 2011, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2) organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (p.4)

⁵ DARNAUD T. 2007, op. cit, (p.18)

contraint à une installation dans un petit espace privé intégré dans un lieu collectif à partager avec de nouvelles personnes vieillissantes et dépendantes.

L'approche sociologique précise que l'adaptation ne peut exister qu'à partir du moment où il est possible de se construire un « chez-soi »⁶. Quelque-soit le confort du « chez-soi », variable en fonction du niveau social, il permet de conserver son identité. Ainsi le « chez-soi » en maison de retraite est un espace privé qui peut être investi par la personne âgée (meubles, bibelots, photos familiales...) et lui permettre de se reconnaître et de se reconstruire un monde équilibré en fonction de ses souvenirs et de son passé⁷. Les espaces et organisations collectifs complètent la réponse à ses besoins. Toutefois, les résidents parviennent inégalement à recréer un domaine privé au sein de cette collectivité. Il y a différentes manières d'habiter en institution et de se recréer un domicile, cela, en fonction d'une possible continuité avec la vie d'avant ou au contraire d'une rupture avec celle-ci.

Les capacités individuelles et sociales dont disposent inégalement les personnes âgées, déterminent la possibilité de maintenir ou de reconstruire leur identité, mais le plus souvent celle-ci est fragilisée lors de l'entrée. Le soutien affectif, en particulier de la famille, contribue de manière importante à la définition de soi qu'engage la personne âgée en institution⁸. Il permet la continuité avec son ancien mode de vie.

La préparation de l'admission est un facteur déterminant pour une adaptation au nouveau lieu de vie. Elle est facilitée lorsque la personne âgée décide suffisamment tôt de ne pas être « un fardeau » pour ses enfants et initie le choix de l'établissement. Par contre, pour des raisons culturelles mais aussi économiques bien des décisions sont prises à l'issue d'une hospitalisation, avec le consentement ou non de la personne âgée. Parfois même, le contexte rend inévitable la décision d'intégrer une maison de retraite pour assurer la sécurité de prise en charge de la dépendance 24h/24. Dans ce cas, la personne âgée se résigne parce que le placement apparaît comme raisonnable et l'inévitable solution de son devenir. Le déracinement est parfois brutal car il n'y a pas toujours la possibilité d'un retour transitoire au domicile pour préparer le déménagement et faire le choix de ce qui suivra dans le nouveau lieu de vie. A cela s'ajoute le choc : à l'arrivée dans l'établissement, le regard ne se porte pas sur les résidents les plus valides mais sur les plus handicapés, il y a projection sur un devenir probable qui accroît le désarroi. Le processus de dévalorisation de soi initié par la perte d'autonomie est de ce fait, renforcé à ce moment-là. La comparaison permanente entre l'ancien lieu de vie et le nouveau ne facilite pas l'adaptation. Dans ce cas, la fuite, l'évitement et l'état semi-dépressif permettent de se soustraire à la situation. L'agressivité, la révolte sont aussi l'expression

⁶ MALLON I.2004, Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi, Rennes, édition Presse Universitaires de Rennes. (p.22).

⁷ MALLON I 2004, op. cit, (p.9)

⁸ MALLON I 2004, op. cit, (p.25).

de la non-adaptation aux nouvelles conditions d'existence. A contrario, certains résidents (en particulier ceux qui décident de leur entrée), continuent à exister de manière personnelle car ils entretiennent une proximité relationnelle avec la famille ou l'institution par la mise en place d'une dynamique identitaire⁹. Il existe une possibilité de se construire lorsqu'est préservée une relation de confiance avec les proches et inversement. Il est important d'exister pour quelqu'un « le soi » peut être détruit par l'anonymat, l'isolement, ou par un parent destructeur. L'adaptation du résident est fonction de la qualité des relations du résident avec sa famille et le personnel. Il est possible de mesurer la dynamique du maintien identitaire, ou encore sa reconstruction lorsque le résident a peu ou pas de contact familial, il construit alors une relation privilégiée avec les agents de l'établissement.

Accueillir la personne âgée, c'est aussi accompagner la famille avec sa culpabilité : il peut y avoir des non-dits entre le futur résident et ses proches. La famille se sent souvent coupable de ne pas pouvoir aider elle-même son parent en raison de l'épuisement, de l'impossibilité matériel ou encore d'un éloignement géographique. Dans ces cas, elle recherche une solution d'hébergement en urgence. Lors des entretiens, elle présente son parent sous les meilleurs aspects pour qu'il soit retenu et admis. Les aidants des personnes dépendantes psychiques se défendent souvent de vouloir se débarrasser de leurs aînés ou conjoint. Le résident hospitalisé n'est pas toujours au fait de ces interventions. Rencontrer individuellement famille et résident permet d'identifier l'histoire familiale et ses compromis qui tendent soit à les rapprocher soit à les éloigner¹⁰.

1.2 Approche législative, règlementaire et bonnes pratiques professionnelles.

Par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le législateur a souhaité affirmer les droits des usagers notamment en EHPAD.

L'article L.311-3 du Code de l'Action Sociale et Familiale(CASF) définit sept garanties pour toute personne prise en charge dans les établissements médico-sociaux¹¹:

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.

2°Le libre choix de ses prestations.

⁹ MALLON I 2004, op.cit, (p.165 à 167).

¹⁰ MINNAERT E., RIOT L., JAUJOIS N., 2006, rapport op. cit, (p.29-31)

¹¹ LHUILLIER J.M. 2009, Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Rennes, Presse EHESP, (p25, 26).

3° Une prise en charge et un accompagnement individuel respectant son consentement éclairé.

4° La confidentialité des informations la concernant.

5° L'accès à toute information la concernant.

6° Une information sur ses droits fondamentaux (dignité, vie privée, intimité, sécurité)

7° La participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, reprend les droits fondamentaux. Elle doit être affichée au regard des résidents et insérée dans le livret d'accueil (Art. 311-4 du CASF).

Le directeur est garant de l'application de ces directives dans le processus d'accueil de l'établissement dont il est responsable.

L'existence d'un projet d'établissement selon l'article L.311-9 (CASF) permet de définir l'organisation, le fonctionnement de la structure et les valeurs professionnelles en faveur d'une qualité d'accompagnement.

L'article L 311-7 (CASF) précise l'obligation d'un règlement de fonctionnement et ses objectifs : informer le résident sur ses droits mais aussi sur ses obligations quant au respect des règles de la vie collective.

L'article L 311-4 (CASF) prévoit qu'après avoir reçu toutes les informations nécessaires à sa compréhension et suivant son consentement à l'admission, le résident sera en mesure de signer le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge. Toutefois, s'il est dans l'incapacité de le faire il sera représenté par son tuteur. La réglementation prévoit la présence de la famille lors de cet entretien. Considérant la vulnérabilité de la personne âgée, le nom des participants à cette rencontre sera mentionné sur le document. Ce contrat est établi entre le directeur de l'établissement et le résident. Le contrat de séjour mentionne l'ensemble des prestations, des conditions de séjour et participations financières du résident.

Lors de l'admission du résident, il est important de lui signaler ainsi qu'à sa famille, la possibilité d'être représenté ou de participer au Conseil de la Vie Sociale (CVS), cette instance prévue dans l'article L 311-6 du CASF permet aux personnes hébergées d'être associées à la réflexion sur les organisations et la qualité des prestations de l'établissement.

Au texte législatif, s'ajoute les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Certains guides traitent de l'accueil, de l'accompagnement en EHPAD et de l'ouverture de l'établissement sur l'environnement afin de contribuer à la

qualité de vie du résident. Quatre facteurs contribuent au bien être global du résident facteur d'adaptation¹² :

- 1°la préparation à l'entrée dans un établissement choisit,
- 2°la personnalisation de la chambre et la souplesse de l'organisation au sein de l'EHPAD,
- 3°le maintien des liens sociaux extérieur et avec les autres résidents,
- 4°la qualité des relations avec le personnel avec entre autre, la prise en compte des souffrances morale et physique et l'accompagnement au quotidien.

De ce fait, la qualité de l'accueil, la mise en place du projet personnalisé, l'organisation du cadre de vie, la vie sociale préservée et l'accompagnement quotidien sont autant de facteurs qui contribuent à l'adaptation du résident.

Etant personnellement très attachée au bien être des résidents, je vais compléter mon étude par l'observation des conditions d'accueil sur mon lieu de stage, analyser les propos recueillis lors d'entretiens.et ainsi préciser les point forts et les points à améliorer pour favoriser l'adaptation du résident dans la résidence « RFS ».

2 Les modalités d'accueil du résident résidence « RFS ».

2.1 Méthodologie

Après avoir découvert l'établissement et consulté différentes documentations sur son fonctionnement suivant une grille d'observation (annexe 1), j'ai souhaité vérifier mon questionnement sur cet établissement : « pourquoi l'adaptation des résidents en EHPAD est-elle parfois difficile ? ». J'ai choisi de m'entretenir avec les usagers de l'établissement et une famille, en utilisant des questions fermées pour évaluer le niveau d'adaptation et de satisfaction, mais aussi en prenant le temps d'écouter leur histoire de vie. Cet entretien avait lieu dans leur chambre, avec leur accord. J'ai rencontré six résidents avec des situations sociales et familiales différentes.

Il me semblait important de mesurer le niveau de connaissances du personnel soignant quant à l'obligation d'identifier, avant l'établissement, avant tout, comme un lieu d'accompagnement et de vie où la médicalisation n'intervient qu'en cas de besoins. J'ai conduit des entretiens semi-directifs par groupes, auprès de deux IDE, six AS, une AMP, deux animatrices. Les questions portaient sur organisation de l'entrée et de l'accueil, le respect des droits des résidents et les relations entre les équipes de soins et les animatrices.

¹² ANESM 2011, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement (p.8)

Afin de faire du lien entre les différents propos tenus, je me suis entretenue avec deux cadres de proximité, le médecin coordonnateur, la psychologue et l'assistante sociale. Ils prennent une part importante dans le processus d'accueil et d'adaptation.

Avec l'encadrement, le médecin et la direction, j'ai pu mesurer la dynamique de management en place, au service des droits du résident.

Les différents entretiens ont été enregistrés après accord, pour faciliter la restitution.

Un guide d'entretien a été réalisé : (annexe 2) ainsi qu'un tableau de synthèse du recueil de données (annexe 3).

2.2 Présentation de l'établissement.

En raison d'une fusion de deux établissements, l'activité du Centre hospitalier « G » est localisée sur deux sites distants de douze kilomètres. L'établissement dispose de services de médecine, de soins de suite (SSR), de SLD, d'une unité d'hébergement renforcé (UHR), de quatre lits d'hébergement temporaire (HT), de six places d'accueil de jour (AJ), d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et de trois résidences EHPAD.

L'établissement gère aussi le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) d'une capacité de cent quarante-deux places et une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) pour dix places.

En raison du temps imparti, j'ai choisi de réaliser mon étude sur un seul site, la résidence EHPAD «RFS » de cent six lits, elle se situe dans l'enceinte hospitalière, près du centre-ville de « G », à proximité du marché, des commerces et des transports en commun, ce qui est en faveur d'une vie sociale. Elle dispose d'agréables espaces verts aménagés.

2.2.1 Le cadre de vie au quotidien.

Lorsque je suis entrée dans la résidence, ma première impression a été très favorable. J'ai observé un espace d'accueil propre, agrémenté de décorations, de plantes et d'une information illustrée qui défile sur un écran mural : celle-ci présente les activités et les temps forts du service d'animation.

En cheminant dans les couloirs qui portent les noms de rues de la ville, j'ai observé un établissement entretenu malgré une architecture ancienne. Par contre, les unités de vie se situent au décours de couloirs tortueux, sur différents niveaux, ce qui ne facilite pas le repérage. Le parcours animé par des volières, aquariums... apportent du plaisir aux résidents, certains participent à l'entretien et à l'apport de nourriture. La « RFS » permet l'hébergement temporaire de quatre personnes et jouxte l'unité d'accueil de jour (AJ). Cette proximité donne la possibilité à l'aide médico-psychologique (AMP) de l'AJ,

d'accompagner de temps à autre les personnes dont elle a la charge, vers l'unité voisine où sont hébergés les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées en GIR 4-5. De courtes activités occupationnelles peuvent ainsi être réalisées en commun et permettre aux futurs résidents et leurs familles de découvrir progressivement l'établissement.

Au départ d'un résident, la chambre libérée est remise en état et repeinte.

Selon l'ANESM, la personnalisation de la chambre avec quelques effets personnels qui ont marqué la vie antérieure et les photos de famille, favorise l'installation. Une résidente m'a dit : « J'ai emmené un maximum de souvenirs ! je me suis fait un autre domicile cela me va bien » ; « J'avais pensé avant à ce que j'emmenerais, voyez ça et ça ! Et ce petit meuble en fer forgé que m'a fait mon fils... ».

Le résident dispose d'une clé de porte pour sa chambre ce qui en fait un espace privatif et les soignants frappent avant d'entrer dans les chambres.

Les habitudes et le rythme de vie du résident sont respectés dans la mesure où ils n'altèrent pas la qualité de vie des autres personnes accueillies : « le matin, je dors longtemps, le petit déjeuner est à 8h30, je suis servie à 9h15 dans ma chambre et après, je me recouche ! ».

Comme le préconise l'ANESM, le résident peut recevoir dans sa chambre et partager le repas avec les membres de sa famille. Dans ce cas-là, un endroit est réservé et aménagé en salle à manger. « J'ai souvent de la visite ».

Toute demande particulière des résidents est étudiée. Une réponse objectivée est donnée. Une résidente a pu, par exemple, garder son chien sous certaines conditions clairement précisées. « Je sors en ville, je promène mon chien ».

Selon le médecin, les équipes ont une capacité d'adaptation aux demandes individuelles. Les chambres sont de taille variable, parfois un peu petites. Elles disposent d'un cabinet de toilette avec douche, les lits et chevets sont fournis par l'établissement. Toutefois, l'espace privatif reste une chambre avec salle d'eau, aussi certains résidents sont frustrés de ne pas avoir pu ramener plus d'objets et meubles personnels :

« Je me souviens ! J'aurais aimé emporter plus de meubles ... Et maintenant que la maison est en vente, c'est encore pire, enfin ! ». Les salles d'eau sont souvent très encombrées, obligeant un déménagement avant de pouvoir prendre une douche. Des difficultés importantes sont rencontrées du fait que seize chambres ne disposent pas de douches individuelles, mais seulement d'une salle de bain collective. De plus, sept chambres doubles persistent et sont réparties sur trois unités de vie. Malgré la volonté affichée de l'établissement et globalement respectée, il est impossible pour les résidents concernés, de se recréer un monde privé. Dans ces circonstances, il est difficile de s'adapter à sa nouvelle vie. Les chambres doubles ne sont pourvu qu'en cas d'urgence, les demandes des couples n'étant pas nombreuses. La promiscuité est un obstacle à

l'adaptation : dans ce cas, il est impossible de préserver tout ce qui est du domaine de l'intime. Parfois, cette solution d'hébergement est provisoire en attendant qu'une chambre seule se libère.

Certains résidents ont du mal à se faire à la vie collective car les cultures sont différentes : « Je côtoie peu de gens, vous savez je ne parle pas beaucoup ! » ; « Ce qui a été difficile : c'est le monde rural, l'entourage, ils sont toujours à l'affût d'histoires mais bon ! Je sors en ville et promène mon chien. »

L'adaptation est plus difficile lorsque la famille est inexistante ou distante, c'était le cas d'un résident interrogé, fermé sur lui-même, ses réponses étaient brèves comme : « Je n'ai pas de famille (silence, tête baissée) ».

