



DESSMS

Promotion : **2013 - 2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

Personnaliser l'accompagnement dans un EHPAD à vocation sociale : un défi
managérial au service de la qualité de vie des résidents

Constance CARDOEN

Remerciements

Je tiens à remercier les professionnels de l'EHPAD du CASH pour leur confiance et leur collaboration dans tous les projets, tout comme Céline C et Céline B qui m'ont accompagnée chacune à leur manière durant les huit mois de stage,

Je remercie mon maître de stage,

Je remercie les résidents pour avoir accepté de partager des moments de leur vie.

Je remercie mon CPF pour ses conseils et ses éclairages pendant cette période de formation riche en enseignements et en remise en question,

Je remercie mon relecteur, mes collègues de promotion et ma colocataire pour tous les bons moments partagés ensemble

SOMMAIRE

Liste des sigles utilisés	4
Introduction.....	6
1 Le constat : la difficile personnalisation de l'accompagnement à l'EHPAD du CASH de Nanterre	11
1.1 La loi de 2002-2 : la reconnaissance des droits individuels	11
1.2 Les principes de la loi face à la réalité de l'EHPAD	15
1.3 Le souhait de mettre en place le projet personnalisé d'accompagnement	20
2 Les freins à la mise en œuvre d'un projet personnalisé d'accompagnement	24
2.1 Des obstacles multiples associés au grand âge et à la précarité	24
2.2 Des obstacles liés à un manque d'adaptation de l'établissement aux besoins et aux attentes des personnes précaires vieillissantes	28
2.3 Des pratiques professionnelles peu adaptées à l'individualisation de l'accompagnement des résidents.....	32
3 Les leviers du Directeur pour impulser une dynamique de changement par le déploiement du projet personnalisé	37
3.1 Adapter le projet personnalisé aux attentes et modes de vie des résidents.....	37
3.2 Réorganiser la structure et susciter la démarche de changement des pratiques.....	44
3.3 Ancrer l'établissement sur son territoire et avoir un projet de long terme.....	50
Conclusion	55
Liste des annexes.....	59
Annexe 1 : ARTICLE 40 DE LA LOI N°89-18 DU 13 JANVIER1989	65
Annexe 2 : grilles d'entretien.....	65
Annexe n°3 : la trame du projet personnalisé.....	67
Annexe n°4 : Plan d'accompagnement –Projet Personnalisé.....	74
Annexe n°5 : Méthodologie du projet et constitution des groupes de travail (extrait du power-point présenté aux équipes)	75

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide Médico-Psychologique
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CA : Conseil d'administration
CHAPSA : Centre d'hébergement et d'Accueil des Personnes sans- Abri
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRS-LD : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de Longue Durée
CASF : Code de l'Action Social et Familial
CASH : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
CG : Conseil Général
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CVS : Conseil de la Vie Sociale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : Gir Moyen Pondéré
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers
LHSS : Lits Halte Soins Santé
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP : Pathos Moyen Pondéré
RH : Ressources Humaines
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
UGA : Unité de Gériatrie Aigue
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les établissements qui accueillent des personnes âgées ou de façon plus globale des personnes dites « vulnérables » ont vécu de nombreuses transformations en quelques décennies. De l'hospice à l'EHPAD, ils ont vu leurs missions s'élargir et les exigences à leur égard se renforcer en lien avec les évolutions sociales qui consacrent l'avènement de la personne et la prise en compte de ses potentialités. Les progrès considérables de la médecine, de la gériatrie ont amélioré la qualité de la prise en charge de ces établissements alors même que s'affirmaient des revendications de prise en compte des personnes dans leur singularité, et non seulement comme sujet de soin.

La démarche de personnalisation de l'accompagnement des résidents, forte des principes de la loi de 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a rénové en profondeur les pratiques des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette approche vise à formaliser un contrat d'accompagnement entre le professionnel et l'usager permettant à ce dernier, en cas de non- satisfaction de la prestation, de disposer d'outils pour faire valoir ses droits à un accompagnement de qualité dans un établissement d'accueil de personnes vulnérables. Le contrat de séjour ainsi qu'une série d'autres d'outils issus de la loi 2002-2 mettent l'usager au centre du dispositif d'accompagnement.

Cette relation contractuelle a entraîné l'évolution du prisme où, dans un passé récent, l'institution contribuait à « uniformiser » la personne en apportant des solutions générales et standardisées. Cette évolution s'inscrit dans un secteur marqué par de profondes mutations où la priorité est donnée aux droits des personnes, qui marquent la fin du fonctionnement de certains établissements, héritiers d'une lointaine tradition d'assistance selon laquelle les résidents n'avaient que des devoirs et aucun droit.

La responsabilité du directeur d'établissement est directement mise en jeu dans la réponse à apporter aux résidents face à cette évolution de l'accompagnement et aux exigences accrues qui vont de pair avec l'entrée en institution. La pression des tutelles, des familles, mettant en lumière des cas de négligences voire de maltraitements, rendent nécessaires une réelle implication des professionnels, une organisation du travail pensée en fonction des besoins, attentes et rythmes des résidents et une politique d'établissement forte qui accompagne ces exigences de qualité. A ceci s'ajoute l'émergence d'une offre commerciale de services, qui entraîne le secteur gériatrique dans une dynamique concurrentielle

poussant les établissements à adapter leur offre de service à une demande plus exigeante, renforcée par un encadrement des autorités chargées de conduire les politiques gérontologiques publiques.

L'outil principal, issu de la loi de 2002-2 et à disposition dans les établissements sociaux et médico-sociaux, est le projet personnalisé d'accompagnement, ou projet de vie. Il s'agit d'un document formalisé qui vise à connaître les besoins et les attentes des personnes en vue de leur proposer un accompagnement sur mesure. Il fait l'objet d'une démarche pluridisciplinaire où plusieurs professionnels participent à l'élaboration du projet, sous un angle d'analyse différent et complémentaire. Ce projet fait l'objet d'une réévaluation, dans l'idéal tous les six mois pour s'adapter aux évolutions de la personne en établissement.

Si la personnalisation est devenue incontournable et présente de nombreux atouts, force est de constater que la démarche de projet personnalisé n'est pas encore mise en place dans tous les établissements¹.

L'EHPAD rattaché au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre dans le département des Hauts-de-Seine, d'une capacité autorisée de 248 lits sur une surface de onze mille mètre carré, est le lieu où j'ai effectué mon stage professionnel. L'établissement a la particularité d'accueillir des personnes issues de la grande précarité ayant eu des parcours de vie marquées par des ruptures (sociales, familiales, professionnelles) et des cumuls de pathologies (psychiatriques, addictives, cardiaques). L'EHPAD s'inscrit dans une « filière de la précarité » puisque le CASH est composé d'Hébergement d'urgence (CHAPSA), de Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) du CHRS de Longue Durée (CHRS-LD) et d'un hôpital avec un secteur psychiatrique. Ainsi, encore 40% des résidents de l'EHPAD sont issus de la « filière intra-CASH ² ». La moyenne d'âge est de 73 ans pour une population composée à 80% d'hommes, à l'encontre les statistiques nationales³. Le Gir Moyen-Pondéré (GMP) est de 754, ce qui est relativement élevé en comparaison de la moyenne d'âge des résidents. Le fait d'avoir vécu à la rue, dans des conditions difficiles, entraînent des dépendances physiques et physiologiques qui nécessitent des soins importants réduisant le degré

¹D'après l'enquête de l'ANESM 2010 sur la bientraitance, 40% des établissements publics ont mis en place un projet personnalisé contre 63% dans le secteur privé à but non lucratif.

²Expression issue de l'entretien avec le Docteur Boughida, Practicien Hospitalier et Médecin coordonnateur de l'EHPAD

³Observatoire des EHPAD, KPMG 2014

d'autonomie des résidents. La structure s'inscrit complètement dans la problématique de la personnalisation de l'accompagnement et de sa place par rapport aux soins puisqu'il n'y a pas de projet personnalisé d'accompagnement. Le soin est prégnant dans l'organisation de la journée, renforcée par la présence de deux médecins à temps plein et par la proximité du plateau technique et des Urgences du Centre Hospitalier. La personnalisation de l'accompagnement est aléatoire, elle se fait en fonction des degrés de complicité et de connaissance entre soignants et résidents sans qu'une démarche globale ne soit généralisée et formalisée. La taille de l'établissement (11 000 m² sur un même site,) et le profil atypique des résidents, dans la grande majorité ayant eu un parcours de vie chaotique sont des freins importants à la personnalisation de l'accompagnement. La convention tripartite de 2007 et les conclusions de l'évaluation interne posent ce projet comme prioritaire.

Malgré l'évolution de l'environnement, malgré les obligations réglementaires, les conclusions d'analyse institutionnelles et les observations de terrain, la personnalisation de l'accompagnement de grands exclus au CASH de Nanterre n'est pas encore systématique et tracée dans des supports écrits.

Quelles sont les adaptations nécessaires à la mise en place du projet personnalisé issu de la loi 2002-2 dans un EHPAD à vocation sociale dont les résidents ont eu un parcours de vie éloigné de la notion de projet?

Une telle structure, avec la prégnance de la dimension sociale a peu d'équivalence en France et ne s'inscrit donc pas dans le cadre défini par le législateur entraînant des obstacles à la mise en œuvre du projet personnalisé.

Ils seraient de plusieurs natures.

Tout d'abord, le premier obstacle serait l'image défavorable associée à des résidents au profil atypique. Ces derniers présentent les caractéristiques du grand âge et de la vulnérabilité associées : perte de repères et autonomie réduite nécessitant l'entrée en institution, auxquelles s'ajoutent les effets d'une vie vécue dans la précarité. Ainsi ils subissent les effets du grand âge conjugués aux affres de la vie à la rue (entraînant diverses pathologies dont notamment des addictions).

Le second obstacle serait institutionnel. La structure de très grande taille et d'accueil de beaucoup de résidents n'a pas été pensée tant au niveau architectural que organisationnel pour répondre au plus près aux besoins et attentes des résidents.

Enfin la culture d'accompagnement à l'EHPAD s'inscrit dans une tradition sanitaire, étant renforcée par la proximité du centre hospitalier. Cette culture et ces pratiques professionnelles sont plus centrées sur la prise en charge sanitaire que sur une approche globale de la personne respectant ses rythmes et ses envies.

Ces hypothèses constituent les axes de réflexion principaux du mémoire pouvant expliquer les freins à la mise en œuvre du projet personnalisé au sein de l'EHPAD du CASH de Nanterre, à l'aune de la contradiction fondamentale de cette structure atypique, ayant pour but de proposer un projet à des résidents très éloignés de cette notion.

L'intérêt du mémoire sera d'identifier ce qui est réellement applicable et potentiellement porteur d'améliorations de ce qui prendra plus de temps à mettre en œuvre, tout en faisant des préconisations concrètes de nature managériale permettant d'améliorer la qualité de vie des résidents.

L'angle d'étude, à savoir le projet personnalisé permet d'explorer un ensemble de caractéristiques propres au fonctionnement de l'EHPAD du CASH de Nanterre relevant de son histoire, de sa tradition d'accueil de grands exclus et de sa culture professionnelle tout en explicitant les freins et les leviers permettant de mener à bien ce projet.

Afin d'étudier ces hypothèses de travail, une méthodologie d'étude a été mise en place. Tout d'abord j'ai effectué une étude documentaire sur les principaux textes législatifs et réglementaires se rapportant à mon sujet. J'ai aussi étudié des ouvrages d'auteurs et les documents institutionnels de l'EHPAD (conclusion du rapport d'évaluation interne, convention tripartite). En parallèle, j'ai pu observer directement sur le terrain les pratiques d'accompagnement des résidents. Les discussions informelles au quotidien et suite aux réunions de travail sur la mise en place du projet personnalisé ont été l'occasion de saisir un maximum d'informations sur les pratiques actuelles, par le biais de notes d'observation contenues dans un carnet.

Enfin, par le biais d'une grille d'entretien, j'ai pu mener une série d'entretiens semi-directifs avec plusieurs corps professionnels (médecins, cadre de santé, AMP/ AS, psychologue et un autre directeur d'établissement) pour pouvoir confronter mes hypothèses de travail aux conceptions, discours et pratiques des personnes interrogées.