Au rez-de-chaussée, près de l'entrée de « RFS » se situe le salon de coiffure, la salle de kinésithérapie et une salle d'animation spacieuse, ouverte sur l'extérieur par des baies vitrées et une terrasse. Celle-ci est lumineuse et agrémentée de plantes. Une animation « chantante » est créée par la présence des oiseaux. Equipements et locaux annexes permettent aux animatrices de proposer différentes activités allant de la pâtisserie à la projection cinématographique mais aussi des activités musicales.

Les liens sociaux peuvent aussi être facilités en raison de la proximité des transports en commun : La famille et les amis peuvent rendre visite. « Je vais en ville, chez des amis, je sors avec eux au restaurant, ma fille vient me voir une fois par semaine » ; « Mes enfants viennent souvent me voir et mon petit-fils aussi. Je rencontre les autres en animation mais pas ici ; chacun chez soi ! ». Il est important de garder les habitudes et les liens familiaux : « Je vais en week-end chez mes enfants ». Les familles ont la possibilité de rendre visite à n'importe quel moment de la journée. Par contre, elles disposent d'un niveau de connaissance de la maladie d'Alzheimer ou de la démence qui n'est pas uniforme, ce qui peut générer des incompréhensions et troubler les relations avec l'équipe soignante : Des temps de rencontre et d'informations avec les familles seraient souhaitables pour plus de participation au projet individualisé.

L'organisation de temps collectifs rompt la solitude et l'isolement souvent ressenti au domicile : « Je vais à la salle et je tricote avec les autres et puis, il y a les jeux de mémoire et j'aime bien. Je ne suis pas très « collective » mais les gens qui sont autour de moi sont très bien vous savez, il y a des gens qui mettent très à l'aise » ; « Tous les matins il y a le journal, j'y vais on discute. L'après-midi il y a les jeux de mémoire, on est toujours occupé intelligemment ».

Les animatrices sont présentes cinq jours sur sept. Elles réalisent un projet d'animation validé par la direction en fonction des moyens alloués à l'année.

Ces agents sont appréciés des résidents pour leur gentillesse et leur créativité. Les résidents participent à la réalisation du projet : « Oui, on écoute nos demandes, nous

avons le programme tous les mois » ; « M et C sont très gentilles, j'ai été à l'aise très vite, nous faisons des travaux, je participe à la discussion pour organiser les activités ».

Le projet d'animation est élaboré à partir d'une enveloppe de 6 000 euros par an. Il comprend des temps forts une fois par mois, des sorties, des repas à thème, des travaux manuels, des jeux, des chants, le cinéma, les fêtes d'anniversaires, promenades au marché et dans le parc. Des liens sont créés avec la bibliothèque, la ludothèque et le cyber-centre. Les rencontres intergénérationnelles sont facilitées par le partenariat avec les écoles et lycées professionnels de la ville. La planification mensuelle est remise aux résidents et affichée dans la salle de soins. Dans l'entrée de l'établissement, une rétrospective numérisée des temps forts sur écran mural est visible par tous les visiteurs de la résidence.

Les deux animatrices disposent de personnalités et de savoir-faire complémentaires, l'une d'elle est aide-soignante : « nous faisons preuve d'humilité, on ne se prend pas pour des thérapeutes, la communication et les relations se font simplement et dans le plaisir. En quelque sorte nous sommes des soignants du mental, mais nous ne nous prenons pas pour des thérapeutes ! ».

Les animatrices sont aidées dans leurs missions par une association de bénévoles très investis. Ils accompagnent les déplacements en minibus lors de petits voyages. Ils ont aussi créé une petite boutique qui permet aux résidents à mobilité réduite, de réaliser leurs achats eux même au sein de la résidence « RFS ». Le petit magasin est ouvert le mercredi après-midi, Ils peuvent ainsi acheter les produits d'hygiène, les boissons non alcoolisées, les friandises ... Cette prestation permet de préserver l'identité du résident en tant que citoyen responsable de ses choix et de ses achats. Il peut ainsi décider et choisir ce qui lui plaît comme il a pu le faire dans le passé.

2.2.2 Population accueillie et médicalisation du lieu de vie.

La moyenne d'âge de la population accueillie est de 84,58 ans. Le GMP est de 643 en janvier 2013. Comme dans pratiquement tous les EHPAD, la proportionnalité Homme / Femme est de 33 hommes et 70 femmes.

La résidence « RFS » est organisée en 7 unités de vie qui accueillent chacune de 12 à 16 résidents, regroupés en fonction de la dépendance physique ou psychique et de leur degré d'autonomie : certaines chambres sont éloignées de la salle à manger, dans ce cas, l'autonomie à la marche est indispensable.

Les unités sécurisées, sont réservées aux résidents porteurs de troubles importants liés à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée.

L'établissement est habilité à recevoir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale. Le personnel du bureau des admissions tient à disposition des familles et du résident le règlement départemental de l'aide sociale et les modalités de la contribution financière mensuelle.

Dans le contexte de l'étude, il est important de souligner qu'un certain nombre de lits de SLD ont été requalifiés en lits d'EHPAD lors de la signature de la convention tripartite et de ce fait, les résidents occupant ces lits médicalisés ont été identifiés par l'autorité publique en tant que résidents de maison de retraite. Dans les faits, pour les soignants, les résidents sont restés les mêmes avec une charge en soins identique.

Pour la population, l'établissement est un hôpital, il n'est pas aisé de faire la distinction des pavillons, surtout lorsque le résident a tout d'abord été admis en tant que patient dans les services sanitaires : son statut change, mais en fonction de la perturbation psychologique et de son atteinte cognitive, il a parfois du mal à se situer. Certains pensent être en convalescence. Dans quelques situations, les familles abondent dans ce sens.

Selon le médecin et l'encadrement, l'établissement est considéré comme un lieu de soins plutôt qu'un lieu de vie. « Le soin prend le pas sur le lieu de vie, nous médicalisons de plus en plus ». « Cela est lié à la formation initiale, aux vêtements de travail, aux protocoles de soins et aux prescriptions. Moi ! Je dis aux équipes (médecin) « *Nous sommes un lieu de vie d'abord et nous intervenons pour donner des soins s'il faut.* ». Les résidents entrent à un âge avancé dans l'établissement leur autonomie est de plus en plus restreinte et les prescriptions de soins médicaux sont importants. De plus, les soignants ont en majorité reçu une formation initiale en milieu sanitaire, ils privilégient le soin technique à l'accompagnement. L'IDE est l'interlocutrice des familles et non pas l'AS. Les familles elles-mêmes considèrent ce lieu comme un lieu d'assistance aux soins qu'elles ne sont pas en mesure d'apporter : l'IDE. Les explications données aux familles lors de la préparation à l'admission sont probablement insuffisantes : il est important que la famille garde sa place d'aidant auprès de la personne, l'équipe soignante ne se substitue pas à elle. Elle accompagne et supplée aux difficultés du quotidien. Certains agents, faute de connaissances, ne reconnaissent pas la place des proches dans l'accompagnement du résident¹³. Selon l'ANESM, l'alliance entre les proches et les professionnels renforce le sentiment de confiance et de bien-être du résident. Hors, le bien-être contribue à l'adaptation.

L'équipe d'animation n'est pas intégrée à la réflexion concernant les objectifs du projet de vie, il y a un cloisonnement entre le soin et l'animation. Quelques heures d'animations au sein des unités sont toutefois réalisées par les AMP.

¹³ ANESM 2012, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3) la vie sociale des résidents en EHPAD (p.24-25)

Selon un agent : « Je trouve que l'on s'éloigne des maisons de retraite, les soins sont de plus en plus présents, je suis ici depuis 6 ans et les soins se sont « alourdis », maintenant que nous sommes EHPAD, nous gardons les gens jusqu'en fin de vie, c'est très rare de transférer à l'hôpital » ; « Nous ne sommes pas toujours à l'aise avec les fins de vie ».

« Nous passons beaucoup de temps sur l'informatique pour tracer ce que l'on fait, pendant ce temps-là, on n'est pas auprès du résident, en plus, nous avons de plus en plus de ménage à faire ... ».

La tenue professionnelle blanche est revêtue tout au long de la journée, certaines AS ne seraient pas choqués d'être en civil en dehors de soins d'hygiène.

Le rôle du cadre de santé est souvent méconnu par les résidents et les familles car ils n'ont pas été accueillis par celui-ci. Son rôle dans le processus d'accueil est à préciser : Entre le cadre de santé et l'assistante sociale, qui fait quoi ?

Selon le médecin, les cadres sont beaucoup occupés par la gestion des planifications de travail et aux modifications trop fréquentes, ce que j'ai pu observer.

Les habitudes de vie sont recueillies trop tardivement. Les projets de vie individuels ne sont pas tous réalisés, la plupart du temps, il manque les objectifs. Lorsqu'ils existent, ils ne sont pas toujours validés par le résident (ou son représentant) et présentés à la famille.

Les demandes d'hébergement temporaire ne peuvent pas toutes être honorées faute de place, ce mode d'hébergement est pourtant idéal pour permettre le répit des aidants et familiariser progressivement le futur résident à la structure d'accueil définitif.

2.2.3 Le personnel chargé de l'accompagnement des résidents.

Dans le hall d'entrée de la résidence, derrière une banque d'accueil, est présent l'agent chargé d'orienter les familles et de donner un minimum de renseignements à toute personne qui le souhaite.

Les équipes soignantes sont supervisées par deux cadres de santé qui ont aussi à charge des services de SLD, à proximité des unités de vie d'EHPAD, suivant l'organigramme (annexe 5).

Après des résidents interviennent des salariés : infirmières (IDE), aides-soignantes (AS), AMP, rééducateurs, diététicienne, assistante sociale, psychologue et une équipe hôtelière. Les professionnels libéraux comme les kinésithérapeutes et les orthophonistes complètent les prestations.

Le temps de présence médical est assuré par un médecin coordonnateur, praticien hospitalier gériatre à mi-temps, ainsi que par des médecins libéraux.

Dans le cadre de la vie sociale, il est proposé aux résidents, une prestation coiffure payante, différentes coiffeuses interviennent suivant une organisation planifiée.

Deux animatrices, une association de bénévoles ainsi que le service d'aumônerie contribuent à la diversification des activités proposées, à la fois « occupationnelles » mais aussi spirituelles.

2.2.4 Les dispositifs réglementaires en faveur des droits des résidents.

Etant donné l'intégration de l'EHPAD au sein du Centre Hospitalier, l'établissement est doté d'un Conseil de Surveillance (CS), en application de la loi HPST du 21 juillet 2009.

L'établissement axe son offre de prestations dans une filière gériatrique du territoire de santé, en fonction du projet régional de santé (PRS), du schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) mais aussi du schéma gérontologique départemental. Le CS statue sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et des conditions d'accueil des usagers de l'établissement. Les élus locaux et les représentants du personnel siègent à cette instance.

Le directeur est assisté par les membres du Directoire pour diriger l'établissement.

Je note la présence du CVS qui se réunit trois fois par an. Le point de vue des résidents est ainsi considéré, des axes d'amélioration mis en place et toutes les réunions font l'objet d'un compte rendu.

Ces deux dernières années la direction a réactualisé les outils réglementaires d'informations et de contractualisation avec les résidents :

Le livret d'accueil du résident (Art. 311-4 du CASF), le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et le projet d'établissement spécifique à l'EHPAD. Ces dispositifs sont validés par les instances.

Le projet d'établissement spécifique à l'EHPAD (annexe 6) identifie les valeurs portées par l'établissement au bénéfice des droits de la personne accueillie : Le respect de sa dignité, de son autonomie, de son intimité, de sa bienveillance et de la confidentialité des données personnelles. Dans ce projet, différents axes sont traités, entre autres : l'accueil, l'entrée, la qualité de vie, les liens sociaux et la fin de vie. Toutefois, celui-ci ne fait pas référence à la loi du 2 janvier 2002 mais seulement à celle du 4 mars 2002 (droits des patients) la phase opérationnelle du projet n'est pas déclinée en plan d'actions et les agents ne connaissent pas son existence. Il n'y a pas eu de présentation de ce travail aux équipes, ni diffusion dans le journal interne « Grain de sel ». Il n'y a pas eu d'échange autour des valeurs professionnelles en regard des droits des résidents précisés dans ce projet.

La charte des personnes âgées est affichée dans chaque unité de vie. Les personnels savent où elle se situe. Je n'ai pas questionné sur son contenu.

Pour la plupart des résidents interrogés, pensent être respectés, une personne m'a toutefois dit qu'elle avait entendu une remarque faite à un résident « vous mangez comme un cochon ». Cette personne aurait alors fait la grimace et craché. Une autre a ajouté : « Les débuts sont durs car il faut obéir. Certaines sont autoritaires, vous savez moi autrefois j'étais chef comptable et c'est difficile quand les propositions sont sous forme d'ordres, ça dépend des personnes, il y en a qui sont très bien et d'autres ... Certaines prennent une autorité qui ne devrait pas, elles devraient avoir plus d'égard car on a aussi vécu des choses difficiles avec la résistance. On évite de leur dire, car ça fait des histoires ! J'ai entendu une fois « *Nous ne sommes pas là pour vous servir !* » ça ne s'adressait pas à moi mais quand même ! Il y a un problème d'éducation et de respect parfois ! ».

Le contrat de séjour, mais surtout le règlement de fonctionnement qui concerne aussi les soignants ne sont pas non plus connus des agents.

Chaque unité de vie dispose de 2/3 d'agents formés AS mais je retrouve aussi une AMP dans les unités qui accueillent des patients Alzheimer, ces dernières sont dans leur cursus, formées au projet de vie. La gentillesse du personnel est globalement reconnue par les résidents, entre autre au moment de l'accueil.

Les agents de service hospitalier (ASH) sont le plus souvent recrutés en tant que remplaçants et formés par les collègues au fur et à mesure du temps. Malheureusement, lorsqu'ils arrivent ils sont peu encadrés dans leurs pratiques. Une journée commune au secteur sanitaire est organisée à distance de l'arrivée des agents. Elle concerne la présentation de l'établissement, les grandes lignes de l'organisation du travail dans une structure qui accueille les personnes âgées. Cette formation est importante mais le médecin a remarqué que les connaissances sur la démence sont faibles et non abordées, de même que les particularités liées au lieu de vie.

La direction établit un plan de formation qui prend en compte la spécificité de l'EHPAD, depuis plusieurs années, par unités, les agents sont progressivement formés à la bientraitance et troubles musculo-squelettiques mais pas au projet de vie ni à l'accueil.

Les agents interrogés apprécient leur métier auprès des personnes âgées, mais déplorent le manque de temps auprès d'elles, alors qu'elles estiment la dépendance plus importante qu'autrefois et que les résidents ont souvent souhaité de parler pour occuper le temps : « j'aime mon métier, mais il ne répond plus à mes attentes, on travaille à la chaîne. Nous sommes de moins en moins avec le résident pour des animations, mais à faire du ménage ou sur l'ordinateur ».

Les équipes soignantes ne bénéficient pas de temps pour analyser leurs pratiques avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé et la psychologue. Une fois par mois, un temps de rencontre est organisé par la psychologue du service, il est appelé « groupe de parole » l'ordre du jour est plus ou moins bien défini. Certains soignants se lassent de ces

rencontres qui ne semblent pas toujours constructives. Le médecin pense que ces réunions relèvent plutôt « d'un bureau des pleurs » d'où sont exclus cadres et médecins. Ce type de rencontre nécessaire, ne doit pas exclure la possibilité d'échanger en équipe, à propos de l'accompagnement de la personne âgée et de sa famille lors de la construction du nouvel espace de vie. Les concertations autour des valeurs professionnelles donneraient du sens aux pratiques « savoir-être » et « savoir-faire » et feraient le lien avec le projet d'EHPAD.

Ma première approche des conditions d'accueil et d'adaptation du résident est complétée par une étude qui me permettra d'observer l'organisation de l'accueil, de connaître le point de vue des résidents et du personnel.

2.3 Analyse du processus d'entrée sur la résidence « RFS ».

Il est nécessaire de distinguer plusieurs temps dans le processus d'entrée : la prise de décision, la préadmission, la commission d'admission, l'entrée administrative, le premier jour d'arrivée, les premières semaines. Il existe des fiches techniques concernant le rôle des soignants à l'arrivée du résident mais le processus global n'est pas formalisé.

2.3.1 Décision d'entrer dans l'établissement.

Deux grandes situations peuvent se présenter :

- Soit le résident fait sa démarche d'inscription seul, ou avec sa famille et il peut se présenter directement à la résidence où il sera reçu par l'agent d'accueil (poste non qualifié), qui lui donnera rendez-vous avec un cadre de santé ou l'assistante sociale. Dans ce cas-là, le livret d'accueil lui sera remis ainsi que le dossier unique d'inscription en EHPAD. Une visite de l'établissement sera proposée dans les lieux communs. Le futur résident pourra alors préparer son déménagement, à la fois psychologiquement mais aussi dans les faits : il choisira le mobilier et les objets qu'il souhaite transférer de son domicile¹⁴.
- Soit il n'a pas la possibilité de se déplacer suite à une hospitalisation, la famille fait alors les démarches avec la participation active de l'assistante sociale et des médecins. Dans ce cas, le cadre de santé de la résidence peut se déplacer dans le service d'hospitalisation de l'établissement et s'entretenir avec le futur résident.

Dans la première situation, la décision est prise par le résident alors qu'il se trouve à domicile. Trois personnes interrogées étaient dans ce cas-là. Elles se retrouvaient seules

¹⁴ ANESM 2011, op.cit,(p.34)

chez elle avec la crainte des problèmes hivernaux, un domicile à étage, les chutes fréquentes et l'isolement « j'avais de l'aide à domicile, mais après c'était un peu juste » J'ai aussi entendu la volonté de ne pas déranger les enfants : « j'avais pris une alarme, mais ma fille travaille. Ce n'est pas facile de dire à son patron, « excusez- moi je vais ramasser ma mère ». Alors j'ai dit : « il vaut mieux débarrasser le plancher », et puis voilà ! Si j'ai choisi cet endroit c'est parce qu'il m'a été permis d'emmener mon chien et l'établissement était en centre-ville».

Médecin, cadres de santé et assistante sociale me précisent que le consentement à l'admission est toujours recherché auprès des futurs résidents, comme décrit par l'ANESM, le consentement à l'admission doit être recherché après une information claire et compréhensible¹⁵. Toutefois, les difficultés cognitives de certains, conduisent les époux ou les enfants (souvent fille ou belle fille) à faire les démarches d'inscription sans l'accord du futur résident. «Il n'avait plus toute sa tête, nous avons pris la décision avec ma fille». Selon les équipes soignantes : «il arrive une fois sur deux que le consentement n'est pas donné, ou bien c'est pour faire plaisir à la famille, certains se croient en convalescence à l'hôpital ». La situation la plus délicate concerne les résidents en unités fermées, même si rester à domicile n'est plus possible. Cette situation est de plus en plus fréquente : ni le résident, ni la famille ne s'étaient préparés à cette éventualité. La décision est prise considérant que les aides à domicile seront insuffisantes pour maintenir une certaine sécurité. Cette situation est décrite par Isabelle MALON comme « un placement violent ¹⁶», dans ce cas-là, la personne âgée a beaucoup de difficultés à reconstruire un monde stable dans l'EHPAD. « La violence symbolique du placement est d'autant plus intense », s'il est réalisé par les enfants sans prévenir le parent concerné.

Il est nécessaire de se questionner sur le bénéfice/risque lorsque la liberté d'aller et venir est limitée à l'insu de la personne. J'ai pu observer qu'une résidente, entrée récemment dans une unité fermée cherchait à partir et demandait à rentrer chez elle de manière insistante. Les AS avaient beaucoup de difficultés à la rassurer et détourner ses pensées. Quand je suis retournée dans l'unité trois semaines plus tard, cette même personne semblait apaisée et bien intégrée à la vie du quotidien, elle participait à une petite activité ménagère, elle nettoyait les tables après le repas « j'ai fait ça bien souvent chez moi, ah oui, bien sûr ! ». Madame « B » évitait l'ennui par la pratique de gestes qu'elle avait l'habitude de réaliser auparavant, de plus l'AS la remercie. Selon Isabelle MALON, cette approche soignante valorise la résidente et lui permet d'exister pour la communauté. «Le soi » statutaire est investi de manière positive et dense¹⁷».

¹⁵ ANESM 2011, op.cit,(p.24)

¹⁶ MALLON I 2004,op.cit, (p.127).

¹⁷ MALLON I 2004,op.cit, (p.176).

Lorsque l'on est aidant d'un conjoint ou parent d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, il n'est pas simple de prendre la décision d'admission en hébergement. L'épouse d'un résident m'a confié sa grande culpabilité lorsque, conseillée par sa fille, elle a dû se résigner, n'ayant plus la force physique d'aider son mari au quotidien. Elle admet qu'avec l'hébergement temporaire, de son mari, elle a pu elle même se rendre compte de l'organisation et de la prise en charge dans l'établissement ce qui a facilité son cheminement pour la prise de décision d'hébergement définitif. « Pour moi c'était un plus, cela a atténué ma culpabilité et mon appréhension ».

Le livret d'accueil mis à disposition des futurs résidents et familles est cartonné, édité en gros caractère et en couleur. Il présente succinctement les conditions de séjour avec les prestations et activités proposées. Les termes sont accessibles et parfois illustrés. Il est remis soit par l'agent d'accueil avec plus ou moins d'explications, mais il peut aussi être donné par le cadre de proximité ou l'assistante sociale, il n'y a pas vraiment de règles ce qui est regrettable.

2.3.2 La préadmission : liste d'attente.

La plupart du temps, c'est auprès d'une assistante sociale que les renseignements sont pris. A noter que celle-ci n'est pas présente chaque jour de la semaine, et la demande renseignements est faite auprès du professionnel disponible ou contacté par téléphone. La rencontre a lieu dans un bureau calme et éclairé, propice à une communication de qualité avec la personne âgée malgré les déficits sensoriels¹⁸.

Il est demandé pour cette rencontre : le dossier administratif national ainsi que le dossier médical qui précise le niveau de dépendance de la personne avec la grille GIR. A cette occasion sera réalisée la visite des locaux communs et la présentation des équipes de soins et d'animation présents. Un cadre soignant verbalise l'importance de ce premier contact : « La personne qui réalise la visite est privilégiée dans ses relations futures, la première rencontre est importante, si en tant que cadre, nous ne participons pas à la visite, notre rôle est moins bien repéré, et les liens sont plus distants. La personne qui accueille et fait visiter sera toujours gravée en mémoire, le premier pas dans l'établissement est tellement important dans leur vie ».

Une résidente me précise : « Je me souviens bien de la visite, je ne connais pas le nom de la dame, j'étais avec ma fille et mon fils, nous avons été bien reçus ».

Le résident ne visite pas l'établissement si son admission est faite en « urgence ».

Lors de l'entretien, les habitudes de vie sont un peu abordées mais pas « tracées » informatiquement. L'établissement dispose d'un logiciel dossier Patient « OSIRIS » mais

¹⁸ ANESM 2011, op.cit,(p.25)

celui-ci n'est utilisable qu'en cas d'admission définitive avec le numéro d'identifiant du résident. Des brides d'informations, à l'attention des soignants, sont laissées sur un cahier par l'assistante sociale lorsqu'une entrée est annoncée. Il serait souhaitable d'améliorer la transmission de ces données et nécessaire de lister les points à aborder avec le futur résident et sa famille¹⁹ comme le recommande l'ANESM afin d'initialiser le projet personnalisé.

L'assistante sociale reconnaît que certains entretiens sont difficiles à conduire et qu'elle fait volontiers appel aux cadres de santé pour une approche complémentaire. Notamment lors de la visite dans les unités de vie où la dépendance des résidents est importante et consécutive à l'avancée de la maladie d'Alzheimer. « Moments d'émotion intense chargés de culpabilité, il faut beaucoup d'écoute. Je dis toujours que l'essai est possible un mois, voire même jusqu'à trois mois après l'admission. »

Malheureusement, au cours de cette étape, la psychologue n'intervient pas.

A l'issue de cette rencontre, et en fonction de leur souhait, les futurs résidents sont inscrits sur une liste d'attente.

2.3.3 La commission des admissions.

Son règlement de fonctionnement n'est pas formalisé.

Elle se réunit lorsqu'une place se libère. Elle est constituée du médecin coordonnateur, des cadres de santé et de l'assistante sociale.

Selon l'assistante sociale, un principe est défini : la moitié des entrées arrive du domicile et l'autre moitié concerne des admissions internes à l'établissement en sortie directe du secteur sanitaire (admission urgente). Il y a aussi les changements de chambre ou d'unité de vie suite à la demande d'un résident ou à l'aggravation de sa dépendance.

De toute évidence, l'autonomie de la personne est un facteur important dans la prise de décision d'admission car certaines chambres présentent des particularités qui compliquent le respect de l'ordre d'inscription sur la liste d'attente, sans compter qu'il peut y avoir des inscriptions dites « urgentes ». En effet, l'éloignement de quelques chambres par rapport à la salle à manger requiert une certaine autonomie pour les occuper. La charge en soins globale de l'unité intervient aussi dans la décision. De même, certains résidents ne souhaitent pas être admis en chambre double ou chambre sans douche.

Au début de mon stage, il n'y avait pas de traçabilité des conclusions et décisions prises lors de cette rencontre, ce qui a évolué semble-t-il, depuis quelques mois. Il est important

¹⁹ ANESM 2011, op.cit,(p.46)

que les décisions prises soient argumentées et transparentes vis-à-vis de la direction et des usagers.

Une résidente me précise : « j'avais visité deux établissements où je m'étais inscrite. Là, il y a eu une place de disponible en premier, j'ai dit oui, si on dit non, c'est fini après... J'étais prête sauf pour les étiquettes du linge, l'hiver me faisait peur, j'ai souvent des bronchites... ».

2.3.4 L'entrée administrative.

Elle est réalisée dans un lieu excentré, le bureau des admissions, celui-ci n'est pas spécifique à l'EHPAD. L'agent administratif informe le résident et/ou sa famille sur les conditions de séjour, il remet le règlement de fonctionnement et fait signer un contrat de séjour. Ces agents n'ont aucun lien avec la vie quotidienne au sein des unités, leur intervention est purement administrative et comptable.

Le règlement de fonctionnement devrait plutôt être remis lors des entretiens de préadmission et l'utiliser en tant que support pour présenter les conditions d'accueil et d'hébergement.

2.3.5 Le premier jour d'arrivée.

L'arrivée est plutôt programmée vers 14h30. La plupart du temps la famille accompagne et installe les meubles ramenés du domicile. Un AS est chargé d'accueillir, de présenter la chambre, faire un état des lieux, emménager les armoires et donner les horaires des temps de repas qui séquent la journée.

Les lieux collectifs tels que la salle à manger, le salon de coiffure et la salle d'animation sont montrés, le plus souvent, les animatrices sont en activité à ce moment-là. Le nouveau résident est alors présenté aux autres résidents.

L'AS demandent quelques éléments des habitudes de vie du résident et renseigne le logiciel « OSIRIS » les éléments d'adaptation à la vie courante sont listés (appareil dentaire, auditif, change d'incontinence, matériel d'aide à la mobilisation...), l'entretien du linge fragile est précisé : Cette activité peut être gardée par le résident ou sa famille. Les consignes d'étiquetage du linge sont rappelées.

Une AS me précise : « dans l'après-midi, nous passons régulièrement les voir, mais le premier jour la famille reste un certain temps ».

Le premier soir le résident est invité à prendre son repas en salle à manger, mais s'il le souhaite il peut manger dans sa chambre. Sa place à table aura été définie par l'équipe

soignante le matin de son arrivée. L'IDE qui aura reçu les éléments du dossier administratif, elle se présente au résident.

Les informations collectées ce jour-là sont enregistrées dans le logiciel « OSIRIS ».

Les résidents interrogés se souviennent peu de leur arrivée :

« Je ne me souviens pas, il y a longtemps que je viens ici, quand ma fille est en vacances » (patiente porteuse de la maladie d'Alzheimer).

« Oui, j'ai été bien accueillie », « non, on ne m'a pas demandé mes habitudes de vie. Je suis un peu rebelle ! Toute ma vie j'ai été rebelle, il n'y avait pas de raison que ça change ! J'ai imposé mon rythme de vie sans difficulté avec les soignants, ça ne gêne personne ! Au contraire... ».

Ces premiers éléments des habitudes de vie seront complétés par le soignant identifié comme « référent » du résident, malheureusement, en fonction du planning de travail, celui-ci n'est pas toujours présent le premier jour. En règle générale, un AS a deux à trois résidents en référence. Le référent est nommé en fonction des départs et entrées des nouveaux résidents. Il n'a pas reçu de formation spécifique mais sa mission est définie et fait l'objet d'un protocole concernant l'accueil, le recueil de l'histoire de vie et les liens privilégiés avec la famille. Ce protocole est à disposition sur intranet mais peu consulté en particulier par les nouveaux venus. Le recueil des habitudes de vie n'est pas encore réalisé pour tous les résidents entrés avant 2012, par contre il est fait pour ceux entrés depuis un an.

« Non, on ne m'a pas demandé mes habitudes dès le premier jour, mais petit à petit, on me les a demandées et on en tient compte ».

La communication régulière avec la famille est plutôt réalisée par l'IDE, les AS se chargent de repérer les manques au niveau des accessoires de toilette et transmettent l'information sur une ardoise ou un post-it dans la chambre à l'attention des parents du résident, chargés de l'achat. La famille n'identifie pas le référent AS en tant qu'interlocuteur comme cela est stipulé dans le protocole.

2.3.6 La première semaine.

L'équipe soignante passe régulièrement voir les nouveaux résidents. Une AS de l'unité 9 me confie : « très souvent ils sont perdus, ils ne savent plus où ils sont, ce n'est pas facile pour nous de leur dire qu'ils vont rester tout le temps. On ne leur dit pas avant trois semaines. Je ne pense pas que cela leur a été dit avant qu'ils entrent, sans doute que la famille leur dit qu'ils entrent à l'hôpital pour être soigné. L'adaptation, il faut bien un mois voire plus. La première semaine, on essaie d'être proche d'eux et de les rassurer, certains recherchent de l'affection. Ils sont gentils dans le fond ! ».

Un AS m'a confié : « il arrive parfois que l'on ait du mal à les raisonner, on a beau leur dire, ils sont rassurés cinq minutes et après ils oublient nos explications, reprennent leur manteau, sac à main : ils veulent repartir ».