Afin de répondre à la problématique de la difficile mise en place de la personnalisation de l'accompagnement à l'EHPAD du CASH de Nanterre, trois parties seront développées. En premier lieu, le constat de la mise en œuvre de la loi 2002-2 à l'EHPAD du

CASH de Nanterre sera établi. Ce constat permettra de comprendre, dans un second temps, les freins pouvant expliquer la difficile mise en place du projet. Enfin la troisième partie présentera, sous l'angle de l'impulsion de la dynamique du directeur d'établissement, des pistes d'actions concrètes mettant en lumière les leviers pour la mise en place du projet personnalisé à l'EHPAD du CASH.

1 Le constat : la difficile personnalisation de l'accompagnement à l'EHPAD du CASH de Nanterre

Dans cette première partie, l'enjeu sera d'étudier le cadre juridique et législatif qui a modifié la relation d'accompagnement entre l'institution et l'usager (1.1) lui accordant davantage de droit pour ensuite étudier la mise en place de ce principe dans la pratique à l'EHPAD du CASH (1.2) puis enfin analyser la volonté de la direction de mettre en place ce projet (1.3)

1.1 La loi de 2002-2 : la reconnaissance des droits individuels

La personnalisation de l'accompagnement suppose le respect de principes fondamentaux (1.1.1) en mettant l'usager au cœur de la prise en charge (1.1.2), le tout dans une exigence de qualité (1.2.3).

1.1.1 Le respect de principes fondamentaux

La loi de 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a été un acte fondateur dans la structuration du secteur. Pour la première fois, elle légitime les institutions sociales et médico-sociales comme des espaces régis par les mêmes conditions contractuelles que celles de l'échange quotidien dans toutes ses formes. En ce sens, l'usager d'un service social ou d'un établissement spécialisé doit pouvoir bénéficier de la même sollicitude que le client d'un service marchand. La prestation étant payée, elle ne peut subir de variation quant à sa qualité.

Ainsi, cette loi rénove celle de 1975 où, selon J.M Lhuillier, « *l'usager n'était considéré que comme un bénéficiaire muet de prestations offertes généreusement* ». D'objet de droit, l'usager devient sujet de droit. Le Code de l'Action Sociale et Familiale dans son article .L.116-2 met en exergue la réponse adaptée aux besoins de chacun comme une valeur fondamentale à respecter⁴.

Désormais, l'usager devient donc titulaire de droits qu'il pourra si nécessaire revendiquer auprès de l'établissement ou des juridictions compétentes. On sort de la conception assistancielle et tutélaire de l'intervention sociale. Cette loi crée une relation contractuelle et

⁴Les deux autres valeurs issues du même article sont l'égalité de tous les êtres humains et l'accès équitable sur l'ensemble du territoire.

des obligations réciproques entre l'établissement et l'usager, en supposant des prestations de qualité fournies par l'établissement. En cas de non-respect des engagements du contrat, sur la base des clauses du contrat de séjour, la responsabilité des professionnels est engagée.

La loi de 2002-2 revisite entièrement les règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en les dotant de règles et d'outils communs dans une exigence de qualité de l'accompagnement et de respect de la parole et de la volonté de l'usager. L'architecture du dispositif s'organise en deux niveaux :

Tout d'abord l'affirmation, via l'article L. 311-3 de sept droits fondamentaux : respect de la personne, libre choix des prestations offertes, accompagnements individualisés consentis par la personne, confidentialité des informations, libre accès de l'intéressé auxdites informations, organisation de la communication des droits et voies de recours, participation à la conception et à la réalisation de son accompagnement.

La notion de « *participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement* » est clairement posée et érige donc l'individualisation de la prise en charge comme principe fondamental mettant l'usager au centre. On sort de la réponse aux besoins par la production de standard ; la réponse est celle de l'expérience où la personne puise progressivement les éléments constitutifs de sa propre identité : le projet individuel en est l'expression formelle.

1.1.2 L'usager au centre de l'accompagnement grâce à une palette d'outils

La loi décline, aux articles L.311-4 à L.311-8, les sept outils propres à garantir l'effectivité des droits précédemment définis. Certains documents préexistent à l'admission et ont un caractère informatif : le livret d'accueil et la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Les autres documents permettent d'engager la négociation (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, ou de prise en charge, personne qualifiée propre à régler les conflits, conseil de la vie sociale, projet d'établissement ou de service). La charte des droits et libertés⁵, affichée obligatoirement dans un établissement, est construite en deux parties : la première concerne l'accès aux modes de prises en charge relevant du code de

⁵Article L. 311-4 du CASF

l'action sociale et des familles, la seconde vise plus précisément les droits des usagers pendant le séjour.

Le livret d'accueil⁶ est la « carte de visite » de l'établissement qui expose en quelques lignes et photos les prestations délivrées aux résidents pendant leur séjour et son suivi. Le document est remis à l'admission et aussi utilisé comme support de communication pour faire connaître la structure. Sa nature juridique est incertaine, on parle davantage d'un document informatif.

Le contrat de séjour⁷, est une nouvelle obligation législative incombant aux établissements sociaux et médico-sociaux. Il est obligatoire si la durée prévisionnelle de prise en charge est supérieure à deux mois et comporte un hébergement, quel que soit le mode de prise en charge. Si ces conditions ne sont pas réunies, un document individuel devra être établi. Ce contrat ou document doit détailler la liste, la nature et le coût prévisionnel des prestations offertes. Il doit permettre l'individualisation de la prise en charge ou l'accompagnement de l'usager. La participation de l'intéressé ou de son représentant légal à son élaboration est indispensable et donne une valeur juridique à l'accompagnement individualisé de l'usager en tenant compte de ses souhaits⁸. En cas de désaccord, la médiation d'une personne qualifiée⁹, nommée par décret est possible. Le règlement de fonctionnement¹⁰, désormais obligatoire dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux, il doit définir les droits et obligations de l'usager au regard de la liberté d'expression et de la liberté d'aller et venir. On se dirige ainsi vers une plus grande transparence. On peut remarquer que c'est le seul document désormais obligatoire qui fait référence aux devoirs de la personne accueillie. Il est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou d'une autre forme de participation.

Le Conseil de la vie sociale doit permettre d'associer les usagers au fonctionnement de l'établissement. Sa composition et ses attributions sont précisées par le projet de décret. Il se réunit trois fois par an et vise à promouvoir la participation de l'usager en le consultant sur toutes modifications ou du projet d'établissement ou de règlement de fonctionnement. Sa création suppose bien la volonté du législateur de mettre l'usager au cœur de l'accompagnement.

⁶Ibid

⁷Article 8 de la loi du 2 janvier 2002.

⁸Cf, suscité page 12

⁹Article L.311-5 du CASF

¹⁰Article L. 311-7 du CASF

Enfin, le projet d'établissement affirme les valeurs de la structure, réaffirme les droits des usagers et fixe les grandes lignes de l'évolution des projets pour cinq ans.

1.1.3 L'exigence de qualité à travers l'évaluation

Le législateur a posé, outre les principes de droits et de devoirs des usagers, celui de l'évaluation continue de la qualité. Il s'agit d'un principe très novateur car l'évaluation était peu utilisée dans le secteur médico-social et réservée plus au secteur privé. L'évaluation se divise en deux : l'évaluation interne sur la base des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM¹¹ permet à l'établissement, tous les cinq ans, de s'auto-évaluer sur les prestations délivrées, et sur l'organisation du fonctionnement des services. La réflexion est collective, souvent structurée en groupe de travail, fédérée et animée par le Directeur. Cette auto-évaluation est l'occasion de se réinterroger sur le sens du travail et sur la qualité de l'accompagnement proposée au résident. L'évaluation externe est quant à elle réalisée pendant la période d'autorisation de la structure, effectuée par un organisme habilité par l'ANESM. Cette évaluation est obligatoire, à réaliser tous les sept ans, dans la mesure où elle conditionne le renouvellement de l'autorisation ou non de l'activité de la structure¹². Les conclusions de l'évaluation externe permettent d'affirmer ou d'infirmer celles de l'évaluation interne, et aide l'établissement dans la poursuite des projets et les efforts à porter sur un point particulier.

Ces deux aspects introduits par la loi de 2002-2 et rendus obligatoires, posent clairement le principe d'une amélioration continue de la qualité, avec le principe de l'utilisateur au centre des préoccupations. On perçoit bien à travers tous ces outils, la volonté du législateur d'évaluer la participation, l'implication et la prise en compte des attentes et des besoins de l'utilisateur. Le fait d'instaurer l'évaluation permet aux autorités de tutelle d'identifier les établissements qui ne respectent pas ces principes et d'engager des actions correctrices. La loi instaure donc plus de transparence dans l'organisation des établissements et une vraie exigence de qualité de l'accompagnement des usagers.

¹¹ Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux, et base législative de l'article L.311-1 du CASF

¹² Article L.311- 1 du CASF

p. 14 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

1.2 Les principes de la loi face à la réalité de l'EHPAD

Pour mieux cerner les freins quant à l'application des principes de la loi de 2002-2, il est nécessaire de faire une présentation de l'EHPAD, sous l'angle de la typologie des résidents de l'EHPAD du CASH (1.2.1) dont le parcours est marqué par de multiples ruptures (1.2.2) pour passer en revue, une fois le résident entré à l'EHPAD, la personnalisation de l'accompagnement déjà existante (1.2.3).

1.2.1 Le profil particulier des résidents

Organisé sur une surface de 11 000 m² sur un même site et sur deux étages, l'EHPAD du CASH de Nanterre a une capacité autorisée de 248 places. Il fonctionne avec un taux d'occupation à 93% pour 2013. Sa spécificité est l'accueil de personnes au parcours de vie marqué par de multiples ruptures (sociales, professionnelles, familiales) et par des périodes d'errance à la rue, dans des abris de fortune, dans des squats. De ces caractéristiques, on peut parler de parcours de « précarité » et « d'exclusion » faisant écho à ces multiples ruptures et rendant l'individu vulnérable et désintégré de la société. Composé de 80 % d'hommes avec une moyenne de 73 ans contre 85 ans dans les EHPAD dits « classiques¹³ » avec une fréquentation davantage féminine, les résidents viennent des Centres d'Hébergement d'Urgence de Paris (CHRS de CASVP- associatifs, Mie de pain...), des CHRS du pôle social du CASH (encore 40% sont issus de la filière « intra-CASH), et /ou d'habitat temporaire. Le résident le plus âgé à 93 ans et le plus jeune à 58 ans. Habilité à 100% à l'aide sociale, il accueille que deux résidents à titre payant et possède 10 lits de dérogation d'âge pour les moins de 60 ans, occupé à 80%.

Associé à la vie précaire, vient le cumul de pathologie de différentes natures. Des pathologies dues aux conditions sanitaires déplorable (pathologie cutanée), s'ajoutent des pathologies d'origine neurologique et psychiatrique et les pathologies causées par les

¹³ Chiffres issus de l'observatoire du KPMG, disponible sur <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>

addictions au tabac et à l'alcool (maladie pulmonaire, cirrhose). Malgré la difficulté de quantifier le nombre, l'enquête SaMentA¹⁴ sur la santé mentale et les addictions chez les Franciliens sans logement personnel en 2009, estime que 32 % des personnes vivant en précarité présentent un trouble psychiatrique sévère –étude faite sur un échantillon de 840 personnes. Les troubles psychiatrique sévère englobent, selon l'étude les troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux.

Cette prévalence est plus élevée que dans la population générale, dont le taux de maladie psychiatrique est estimé à 2%.

Ces tendances se retrouvent dans le profil des résidents de l'EHPAD de Nanterre puisque beaucoup de résidents souffrent de pathologies psychiatriques. Par exemple, on note 144 personnes souffrant de troubles dépressifs, 139 ayant des troubles cognitifs et démentiels, 69 des états anxieux, 48 psychotiques... On comprend que les résidents cumulent des poly-pathologies du fait de leur parcours d'errance, leur rupture de soins, et la négligence de soi, qui deviennent invalidantes et entraînent une dépendance nécessitant des soins réguliers et une aide à la vie quotidienne. A ce titre, le GMP est de 754 - plus élevé que la moyenne nationale de 690¹⁵.

Peu de résidents souffrent de démences de type Alzheimer et troubles apparentés, mais beaucoup du syndrome de Korsakoff, qui est due à une surconsommation d'alcool. 142 résidents présentent une addiction à l'alcool d'une manière chronique ou occasionnelle et il y a 136 résidents qui sont des fumeurs actifs.

Ainsi ces résidents ont un profil atypique et sont pour la plupart dans une position de refus de soin, refus de prise en charge et d'accompagnement. La participation aux activités collectives est très faible, les résidents voulant « *qu'on les laisse tranquille*¹⁶ ». Afin de mieux cerner les habitudes de vie des résidents issus de la précarité qui se traduisent nécessairement dans l'organisation institutionnelle de l'EHPAD, il semble intéressant d'évoquer un certain nombre de concepts et théories éclairants sur la figure de l'errance, de la précarité et de l'exclusion.