La psychologue passe systématiquement rencontrer les nouveaux résidents et se présente à eux en leur proposant sa prestation. Elle fait le bilan de l'état psychique, des troubles cognitifs et de la cohérence, elle renseigne une partie de l'histoire de vie sur « OSIRIS ».

« Je me trouve bien, même si la vente de ma maison m'angoisse, la psychologue vient me voir et cela me fait du bien (silence) ».

Les familles ne sont pas toujours au courant de la présence d'une psychologue dans l'établissement. L'équipe de soins fait appel à elle si un problème est repéré après l'entrée pour un résident ainsi que pour sa famille. Elle ne participe pas en amont à la décision d'hébergement. Elle doit rencontrer les familles lors de fin de vie ou de revendications vis-à-vis de l'équipe soignante. Les missions de la psychologue doivent être réajustées et précisées en faveur des résidents et de leur entourage car il est important d'accompagner et soutenir les proches dans la phase d'admission. Il faut noter que la configuration de son bureau est peu propice pour accueillir les familles.

2.4 Communication interne et externe, ouverture sur la ville.

Il est important que l'établissement se fasse connaître du public et sur le territoire. Il doit valoriser ce qui est en place pour garantir à la personne âgée dépendante une prise en charge individualisée où elle conserve ses prérogatives de citoyens jusqu'à la fin de la vie²⁰.

La direction participe activement aux rencontres des établissements du territoire de santé, elle est partie prenante dans les projets de la filière gériatrique. Les élus locaux sont présents au conseil de surveillance et aux temps forts festifs qui ponctuent l'année. Les animatrices proposent des activités en fonction des partenariats avec les structures ou associations de la ville. La présence active des bénévoles ouvre la résidence sur la vie extérieure. Les médecins traitants participent au suivi des résidents, le médecin coordonnateur assure le lien entre les médecins hospitaliers et libéraux. L'assistante sociale communique avec ses collègues et professionnels de santé du territoire, créant ainsi un réseau professionnel de travail. La présence du SSIAD, de l'ESA et du Centre Local d'Information et de Coordination pour personnes âgées (CLIC) au sein du centre hospitalier facilite le maillage des d'informations et le suivi des dossiers. Ainsi les

²⁰ ANESM 2011, op.cit,(p.13)

intervenants à domicile peuvent préparer psychologiquement la personne, dans le cas où, rester dans son logement n'est plus souhaitable. Par contre, il n'y a pas de recueil des habitudes de vie dès la prise en charge par le SSIAD.

L'accueil de jour nommé « La pause-café » est une prestation de répit aux aidants. Sa situation géographique près de la résidence « RFS » permet d'observer progressivement l'organisation de l'établissement. Lorsqu'un hébergement définitif est préconisé, famille et futur résident peuvent participer à une animation en unité 9 et côtoyer quelques heures les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La résidence ne dispose que de quatre hébergements temporaires ce qui semble insuffisant en regard des demandes qui arrivent auprès de l'assistante sociale. Un journal interne appelé « Grain de sel » est réalisé et diffusé une fois par trimestre. Celui-ci est à l'attention du personnel mais aussi à disposition des résidents et des familles. Il présente les temps forts du trimestre, explicite les projets en cours, présente les métiers spécifiques et les activités des résidents. Ce journal, à la présentation soignée est particulièrement apprécié de tous.

Le CVS existe, ses membres ont été renouvelés fin 2012.

Le service qualité diffuse une fois par an un questionnaire de satisfaction auprès des résidents et des familles et les analyse. En 2012, le taux de retour était de 34% pour les résidents et de 22% pour les familles. La note de satisfaction pour les résidents est de 7,1/10, il n'y a pas de remarques concernant l'accueil par contre dans l'item « rythme et cadre de vie » une aide complémentaire pendant le repas est demandée ainsi qu'un dîner plus tardif, la qualité des repas n'est pas tout à fait satisfaisante. L'animation est très bien perçue. Pour certains elle devrait être possible le week-end, quant aux droits et liberté, les résultats sont satisfaisants sauf pour l'information sur l'état de santé qui pourrait être améliorée. Concernant les familles, elles sont satisfaites à 78% de l'accueil (accueil chaleureux et aide aux démarches administratives). Par contre, la moitié seulement connaît l'existence du conseil de la vie sociale et de la boîte à lettre pour donner un avis sur la prise en charge.

Mes observations et l'analyse du contexte m'ont permis de constater la présence de mesures en faveur du respect des droits du résident mais aussi les points faibles, aussi en tant que directrice de cet EHPAD je propose quelques axes d'amélioration en particulier pour préparer l'entrée en institution et ainsi faciliter l'adaptation du résident.

3 L'adaptation à la vie en EHPAD : l'entrée, étape essentielle.

L'étude du processus d'accueil sur la résidence « RFS » m'a permis d'observer la présence des documents et instances réglementaires. Pour les soignants, Il existe une

politique de formation pluriannuelle à la bienveillance. Toutefois, il me semble important de mettre en place un projet d'amélioration du processus qualité pour l'accueil du résident. Il permettra de préciser les missions de chacun et en parallèle, organiser des analyses de pratiques pluriprofessionnelles. Ainsi les soignants pourront donner du sens à leurs activités. Il sera rappelé que l'EHPAD est avant tout un lieu de vie où les soins médicaux sont prescrits pour améliorer le confort quotidien.

L'adaptation du résident en EHPAD est d'autant plus facilitée s'il a pu se préparer et se projeter dans cette nouvelle vie. De même, la qualité des premiers échanges avec les professionnels ainsi qu'un accueil respectueux et bienveillant sont des mesures capitales pour conforter une décision souvent difficile à prendre. Le directeur est garant d'une organisation qui contribue à faciliter l'acceptation de ce changement et qui permet le bien être du résident. Pour cela, le résident et sa famille doivent avoir une opinion favorable dès l'entrée, la chambre doit être personnalisée et la vie privée garantie. Les liens familiaux et sociaux sont préservés, de même que les relations avec le personnel doivent garantir écoute et respect. Pour toutes ces raisons, je souhaiterais, sur cet établissement, mettre en place un projet d'amélioration de la qualité du processus d'accueil (PAQ Accueil) afin de favoriser la décision éclairée des résidents et d'optimiser leur qualité de vie au sein de la structure. Ce projet peut aussi contribuer à modifier les représentations négatives de l'EHPAD imaginées par la population du territoire qui n'aurait pas suivi l'évolution de l'établissement. Il représente la phase opérationnelle d'un axe du projet d'établissement (EHPAD), qui n'était pas déclinée jusqu'à présent.

La réussite de ce projet nécessite l'implication de tous les professionnels. Pour ce faire, en tant que directrice, il me faut accompagner le management de ce projet qui comportera les axes de travail suivants :

- A court terme, deuxième semestre 2013 : le management de proximité.
- A moyen terme, à partir de janvier 2014 : la mise en place du PAQ Accueil.
- A long terme, à partir de 2015 : le projet de développement de l'offre d'hébergement temporaire et de chambres seules.
- L'évaluation du projet.

3-1 Le management de proximité.

Dans le processus d'accueil, il me semble important de recentrer le rôle des cadres de santé auprès des agents, des résidents et des familles.

Au sein des unités de vie, il est responsable de la qualité de l'accompagnement des résidents. Le cadre de proximité doit favoriser les pratiques professionnelles respectueuses de la personne âgée en lien avec le projet EHPAD et repérer les lacunes de certains agents. Le réajustement peut se faire individuellement mais il semble

important d'organiser des réunions d'équipe pour analyser les pratiques au moins une fois par mois. Ces rencontres pourraient durer 1h30, le cadre de santé serait assisté de la psychologue et si possible du médecin coordonnateur. Ces réunions permettraient aux agents d'exprimer certaines difficultés de prise en charge et ainsi au médecin, cadre et psychologue d'y répondre : les symptômes ou comportements liés aux pathologies y seraient explicités. Le respect de la personne âgée et de ses droits seraient définis comme principe de ligne de conduite. La loi 2002-2, la bientraitance et l'éthique seraient le fil conducteur de ces échanges. Ce type de rencontres est favorable à l'apprentissage des agents n'ayant pas bénéficié de formation qualifiante initiale. Il permet aussi le développement de valeurs professionnelles communes et facilite la cohésion d'équipe. Par la suite, la rédaction des projets d'unité de vie sera facilitée. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont des guides pédagogiques indispensables au management des équipes. Ces temps d'échange permettent d'évaluer le niveau de compétences des agents et de repérer les besoins en formation : l'ignorance professionnelle peut être source d'irrespect ou de maltraitance, en particulier en cas d'incompréhension de la pathologie de la démence.

Le cadre de santé détient un rôle primordial dans l'accueil du nouveau résident, il est le représentant de la direction dans un EHPAD hospitalier. Il est important qu'il rencontre la personne âgée et sa famille avant son entrée dans la résidence, car il restera l'interlocuteur privilégié. A cette occasion, seront précisés les droits de la personne accueillie à l'aide de supports comme le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et un guide du recueil des habitudes de vie. Il prendra du temps, en tête à tête avec le résident, afin de rechercher les motivations et son consentement à l'admission. Dans le cas où les familles se présentent seules, le cadre de santé demandera à recevoir le futur résident, s'il est hospitalisé sur l'établissement, il ira le rencontrer dans le service d'hospitalisation et lui précisera la distinction du secteur d'hébergement. Quelques éléments des habitudes de vie seront dès ce moment-là recueillis informatiquement et transmis à l'équipe. Connaître les habitudes de vie du résident permet de personnaliser son accompagnement et les prestations à son attention. L'équipe soignante sera plus à même d'adapter ses pratiques et respecter la singularité éventuelle du résident. L'accueil réalisé avec respect de la personne et de ses habitudes sera un des facteurs de bien-être et de réassurance individuelle en faveur d'une adaptation.

L'assistante sociale intervient en préadmission. Elle devrait apporter conseil et accompagnement lors d'études de prises en charges financières. Ses horaires de travail devront être repensés afin de proposer des rendez-vous plus « souples » au service des familles. Lors des rencontres, des difficultés à la prise de décision ou à l'acceptation de l'hébergement peuvent être repérés, pour le futur résident mais aussi pour sa famille le cadre de santé et l'assistante sociale pourront alors proposer une rencontre avec la

psychologue de l'établissement. Il est nécessaire d'établir un guide d'entretien pour chaque professionnel et lister les thèmes abordés par chacun d'eux, ainsi que les éléments d'information transmis au résident et à sa famille.

3-2 Le PAQ Accueil.

Pour la mise en œuvre du PAQ Accueil, il convient de constituer un comité de pilotage restreint composé : de la direction, du responsable qualité, du responsable administratif des admissions, de l'encadrement de proximité, du médecin coordonnateur, de deux représentants des résidents, de deux représentants des familles issus ou non du conseil de la vie sociale, d'un prestataire libéral.

Afin de maîtriser le coût du temps agent et ne pas les mobiliser inutilement, ils seront sollicités en fonction des étapes et thématiques traitées, le comité sera élargi aux professionnels concernés comme : l'IDE coordinatrice du SSIAD et de l'ESA, la responsable du CLIC, l'assistante sociale, la psychologue, un agent du bureau des admissions, cinq représentants soignants (trois AS, une AMP et une IDE), l'informaticien et une animatrice.

Le projet et ses objectifs (mise en œuvre du projet d'EHPAD et démarche qualité) seront présentés lors du dernier CVS de 2013, avec appel à candidature pour la participation des usagers. Il fera l'objet d'un article dans le journal interne « Grain de Sel ». Une note à l'attention des équipes précisera l'appel à volontaires en tant que représentants de soins.

Les axes traités seront :

- Informations et accompagnement à la réflexion :

Définition : du rôle des professionnels concernés, du lieu d'accueil, des horaires de rencontre de l'assistante sociale, des documents supports d'information (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, guide des habitudes de vie), des documents contractuels (contrat de séjour) et de la traçabilité du passage.

- Préadmission :

Définition : du rôle des professionnels concernés, du lieu d'accueil, du guide d'entretien, de la recherche de consentement, du recueil des habitudes de vie pour initialiser le projet personnalisé, de la visite des locaux et de la place de la famille.

- Commission d'admission :

Définition : de la composition, du règlement intérieur, de la traçabilité de décision.

- Admission :

Définition : du rôle des professionnels concernés, du lieu d'accueil, des documents.

- Accueil le premier jour :

Définition : du savoir être, du rôle du référent AS, du recueil de données, de l'installation, de l'aide aux repères dans la structure et dans le temps.

- Communication externe, ouverture sur la ville :

Définition : Réunion des familles, journées portes ouvertes, conférences avec l'ESA, activités d'animation proposées aux personnes à domicile, site internet.

Pour la plupart des thèmes, seront définis : qui fait quoi ? Où ? Comment ? Quel support ? Quel créneau horaire ? Ce travail sera réalisé à partir des recommandations de l'ANESM et des propositions des professionnels, mais à moyen constant, avec les ressources humaines dont dispose l'établissement. L'équilibre financier de celui-ci ne permet pas la création de poste, il importe de préciser cela dès la première rencontre du groupe de travail afin qu'il s'oriente vers une réorganisation à moyens constant avec éventuellement un redéploiement de poste, dans le cadre d'un départ en retraite (agent d'accueil non qualifié). En fonction des observations en cours d'année 2014, d'autres axes peuvent émerger comme le besoin de formation à l'accueil ou au projet de vie. Dans ce cas, une proposition sera faite pour intégrer les thèmes dans le plan de formation 2015.

Les réflexions et avancées du PAQ seront communiquées aux instances et relayées auprès des équipes via intranet ou lors de séances d'informations.

3-3 Le développement de l'offre d'hébergement temporaire et de chambres seules.

Actuellement l'établissement est en restructuration de son secteur sanitaire, il n'est donc pas possible d'investir simultanément pour la résidence « RFS ». Limiter le nombre de résidents accueillis n'est pas non plus envisageable financièrement. Toutefois, à l'issue des travaux de reconstruction pour les services de médecine et de SSR (2016), vingt chambres seules avec salle d'eau vont se libérer et permettre d'accueillir des résidents pour ainsi de réduire les chambres doubles et celles sans salle d'eau.

Cette opportunité permet aussi à l'établissement d'ouvrir un dossier d'autorisation pour la création de nouveaux lits d'hébergement temporaire auprès de l'ARS, ce qui correspond aussi à un axe de développement identifié par le schéma gérontologique départemental.

3-4 Evaluation du projet PAQ Accueil.

L'établissement dispose d'un service qualité et gestion des risques. L'évaluation du projet sera réalisée avec la collaboration du responsable qualité :

- Une analyse de la satisfaction des résidents et des familles sera réalisée annuellement.

Deux questionnaires distincts seront proposés avec un item sur la qualité de l'accueil et la prise en compte des demandes individuelles. Les résultats seront diffusés au sein des

services, en conseil de la vie sociale et de la commission des relations avec les usagers(CRUQ).

- L'étude des courriers de plaintes et le suivi des événements indésirables seront étudiés en comité de direction, une analyse des faits sera réalisée par le service concerné. La direction assurera une réponse écrite au plaignant, dans un délai court.