¹⁴ Résultats de l'étude disponible sur <http://www.hal.inserm.fr/docs/00/47/19/25/PDF/Samenta.pdf>

¹⁵ Chiffres issues de l'observatoire du KPMG, disponible sur <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>

¹⁶ Parole d'un résident, lorsqu'il lui a été exposé la mise en place du projet personnalisé d'accompagnement

p. 16 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

1.2.2 Mieux cerner les parcours des résidents

Le flou sémantique qui règne pour évoquer les personnes dites marginalisées, peut être à l'origine de simplification et de malentendus. Appelé « *clochard* », « *vagabond* », « *SDF* », « *routard* », « *sans toit* ¹⁷ », il est déjà difficile d'avoir une définition précise du groupe social « des exclus » tant les situations sont multiples et peu homogènes, véhiculant des clichés et des appréhensions de la part du grand public. C'est pourquoi, il est fondamental de préciser au mieux ce dont on parle, afin d'éviter toute incompréhension et toute généralisation abusive. On peut définir notre population de façon très simple en précisant qu'il s'agit des résidents de l'EHPAD de Nanterre, dont la caractéristique commune est un parcours ponctué de multiples ruptures (professionnelles, sociales, familiales) entraînant dans une majorité des cas solitude et isolement, avec des troubles psychiatriques et des comportements addictifs (tabac, drogue, alcool).

Selon le Docteur Alain Mercueil¹⁸, il y a des facteurs de risques récurrents expliquant ces troubles : dès l'enfance avec des manifestations de violences familiales, des séparations, des placements en famille d'accueil ou à l'Aide Sociale à l'Enfance. Ensuite, il y a des facteurs psychologiques personnels favorisant ces ruptures : une dépression chronique, des comportements antisociaux excluant autrui ; la pathologie psychiatrique est un facteur de risque pour entrer dans le cercle vicieux de la précarité. Les facteurs sociaux renforcent l'exclusion avec la perte d'emploi, du logement, l'endettement et le refus de crédit. Ce cercle vicieux s'accompagne d'une alcoolisation et de consommation de toxique excessifs qui entraîne l'exclusion de l'individu, la déviance et la défiance par rapport aux normes sociales. L'exclusion, selon Serge Paugman qui parle aussi de « *disqualification sociale* » souligne un *rejet des représentations normalisantes de la société moderne*¹⁹. Ainsi l'individu devient « *outsider* ²⁰ » c'est-à-dire celui qui est étranger au groupe, qui contient de l'étrangeté pour les normaux, mais aussi celui qui est étranger au groupe de déviant. Ce ne sont pas tant les actes qui sont caractéristiques de la déviance mais les conséquences provoquées par les

¹⁷ Hassin Jacques, L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable, Doctorat d'université, p. 157.

¹⁸ Mercueil Alain, Souffrance psychique des sans-abri, vivre ou survivre, Odile Jacob, 2013

¹⁹ Paugam Serge, La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté, 2013, p. 65.

²⁰ Becker Howard Solomon, Outsiders, Métayer, 1985 (1963), 248 pages.

réactions, le regard de l'autre qui caractérisent l'exclusion et le stigmat, au sens de Goffman²¹. Pour atteindre le paroxysme de l'exclusion, on peut citer la théorie de Jean Furtos²² sur le syndrome de l'auto-exclusion. L'individu, selon ces termes, décide de se sortir du monde, face à son incompréhension totale. Les conséquences se traduisent par une anesthésie du corps : l'individu auto-exclu ne ressent plus la douleur, le bonheur, le mal... ce qui peut entraîner des conséquences physiques graves (négligence de soi jusqu'à l'amputation, brûlures, coupures, purulences, etc.). De plus, la théorie de J. Furtos reprend la notion de rupture du lien familial « on se coupe du nom de filiation » et introduit la notion de signes paradoxaux, contraire à la doxa, à l'opinion, traduisant la « *mauvaise précarité* »²³. Plus l'individu est dans la difficulté, moins il demande de l'aide, contrairement à « la bonne précarité » qui veut que l'individu émette une demande de soutien.

Ces quelques apports théoriques permettent de mieux cerner la figure de l'exclusion et comprendre les situations dans lesquelles se sont trouvés les résidents de l'EHPAD de Nanterre avant d'y entrer. Il est évident qu'un travail de stabilisation a été effectué avant l'entrée en établissement, tout comme le consentement, principe instauré par la loi de 2002-2, permettant d'éviter dans la plupart des cas des situations de grande détresse voire d'auto-exclusion sus citée. Mais certaines caractéristiques des résidents de l'EHPAD perdurent dans cette typologie : par exemple, le refus des résidents à toute activité, et les négligences corporelles entraînant des conflits avec les aides-soignants, le déni des maladies entraînant la mauvaise observance du traitement, etc. Le rejet des normes quant à elles, entraînent des difficultés à accepter le règlement intérieur d'un établissement de vie collective et génèrent parfois des situations de violence, difficile à appréhender pour le personnel.

Ainsi, une contradiction fondamentale se pose dans la mise en place du projet personnalisé pour des résidents au parcours de vie précaire : comment proposer un projet d'accompagnement avec des objectifs et une réévaluation pour des résidents n'ayant pas eu de projet de vie antérieur et étant dans le refus. Il convient donc, face à cette perspective et ces caractéristiques inhérentes à l'EHPAD du CASH d'adapter au maximum les modalités

²¹ Selon E. Goffman, dans *Stigmat, un individu stigmatisé* « se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. » Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité.

²² Furtos Jean, de la précarité à l'auto-exclusion, 2009, rue d'Ulm, p. 27

²³ Actes de la journée d'étude du réseau Orspere « sortir http://www.orspere.fr/IMG/pdf/ACTES_Journee_d_etude_oct_2006_ok.pdf »
p. 18 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

d'accompagnement aux profils des résidents en proposant un accompagnement sur mesure et respectueux des habitudes de vie et histoire antérieures.

1.2.3 Une histoire particulière, expliquant les retards dans la personnalisation de l'accompagnement

Si l'établissement accueille un profil de résidents atypiques, cela trouve une justification dans l'histoire de l'établissement du CASH. Ancien dépôt de mendicité construit sur décret en 1887, jadis appelée la maison de Nanterre, cette dernière avait une vocation coercitive puisqu'elle accueillait les vagabonds et mendiants, considérés au XIX^e siècle comme des délinquants. La maison de Nanterre était composée d'une infirmerie, transformée en 1905 en véritable hôpital, dont la gestion était dévolue, et est toujours en tant qu'héritage du passé à la Préfecture de Police de Paris. Cet établissement est devenu un observatoire privilégié des populations défavorisées. La loi du 13 janvier 1989 dans son Titre VII, articles 40 à 44, introduit une mutation juridique essentielle. La Maison de Nanterre dévolue à la Ville de Paris est érigée en un établissement public autonome et spécifique de la Ville de Paris, à caractère sanitaire et social : le CASH de Nanterre. Un Hôpital, un Centre d'Accueil, et une Maison de Retraite constituent trois unités distinctes de cet établissement. Ils remplissent, pour chacun d'eux, une mission différente précisée par cette loi dans son article 40²⁴.

La Maison de retraite comprend 527 places (1127 en 1978). Elle est destinée essentiellement aux anciens hébergés de l'établissement. Par ailleurs, il existait une section de Cure médicale de 96 lits. Le rez-de-chaussée était la cure médicale et le reste de l'établissement maison de retraite. Il n'y avait selon la psychologue de l'EHPAD ²⁵ « *aucune mixité ni aucun mélange entre les résidents* ». Ainsi, jusqu'en 2005, date où il y a eu d'importants travaux, l'EHPAD accueillait 527 résidents dans des dortoirs. Les salles de soin étaient collectives avec plusieurs douches et lavabos. Ainsi la question de l'accompagnement individualisé peut être liée en partie à l'histoire de l'établissement. Il est important de souligner que, jusqu'à très récemment, l'établissement était organisé sous forme d'hospice avec une prise en charge très collective, du fait du grand nombre de

²⁴ Voir l'annexe 1 du mémoire

²⁵ Entretien de mémoire réalisé le 20 mai 2014 sur la mise en place du projet personnalisé
p. 19 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

résidents et d'un héritage historique très fort, sous forme d'institution totale au sens d'Erving Goffman²⁶.

1.3 Le souhait de mettre en place le projet personnalisé d'accompagnement

Dans cette partie, il sera question de voir que la personnalisation de l'accompagnement est un engagement de la Direction dont la nécessité a été rappelée à diverses occasions (1.3.1) pour ensuite, en s'inspirant de la personnalisation déjà existante (1.3.2), présenter la méthodologie utilisée pour la mise en place du projet (1.3.3).

1.3.1 Un engagement de la Direction

Au-delà de la nécessité de se conformer aux exigences de la loi de 2002-2, dont la partie sur la personnalisation de l'accompagnement constitue un axe fondamental, l'établissement a mené et a en sa possession un ensemble de document qui formalise la nécessité de la mise en place de cette démarche.

La convention tripartite de 2007, autorisant l'accueil en établissement de personnes âgées dépendantes, signée entre le préfet des Hauts-de-Seine, représentant l'Etat pour l'Assurance Maladie, le Président du Conseil Général des Hauts-de-Seine et le Directeur du CASH, formalise dans son article 1 « *la présente convention a pour objet de garantir aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans les meilleures conditions de vie d'accompagnement et de soins au CASH* ». De plus, l'annexe 3 de la convention, cite dans les points faibles, « *l'absence de projet de vie et de projet de soins individualisés : il n'y a pas de réelle prise en compte de la situation de la personne à son admission, de ses attentes, des besoins. Obstacles à l'évaluation globale et périodique de la personne âgée*²⁷ ».

L'évaluation interne a été une démarche entreprise par l'arrivée d'une nouvelle directrice en janvier 2012. Construite sur la base du référentiel d'auto-évaluation *Angelique*²⁸, dans la

²⁶ Erving Goffman dans *Asiles aux institutions totalitaires*. « Le caractère essentiel des institutions totalitaires est qu'elles appliquent à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins, quelles que soient en l'occurrence la nécessité ou l'efficacité de ce système » (p. 48).

²⁷ Extrait de la convention tripartite de l'EHPAD du CASH, 2007

²⁸ Disponible sur http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/outil_auto_eval.pdf

p. 20 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

partie 1 sur les droits des personnes accompagnées et sur la personnalisation de l'accompagnement, les conclusions formalisent clairement « *l'absence de formalisation d'un projet personnalisé et la nécessaire Définition d'une trame de projet personnalisé (prenant en compte les souhaits du résident) et d'une procédure de mise en œuvre*²⁹ ». Les conclusions de l'évaluation interne, présentées au Conseil d'Administration posent cet objectif comme prioritaire dans les projets à mettre en place et sera repris dans le projet d'établissement (pas encore mis en place).

Ainsi la priorité est donnée par la direction de l'EHPAD à la mise en place formalisée de ce projet, permettant d'aller vers une amélioration de l'accompagnement, de la vie sociale et de la prise en compte des besoins des résidents. Cette dynamique s'inscrit dans la continuité des projets initiés depuis 2012 (date d'arrivée de la nouvelle directrice), qui a mis en place les premiers outils, quasi-inexistants, ou en a renouvelés d'autres, issus de la loi de 2002-2.

1.3.2 Une personnalisation déjà existante de facto, qui tarde à se formaliser

Si une dynamique de projet a été lancée depuis 2011 par la mise en place des projets (évaluation interne, règlement de fonctionnement), la déclinaison individuelle n'a pas encore été formalisée et la réflexion autour d'accompagnement, de besoins et envies des résidents n'a pas encore été menée.

L'accompagnement individualisé se fait encore au cas par cas, en fonction de la connaissance, des habitudes, et attachements entre les professionnels de l'établissement et les résidents. De fait, certains professionnels travaillent depuis plus de vingt ans dans l'établissement et il est donc clair que leur accompagnement est teinté de personnalisation puisqu'ils s'occupent au quotidien des mêmes personnes.