Conclusion

L'entrée en institution est rarement un souhait du futur résident. Cela en raison du coût élevé du prix de journée, d'idées reçues négatives, mais surtout, d'une crainte de perdre son identité et sa liberté dans une collectivité. Cette étape de la vie est particulièrement délicate souvent associée au deuil, au renoncement, à l'isolement et à l'incertitude qui provoquent anxiété. L'équipe pluriprofessionnelle de l'EHPAD aura pour mission d'accompagner la personne à la construction de son nouvel espace de vie²¹. Les EHPAD sont encore trop souvent considérés comme des mouiroirs. Ces dernières années les médias n'ont pas facilité la prise de décision d'une entrée en institution : les documentaires montrent les quelques situations de maltraitance en EHPAD, de ces exemples qui restent malgré tout marginaux, une généralisation est trop vite établie. Malheureusement, rares sont les reportages bienveillants envers le grand âge et le professionnalisme des équipes qui au quotidien assurent une aide à la personne vieillissante.

Par la loi du 2 janvier 2002, le législateur a défini les obligations qui s'imposent au directeur pour garantir les droits des personnes âgées qui entrent dans les établissements médico-sociaux. L'ANESM précise les bonnes pratiques professionnelles et édite différents guides par thématique. L'accueil du résident est traité, la personnalisation de l'accueil et l'accompagnement sont préconisés. Le résident est âgé, certes, mais il reste avant tout un citoyen ayant des droits. Malgré sa perte d'autonomie, il peut émettre un avis sur tout ce qui le concerne. En tant que directrice, j'ai souhaité vérifier les freins à l'adaptation du résident au sein d'un EHPAD et étudier lors du processus d'accueil, les actions qui a contrario, facilitent le bien être du résident. Dans la résidence « RFS », bien qu'un grand nombre de mesures soient en place pour respecter la personne accueillie, je propose d'accompagner les équipes dans la compréhension de la loi et l'application du projet EHPAD. Entrer dans une démarche qualité pour le processus d'accueil facilitera le respect des droits du résident lors de son entrée en institution. Le recueil des habitudes de vie doit être anticipé et communiqué à l'équipe qui reçoit le nouveau résident et ainsi permettre un accueil personnalisé et l'adaptation au nouveau lieu de vie. Cette démarche permet de préserver l'identité du résident. Lors des différentes rencontres, la place de la famille et le génogramme²² seront établis. Cette approche transgénérationnelle facilite la compréhension des situations familiales tendues et permet l'accompagnement personnalisé. L'équipe soignante peut alors, comprendre et respecter le rôle de la famille. Celle-ci est indispensable à l'équilibre du résident, il change de domicile mais ses liens

²¹ ANESM 2011, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. (p.14).

familiaux subsistent, que ces relations soient aidantes ou source de tension. La présence des familles permet aux maisons de retraite de devenir des lieux de vie²³.

Lors d'admission urgente la famille trouve une réponse à la crise familiale, l'établissement apporte alors une aide mais ne solutionne pas la culpabilité ou le mal-être ressenti. La famille doit alors associer ses propres compétences à celles des professionnels. Ainsi, la maison de retraite offrira au résident, la possibilité de s'adapter à son nouveau lieu de vie²⁴. Par contre, comme le précise Alice Casagrande, il faut laisser du temps pour que la personne âgée puisse prendre des habitudes dans son nouvel espace de vie et s'adapter : « prévoir un temps de négociation, un temps de suspension de l'habitat. Le sujet accueilli n'habite plus là où il habitait ; il n'habite pas encore là où il lui est proposé de vivre ».Le résident doit pouvoir être actif dans son espace privé et pouvoir le réaménager, le négocier, le refuser provisoirement²⁵.

Le directeur d'un EHPAD doit ouvrir son établissement sur la ville et le territoire de santé. Il est important de développer des partenariats qui facilitent la vie sociale des résidents. Faire connaître son établissement lors de portes ouvertes, de conférences ou d'animations organisées au sein de l'établissement, permet à la population de constater qu'une continuité de vie est encore possible au sein d'un EHPAD.

²² DARNAUD T 1999, L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps de l'accueil édition ESF (p.59)

²³ DARNAUD T 1999, L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps de l'accueil édition ESF (p.83)

²⁴ DARNAUD T 1999, L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps de l'accueil édition ESF (p.125)

²⁵ CASAGRANDE A.2012, Ce que la maltraitance nous enseigne .Difficile bienveillance, édition DUNOD, (p.130-131)

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et au territoire (HPST)
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) concept de qualité de vie.
- Qualité de vie en EHPAD (volet3) la vie sociale des résidents en EHPAD (
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé.(janvier 2009)

Ouvrages

- CASAGRANDE A., 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*, Saint-Juste-La-Pendue, Dunod, 204 pages.
- DARNAUD T., 2007, *L'entrée en maison de retraite une lecture systémique du temps de l'accueil* nouvelle édition mise à jour, Issy-Les-Moulineaux : ESF éditeur, 189 pages.
- LHUILLIER J. M., 2009, *Les droits des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4^{ème} édition, Rennes, Presse de l'EHESP, 272 pages.
- MALLON I., 2004, *Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi*, Rennes, Presse universitaire de Rennes, 287 pages.
- MINNAERT E., RIOT L., JAUJOIS N., 2006, *L'EHPAD pour finir de vieillir ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, Rapport ;217 pages.
- VILLEZ A., 2005, *Adapter les établissements pour personnes âgées, besoins, réglementation, tarification*, Paris, Dunod, 212 pages.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Note d'observation
- Annexe 2 : Guide d'observation
- Annexe 3 : Guide d'entretien.
- Annexe 4 : Synthèse des données recueillies lors des entretiens.
- Annexe 5 : Organigramme EHPAD « RFS »
- Annexe 6 : Projet EHPAD
- Annexe 7 : Protocole d'accueil du résident par l'AS

NOTE D'OBSERVATION

Dans le cadre de ma formation DE « Directeur d'EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes » j'ai souhaité étudier les modalités d'accueil du résident et sa famille sur mon lieu de stage dans une résidence du Centre Hospitalier « G ».

Lors de ma rencontre avec le directeur, le personnel médical et non médical de la résidence, j'ai présenté les objectifs de mon stage et le sujet que je souhaitais traiter dans le cadre de mon travail de fin d'étude : « l'accueil du résident ». A ce stade de ma réflexion, je recherchais une méthode des pratiques professionnelles pour améliorer la qualité de l'accueil ayant constaté dans l'établissement où je travaille, quelques dysfonctionnements .lorsque les familles cherchent à obtenir des renseignements (qui reçois et informe ?). De plus, j'avais régulièrement des échos sur la difficulté de quelques résidents à s'adapter au nouveau lieu de vie.

Ayant compris que les premières rencontres des familles et résidents étaient la plupart du temps réalisées par l'assistante sociale, en accord avec elle, j'ai pu assister à un entretien programmé à 11h un jeudi d'octobre 2012.

Je me suis présentée à Mr P. en tant que stagiaire réalisant un travail sur l'accueil. Je lui ai expliqué que je n'interviendrais pas dans l'échange, celui-ci a accepté. Je me suis assise un peu en recul de manière à ne pas perturber l'entretien.

Mr P. semblait très tendu, avec un débit verbal important et des difficultés à canaliser son propos. Mme M. assistante sociale, a essayé de le mettre en confiance et a ré exprimé ses propos afin d'en vérifier la compréhension : Mr P. expliquait la situation de son père qui se refusait à entrer en maison de retraite et pourtant depuis un an la maladie d'Alzheimer est diagnostiquée, mais il est dans le déni de la maladie. Il vit seul, dans un studio, un taudis (selon le fils) et le propriétaire doit vendre .Mr P et son frère vivent éloignés du père, lui-même ne voit son père que 3 à 4 fois par an, il vit à Paris et souhaite en tant que curateur, faire les démarches rapidement car il n'a pas de temps. Il dit qu'être curateur est une charge lourde. Il panique et dit « excusez-moi je stresse avec cette affaire ».

Il explique que son père n'est pas facile et pourtant « bientôt ce ne sera plus possible », l'aide à domicile vient 50h /mois, il refuse l'aide aux repas, il a perdu 15 kgs. Au bout de quelque temps Mr P évoque avec difficultés les relations conflictuelles avec son père ; celui-ci n'étant pas informé de la démarche de son fils. Mme M. lui explique que l'admission doit se faire avec la recherche du consentement de son père. Grand soupir de Mr P. !

Mme M. lui demande s'il est déjà inscrit dans un établissement. Mr P lui répond que oui « à STN » mais il n'y a pas de place pour l'instant.

Mme M lui propose alors de lui présenter la structure d'accueil qui serait sensée accueillir son père à terme puisqu'il est GIR 4 avec un MMS à 18/30 : l'unité 9 où sont admis les résidents qui présentent des troubles cognitifs. Par contre à ce jour, il n'y a pas de place disponible.

Elle lui parle alors de l'accueil de jour qui serait peut-être une étape intermédiaire avant une admission complète. Il ne connaissait pas ce type d'accompagnement. Il précise « il passe son temps devant la télévision » ; « ma crainte, c'est qu'il soit au contact de personnes plus atteintes que lui et qu'il ne se plaise pas. Pourtant, il faut qu'il rencontre du monde pour être stimulé et être dans le relationnel car papa a toujours été dans le relationnel... ». Mme M. lui présente l'organisation de l'accueil de jour et les différents ateliers proposés en fonction du jour de la semaine. Cette prestation donne satisfaction à Mr P. ne pensait pas que ce type de projet devait être prescrit par le médecin et surtout avec la volonté de son père de participer à ces activités. Il précise avec inquiétude « le problème avec papa, il va vous dire oui, puis vous dire non, c'est ce qui s'est passé avec le juge des tutelles... ».

Mme M. lui demande quels sont ses plaisirs, quel a été son métier. Mr P. lui répond « il était commercial, peu souvent à la maison ... (silence, puis il reprend) il était très engagé dans le comité des fêtes de « La B. », il faisait venir des groupes folkloriques. Il parlait beaucoup de politique, il avait des idées bien arrêtées, pas facile....Le bricolage ce n'est pas son truc ! par-contre refaire le monde avec les gens ! »

Mme M. lui remet différents documents, le dépliant de l'accueil de jour et le formulaire de recueil des habitudes de vie spécifique à ce service.

Après quelques échanges complémentaires concernant les modalités de transport, elle lui propose de traverser les locaux communs de l'unité 9 et de l'accueil de jour.

Il accepte résigné mais déçu que les décisions ne puissent pas se prendre plus rapidement.

Nous cheminons vers le site d'accueil de jour, nous restons un peu à l'écart pour ne pas perturber l'atelier en cours. Elle présente la cuisine thérapeutique et le salon et les possibilités d'accéder au jardin par beau temps. Le support de communication avec les aidants est présenté. Mr P semble surtout observer les personnes accueillies, de ce fait Mme M. passe rapidement dans l'unité de vie fermées où les résidents sont pour la plupart installés autour de la table, une dame se lève et une aide-soignante dit : « vous n'avez pas terminé Mme B., ne partez pas comme ça » Mme B. lève les épaules et continue son chemin vers les chambres. La salle à manger et le salon sont très éclairés par les baies vitrées qui donnent sur le jardin privatif. Par contre, l'espace collectif de vie semble petit. Nous ne visiterons pas de chambre car elles sont toutes occupées. Mr P.

remercie Mme M de son accueil et me salue. Il repart avec des éléments de réflexion mais son inquiétude reste présente car il ne sait pas comment aborder le problème avec son père et doit repartir le lendemain sur Paris. Mme M. reste à sa disposition mais souhaite une entrevue avec le père quelque-soit la solution retenue : le projet d'accueil de jour ou l'admission en unité 9.

Lorsque Mr P. est parti, Mme M. me dit : « vous voyez ce n'est pas toujours simple, nous sommes tous les jours face aux difficultés des familles »

Je remercie aussi Mme M. et prend congé.

Analyse :

Je constate que le fils se sent très coupable de laisser son père dans les conditions de vie à son domicile. Toutefois, le père ne semble pas d'accord pour entrer en institution ! Comment recueillir son consentement ?

La proposition d'accueil de jour peut apporter soutien à cette personne, la logistique des transports reste à organiser et la décision du patient doit être encouragée.

L'assistante sociale dispose de qualité d'écoute mais ne semble pas toujours très à l'aise au cours de l'entretien (est-ce ma présence ou les difficultés d'accompagnement psychologique ?). Lors des visites, elle n'entre pas dans le détail de l'organisation des services, elle n'évoque pas le règlement de fonctionnement et le respect des droits du résident. Elle n'a pas non plus présenté le livret d'accueil.

Elle a pris quelque note sur un cahier spiral mais rien de formel.

Le premier pas vers un établissement médico-social est une épreuve, il faut préparer ces entretiens et les formaliser.

GUIDE D'OBSERVATION

Observation de l'architecture et du cadre de vie :

- Situation géographique par rapport à la ville.
- Possibilité de transports en commun.
- Entourage Paysager.
- Aspect (en terme d'accueil) de la résidence.
- Chambres : espace, propreté, cabinet de toilette, aménagement.
- Espace collectifs.

Observation des conditions d'accueil des futurs résidents et familles :

- Hall d'entrée avec un agent d'accueil.
- Bureaux pour les entretiens (assistante sociale, cadres, psychologue, agent administratif du bureau des admissions).

Observation des documents, protocoles et compte-rendu d'instance :

- Présence des outils de la loi du 2 janvier 2002 : projet d'établissement(EHPAD), règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil, recueil des habitudes de vie, projet individualisé.
- Présence du conseil de la vie sociale, organigramme,
- Procédure d'accueil avec fiche techniques.
- Analyse de la satisfaction des résidents et des familles.

GUIDE D'ENTRETIEN

Entretien avec les résidents et les familles

Recherche des caractéristiques socioprofessionnelles : âge, sexe, profession avant retraite (éventuellement celle du mari).

Définition du contexte familiale : mariage, nombre d'enfants et petits-enfants, proximité ou éloignement.

Entrée dans l'établissement : depuis quand ? décision individuelle ou contrainte ?

Choix de l'établissement en fonction de sa réputation, des prestations proposées, de la connaissance de résidents, du rapprochement familiale, de la visite de pré admission ?

Comment s'est déroulé le premier jour ? Qualité de l'accueil, installation dans la chambre, choix des meubles et souvenirs personnels.

Comment avez-vous vécu ce changement ? Êtes-vous triste d'être ici ? Auriez-vous envie de partir ? Etes-vous régulièrement retournés chez vous ? Vous êtes-vous fait de nouvelles relations ou de nouveaux amis ? Recevez-vous dans votre chambre ou dans un autre endroit de l'établissement ?

Comment se déroule une journée ? Y a-t-il des moments où vous vous ennuyez ?

Est-il difficile de vous adapter à l'organisation collective ?

Est-on à l'écoute de vos demandes particulières et personnelles ? Vous a-t-on demandé vos habitudes de vie avant d'entrer ou à votre arrivée ? avez-vous la possibilité d'aller et venir ou de partir en vacances ?

Connaissez-vous vos droits en tant que résident dans cet établissement ? Connaissez-vous le conseil de vie sociale ?

Etes-vous globalement satisfait d'être ici ? Quelles propositions feriez-vous pour améliorer l'accueil dans l'établissement et favoriser l'adaptation du nouveau résident ?

Entretien avec les professionnels et la direction :

Quelle fonction exercée ? Quelle ancienneté sur le poste et dans l'établissement ?

L'établissement est-il ouvert sur la ville ? Les dispositifs de prestations de répit aux aidants ont-ils facilité l'adaptation lors de l'entrée définitive ?

Quel est le processus d'admission ?

Quelle est votre mission dans les différentes étapes allant de la réponse faite aux demandes de renseignements jusqu'à l'entrée en établissement ? Quels sont les modes d'admission ? Comment est prise la décision d'admission ? Quel est votre rôle les premiers jours d'installation du résident ?