De plus, un recueil d'informations est rempli lors de la visite de pré-admission qui sera repris dans les items du projet personnalisé. Il comporte un volet social (état-civil, situation familiale et professionnelle antérieure, habitudes de vie) et un volet soins (degré d'autonomie, antécédents médicaux et chirurgicaux, prescriptions médicales). Ce dossier a vu le jour en 2008 avec l'arrivée d'une animatrice et d'une assistante sociale, date à laquelle il a été souhaité de rendre la vie et l'accompagnement social plus actif au sein de la structure. Les informations collectées dans ce document sont transmises à l'équipe pluridisciplinaire

²⁹ Référentiel d'auto-évaluation de l'EHPAD

p. 21 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

(psychologue, cadre de santé, équipe bien-être, adjoints administratifs) de façon orale et peu communiquées au reste des équipes (soignantes, ASH). L'inexistence jusqu'à très récemment du dossier de soins ne pouvait pas être le support d'un volet sur l'accompagnement du résident. Ainsi un vrai défi se pose en termes de transmission de l'information, sachant que les supports prévus à cet effet ne sont pas existants. Il est à noter que l'établissement n'est pas doté d'un dossier informatisé. La grande taille de l'établissement, le nombre de résidents et de professionnels qui interviennent (130 ETP budgétés) compliquent la bonne transmission de l'information. Ainsi, il est nécessaire, face à tous ces enjeux, d'avoir une méthodologie adaptée, prévue à cet effet pour prendre en compte le contexte de mise en place du projet, tout en s'appuyant sur la personnalisation déjà mise en place pour valoriser le travail déjà effectué. Enfin il est indispensable de s'appuyer sur les personnes ressources qui sont aptes à porter le déploiement du projet sur l'ensemble de la structure.

1.3.3 La méthodologie utilisée

Pour répondre à la mission de stage principale que la Direction de l'EHPAD m'a confiée, j'ai commencé par faire un état de la question à travers une revue de la littérature existante à ce sujet. Ainsi il a été possible de préciser, par le biais des recommandations de l'ANESM, ce qui était entendu par projet personnalisé pour pouvoir mieux l'expliquer aux équipes. Selon l'ANESM « *chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet³⁰* » avec une certaine latitude quant à la procédure et à la démarche type pour répondre à l'objectif de l'ANESM.

En plus de ces recommandations, j'ai pu consulter les documents afférents à l'établissement suscités, les documents de contexte du département (Programme inter-départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie – PRIAC-), schéma gérontologique du Conseil Général). Pour mieux cerner concrètement les étapes de la construction du projet, j'ai été à la rencontre d'un directeur d'établissement (EHPAD autonome en banlieue lilloise) qui avait mené le projet et qui m'a montré les outils mis en place.

³⁰ ANESM 2008 « les attentes de la personne et le projet personnalisé p.1 ».

p. 22 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Après avoir effectué un travail de recherches personnelles, j'ai pu présenter la démarche aux équipes. Cette dernière se décomposait en une période de six mois de groupe de travail, pilotée par un COPIL, réunis sur des thèmes qui constituaient les trames du futur projet (thème sur : la vie avant l'EHPAD/ l'autonomie/ la dépendance/ la question des addictions/ la vie sociale et les activités). Deux réunions ont été dédiées à la méthodologie du projet et à son déploiement pour tous les résidents prévus sur une durée de cinq années. La cadre socio-éducative et la psychologue ont été nommées binôme référents du projet, chargées de piloter la mise en œuvre pour chaque résident suite à la période de construction de la trame d'accompagnement. Un document d'évaluation du projet a été prévu pour suivre les évolutions du résident.

Pour animer ces réunions et permettre l'implication du personnel, j'ai effectué un travail d'observation des pratiques professionnelles au quotidien afin d'avoir un recueil de données le plus complet possible. Une grille d'observation des pratiques m'a permis d'alimenter ma réflexion pour la rédaction de mon mémoire afin de mieux cerner l'état de l'accompagnement individualisé au quotidien, depuis l'admission jusqu'à la fin de vie. L'observation participante formelle et informelle m'a permis de constater que l'accompagnement personnalisé se faisait davantage par les personnels présents depuis longtemps à l'EHPAD que ceux seulement en contrat à durée déterminée. Cette technique d'observation directe m'a permis de noter certains éléments qui n'étaient pas verbalisés dans les entretiens semi-directifs que j'ai aussi conduits. J'ai à ce titre eu plusieurs discussions informelles suite aux réunions de projet avec des aides-soignantes très impliquées et les ai citées dans ce mémoire.

Ainsi, j'ai construit une grille d'entretien³¹ pour mener 5 entretiens semi-directifs comme méthode de recherche, pour affiner mon enquête qualitative. Le choix de cette modalité d'entretien, assez libre dans sa conduite m'a permis de laisser la parole de l'interviewé se libérer afin que ce dernier me communique sa conception du projet personnalisé. J'ai pu mener 3 entretiens individuels avec des professionnels (AMP- psychologue-médecin) et 2 avec des résidents. Afin d'avoir des éléments de comparaison, j'ai sollicité des professionnels de l'extérieur à travers une visite sur site (Lille) et deux entretiens téléphoniques (un directeur de foyer de l'enfance et un cadre de santé d'un EHPAD voisin) pour nourrir un maximum la réflexion.

³¹ Voir en annexe 2

Cette méthodologie de collecte de données m'a permis de mieux cerner l'objet central de ma recherche à savoir examiner les freins et leviers à la mise en place du projet personnalisé dans un EHPAD à vocation sociale, accueillant des résidents au parcours de vie précaire dont la notion de projet n'a que peu de résonance.

2 Les freins à la mise en œuvre d'un projet personnalisé d'accompagnement

Dans cette deuxième partie, l'enjeu sera d'étudier les obstacles à la mise en place du projet personnalisé à l'EHPAD du CASH de Nanterre. De diverse nature, ils sont d'abord associés à l'image défavorable que la société donne à voir du grand âge, cumulé à la précarité (2.1). Ensuite ces freins sont intrinsèques à l'organisation institutionnelle de la structure puisque l'établissement ne s'est pas organisé de façon à adapter l'accompagnement des résidents de façon individualisée (2.2). Enfin, on remarquera que ces freins sont aussi propres à une culture professionnelle dont la logique de soin l'emporte sur celle de vie (2.3).

2.1 Des obstacles multiples associés au grand âge et à la précarité

L'image traditionnellement associée à la vieillesse dans nos sociétés contemporaines est négative, renforcée par celle véhiculée par la précarité (2.1.1) qui rend difficile la valorisation des résidents se retrouvant en situation d'isolement (2.1.2). Cette double image négative de grand âge et de précarité rejaillit sur les professionnels (2.1.3).

2.1.1 La double image négative de la vieillesse et de la précarité dans la société occidentale

A l'aune d'une société où le modèle dominant est la jeunesse, le dynamisme et la performance sportive, les personnes qui n'arrivent plus à atteindre ce modèle sont reléguées au second plan. Si troisième âge, période de fin d'activité professionnelle et de début de

retraite est encore bien perçue dans nos sociétés, faisant l'objet de politiques publiques visant à prévenir le vieillissement³², le quatrième âge est synonyme d'entrée dans le grand âge et dans la dépendance. Le débat actuel et l'importance des discours sur la maladie d'Alzheimer tendent parfois à simplifier la conception de la personne âgée,³³ la renvoyant à son statut de « malade », en omettant une caractéristique fondamentale, le fait que le sujet est surtout âgé et en perte de certaines capacités (physiques, psychologiques et sensorielles). Le processus de sénescence peut être source d'exclusion et de désaffiliation au sens de Robert Castel³⁴. L'avancée en âge entraîne un retrait progressif de la société et une réduction des interactions et du réseau familial et amical (veuvage, maladie et décès d'un proche), entraînant l'individu âgé dans une forme d'exclusion. L'entrée en institution, dans le discours commun peut parachever cette exclusion. Si un certain nombre de résidents vivent une situation de marginalité relationnelle ce n'est pas forcément parce que l'institution provoque l'isolement que parce qu'elle accueille des personnes isolées en raison de leur trajectoire familiale et de leur situation de vie³⁵. Cette assertion s'avère dans le cas de cette étude. Se conjugue l'exclusion du fait du parcours de vie (voir la partie 1.2.2) tout comme celle de l'avancée en âge. Les résidents subissent les effets du grand âge (maladie, perte de proche, état de dépendance physique et psychologique) défini par Stefano Cavalli, conjugués à ceux de la vie à la rue (dépendance aux produits toxiques, troubles psychiatriques). Les clichés et les craintes inspirés par les sans-domiciles rendent encore plus difficile l'entrée en institutions et peu d'entre elles acceptent ce type de profil. A ce titre, l'EHPAD du CASH de Nanterre est le seul établissement public à accueillir sur un même site autant de résidents issus de la précarité. Certaines associations développent des compétences dans l'accompagnement de ces personnes (petits frères des Pauvres par exemple) mais le phénomène ne fait encore que peu débat sur la scène publique.

³² Les CARSAT mènent des politiques du « bien vieillir » et de prévention des effets du vieillissement destinés aux jeunes seniors ou nouveaux retraités <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBPrincipale/Retraites/Action-Sociale/Etre-Aide-Quotidien/Services-Prevention?packedargs=null>

³³ Jean Maisondieu, La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? Gérontologie et Société, 2002

³⁴ D'après Robert Castel dans les métamorphoses de la question sociale, la désaffiliation est le " mode particulier de dissociation du lien social ", la " rupture du lien sociétal " qu'ont en commun les exclus, les pauvres. " Au bout du processus, la précarité économique est devenue dénuement, la fragilité relationnelle isolement.

³⁵ Stefano Cavalli, Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion ? Gérontologie et Société, Septembre 2002 disponible sur <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-3.htm>

Ainsi face à cette double problématique, et au vu des observations et entretiens menés, cette double image négative rend difficile la valorisation de ces résidents entrés en EHPAD, dont le parcours de vie et l'état de dépendance renvoient une image très dégradée par rapport aux paradigmes occidentaux.

2.1.2 La difficile valorisation des résidents

Si la recherche du consentement pour l'entrée en institution est un principe fondamental et est recherché systématiquement (le cas échéant, la personne n'entre pas à l'EHPAD), l'adaptation à la vie collective et aux contraintes qui en résultent n'est pas toujours tâche aisée. Les résidents, comme l'évoque Madame R, entrée depuis 2012 « *en ont assez de la rue. Je me suis perdue de vue à la rue, et puis un moment j'ai eu envie d'un toit sur la tête* ³⁶ ». Mais parfois ces mêmes résidents ont des réflexes d'auto-protection acquis du fait de la vie dans la rue et sont violents avec leurs voisins de couloirs. Madame R en témoigne « *c'est la rue qui m'a fait faire ça* », en s'expliquant sur son excès de violence sur une résidente.

La violence verbale, parfois physique au quotidien, est souvent du fait de résidents sous l'emprise de l'alcool. Le sevrage n'est pas la solution préconisée par le médecin coordonnateur, mais la position adoptée est celle de la réduction des risques. Ainsi, certains professionnels se retrouvent confronter à des situations de crise, notamment le soir, lors du repas, moment de crispation, puisque beaucoup de résidents sont en état d'ébriété. Ce comportement constitue l'une des difficultés majeures des professionnels dans leur accompagnement au quotidien, et beaucoup se retrouvent démunis.

De plus, le parcours de vie chaotique des résidents, ayant été marginalisé de la société, rend difficile leur adaptation aux règles de vie collective et institutionnelle. Le rythme qui ponctue la vie à l'EHPAD, marqué le matin par exemple par le temps du soin et des toilettes cristallisent des tensions car beaucoup de résidents sont dans le refus systématique d'être touché et ne veulent pas que leur soient octroyés des soins, même d'hygiène ou de confort. Une négociation doit se mettre en place entre le professionnel et le résident pour que ce dernier accepte. Par ailleurs le refus s'exprime aussi dans les activités collectives. Monsieur L. ne participe jamais aux animations « *moi j'veux être tranquille, je veux qu'on me laisse* ».