Avez-vous connaissance de la charte des personnes âgées ? Du projet de l'EHPAD, d'un projet de service, du règlement de fonctionnement ?

Pensez-vous que les demandes individuelles des résidents soient respectées ?

Le résident peut-il garder des liens sociaux ?

Comment est assurée la communication au sein de l'établissement ? Existe-il des temps forts de rencontres interprofessionnelles ? Quels sont les liens entre l'équipe de soins et l'équipe d'animation ? Le projet personnalisé du résident est-il réalisé ? La notion de référent soignant est-elle en place ?

La qualification et la formation des professionnels est-elle satisfaisante et en regard d'une activité en EHPAD ? Les professionnels font-ils la distinction entre lieu de vie (structure médico-sociale) et lieu de soins (secteur sanitaire) ? L'absentéisme est-il important ?

Complément d'entretien spécifique à la direction :

Histoire de l'établissement. Date de la convention tripartite et conséquences.

Population accueillie (GMP, PMP)

Quels sont les grands projets sur le secteur d'hébergement (restructuration, travaux) ?

La politique d'accueil est-elle suffisamment connue de l'ensemble des partenaires de l'action gériatrique ?

Existe-t-il des rencontres avec les partenaires CLIC et les services de l'établissement SSIAD, ESA, accueil de jour services sociaux et direction ?

Le développement de l'Hébergement temporaire est-il envisagé ? Avez-vous de nouveaux projets d'ouverture sur la ville ?

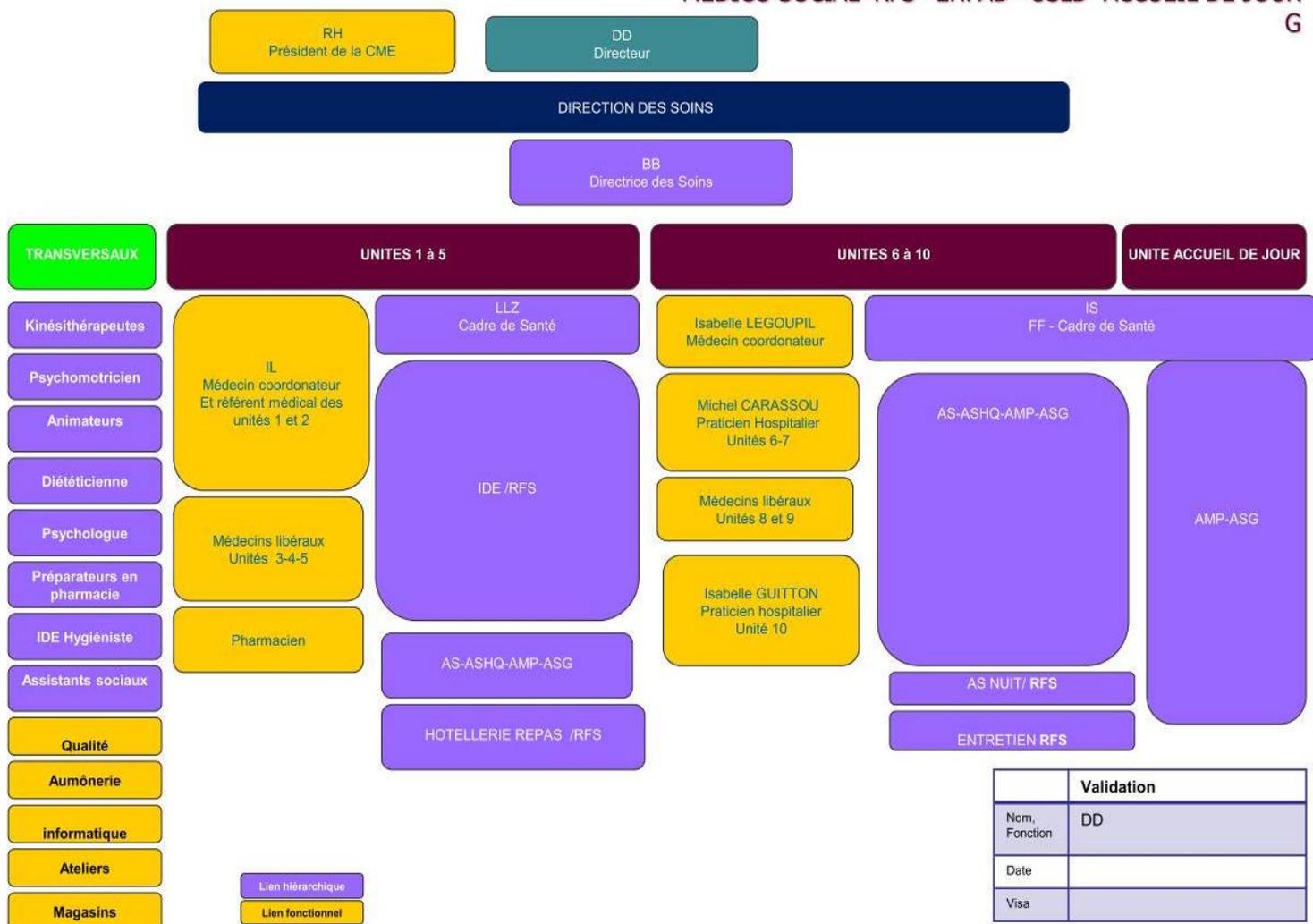
Synthèse des données recueillies lors des entretiens

Thèmes	Réponses résidents et familles	Réponses de l'encadrement et du personnel
Décision d'entrer et de choix de l'établissement	<p>Le plus souvent décision avec les familles.</p> <p>Parfois « Placement » plus ou moins préconisé après séjour en SSR</p> <p>Parfois volonté personnelle si santé se détériore ou par peur de l'isolement.</p> <p>Hébergement temporaire a facilité la prise de décision</p>	<p>La famille décide souvent pour eux, en particulier si troubles cognitifs importants</p> <p>Pas toujours possible d'obtenir un consentement du résident.</p> <p>Proposition de temps commun entre accueil de jour et unité d'hébergement de dépendants psychiques.</p>
Processus d'accueil	<p>Préinscription faite si volonté d'entrer avec visite de la structure et de la chambre quand elle est libre.</p> <p>Préinscription pendant un séjour en Hébergement temporaire ou accueil de jour.</p> <p>Admission en situation dite « urgente » suite au séjour en médecine ou SSR</p>	<p>Accueil administratif</p> <p>Commission d'admission</p> <p>Protocole d'accueil IDE, AS</p> <p>Référent As appliqué en fonction des unités, non formalisé.</p>
Éléments facilitant l'adaptation	<p>Possibilité de personnaliser la chambre avec quelques meubles et souvenirs personnels</p> <p>Respect des habitudes du résident autant que possible.</p> <p>« G » est situé en centre-ville facilitant les sorties et le lien social.</p> <p>Chambre propre.</p> <p>Possibilité d'une prestation coiffure (local dédié)</p> <p>Dynamique du service animation.</p>	<p>Recueil des habitudes de vie les premières semaines.</p> <p>Etude des demandes individuelles avec réponse et argumentation</p> <p>Psychologue propose son intervention après l'entrée</p> <p>Chambre très souvent repeinte avant l'entrée d'un nouveau résident.</p>
Facteurs limitant l'adaptation	<p>Difficultés à s'adapter à la vie collective</p> <p>Chambre parfois un peu petite</p> <p>Quelques chambres doubles et chambre sans douche individuelle</p>	<p>Etablissement plus souvent considéré comme lieu de soins .de plus en plus de médicalisation.</p> <p>Beaucoup de demandes d'hébergement temporaire non honoré.</p> <p>Heure du repas du soir</p> <p>Objectifs du projet individuel à généraliser et à faire valider par résident ou représentant</p> <p>Rôle de l'encadrement non uniformisé.</p>

Thèmes	Réponses résidents et familles	Réponses de l'encadrement et du personnel
Connaissance et respect des droits du résident	Charte affichée dans les unités, certains résidents ne la connaissent pas mais disent « être respecté »	Projet d'établissement mal connu des soignants Documents réglementaires réactualisés peu connus des soignants (règlement de fonctionnement)
Compétences du personnel	Bien accueilli, très gentille	Projet de formation adapté à la prise en charge de la personne âgée (bienveillance) mais à développer en particulier pour les nouveaux agents
Communication interne et externe, ouverture sur la ville	Accueil de jour Hébergement temporaire	Utilisation du réseau professionnel assistantes sociales Certaines équipes demandent un encadrement plus présent, plus d'échanges professionnels Parfois difficultés avec les familles Intervention d'une association de bénévoles.
Propositions d'amélioration		Plan d'action du projet d'EHPAD Analyse de pratiques. Processus d'accueil à compléter Fiche de poste référant AS Faire du lien entre activité d'animation et projet de vie Améliorer l'accueil des résidents lors des décisions rapides au cours d'une hospitalisation Retrait des tenues professionnelles en dehors du soin Temps d'information aux familles

Organigramme

MEDICO SOCIAL- RFS- EHPAD -USLD -ACCUEIL DE JOUR
G



Projet EHPAD -USLD

**PROJET
EHPAD
USLD**

2012-2016

VALIDATION
DIRECTOIRE/
CME /
CSIRMT

PRESENTATION
CONSEIL EN VIE SOCIAL

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

SITE

Raison sociale de l'établissement	
Code FINESS	
Code FINESS – EHPAD GUERANDE	
Code FINESS – USLD GUERANDE	
Adresse	
Téléphone Fax Courriel Site internet	
Nature juridique	
Médecin coordonnateur	
Cadres de santé	

SITE

Raison sociale de l'établissement	
Code FINESS	
Code FINESS – EHPAD LE CROISIC	
Adresse	
Téléphone Fax Courriel Site internet	
Nature juridique	
Médecin coordonnateur	
Cadres de santé	

TABLES DES MATIERES

1	LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE	5
2	L'OBJECTIF GLOBAL.....	5
3	LES VALEURS.....	5
3.1	LE RESPECT	5
3.2	LA CONFIDENTIALITE	6
3.3	LA BIEN TRAITANCE	6
4	LES PROFESSIONNELS EN EHPAD.....	7
4.1	LES COMPETENCES	7
5	LES AXES DU PROJET	8
5.1	LA LISTE D'ATTENTE.....	8
5.2	L'ACCUEIL –L'ENTREE.....	8
5.3	LA SORTIE	9
5.3.1	LE RETOUR A DOMICILE.....	9
5.3.2	LE TRANSFERT EN MEDICO SOCIAL (FLEUR DE SEL- LES LAURIERS - LA COTE SAUVAGE ET AUTRES EHPAD) 9	9
5.3.3	LE TRANSFERT EN SECTEUR SANITAIRE (MCO- SSR- URGENCES).....	9
5.3.4	LE DECES	9
6	LA NUTRITION	9
6.1	LA COMMISSION DES MENUS.....	10
7	LES SOINS PALLIATIFS	10
7.1	LES DIRECTIVES ANTICIPEES.....	10
7.2	L'ACCOMPAGNEMENT.....	10
8	LA DOULEUR	10
8.1	LA DOULEUR PHYSIQUE.....	11
8.2	LA DOULEUR MORALE	11
9	LES PLAIES	11
9.1	LA FORMATION	12
9.2	LE MATERIEL.....	12
9.3	LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	12
10	LA CONTINENCE URINAIRE	12
11	LE CIRCUIT DU MEDICAMENT	13
12	LES TROUBLES SENSORIELS	14
12.1	LA VISION	14
12.2	L'AUDITION	14
13	LES CONTENTIONS	14
14	LA QUALITE DE VIE / LES LIENS SOCIAUX	15
14.1	L'ANIMATION	15
14.2	LE LIEN SOCIAL.....	15
15	LIEU DE VIE INDIVIDUALISE	15
16	CONCLUSION	16
17	LES FICHES « OBJECTIFS »	17

1 LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE

- Projet médical
- Projet de soins
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Charte de la Personne Âgée dépendante
- Règlement intérieur EHPAD
- Protocoles d'Accueil
- Référentiel Angélique
- Loi du 04/03/2002

2 L'OBJECTIF GLOBAL

Le projet s'appuie sur les axes du projet d'établissement, les objectifs du projet EHPAD visent à :

- **optimiser la prise en soins des personnes âgées en EHPAD sur le plan psychique et physique en** préservant et valorisant l'autonomie physique de la personne mais également le potentiel intellectuel ainsi que le potentiel relationnel et le lien social.

L'EHPAD est considéré comme un lieu de vie et un lieu de soins.

3 LES VALEURS

La mission des EHPAD est d'accueillir les personnes âgées dépendantes physiques et/ou psychiques, de les aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Pour chaque personne entrant en institution, un projet de vie individualisé, dans lequel s'inscrit un projet de soins, est établi par l'équipe pluridisciplinaire pour un accompagnement optimal. Le respect de la dignité, des droits, de l'intimité, de l'autonomie de chaque résident sont au cœur de nos projets.

3.1 LE RESPECT

Il se décline à tous les niveaux :

- **Le respect des personnes âgées, de leur famille et de leur entourage.**
- **Le respect des résidents et leurs proches envers les soignants.**
- **Le respect des collègues de travail et de la hiérarchie.**
- **Le respect de la hiérarchie vis-à-vis de leurs collaborateurs.**
- **Le respect de soi-même.**
- **Le respect des projets soins, de vie des différents services.**
- **Le respect des règles institutionnelles et ministérielles.**
- **Le respect du matériel et des locaux.**
- **Le respect des impératives économiques du contexte**

- Le respect de la personne prise en soins dans les EHPAD implique que : L'identité, l'intimité et l'histoire de la personne soignée devront être prises en compte. Le projet de service devra valoriser ces critères, en centrant ses missions vers la personne accueillie et en optimisant sa prise en charge. Chaque soignant devra s'interroger sur ses pratiques, sans jugement de valeur et sans porter préjudice au soigné ou à sa famille.

- Le soignant travaille le plus souvent en équipe. Il devra prendre en compte l'opinion de ses collègues, dans un souci d'optimiser sa prestation. Il devra appliquer consciencieusement les missions qui lui sont confiées, et en rendre compte à son (ou ses) supérieurs hiérarchiques. La collaboration pluridisciplinaire doit être favorisée avec un partage des informations (orales et écrites). Chacun doit connaître sa place et sa fonction dans un maillage soignant.

- Chaque soignant doit avoir une tenue et un langage appropriés à sa fonction. Son attitude et sa façon d'être doivent inspirer le respect de la part des soignés, des familles, des visites et des collègues.

- Tout soignant s'engage à mettre en place le projet de soins et de vie dans le service dans lequel il est affecté. Le non respect pourra entraîner une demande de changement de service par le cadre soignant.

3.2 LA CONFIDENTIALITE

Le secret professionnel s'applique au lieu de vie médico-social pour tous les aspects de la vie privée et de la prise en soins du résident.

Le devoir de discrétion s'étend à toute information orale et tout document écrit (histoire de vie...) concernant le résident, à chaque intervenant au sein de l'équipe, et à la vie de l'institution.

L'affichage des noms des résidents sur la porte de leur logement permet de personnaliser leur lieu de vie.

Chaque résident peut s'exprimer sur son droit à l'image au moment de la signature du contrat de séjour.

3.3 LA BIENTRAITANCE

La Bientraitance reste une préoccupation au quotidien, il existe une commission regroupant des volontaires pluri-professionnels s'interrogeant sur les bonnes pratiques en établissement médico-social.