³⁶ Entretien avec Madame R, résidente de l'EHPAD depuis octobre 2012

p. 26 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Ces nombreuses difficultés sont intériorisées par les résidents et certains expriment ce rejet que la société leur communique par des petites phrases « *Nous on a fait notre temps* ». « *De toute façon moi je sers plus à rien* ». A la question traditionnelle « *comment ça va ce matin ?* » beaucoup de réponses associées sont « *on fait aller* » « *ça va comme on peut* ». Le fait pour certains résidents d'avoir au moins un toit sur la tête - « *c'est mieux que la rue* » glisse Monsieur R., en prenant un café à la machine - les satisfait et le niveau d'exigence n'est pas toujours très élevé. Seuls 5 résidents sur les 230 à l'EHPAD ont des familles qui viennent les visiter régulièrement, ainsi en cas de laisser-aller des professionnels, il y a peu de moyens de s'en rendre compte. Les résidents n'osent pas toujours exprimer les manquements – par culpabilité, par reconnaissance d'avoir toit, ou par incapacité de l'exprimer. Certaines conduites de professionnels à l'égard de certains résidents violents semblent parfois justifiées aux yeux des autres résidents « *ah Monsieur D. il est encore bourré ce soir* », ou « *Madame B. elle est complètement folle* » avec une certaine tolérance quand certains professionnels manquent à leur éthique de travail. Certaines attitudes professionnelles semblent intériorisées par les résidents et n'entraînent pas toujours de remise en cause.

2.1.3 Une image négative qui rejaillit sur les professionnels

La vieillesse, la précarité, l'exclusion, les odeurs, les comportements psychiatriques portent atteinte, malgré eux à l'idéal soignant qui est celui de soigner, faire vivre, guérir. Le travail en gériatrie a souvent été mal perçu par rapport aux autres disciplines de la médecine puisqu'il n'aboutit pas à la guérison et à la sortie de l'hôpital mais à une fin inéluctable, ce qui engendre une culpabilité intériorisée du soignant.

Ensuite l'acte soignant renvoie à la prise en charge de l'intimité, de la dépendance, et in fine de la mort, qui sont encore tabous dans nos sociétés. En effet, la gériatrie renvoie à ces objets sociaux rejetés et d'après J.P Lhomme, elle subit « *l'effet désastreux des représentations négatives attachées à la gériatrie* ³⁷ ». Enfin, en référence à la partie précédente, c'est l'image même des résidents dont le corps et la psyché sont dégradés qui semblent difficile à assumer au regard d'une société prônant le corps sain et esthétique³⁸. Les professionnels souffrent de cette dévalorisation. Au cours d'une discussion avec

³⁷ J.P Lhomme, *L'image du travail gériatrique*, Gérontologie n°129, 2004

³⁸ D'après Catherine Daliot, *Vieillir en Institution*, John Libbey Eurotext, 2005.

p. 27 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Madame B, Aide-Soignante « *Le travail est très difficile, physique et répétitif, en plus on a un rapport très proche avec la mort* ». Ainsi, travailler auprès de personnes âgées, dépendantes et exclus renvoie forcément aux propres angoisses des professionnels³⁹ quant à leur propre finitude et une possible entrée dans la précarité. En réaction face aux idéaux thérapeutiques, au déséquilibre entre la relation soignants/ soignés et à un certain rejet quant aux comportements des résidents, les soignants se réfugient derrière des actes techniques, rythmés par le soin d'hygiène, les heures de repas, de coucher, de lever...

Le temps pour la négociation des soins est lourd et les professionnels voient le retard s'accumuler et parfois en arrivent à finir les actes trop rapidement. Les problématiques de recrutement (en mai 2014, 13 postes d'Aides-Soignants étaient vacants) supposent que les professionnels se concentrent encore davantage sur l'accomplissement des actes courants au détriment du temps d'accompagnement individualisé, plus qualitatif.

Enfin cette image négative qui rejaillit sur les professionnels pose des difficultés quant à la conceptualisation d'un projet personnalisé pour des résidents qui ont été dans le refus pendant une période de mener eux –mêmes des projets de vie, de travail, de construction... Ainsi cette contradiction a été soulignée par un professionnel « *pourquoi on fait ça ? Les résidents moi je les connais bien, ils veulent juste être tranquilles et qu'on les laisse fumer leur cigarette* ».

Dans un contexte de travail et de pénurie de ressources humaines, la difficulté consiste à transformer les acteurs en concepteurs de projet, et en y incluant ce que veulent vraiment les résidents, sans tomber dans le travers de penser pour eux et sans les impliquer.

2.2 Des obstacles liés à un manque d'adaptation de l'établissement aux besoins et aux attentes des personnes précaires vieillissantes

L'institution s'est difficilement adaptée au profil des résidents, par une organisation du travail et de l'espace peu propice à l'individualisation de l'accompagnement (2.2.1). Ensuite la grande surface et la situation économique de l'EHPAD rend la structure difficile à équiper

³⁹ Silke Sauder, *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Dunod 2007, disponible sur <http://ch-vdb.fr/download/Etresoignantengeriatrie.pdf>
p. 28 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

et le matériel à renouveler (2.2.2) et enfin l'organisation semble peu propice à la participation des résidents.

2.2.1 Des organisations de l'espace et du travail peu propices à l'individualisation de l'accompagnement

L'établissement accueillait jusqu'en 2005, 527 résidents déjà sur une surface de 11 000 mètres carré. Des lourds travaux de rénovation architecturale ont eu lieu pendant deux années et ont réhabilité de nombreux espaces, notamment par la mise en place de salle de bain privative dans chaque chambre avec un équipement (lit, meuble, commode).

A l'inverse de beaucoup d'EHPAD souffrant de trop petits espaces, l'EHPAD du CASH souffre de sa trop grande taille. Si l'établissement est très vaste et contient à chaque étage des espaces avec télévision et bibliothèque, ce dernier n'a pas été pensé ni aménagé pour répondre aux besoins et habitudes de vie des résidents. La difficulté de se sentir chez soi en institution pour des résidents n'ayant pas eu de chez eux depuis un moment n'a pas été pensé ni anticipé et certains résidents une fois à l'EHPAD ont le syndrome du glissement en se laissant aller. D'autres se réfugient dans les addictions, avec l'effet d'entraînement puisque beaucoup de résidents consomment de l'alcool et ce malgré l'interdiction de consommer.

Les résidents, du fait de leur parcours n'ont que très peu d'affaires en leur possession. Les chambres sont pour la majorité vides à part le matériel fourni par l'établissement. Les longs couloirs qui structurent le rez-de-chaussée, le premier et le second étage posent des difficultés en termes de déplacement des résidents. 60% des résidents sont des fumeurs, même les résidents les plus dépendants. Ils sont donc obligés de se déplacer sur la terrasse dehors pour fumer (plusieurs cigarettes par jour). Les quatre ascenseurs de l'EHPAD sont très régulièrement en panne, ce qui paralyse toute l'organisation et empêche l'accès vers l'extérieur. Par ailleurs la salle de restauration située au rez-de-chaussée accueille, sur une surface de 200 mètres carré, les 230 résidents le midi et le soir. Sachant la propension de résidents en état d'ébriété notamment le soir, il aurait pu être conçu d'autres salles à manger équipées pour éviter ces moments cristallisant des tensions dans un grand espace très peuplé. Les structures de petite taille sont préconisées pour l'accueil de ce type de public, à

l'instar de l'EHPAD Saint-Jean de Dieu de Marseille qui accueille le même profil de résidents mais dans de petites unités de 18 places.

Les contraintes architecturales se posent aussi pour les professionnels qui font, d'après les calculs de la kinésithérapeute formée sur la gestion des troubles musculo-squelettique, l'équivalent de 4 kilomètres par jour. La réponse apportée à ces contraintes architecturales a été une organisation centrée autour du premier étage de l'EHPAD. Ainsi les résidents les plus dépendants vivent tous dans les 100 chambres du 1^{er} étage. L'ensemble des effectifs infirmiers et soignants s'y concentrent, avec le bureau du cadre de santé au milieu. Cette organisation pensée en 2007 après la fin des travaux atteint aujourd'hui ses limites : les résidents du premier étage sont peu stimulés et peu amenés à sortir, les résidents du 2^{ème} étage qui sont ceux ayant des troubles addictifs et du comportement concentrent beaucoup de violence tout en vieillissant et en perdant en autonomie. Les résidents du rez-de-chaussée sont les plus indépendants et ont accès aux espaces verts, mais très peu de soignants y interviennent. Certains résidents deviennent aussi plus dépendants et nécessitent des soins particuliers. Ainsi, cette organisation laisse à désirer avec une surcharge de travail au premier étage (le GMP est à 850), - certains résidents relèveraient de ce fait de l'accompagnement en unité de soins de longue durée (USLD) -, et peu de moyens dédiés dans les autres étages de l'établissement avec des résidents parfois livrés à eux-mêmes.

2.2.2 Des contraintes en termes de financement des équipements

L'établissement est donc très difficile à entretenir du fait de la surface et de l'usage parfois déraisonné de certains matériels par des résidents déments et ou atteints de poly-pathologies.

A l'instar de l'architecture peu adaptée au profil des résidents, l'équipement a été pensé dans une période où l'établissement subissait déjà des restrictions économiques. A titre d'exemple, l'ascenseur a été installé avec une cuve hydraulique plus économe qu'une cuve électrique, moins performante et pour 200 flux par jour. L'établissement a une capacité d'accueil importante et dans les faits il y en a plus de 800. Les résidents utilisent de façon excessive l'ascenseur et notamment pour aller fumer une cigarette. Les troubles du comportement de certains résidents qui appuient sur tous les boutons et manquent de patience participent à abîmer les appareils tombant presque toutes les semaines en panne.

L'EHPAD est ainsi souvent paralysé. Ces mêmes problématiques se posent pour les équipements de la cuisine ou pour le matériel des professionnels. Ainsi les chariots de petit-déjeuner, les chariots de soin sont très peu ergonomiques, obligeant les professionnels à se baisser, être très attentifs et à faire beaucoup d'effort pour que les chariots roulent. Ceci participe à la perte de temps et à l'épuisement professionnel.

Un grand projet d'aménagement de la buanderie et de l'office de la cuisine avait été pensé, mais du fait du contexte difficile en termes d'investissement, le projet a été mis entre parenthèse.

En effet, la situation financière de l'établissement l'oblige à composer avec ces équipements vétustes. Pour 2013, l'établissement était à un déficit chiffré à 800 000 euros pour un budget de 11 millions d'euros. La dette cumulée est estimée à 2 315 412 euros pour la fin 2012. Malgré un prix de journée élevé, 73 euros 14 cents, les dépenses sont supérieures aux recettes. Les frais de structures (gaz, électricité, eau) sont très élevés du fait d'une très grande surface à entretenir. Les dotations aux amortissements pour 2012 sont de 1.2 millions et la valeur nette comptable restant à amortir fin 2013 est de 16 millions d'euros. Ainsi cette situation financière critique entraîne tout investissement supplémentaire difficile et oblige la Direction à composer avec l'existant suivant un impératif de qualité de l'accompagnement.

2.2.3 Une organisation qui associe peu les résidents

Les résidents sont peu impliqués dans l'organisation de l'EHPAD et il y a peu d'échanges formalisés en dehors des réunions du Conseil de la Vie Sociale (CVS) pour permettre aux résidents de s'exprimer.

Au-delà de leur permettre, l'enjeu est de les accoutumer à ce qu'ils prennent la parole, et qu'ils s'expriment sur certains sujets afférents à la vie de la structure. La plupart adoptent des comportements résignés et il est donc difficile de les faire participer et de les faire se sentir concernés. A ce titre, une boîte à idée et une boîte « coup de gueule » ont été installés pour que les résidents s'expriment dans l'anonymat, mais elles ne sont que très peu utilisées.

Les relations entre les résidents ne facilitent pas toujours la vie sociale, comme les recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM le préconisent. L'enjeu est « *pour les* »

p. 31 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

professionnels d'offrir la possibilité de multiplier les rencontres entre les personnes tout en tenant compte des désirs de solitude⁴⁰ » avec comme exemple prendre en compte les affinités afin de faciliter la cohabitation lors de l'arrivée de nouveaux résidents ou faciliter les rencontres lors des temps intermédiaires ou par la vie sociale après le dîner. Les temps de vie collective associent difficilement beaucoup de résidents et à ce titre les activités d'animation fonctionnent peu. L'établissement est cloisonné au sein de l'hôpital et encore davantage par rapport à la vie sociale extérieure.

Selon l'animatrice *« il est très difficile de mobiliser les résidents et ce sont toujours les mêmes qui participent »*. Les animations classiques en EHPAD ne fonctionnent pas très bien et les attentes en matière d'animation et de vie sociale ne sont pas systématiquement recueillies. Face à ce profil de résidents, les animateurs doivent redoubler d'ingéniosité, avec l'aide des soignants pour cibler un maximum ce qui plait aux résidents et analyser collectivement, la signification de ces nombreux refus de participer aux animations afin de les adapter davantage. L'impact des normes et de la vie collective en institution doivent faire l'objet d'une analyse par les professionnels tout comme connaître davantage les habitudes de vie des personnes vieillissantes précaires pour permettre in fine qu'elles se sentent davantage concernées.