La lutte contre les soins faits par routine et sans réévaluation est un des axes prioritaires de la commission.

Tout soignant doit appuyer ses pratiques sur le questionnement pour donner du sens à son soin. Le projet de soins et de vie individuel du résident en sont l'expression et la synthèse.

4 LES PROFESSIONNELS EN EHPAD

L'EHPAD est un lieu de vie situé dans un établissement public où travaillent des professionnels du secteur médico-social :

- Agent d'accueil
- Agent de Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ)
- Animateur (trice)
- Aide Médico Psychologique
- Aide-Soignant(e)
- Assistant(e) en Soins Gériatriques
- Assistant social
- Cadre de santé
- Coiffeur
- Diététicien(ne)
- Ergothérapeute
- Hôtesse repas /ménage
- Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- Kinésithérapeute
- Médecin coordonnateur
- Médecin gériatre
- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Psychiatre
- Psychologue
- Psychomotricien(ne)

L'EHPAD fait partie intégrante de l'HIPI. Son fonctionnement nécessite des connaissances de gestion spécifique en terme de contrat de séjour, listes d'attente, directives anticipées, droits des successions, fiscalité, des matériels utilisés, de leur entretien et maintenance.

4.1 LES COMPETENCES

Pour travailler auprès de personnes âgées, il faut avoir un savoir important sur les pathologies du vieillissement et sur la médecine interne en général.

La compétence est la maîtrise des connaissances acquises par la formation initiale (Savoir) conjugué au savoir être de chacun et va donner un savoir faire individuel et partagé.

L'expérience professionnelle permet d'impulser une dynamique et d'harmoniser les savoirs faire au sein d'une équipe.

La formation continue est nécessaire dans un domaine professionnel gériatrique en évolution constante.

L'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île, comme école de la formation continue, valorise le parcours de tous les professionnels en traçant toutes les formations auxquelles les agents ont participé.

Ces informations sont à la disposition de chaque salarié afin de valoriser leur parcours professionnel.

Un socle commun minimum de connaissances est souhaitable pour exercer en EHPAD et USLD.

Il faut connaître :

- Les outils d'évaluation gériatrique (grille AGGIR, la grille NPI, échelles d'évaluation de la douleur, grille de BRADEN, grille de ZARIT...)
- Le Dossier Patient Informatisé (OSIRIS)
- Les référentiels des règles de bonnes pratiques en gériatrie
- Les gestes de 1^{er} secours et avoir suivi la formation

L'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île fait le choix de proposer des temps d'échanges pour aider les soignants à partager leur pratique, leur difficulté, et parler de leur savoir être sans aucun jugement.

5 LES AXES DU PROJET

5.1 LA LISTE D'ATTENTE

Toute personne âgée désirant entrer en EHPAD doit remplir un formulaire d'inscription.

Après réception des documents, l'inscription prend rang dans une liste d'attente par précaution ou d'urgence.

Chaque dossier est analysé par la commission d'admission au regard de la grille AGGIR et des renseignements donnés par le médecin traitant. La personne âgée est orientée vers le service ou l'unité correspondant à son état physique et psychologique.

5.2 L'ACCUEIL –L'ENTREE

■ Définition

Toute arrivée d'une personne âgée en hébergement nécessite un temps d'adaptation d'un mois minimum.

Un transfert interne à l'établissement et interne aux EHPAD doit être accompagné et fait partie d'une démarche d'accueil par les soignants.

■ Objectifs

Faciliter l'intégration de la personne âgée dans son nouvel environnement.

■ Moyens

Anticiper et planifier l'arrivée :

Recueillir toutes les informations, commander les repas, s'assurer du suivi du traitement. ..

Chaque unité élabore son projet qui comprend un protocole d'accueil en fonction des moyens existants.

Le 1^{er} jour :

Privilégier un temps particulier pour recevoir le nouvel arrivant dans un environnement agréable et personnalisé. (Mot d'accueil, fleurs, ameublement....)

Le 1^{er} mois :

- Elaboration de la fiche histoire de vie
- Elaboration du 1^{er} **projet de vie individualisé**

5.3 LA SORTIE

5.3.1 LE RETOUR A DOMICILE

En lien avec les familles, le médecin traitant et les prestataires extérieurs, le retour doit être bien organisé. Toutes les démarches sont tracées dans le dossier patient.

5.3.2 LE TRANSFERT EN MEDICO SOCIAL (FLEUR DE SEL- LES LAURIERS - LA COTE SAUVAGE ET AUTRES EHPAD)

Le groupe de travail réfléchira et établira une procédure en s'appuyant sur les valeurs définies dans le projet.

5.3.3 LE TRANSFERT EN SECTEUR SANITAIRE (MCO- SSR- URGENCES)

Les transferts doivent s'appuyer sur une organisation formalisée en respectant les désirs de la personne âgée si possible.

Un groupe de travail sera constitué qui élaborera les démarches nécessaires en s'appuyant sur :

- **La Fiche de transfert**
- **Le Dossier de liaison d'urgence (DLU)**
- **les protocoles existants**

Les modalités de retour seront formalisées.

5.3.4 LE DECES

Nous sommes dans un lieu de vie, le décès est un moment important au sein du collectif. Il est emprunt de rituels.

Un groupe de travail réfléchira et s'appuiera sur l'éthique, la culture, la philosophie pour définir les procédures à mettre en place :

- **Annonce du décès**
- **Rituels autour du corps du défunt (toilette mortuaire, dépôt mortuaire, chambre funéraire...)**
- **Accompagnement du collectif : les résidents et les soignants doivent être accompagnés dans leurs processus de deuil**

6 LA NUTRITION

En EHPAD « l'alimentation/la nutrition a un rôle tout à fait original parce qu'il est au croisement du soin et de la convivialité mais également parce qu'il peut permettre à la personne d'être en lien avec l'extérieur durant un moment difficile dans un univers qui ne lui est pas entièrement dévolu. » (Source : ANESM)

Les soins doivent prendre en compte le bon apport alimentaire associé au plaisir de manger. Un apport correct contribue à la sauvegarde de l'autonomie et un état cutané correct.

6.1 LA COMMISSION DES MENUS

La commission des menus a pour rôle de veiller, en collaboration avec le service de restauration, à l'équilibre des menus, au suivi de la qualité nutritionnelle et à la présentation des repas.

Elle a pour objectifs de :

- **Faire des repas des moments de convivialité.**
- **Maintenir l'éveil des sens.**

Chaque service met en place un plan de table adapté en tenant compte des observations et remarques des soignants et résidents.

Le **Comité de Lutte Alimentation Nutrition** veillera à prendre en compte la spécificité des personnes âgées en EHPAD et doit prévoir des objectifs adaptés.

7 LES SOINS PALLIATIFS

L'accès aux soins palliatifs en EHPAD est un droit. L'application de la loi Léonetti est effective. Chaque résident doit si cela est possible, désigner une personne de confiance qui sera son interlocuteur privilégié en cas d'incapacité de celui-ci.

7.1 LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Le recueil des directives anticipées font partie du recueil de données du projet de vie individualisé.

Lorsque le résident ne peut plus donner ses souhaits oralement, les directives anticipées sont respectées.

Sans directives anticipées, la personne de confiance et ou la personne référente et la famille sont consultées pour recueillir les souhaits du résident.

7.2 L'ACCOMPAGNEMENT

Après la décision collégiale, lors d'un accompagnement en fin de vie EHPAD/USLD l'objectif doit être clairement noté dans le dossier du patient. La famille doit être informée.

Les soins prodigués doivent respecter le résident dans le meilleur confort possible.

Il est possible de faire appel au RESPEL (REseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire), lors de prise en soins difficile.

Sur demande du résident, les bénévoles de JALMAV (Jusqu'À La Mort Accompagner la Vie) peuvent intervenir.

8 LA DOULEUR

▪ Les objectifs

La douleur est prise en compte en EHPAD comme dans les services de soins.

La douleur physique, chronique aigüe, doit être prise en compte.

La douleur morale chronique et/ou aigüe fait l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire.

- **Les pratiques**

L'évaluation de la douleur à l'entrée et lors des synthèses en EHPAD doit être systématique. Elle est comprise dans l'anamnèse d'entrée.

Pour tout résident souffrant, l'équipe doit s'interroger et mettre en place les outils d'évaluation et de suivi de la douleur (tracée dans le DPI).

8.1 LA DOULEUR PHYSIQUE

Nous devons nous inscrire dans la démarche qualité de MOBIQUAL (outil de formation dans la prise en charge de la douleur).

Avant toute demande de consultation médicale pour le symptôme **DOULEUR** : faire une évaluation chiffrée de la douleur.

Il faut utiliser les protocoles de prise en charge de la douleur définis par le CLUD .

L'établissement dispose de matériel et de thérapeutiques pour lutter contre la douleur. Ceux-ci sont à disposition des EHPAD et de l'USLD.

Des pratiques non médicamenteuses sont utilisées sur prescription médicale : TENS, Toucher massage (voir liste des professionnels formés).

Le suivi de la douleur doit être tracé dans le **Dossier Patient Informatisé**, en précisant l'outil utilisé.

Chaque secteur nommera un référent qui sera en lien avec le **Comité de Lutte contre la Douleur**.

8.2 LA DOULEUR MORALE

Nous devons nous inscrire dans la démarche qualité de MOBIQUAL (outil de formation dans la prise en charge de la douleur).

Toute douleur morale doit être détectée, évaluée qualitativement par les médecins et les psychologues et quantitativement par les outils retenus par les sociétés savantes (mini GDS, NPI-ES, inventaire APATHIE...).

Cette douleur doit faire l'objet d'une analyse lors des synthèses pour trouver des objectifs de soins.

9 LES PLAIES

L'Etablissement, dans ses missions de service public, estime important de pouvoir accueillir des résidents souffrants de plaies étendues et /ou sévères et/ou cancéreuses nécessitant des soins infirmiers parfois longs et un suivi médical rapproché.

Ces résidents, ne pouvant plus rester à domicile et ne correspondant pas à des critères d'admission dans des services de courts ou de moyens séjours, doivent pouvoir bénéficier d'une bonne qualité de vie et de soins en EHPAD et USLD.

A l'entrée, ces résidents peuvent déjà être porteurs de plaies ou non.

En **hébergement les objectifs** sont de :

- Préserver l'état cutané sain de tous les résidents
- Guérir si possible toute plaie

- si la guérison des plaies n'est pas possible, préserver la qualité de vie et optimiser les liens sociaux.

9.1 LA FORMATION

Organiser la formation d'un(e) IDE au **Diplôme Universitaire** « plaies et cicatrisation »
Faciliter la sensibilisation et l'information du personnel infirmier à la prise en charge des plaies (colloque, congrès, conférence de consensus, HAS...)
Reconnaître une expertise des IDE formé(e)s et les solliciter pour conforter cette prise en charge.

9.2 LE MATERIEL

Dans la réflexion des achats, une étroite collaboration se fera entre la pharmacienne, les médecins prescripteurs, les IDE expertes et l'ergothérapeute.
Le travail du **PAQ matériel** (Programme pour Amélioration de la Qualité) viendra alimenter la réflexion du **PAQ escarres** (matelas...).

9.3 LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le **PAQ escarres** va être réactualisé et étendu à toutes les plaies, il servira de référentiel pour l'établissement.

Les outils de traçabilité devront être améliorés et intégrés dans le DPI (Photos de suivi des plaies...)

L'Etablissement est engagé dans une politique de prévention, impliquant l'ensemble des acteurs intervenants auprès des résidents.

La préservation de l'état cutané est une priorité :

- Une grille de BRADEN doit être faite à l'entrée, lors de la synthèse annuelle et chaque fois qu'un membre de l'équipe l'estimera utile et nécessaire pour l'amélioration du bien être du résident. Le résultat sera pris en compte dans le projet de vie de la personne âgée.
- Un suivi de l'état nutritionnel doit être mis en place selon les mêmes modalités.
- Des objectifs devront être formalisés dans le projet de vie individualisé et faire référence aux règles de bonnes pratiques gériatriques.

La perception sensorielle, le degré d'humidité auxquels la peau est exposée, l'activité physique, la mobilité, les habitudes alimentaires et l'installation du résident feront l'objet d'une attention constante durant le séjour.

10 LA CONTINENCE URINAIRE

La population gériatrique accueillie est composée de 65% de femmes. Celles-ci présentent fréquemment des troubles sphinctériens, pouvant être liées à une absence de rééducation périnéale post-partum, à un « claquage » itératif des muscles de la vessie...

Pour les hommes comme pour les femmes l'incontinence reste un des motifs d'entrée en institution.

▪ Objectifs

- Restaurer une perception du schéma corporel du résident.
- Préserver l'autonomie de la personne pour les items : élimination urinaire, élimination anale et favoriser la continence
- Améliorer le confort et l'hygiène du résident
- Confirmer la place de l'aide soignant au centre de la réflexion de la prise en charge de la continence du résident, en s'appuyant sur son analyse et son « examen clinique ».
- Prévenir et éviter les infections urinaires.

▪ Moyens

- Une évaluation de la continence doit être faite la 1ere semaine d'entrée en institution à l'aide des outils validés (Grille mictionnelle, protocoles, questionnaires...)
- Mettre en place un groupe de soignants volontaires qui formalisera des protocoles et des outils d'aide à l'évaluation.
- Des objectifs en lien avec la continence doivent être formalisés et évalués dans le projet de vie individuel.
- Organiser des formations sur la physiologie du système urinaire.
- Maintenir la continence (si cela est encore possible) par un travail spécifique sur l'aide aux transferts (verticalisateur, formation du personnel...).

11 LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT

La convention tripartite signée entre l'EHPAD, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général prévoit une dotation globale avec la pharmacie à usage interne.

▪ Objectifs

- Optimiser le circuit du médicament et améliorer la sécurité
- Informatiser la totalité des prescriptions médicales et paramédicales dans l'outil OSIRIS : Dossier Patient Informatisé
- Prévenir les risques d'iatrogénie et limiter le nombre de molécules par ordonnance

▪ Moyens

- Former le personnel médical et paramédical à la réglementation liée au circuit du médicament
- Mettre en place un accès internet sécurisé à OSIRIS pour les médecins traitants intervenants dans les EHPAD de l'établissement
- Etendre la dispensation nominative en lien avec la pharmacie
- Appliquer les protocoles rédigés par le PAQ Identitovigilance
- Appliquer les protocoles rédigés par le PAQ Sécurité du circuit du médicament.
- Tracer dans le détail, les incidents liés à la prise ou la non-prise des médicaments
- Signaler la volonté du résident de ne pas accepter son traitement (observance)
- Signaler toutes difficultés liées à la galénique (gélules, comprimés effervescents...)
- Mettre en place un suivi clinique et biologique des effets médicamenteux

12 LES TROUBLES SENSORIELS

12.1 LA VISION

Les personnes âgées ont souvent des troubles de la vision liés au vieillissement (presbytie) et à des maladies ophtalmologiques spécifiques (DMLA, Glaucomes, cataracte, rétinopathie diabétique).

▪ Objectifs

- Identifier les personnes porteuses de troubles de la vision
- Identifier les diagnostics
- Adapter l'environnement humain et architectural en fonction des troubles repérés.
- Réévaluer les traitements médicamenteux et techniques.

▪ Moyens

- Formation des soignants et des agents d'entretien sur les prises en charge spécifiques
- Formalisation de fiches techniques spécifiques aux prises en charge
- Adapter l'environnement en fonction de la population accueillie.

12.2 L'AUDITION

Les personnes âgées ont très souvent des troubles de l'audition : bouchon de cérumen et presby-acousie.