Le CVS a été créé en 2011. Forme de gouvernance, répondant à un idéal de participation à la vie de l'établissement, dans les faits la réalité est différente. Seuls huit membres participent et la personnalité prépondérante du président tend à réduire le débat. Les problèmes soulevés sont toujours les mêmes (les repas, la sécurité), mais peu de solutions peuvent être données par le peu de marge de manœuvre financière. La non-présence des familles renforce cette difficile participation des résidents à la vie sociale puisqu'il n'y a pas cette intervention et ce regard extérieur nécessaire à l'amélioration de certaines prestations et permettant de répondre aux exigences des familles.

2.3 Des pratiques professionnelles peu adaptées à l'individualisation de l'accompagnement des résidents

⁴⁰ ANESM, qualité de vie en EHPAD, la vie sociale des résidents en EHPAD, page 12
p. 32 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Le manque d'individualisation de l'accompagnement s'expliquent par plusieurs facteurs du point de vue des ressources humaines : les équipes sont historiquement cloisonnées (2.3.1) avec une logique de soin qui l'emporte sur une logique de vie (2.3.2) dont le phénomène est davantage renforcé par le rattachement au Centre Hospitalier (2.3.3).

2.3.1 Des équipes historiquement cloisonnées

L'établissement possède un héritage historique assez fort, qui explique encore aujourd'hui beaucoup de logique et de conception du travail, mettant la culture soignante au premier plan par rapport aux autres cultures professionnelles.

Pendant dix années avant le changement de Direction en 2011, l'ancienne Direction n'avait pas autorité sur l'équipe d'aides-soignants, composée de 50 Equivalent Temps-Plein (ETP). La gestion de cette équipe relevait de la Directrice des Soins, rattachée au Centre Hospitalier. Ainsi la Direction en place à l'époque ne concentrait principalement son autorité sur les équipes administratives et sur les équipes des Agents des Services Hospitaliers (ASH). Cette gestion a perduré pendant des années et c'est ainsi que l'institution a favorisé la création de cloisonnement entre les équipes soignantes et le reste des autres professionnels. Les deux cadres de proximité de l'époque concentraient leur travail sur la gestion de l'équipe soignante, au détriment des autres professionnels aussi très nombreux et aux compétences et qualification très variées, pour répondre aux nouveaux besoins des résidents. Le recrutement d'Aide Médico-Psychologique en est un exemple concret.

De plus, l'établissement possède une importante équipe d'ASH (une soixantaine) divisée en une équipe hôtellerie, une équipe logistique (étant donné la taille de l'établissement) et une équipe de ménage. Il y a aussi une équipe bien-être avec une coiffeuse et une socio-esthéticienne à temps plein et une équipe de rééducation. Deux médecins assurent une consultation médicale à temps plein. Les animateurs et assistants sociaux ont des postes transversaux et peuvent plus facilement travailler avec les autres professionnels.

Ces différents professionnels intervenant dans une même structure avec des logiques propres ont pu aboutir à une certaine juxtaposition, voire à un cloisonnement des équipes en fonctionnant par service, par étage ou par secteur. Chacune des catégories professionnelles possède sa logique et sa culture et va mettre en œuvre les réponses qui lui semblent les

plus pertinentes pour mieux satisfaire les besoins qu'elle perçoit. D'autres catégories n'ont comme qualification que celles qu'elles acquièrent avec l'expérience, s'appuyant sur leurs ressources et valeurs personnelles pour réagir et s'adapter aux difficultés rencontrées. Les approches des personnes âgées, de la précarité, des soins, l'accompagnement, l'animation peuvent franchement s'opposer.

Le peu de temps et d'échange collectifs entre tous les corps professionnels participent à ces cloisonnements. Pour reprendre les paroles d'une AMP, Madame K « *Nous ne sommes pas tous pareils, chacun répond aux besoins de la personne comme il le juge bien* ».

2.3.2 Une logique de soin qui l'emporte sur une logique de vie

Même s'il est largement admis que l'EHPAD est un lieu de vie, le soin l'emporte la plupart du temps, et à l'EHPAD du CASH d'autant plus qu'il est rattaché à un centre hospitalier. Ces logiques se fondent sur des impératifs d'hygiène et de propreté, de sécurité mettant en avant la survie d'un corps qui doit être nourri, protégé. La personne doit « être propre » et le devoir du professionnel s'arrête là. Il a effectué ce qui est attendu comme étant le plus indispensable eu égard parfois aux rythmes et envies des personnes. D'où la déroute de certains professionnels quand le soin, la prise de médicament, de traitement sont refusés.

Comme évoqué précédemment, l'organisation dans l'établissement qui prédomine est celle soignante. Ainsi l'établissement est rythmé par les soins du matin, du milieu d'après-midi et du soir. Les professionnels sont vêtus de blouse blanche, non sans rappeler le monde hospitalier. Une certaine conception de ce lieu prédomine qu'il s'agit d'un accueil non pas des résidents âgés mais des personnes malades. Le risque de cette culture soignante est, selon A. Villez⁴¹, d'apporter une réponse seulement aux besoins uniquement somatiques centrés sur l'accomplissement des actes de la vie quotidienne en omettant de prendre en considération la personne dans sa globalité. Le déficit de culture gérontologique explique ces comportements. Il s'agit de considérer l'individu âgé et le phénomène de vieillissement dans sa globalité à travers l'étude des comportements physiologiques, biologiques, sociaux et économique⁴².

De plus, le temps de travail des infirmiers et des aides-soignants est récemment passé aux douze heures par jour au lieu des sept heures trente hebdomadaire, identique au temps de

⁴¹ A.Ville, Conduire le changement en gérontologie, Principes, Méthodes et Cas pratiques, 2009.

⁴² D'après la définition du Larousse

p. 34 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

travail à l'hôpital. Ce passage récent avait été accordé par la Direction Générale, suite à des demandes pressantes des professionnels soignants qui gagnent en journée de repos. Ainsi ils travaillent deux jours de suite et bénéficient de trois jours de congés. Cette organisation fait débat car risque de favoriser la vie privée du professionnel au détriment du bien-être des résidents et de la continuité de l'accompagnement. Dans le cas où le professionnel est absent trois jours, le résident va s'habituer à la présence d'un soignant, les échanges et la confiance vont naître. Or ce professionnel va ensuite s'absenter deux jours. Si un projet d'accompagnement se met en place nécessitant du temps et de la présence, alors il risque davantage de ne pas fonctionner. Ce phénomène est très vrai à l'EHPAD du CASH. Les résidents étant beaucoup dans la méfiance de l'institution et dans le refus de soin, la présence continue de professionnels et de certains qui s'occupent systématiquement des résidents difficiles sont des méthodes particulièrement plébiscitées qui ont fait leur preuve. Le travail en douze heures, malgré certains avantages indéniables ne permet pas d'assurer une continuité dans l'accompagnement. Il interroge aussi, comme le montre le récent colloque de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS), sur les risques potentiellement plus importants d'épuisement professionnel voire de *burn-out* des professionnels travaillant sur une longue période en douze heures⁴³.

2.3.3. Un établissement ancré dans un Centre Hospitalier

Le rattachement à un Centre Hospitalier renforce la prédominance de la culture sanitaire. A l'échelle du Centre Hospitalier, l'EHPAD occupe une petite place, non pas en termes de lits, mais en termes de budget et de personnel présent. L'hôpital a un budget de 96 millions d'euros contre 11 millions pour l'EHPAD avec 800 professionnels qui travaillent dans les différents services de soins. Le CASH de Nanterre est sous contrainte financière très forte avec un déficit pour 2013 de 12 millions d'euros (hors déficit de l'EHPAD). Le budget est en Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD) et l'Agence Régionale de Santé est très présente dans la gestion financière du CASH.

⁴³ A ce sujet, selon un responsable de la CFDT santé-sociaux dans le Morbihan, à moyen terme, les dangers pour la santé sont flagrants : « les risques de maladies cardio-vasculaires augmentent de 64 %.
Document disponible sur
http://www.adrhess.fr/ckfinder/userfiles/documents/ARTICLE_COURT_ADRHESS_vf.pdf
p. 35 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Ainsi la Direction Générale du CASH est soumise à des contraintes en termes stratégiques et financières très fortes, renforcée par la concurrence des hôpitaux voisins de l'AP-HP, reléguant parfois la politique médico-sociale du CASH au second plan.

En termes de ressources humaines, la priorité est donnée au secteur sanitaire, plus attractif pour les professionnels, intéressés pour réaliser des actes techniques dans des services aigus plutôt que des actes dans les services de l'EHPAD.

La Direction des Ressources Humaines a récemment mis en place un espace d'accompagnement et de mobilité professionnelle (EAMP) permettant de favoriser les mouvements entre tous les services du CASH. Ainsi, l'EHPAD a récemment constaté le départ de plusieurs professionnels qui souhaitaient intégrer des services plus aigus, mais a aussi vu l'arrivée de professionnels très marqués par une culture sanitaire venant d'avoir passé dix ans au bloc opératoire ou en service de réanimation.

Ces professionnels sont très éloignés de la culture du lieu de vie, lieu de vie sociale et d'animation et ne connaissent pas toujours les particularités du public accueilli à l'EHPAD. Deux jeunes professionnels aides-soignants ont témoigné avoir peur de perdre leur acquis techniques en travaillant à l'EHPAD car les actes sont différents. Une jeune infirmière, Madame M témoigne de la même appréhension et dit vouloir « *gagner en expérience pendant deux années pour ensuite aller dans un service aigu* ».

Les mouvements du personnel sont très importants à l'EHPAD avec un *turn-over* très élevé. Le taux d'absentéisme est aussi très fort, avec pour le mois de mars 2014, un taux proche des 16% contre moins de 10% à l'échelle du CASH.

Le fait d'être rattaché à un Centre Hospitalier constitue donc une forme d'obstacle à la fidélisation des professionnels et à la mise en place de projet d'accompagnement qualitatif sur le long terme. L'enjeu pour la Direction de l'EHPAD est donc de taille face à tous ces constats. Maintenir les équipes en place et les intéresser au secteur de la gériatrie nécessitent la mise en place de nombreux projets permettant de se projeter dans l'avenir et de mobiliser toutes les équipes autour du résident. C'est la prétention de la Direction avec la mise en place du projet individualité à l'EHPAD, dont la réussite se mesurera sur la capacité à s'appuyer sur les leviers et personnes ressources prêtes à se mobiliser.

3 Les leviers du Directeur pour impulser une dynamique de changement par le déploiement du projet personnalisé

Condition du succès du projet et d'amélioration de la qualité de l'accompagnement, le projet personnalisé doit être adapté aux modes de vie et aux aspirations des résidents de l'EHPAD du CASH (3.1), tout en réorganisant la structure et susciter la démarche de changement de pratiques professionnelles (3.2). La reconnaissance des spécificités du travail à l'EHPAD et une diversification des activités sont aussi des actions pour enraciner l'établissement dans son territoire (3.3).

3.1 Adapter le projet personnalisé aux attentes et modes de vie des résidents

L'adaptation du projet personnalisé aux résidents aux parcours de vie chaotique suppose de respecter les habitudes de vie antérieure et de composer avec les addictions (3.1.1) tout en proposant des objectifs d'accompagnement réalistes prenant réellement en compte leur goût et leur attentes (3.1.2) et des projets où ils sont valorisés et moteurs (3.1.3).

3.1.1 Respecter les habitudes de vie antérieure et composer avec les addictions

Comme évoqué dans la partie sur le profil des résidents de l'EHPAD page 13, sur 230 résidents, 142 présentent des troubles alcooliques et consomment de l'alcool tous les jours. L'alcool fait partie intégrante de la vie de la majorité des résidents « *Ici, d'après la cadre supérieure, il y a beaucoup de consommation, voire du trafic. On dirait que c'est un remède à l'ennui* ».

L'EHPAD du CASH est le seul établissement dans le département à accepter d'accueillir des résidents qui n'ont pas rompu avec l'alcool. D'après Patrick Declerck⁴⁴, ethnographe et anthropologue, spécialiste des populations en errance « *la toile de fond est l'alcool. Les clochards dans leur immense majorité sont alcooliques* ». Pour une autre spécialiste, Sylvie Quesemand Zucca⁴⁵ : « [...] *l'alcool m'apparaît souvent comme un personnage ou un metteur en scène invisible. [...] l'alcool instauré comme un mode de vie et compagnon obligé de la rue* ».