▪ Objectifs

- Identifier les personnes présentant des troubles de l'audition
- Identifier les diagnostics

▪ Moyens

- Améliorer la qualité de vie des résidents en fonction de leur handicap
- Identifier des référents « soignants audition »
- Formalisation de fiches techniques spécifiques aux prises en charge avec l'aide des référents « soignants audition »
- Appareiller les personnes si besoin

13 LES CONTENTIONS

Dans le cadre de la démarche qualité l'établissement est engagé et une **EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) contention** existe depuis mars 2008.

Les règles et bonnes pratiques rédigées par le **groupe « contention »** sont opposables dans les EHPAD.

Les contentions sont prescrites médicalement, évaluées, et réajustées si nécessaire.

Une attention particulière sera portée à toute installation limitant les mouvements de la personne.

Elle devra faire l'objet d'une réflexion en équipe et être prescrite si nécessaire.

Le **groupe « chutes »** a mis en place des règles de bonnes pratiques, celles-ci devront être réévaluées dans les EHPAD en s'appuyant sur les compétences des « référents chutes ».

Toute chute doit être signalée dans le DPI grâce un EBM « notification de chute » mis en place. Cet EBM permet également un historique des circonstances de chute et permet de faire une analyse pour chaque évènement.

14 LA QUALITE DE VIE / LES LIENS SOCIAUX

L'EHPAD est un lieu de vie, il est important de conserver les liens sociaux et de rythmer les journées et les semaines.

En collaboration avec l'équipe soignante, des agents d'animation organisent des activités.

14.1 L'ANIMATION

Des agents formés à l'animation mettent en place des activités ludiques et occupationnelles sur les deux sites.

Le programme s'appuie sur les désirs des résidents, il fait partie intégrante du projet de vie, voire du projet de soins, c'est pourquoi ces activités ont pour but d'optimiser et de valoriser les facultés physiques et intellectuelles de la personne âgée.

Afin de répondre au mieux aux difficultés liées au vieillissement les agents en animation doivent connaître les pathologies des résidents.

Les ateliers doivent être évalués périodiquement pour s'assurer de leur pertinence.

La participation du résident doit être tracée dans son dossier.

14.2 LE LIEN SOCIAL

Afin de préserver le lien social, des activités sont organisées par des intervenants extérieurs :

- L'association « la Roselière »
- L'association « Les petits plus »
- Le lycée de K
- Le cyber centre.....

15 LIEU DE VIE INDIVIDUALISE

Il nous semble important que chaque résident ait un lieu de vie individualisé.

Dans l'attente d'une réforme architecturale nous nous efforçons de privilégier la cohabitation en chambre double de deux résidents ayant les mêmes rythmes de vie.

Ceci étant, la prise en charge spécifique reste prioritaire dans une unité correspondant au profil du résident, en fonction des disponibilités d'accueil.

16 CONCLUSION

Ce projet est en adéquation avec la réglementation et les bonnes pratiques de soins et de vie en EHPAD et USLD.

Suivant les évolutions réglementaires et les exigences nationales il pourra être amené à évoluer et ses objectifs pourront être modifiés.

Il engage l'établissement et les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques.

17 LES FICHES « OBJECTIFS »

OBJECTIF 1

Titre	Les projets de vie Individualisés
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Donner une cohérence de soins à toute l'équipe
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formaliser une « journée de référence » par résident ■ Formaliser le projet de vie est en lien avec l'histoire de vie ■ Tous les soins programmés pour un temps doivent être planifiés par le cadre de santé ou l'IDE.
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Juillet 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ 100% des projets de vie sont formalisés dans le Dossier Patient Informatisé

OBJECTIF 2

Titre	
Définition	<ul style="list-style-type: none"> ■ La procédure d'accueil concerne l'arrivée d'une personne âgée en hébergement venant de son domicile, d'un service d'hébergement ou d'un autre EHPAD
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faciliter l'intégration de la personne âgée dans un nouvel environnement
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place un groupe de travail ■ Elaborer un protocole d'accueil pour tous les lieux de vie
Echéance	Décembre 2012 – Tous les protocoles sont écrits
Indicateurs	100% des entrées sont faites en suivant le protocole

OBJECTIF 3	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser la procédure des transferts en interne des personnes âgées en EHPAD/USLD
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place un groupe de travail ■ Elaborer un protocole transfert
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ 100% des transferts sont faits en suivant la procédure

OBJECTIF 4	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Humaniser le décès d'une personne âgée en EHPAD/USLD
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place un groupe de travail ■ Elaborer un référentiel sur les bonnes pratiques lors d'un décès en EHPAD/USLD
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en œuvre du référentiel de bonnes pratiques lors d'un décès

OBJECTIF 5

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Associer le plaisir de la table aux besoins nutritionnels de la personne âgée.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Former et informer les soignants des besoins nutritionnels de la personne âgée ■ Connaître les troubles alimentaires liés au vieillissement ■ Faire les grilles de BRADEN ■ Elaborer un référentiel de bonnes pratiques alimentaires en EHPAD/USLD en lien avec le Comité de Lutte Alimentation Nutrition et la commission des menus
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ 100% des résidents ont une grille de BRADEN faite dans le Dossier Patient Informatisé

OBJECTIF 6

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévenir l'état cutané sain de tous les résidents ■ Guérir les plaies ■ Préserver la qualité de vie des résidents ■ Formaliser un référentiel « Escarres/plaies »
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un (e) infirmier(e) formé(e) – Diplôme universitaire « plaies et cicatrisation » ■ Informer et sensibiliser le personnel infirmier aux techniques de soins des plaies ■ Associer les médecins prescripteurs dans l'organisation des soins des plaies ■ Réactiver le PAQ « escarres ».
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le référentiel « escarres/ plaies » est validé.

OBJECTIF 7

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Restaurer une perception du schéma corporel du résident. ■ Préserver l'autonomie de la personne pour les items : Elimination urinaire, Elimination anale ■ Améliorer le confort et l'hygiène du résident ■ Confirmer la place de l'aide soignant au centre de la réflexion de la prise en charge de la continence du résident, en s'appuyant sur son analyse et son « examen clinique ».
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Constitution d'un groupe de travail en lien avec les soignants référents ■ « changes à usages unique » ■ Formaliser les protocoles en lien avec la continence urinaire ■ Former les soignants à la physiologie du système urinaire
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un guide des bonnes pratiques dans la « gestion de la continence urinaire en institution » est validé.

OBJECTIF 8

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Optimiser le circuit du médicament et améliorer la sécurité ■ Informatiser la totalité des prescriptions médicales et paramédicales dans l'outil OSIRIS : Dossier Patient Informatisé ■ Prévenir les risques d'iatrogénie et limiter le nombre de molécules par ordonnance
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Former des soignants et des agents d'entretien sur les prises en charge spécifiques ■ Inciter tous les médecins prescripteurs à informatiser les prescriptions médicales ■ Former le personnel infirmier à l'application des protocoles validés par le PAQ « sécurité du circuit du médicament » et le PAQ « identitovigilance »
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décembre 2012
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ 100% des prescriptions médicales sont informatisées

OBJECTIF 9

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les personnes porteuses de troubles de la vision ■ Identifier les diagnostics ■ Adapter l'environnement humain et architectural en fonction des troubles repérés. ■ Réévaluer les traitements médicamenteux et techniques.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation des soignants et des agents d'entretien sur les prises en charge spécifiques ■ Formalisation de fiches techniques spécifiques aux prises en charge ■ Adapter l'environnement en fonction de la population accueillie.
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les résidents ayant des troubles de la vision sont identifiés

OBJECTIF 10

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les personnes présentant des troubles de l'audition ■ Identifier les diagnostics
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la qualité de vie des résidents en fonction de leur handicap ■ Identifier des référents « soignants audition » ■ Formalisation de fiches techniques spécifiques aux prises en charge avec l'aide des référents « soignants audition » ■ Appareiller les personnes si besoin
Echéance	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2013
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les résidents ayant des troubles de l'audition sont identifiés

Protocole d'accueil du résident -AS-AMP-ASH

ACCUEIL AS / AMP / ASHQ D'UN NOUVEAU RESIDENT	code :
	version :
	page : 1 / 2

1. OBJET

Ce protocole décrit les étapes de l'accueil AS-AMP-ASHQ d'un nouveau résident.

2. DOMAINE D'APPLICATION

POLE D'HEBERGEMENT

3. RESPONSABILITES

- AS-AMP-ASHQ
- Cadre de santé

4. REFERENCES

- ANGÉLIQUE : I. Attente et satisfaction des résidents et des familles. Accueil et Admission.
- Charte des droits et libertés de la Personne Agée Dépendante (Fondation nationale de gérontologie – Ministère de l'emploi et de la solidarité 1997).

5. DOCUMENTS ASSOCIES

Sortie du patient ; P-ES-02
 Etat des lieux en hébergement ; AN-ES-07
 Trousseau d'entrée en hébergement ; AN-ES-01

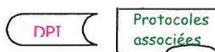
- ✓ Le règlement intérieur : présenté par le bureau des entrées à l'arrivée du résident
 - ✓ Le contrat de séjour : remis par le bureau des entrées à l'arrivée du résident – il est signé par le résident
 - ✓ Le livret d'accueil : remis par le cadre de santé lors de l'entretien de pré-admission / de la visite du service
- Accompagnement du livret d'accueil des services de soins et d'EHPAD ; PRT-ES-23

6. DEFINITION

- Agent référent : il est l'interlocuteur privilégié de la famille et de l'équipe soignante. Il ne doit pas se substituer à la famille.
- Histoire de vie : document retraçant le parcours de vie du résident et de ce qu'il est.

7. MATERIELS / DOCUMENTS

- Carte d'accueil
- Etiquettes pour identifier le linge (50 commandées par le cadre de santé au Croisic)

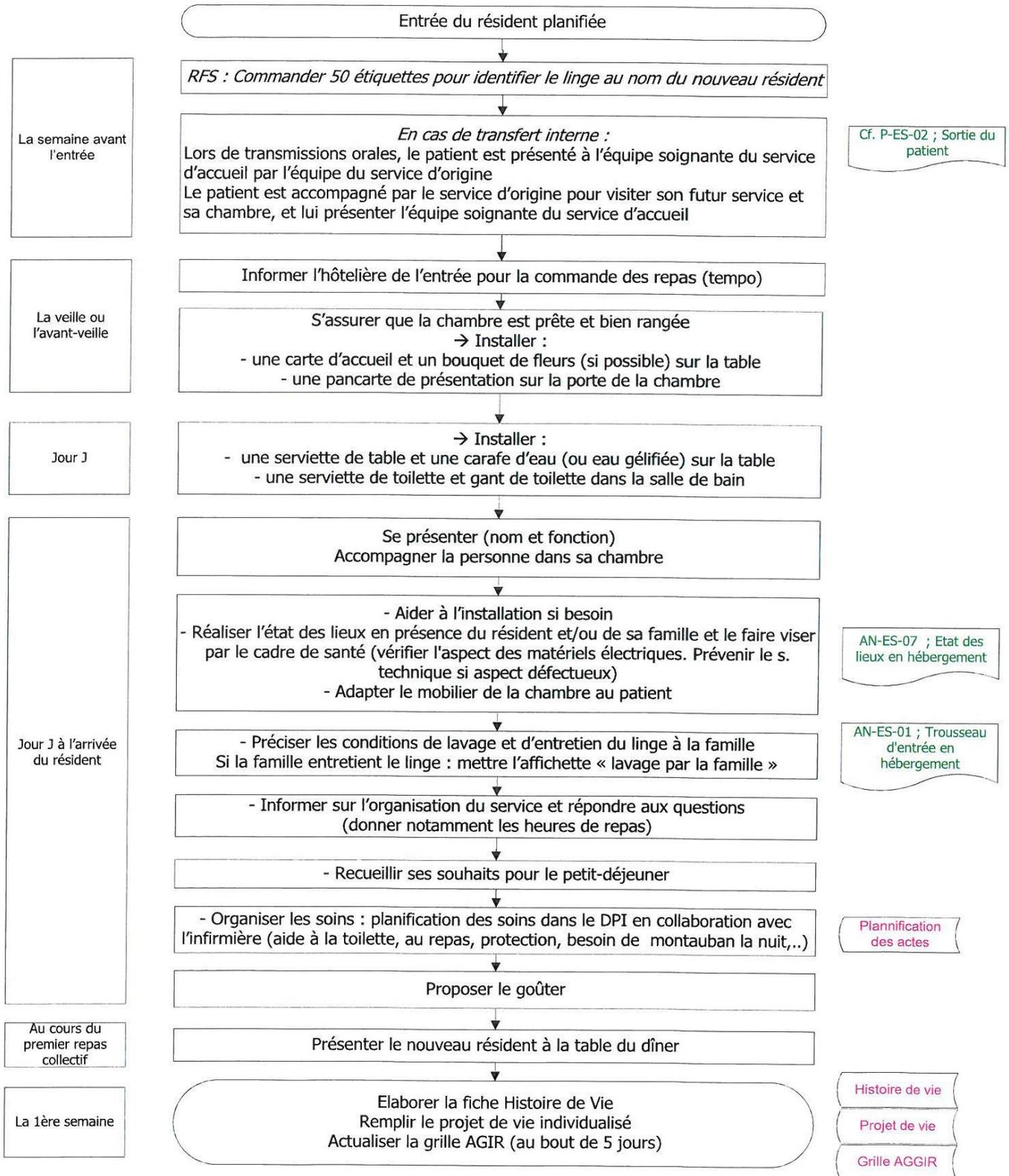


	Rédaction	Validation	Approbation Qualité
Nom, Fonction	Cadres de santé		
Date	MAJ		
Visa			

ACCUEIL AS / AMP / ASHQ D'UN NOUVEAU RESIDENT

code :
version :
page : 2 / 2

8. DESCRIPTION



GUERIN PROUST

Béatrice

28 novembre 2013

Diplôme d'Établissement

« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »

Accueil et adaptation en EHPAD : le directeur garant des droits du résident

Promotion 2012-2013

Résumé :

L'entrée en établissement est une rupture avec les repères quotidiens. Le plus souvent, celle-ci est réalisée tardivement dès lors que la vie à domicile n'est plus possible.

A cette étape bouleversante de la vie, s'ajoute la difficulté d'accepter la dépendance qui s'installe progressivement.

Famille et personnes âgées vivent ce moment de crise avec beaucoup de culpabilité.

Ecoute, soutien psychologique et accompagnement personnalisé sont indispensables pour faciliter l'acceptation du choix d'admission dans un lieu collectif.

La loi du 2 janvier 2012 rénovant l'action sociale précise les règles de fonctionnement des établissements médico-sociaux et l'obligation d'élaborer un projet d'établissement. Elle précise les droits du résident en tant qu'individu et préconise son accueil personnalisé.

La préparation de l'entrée, les conditions d'accueil, le professionnalisme des équipes favorisent l'adaptation du résident.

Le directeur impulse le plan d'actions du projet d'établissement facilite sa mise en œuvre, soutient les valeurs communes de bienveillance, encourage la formation du personnel et valorise les compétences des agents.

L'établissement doit s'ouvrir sur la ville et préserver la possibilité aux résidents de rester citoyen avec des liens sociaux.

Mots clés :

EHPAD – Accueil – Adaptation - Lieu de vie - Droits des résidents – Projet de vie – Citoyen – vie sociale – Bienveillance – Projet d'établissement – Projet d'Assurance Qualité.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.