L'institution pose clairement dans son règlement de fonctionnement l'interdiction de l'alcool, en dehors de 25 ml de vin lors des deux repas. Cette interdiction est transgressée au quotidien et crée un climat de défiance entre les professionnels, à la recherche des bouteilles cachées et une forme d'infantilisation des résidents, quand ces derniers sont pris sur le fait.

En se référant à la loi de 2002-2, on constate une injonction paradoxale puisqu'il s'agit de « *de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes. Une prise en charge et un accompagnement individualisé [...] adaptés à son âge et à ses besoins*⁴⁶ ». L'enjeu pour la Direction, en lien avec les équipes est de trouver un juste équilibre entre le devoir de protéger celui qui boit (risques de chutes, risques cardio-vasculaires) et celui qui ne boit pas (de la violence générée) et laisser le résident décider pour lui dans une perspective de maintien de l'autonomie.

La perspective sécuritaire ne fonctionne pas et ne permet pas de lutter contre les trafics, au contraire elle les accentue. Une des solutions envisageable, en se référant à des spécialistes (présence de médecins alcoologues, et d'un centre de lutte contre les addictions au sein du CASH) et en créant un espace éthique pour accompagner l'action, serait d'intégrer davantage les addictions (l'alcool et le tabac) dans l'accompagnement personnalisé. Il pourrait s'agir, d'expérimenter sur un petit nombre de résidents qui auraient un accompagnement renforcé par les professionnels (médecin, psychologue et soignants) la consommation d'alcool en dehors des heures de repas. Par exemple, il pourrait figurer dans le projet personnalisé qu'un résident, Monsieur X, aime à prendre un verre de vin le matin à 10h et accepte en échange de faire sa toilette. Un contrat de consommation négocié et contrôlé pourrait être ainsi mis en place et figurer dans le projet personnalisé.

⁴⁴ Declerck Patrick, *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Plon, 2002.

⁴⁵ Quesmand-Zucca Sylvie, *Intervenir en milieu de grande précarité*, dans *Journal des Psychologues*, 2013

⁴⁶ Article 1 de la loi de 2002-2

Cette préconisation vient suite à huit mois d'observation et de discussion avec les professionnels de l'EHPAD qui estiment que la consommation d'alcool, pour ceux qui ne souhaitent pas suivre une cure, ne diminuent pas voire, augmentent une fois entré à l'EHPAD. Il semblerait que l'interdiction actuelle ait atteint ses limites. Face aux parcours de vie des résidents et aux comportements de consommation actuels, l'institution devrait, plus que réduire les risques de consommation (qu'elle fait déjà) accompagner certains résidents dans le « bien boire » permettant ainsi à terme de limiter les comportements violents et transgressifs qui sévissent actuellement.

3.1.2 Proposer des objectifs d'accompagnement réalistes en phase avec les envies et goûts des résidents

L'observation des habitudes de vie des résidents et les remarques au quotidien prouvent qu'à l'instar de leur vie précédemment menée, les résidents cherchent à sortir de l'EHPAD, à aller à l'extérieur. Monsieur R, après lui avoir demandé où il allait de façon informelle « *Je sors, je suis pas en prison non ?* ».

Cette remarque et la notion d'enfermement revient très souvent dans le vocabulaire des résidents. Ils veulent sortir à l'extérieur et qu'on les laisse « tranquilles ». Ainsi le projet personnalisé permet de cibler les résidents qui aiment sortir mais qui ne sont pas assez autonomes pour le faire. A titre d'exemple, un objectif d'accompagnement simple et répondant aux attentes d'un résident serait de l'accompagner deux fois par semaine à l'extérieur, acheter un paquet de cigarettes par exemple.

Comme l'a dit la cadre supérieure de l'EHPAD, on dirait que l'alcool est un remède contre l'ennui. Cette notion d'ennui est très prégnante à l'EHPAD et est complexe à appréhender puisque les résidents refusent de participer aux animations proposées. Ce qui paraît fonctionner et permet de favoriser le lien entre les résidents est le temps des repas. Les résidents attendent avec impatience l'heure du repas et sont souvent dès 10h le matin devant l'entrée de la salle de restauration.

La salle actuelle concentre les 230 résidents dans un même espace. La réorganiser en créant des espaces d'intimité par le biais de cloustras semblent la solution la plus simple et la plus efficace. Par ailleurs, les repas actuels ont tendance à durer entre 35 et 40 minutes. Certains résidents se plaignent de manger « au lance pierre ». Ainsi augmenter la plage

horaire en permettant aux résidents de venir quand ils le souhaitent tout en prenant leur temps et une solution préconisée. Par ailleurs, les repas dits à thème tout comme les initiatives autour du repas sont toujours saluées. Ainsi les « repas casse-croute » ou les barbecues sont des succès. Le projet personnalisé permet de formaliser ces envies particulières des résidents autour des repas.

Le Directeur, en lien avec l'équipe, aura un rôle particulier dans cette perspective, en donnant la possibilité de mener des activités autour des repas et des thèmes associés. Ces activités permettent de créer du lien entre les résidents⁴⁷, favoriser la convivialité, le partage des goûts et in fine apaiser les tensions.

Toujours dans une perspective d'objectifs d'accompagnement réalistes, le projet personnalisé peut formaliser l'organisation de repas par les résidents volontaires plusieurs fois par mois.

On constate donc que les résidents peuvent avoir, quand les sujets les intéressent envie de participer malgré leur apparent refus de participer aux activités.

3.1.3 Proposer des projets où les résidents sont moteurs

Il est à noter que la culture de l'écrit ne fonctionne pas très bien avec les résidents. Les notes affichées dans les couloirs, les écrits formalisés n'interpellent pas les résidents. D'après l'animatrice, « *ils n'aiment pas lire* ». De plus, on remarque, comme cela a été évoqué page 29, que le CVS n'est pas très actif, animé toujours par les mêmes personnes et que les résidents, hors CVS, n'ont pas l'habitude de prendre la parole. Il semblerait, face à ces constats, qu'il faille orienter la participation des résidents d'une autre façon. Selon les recommandations de l'ANESM, il est préconisé de « *développer d'autres formes de participation collective formelle*⁴⁸ » mais sans avoir un cadre trop formel.

Ainsi, face à ces caractéristiques, la Direction, en lien avec les équipes doit mobiliser les résidents, en sortant du cadre traditionnel des réunions d'expression et CVS, mais en proposant des projets où ces derniers sont acteurs à part entière quand ils le souhaitent. En

⁴⁷ Selon l'ANESM, il s'agit « d'optimiser la mise en relation dans le cadre des activités collectives d'animation sociale et faciliter les rencontres », qualité de vie en EHPAD (volet 3)- La vie sociale des résidents en EHPAD, p. 14.

⁴⁸ Selon l'ANESM, qualité de vie en EHPAD (volet 3)- La vie sociale des résidents en EHPAD, p. 14.

lien avec leur parcours chaotique, beaucoup de résidents souffrent de l'inactivité et d'un sentiment d'inutilité sociale. Un des projets mené à l'EHPAD pendant la période de mon stage a été celui de décorer une salle de repos. La Direction a nommé « *chef de projet* » une résidente âgée de 60 ans très active. Cette dernière l'a répété à plusieurs reprises « *j'ai été nommée chef de projet dites donc* ». Un autre résident, responsable des espaces verts de l'EHPAD et est épanoui dans son activité. « *Ici c'est mon jardin* », dit Monsieur A lors d'un entretien sur le projet personnalisé, « *moi c'est ça qui me plait ici* ». Ces deux délégations d'activités et responsabilisation des résidents, quand cela est possible, ont montré leur succès.

Ainsi, pour répondre à la difficulté de construire un projet pour des résidents éloignés de cette notion, pour les intéresser et les sortir de l'ennui, leur proposer des activités où ces derniers sont moteurs et valorisés semble être une solution préconisée.

La définition des activités à mener à l'EHPAD pourrait faire l'objet de discussion en associant les résidents et les professionnels, en les positionnant au même niveau et en cassant le sentiment de hiérarchie qui est très fort (et renforcé par le port de la blouse blanche par le personnel).

Un temps pourrait être dédié aux activités de type jardinage, cuisine, décoration, où chaque résident pourrait participer à un de ces groupes, défini lors de l'admission et formalisé dans le projet personnalisé. Les professionnels sortiraient de leur étiquette associée « d'Aide-Soignant » « d'ASH », pour participer une fois par mois par exemple, à une activité collective, mené de front par les résidents volontaires.

3.2 Réorganiser la structure et susciter la démarche de changement des pratiques

Si une adaptation du projet personnalisé en lien étroit avec les habitudes de vie des résidents semble indiscutable, pour que cet objectif voie le jour, la direction doit impulser une de réorganisation en petites unités de vie (3.2.1) et associer tous les professionnels à la démarche de projet (3.2.2) et valoriser les professionnels autour de la spécificité du travail effectué dans cet EHPAD à vocation sociale (3.2.3).

3.2.1 Réorganiser la structure en petites unités de vie

Pour mener à bien l'ambition d'individualiser au maximum l'accompagnement des résidents, l'organisation de la structure doit évoluer. Comme le souligne J.M Miramon, D. Couet, et J.B Paturet « *Fer de lance de toute prise en charge efficace, l'organisation au sens d'acte organisateur, est essentielle au bon fonctionnement d'un établissement* ⁴⁹ ». Force est de constater que l'organisation actuelle pose problème et est trop globale : au moindre changement, à la moindre mise en place d'activités, il faut penser au nombre (230) résidents impliqués par ces changements et aux nombreux professionnels qui gravitent autour.

Par mesure de simplification, pour favoriser davantage l'intimité, la connaissance mutuelle des résidents et pour apaiser les tensions générées par le grand nombre de résidents, une sectorisation en petites unités de vie doit être mise en place.

Cette sectorisation pourrait être pensée de la façon suivante : en répartissant de façon mixte les résidents, entre les plus dépendants et les moins dépendants et avec certains résidents alcoolisés et d'autres moins, les secteurs ne devraient pas dépasser une vingtaine de chambres. Le principe de la mixité des résidents est retenu car il permet de composer des secteurs avec des charges de travail équivalentes pour le personnel qui y travaille. De plus il permet d'éviter la stigmatisation des résidents, tous concentrés pour les plus dépendants par exemple, dans une seule unité géographique.

Organisés en suivant l'architecture de l'établissement, chaque secteur fonctionnerait avec une certaine autonomie, de façon à créer des « mini structures démocratiques » où résidents et professionnels pourraient échanger à travers des temps dédiés. Des réunions de secteur pourraient remplacer le format des réunions de transmissions, trop longue et réunissant tous les professionnels en même temps.

Des référents de secteur, composés de binôme de différents corps professionnels (aides-soignants / infirmiers et / ou d'AMP/ infirmiers, Aides-Soignants/ASH) pourraient coordonner l'organisation des soins et les temps collectifs (animation/repas) en lien avec les autres

⁴⁹ J.M Miramon, D. Couet, et J.B Paturet, le métier de Directeur, techniques et fiction, éditions ENSP, Rennes, 2001.

référents des autres secteurs. Les professionnels pourraient être affectés sur une unité selon leur connaissance plus ou moins approfondie des résidents et leur degré de complicité. Par ailleurs, une analyse fine des horaires des professionnels pour éviter les fonctionnements abusifs actuels (tous les soins le matin très tôt), les repas à 18h permettrait de lisser les tâches sur la journée. Le travail en 12h, même s'il suscite débat serait maintenu car permettant d'accorder le temps nécessaire sur une journée à l'accompagnement des résidents.

Les trois cadres travaillant à l'EHPAD veilleraient au bon fonctionnement des secteurs et travailleraient à maximiser la délégation de tâches aux référents, tout en veillant à la bonne organisation des soins, des prises de médicaments...

Par ailleurs, un travail en amont doit être mené avec le résident lors de l'admission : on constate que dans la majorité des cas, l'entrée en institution est subie (même si les résidents ont consenti, faute de choix) et est justifiée par l'âge des résidents (60 ans). Ce glissement de statut « du précaire » « du vagabond à la rue » au « vieux » est souvent mal vécu et l'entrée en institution risque d'entraîner une décompensation. Pour éviter une nouvelle rupture pour les résidents, repenser l'admission à l'EHPAD semble être nécessaire. L'un des leviers serait que les professionnels de l'EHPAD aillent vers les futurs résidents en les visitant dans leur hébergement, leurs abris, voire à la rue. Ensuite les futurs résidents pourraient venir visiter l'EHPAD. Une rencontre avec le Directeur pourrait se faire à ce moment précis pour expliquer le fonctionnement de la structure. L'admission pourrait se faire par étape : un repas, une animation, une nuit, en respectant le rythme de chaque résident. Plusieurs entretiens avec les assistantes sociales pourraient être prévus, notamment pour expliquer le fonctionnement de l'aide sociale et veiller à ce que les résidents comprennent la notion de « reste à vivre ». Les entretiens préalables à l'admission pourraient être l'occasion de commencer le projet personnalisé en collectant les envies des résidents et l'unité dans laquelle ils souhaiteraient vivre.

3.2.2 Associer tous les professionnels à la démarche du projet personnalisé

Une fois la nouvelle organisation posée, claire, nécessaire pour structurer l'institution, le changement durable des pratiques ne peut être mené que par la personnalité d'un directeur : à travers les mesures qu'il prend, le directeur n'offre que des opportunités de

changements. Pour qu'elles produisent des effets, il faut que les acteurs les concrétisent dans de nouvelles conduites⁵⁰. La notion de résistance aux changements est très palpable à l'EHPAD du CASH puisque la démarche de sectorisation a déjà commencé et suscite de vives critiques. Il faut laisser le temps aux acteurs d'appréhender la nouvelle donne et accepter les premiers changements⁵¹. Le détournement du changement, la résistance doivent être interprétée comme « *porteuse d'indications précieuses sur la réalité du champ dont on cherche à transformer la structuration* »⁵². Plutôt qu'une application passive et mécanique des nouvelles organisations du travail, le détournement indique que les acteurs entre dans le jeu.

L'une des conditions pour que les pratiques professionnelles évoluent dans le sens d'un accompagnement plus personnalisé est l'association de tous les acteurs à la démarche. Le rôle du directeur est d'identifier les motivations sur lesquelles agir (au-delà du gain salarial très contraint dans le secteur médico-social), elles sont de l'ordre du climat social et de la motivation à effectuer un travail de qualité. S'appuyer sur les personnes ressources, moteurs et connaissant les interactions avec les autres professionnels permettent une adhésion au projet personnalisé. Ainsi, face à un nombre de professionnels très élevé comme à l'EHPAD du CASH, il paraît impossible que tous les acteurs se mobilisent en même temps et prennent part au projet au même rythme. Il est apparu que certains Aides-Soignants et AMP étaient moteurs dans les réunions projets et toujours volontaires pour participer. Ces professionnels ont donc été considérés comme ressources pour faire passer de façon descendante l'information tout comme la pertinence du projet. Valorisés et utilisant leur identité professionnelle (langage, code), l'information a pu être passée et portée à la connaissance de chacun.

De plus, le rôle du cadre a été primordial pour le lancement du projet : proche des équipes, il est juge pour confier des responsabilités aux acteurs de terrain, en leur donnant une autonomie dans les prises de décisions relevant de l'accompagnement des résidents. Par exemple, le cadre a confié à deux binômes volontaires l'amorce du plan d'accompagnement d'un résident bien connu. Ces derniers, seuls, ont su faire preuve d'initiative pour proposer des objectifs d'accompagnement. Les binômes sont ensuite venus présenter le résultat du travail en réunion projet en présence de la Direction. Le dynamisme et l'initiative ont été

⁵⁰ Dubreuil Bertrand, *Le travail de directeur en ESMS*, Dunod, 2013, p. 86.

⁵¹ Ibid

⁵² Erhard Friedberg, *le pouvoir et la règle*, Seuil, Paris 1997, p.329

p. 44 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

salués, valorisant les binômes, donnant du sens à leur travail. Cette délégation et confiance du cadre va permettre aux binômes de poursuivre le travail en autonomie tout en nommant d'autres référents de projets personnalisés. Une culture de l'accompagnement individualisé a commencé à naître, et bien qu'il faille du temps pour un déploiement du projet pour l'ensemble des 230 résidents, la dynamique est née.

Cette expérience prouve que la délégation de responsabilité autour du principe de subsidiarité ⁵³en privilégiant la prise de décisions au niveau des personnes directement concernées facilite l'appropriation du projet par ces mêmes personnes et garantit une part du succès du projet.

3.2.3 Une reconnaissance nécessaire des spécificités du travail à l'EHPAD

Si une valorisation du travail peut se faire en interne, par des interactions entre équipe d'encadrement et Direction de l'EHPAD, il semble important de reconnaître les spécificités du travail en gériatrie et la double compétence développée.

Dans une perspective d'attirer davantage les professionnels et les compétences à l'EHPAD et pour casser l'image négative associée, un travail de collaboration a commencé à être entamé pour attirer les professionnels à l'EHPAD entre la Direction de l'EHPAD et celle des Ressources Humaines. L'un des axes de ce travail passe par la mise en place prévue pour 2015 de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPMC). Cette démarche globale vise à s'adapter à la permanence des changements et à les accompagner, tout en autonomisant les équipes (idéal pour la motivation) et suppose que l'organisation facilite l'évolution des compétences. Dans cette perspective, il devient plus facile de penser les compétences en termes de personnels et non plus forcément en termes de grade et titre. La vision prospective de la GPMC permet à la Direction de l'EHPAD d'avoir une cartographie des métiers de l'EHPAD et penser en termes de besoins en ressources humaines pour l'avenir.

Ainsi la GPMC est un outil pour valoriser le « métier à l'EHPAD » et peut s'accompagner de formations pour le personnel nouvellement arrivée à l'EHPAD et qui est souvent désarmé face aux troubles du comportement des résidents. Des formations spécifiques sur la gestion

⁵³ Dubreuil Bertrand, *Le travail de directeur en ESMS*, Dunod, 2013, p. 156.

des troubles alcooliques et sur l'accompagnement dans le « bien-boire » pourraient faire l'objet d'un axe du plan de formation collectif, au-delà des demandes de formation individuelle. La formation continue est véritable levier dans la mise en place du projet personnalisé car il permet aux professionnels de mettre en perspective ce qui est expérimenté sur le terrain avec des apports théoriques des formateurs expérimentés. Des formations pour mieux connaître le travail en gériatrie est nécessaire pour permettre aux professionnels d'acquérir au maximum cette culture professionnelle, nécessaire pour l'accompagnement individualisé et la meilleure détection des envies et besoins des personnes âgées. D'autres outils peuvent être mobilisés pour la mise en place du projet personnalisé d'accompagnement : les fiches de postes et les entretiens annuels de fin d'année permettent de formaliser les compétences et valoriser les professionnels qui ont mis en place le projet et s'inscrivent dans la dynamique. Ces outils permettent de faire le diagnostic sur les compétences acquises et sur les axes d'améliorations, leviers pour les cadres et la Direction pour atteindre l'objectif d'un meilleur accompagnement des résidents.

En plus des formations, il serait préconisé d'intensifier les séances d'analyses de pratiques qui permettent aux professionnels de réfléchir ensemble aux difficultés rencontrées dans leur accompagnement et de prendre du recul sur certaines situations générant des tensions (nombreuses à l'EHPAD, notamment les altercations avec des résidents sous l'emprise de l'alcool). Par ailleurs, un meilleur accompagnement en termes de mobilité professionnelle est une solution pour éviter les risques de *burnout*, de maladies professionnelles et d'accidents impactant le travail et la qualité de l'accompagnement des résidents. Même si la cellule d'accompagnement et de mobilité professionnelle (voir page 33) a été mise en place, sa montée en charge est lente du fait du nombre de professionnels au CASH (1200 ETP). La moyenne d'âge à l'EHPAD est de 47 ans et 15% des professionnels ont des restrictions de port de charge. Un travail de prévention des risques professionnels est un axe de la politique en ressources humaines qui doit être développé pour éviter les situations de crise et permettre aux professionnels lassés du travail difficile à l'EHPAD de bénéficier d'une mobilité.

L'essentiel de ces axes passant par une politique de ressources humaines fortes et dynamiques, permettent de valoriser les compétences spécifiques du personnel de l'EHPAD. Pour se faire, une bonne communication institutionnelle doit se faire au sein de l'EHPAD, pour que les professionnels soient avertis des possibilités de formation, de mutation et d'évolutions.

3.3 Ancrer l'établissement sur son territoire et avoir un projet de long terme

Si le projet personnalisé dépend de la mobilisation des professionnels, les leviers sont aussi la reconnaissance du travail spécifique menée à l'extérieur (3.3.1) pour que l'EHPAD devienne dans le paysage institutionnel de l'accompagnement des grands précaires un acteur incontournable. Réfléchir à la diversification d'une partie des activités de l'EHPAD avec un objectif clair dans les cinq prochaines années sont aussi des objectifs incontournables (3.3.2). Mon point de vue serait d'innover dans la création d'activités innovantes d'accueil de grands exclus (3.3.3).

3.3.1 La reconnaissance du travail spécifique de l'EHPAD à l'extérieur

La spécificité de l'accompagnement à l'EHPAD du CASH de Nanterre nécessite d'être reconnu à l'intérieur (voir partie précédente) mais aussi à l'extérieur. Ainsi, depuis deux années, et suite aux conclusions de l'évaluation interne, un travail de communication externe a été engagé. Deux portes – ouvertes se sont tenus en 2013 et 2014 avec pour objectif de faire valoir le travail du personnel et prouver que malgré la mauvaise image et les difficultés associées à l'EHPAD, du travail de qualité se faisait. Ce travail de communication porte ses fruits puisque des partenaires venant de la Croix-Rouge du département, du Samu Social, des médecins gériatres se sont déplacés lors de ces journées.

Par ailleurs un partenariat avec un EHPAD de Marseille, accueillant les mêmes populations a commencé à se nouer et une table ronde s'est tenue pour débattre des spécificités de l'accompagnement de ce public. Des liens ont été établis avec l'antenne de l'association des petits frères des Pauvres, spécialisée aussi dans l'accueil de ce public. L'idée de ces partenariats est de constituer un réseau et des échanges de pratiques professionnelles sur l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes. Cette question devenant de plus en plus d'actualité, les pouvoirs publics pourraient être interpellés et feront appel aux promoteurs d'accompagnement de qualité et innovant. A ce titre, l'EHPAD du CASH de Nanterre a une plus-value à faire valoir.

La reconnaissance des spécificités de l'accompagnement passe aussi par l'accueil de stagiaires et de bénévoles qui ont une influence sur l'extérieur. Ainsi l'EHPAD du CASH a su développer un partenariat fort avec des écoles de formations des travailleurs sociaux et des psychologues permettant à des jeunes de venir faire leurs premières expériences professionnelles à l'EHPAD. Ainsi une étudiante en psychologie en stage raconte « *au début j'étais intimidée par ce public et finalement je l'apprécie beaucoup et j'aimerais travailler avec eux plus tard* ». La psychologue de l'EHPAD est son tuteur et l'accompagne dans sa formation. Cet accueil permet de faire naître des vocations et participe à casser l'image négative associée à ce public. Des élèves aides-soignants viennent aussi en formation à l'EHPAD et une procédure d'accueil est formalisée dans un document à destination des nouveaux professionnels. Par ailleurs, un partenariat est en cours de constitution avec l'IFSI de Nanterre pour attirer les jeunes professionnels infirmiers, encore très peu nombreux à être attirés par les métiers de la gériatrie. La présence de bénévoles est indispensable pour rompre la solitude et l'isolement de certains résidents. Les bénévoles, dont certains de l'association des petits frères des Pauvres interviennent depuis longtemps à l'EHPAD et connaissent très bien certains résidents. Ils participent de façon informelle au projet personnalisé. Ce sont des acteurs à part entière qui doivent nécessairement être pris en compte dans la personnalisation de l'accompagnement en favorisant les rencontres entre des résidents demandeurs et des bénévoles disponibles. Il est préconisé, face à la solitude des résidents notamment le weekend, de renforcer le partenariat avec les associations de bénévoles. Ces derniers ont quant à eux une prise sur l'extérieur et peuvent, en parlant de leur expérience de bénévoles, participer à la reconnaissance des spécificités de la structure et l'aider à devenir davantage attractive à l'extérieur.

Enfin la reconnaissance passe par un ancrage plus important dans les réseaux locaux de gérontologie. De façon informelle, des échanges de pratiques se déroulent plusieurs fois par an entre les Directeurs du 92. Sinon, l'EHPAD du CASH tend à être isolé. Il collabore peu avec le CLIC, ni les coordinations gérontologiques du territoire. Par ailleurs, il n'est pas mentionné dans le schéma départemental des personnes âgées des Hauts de Seine la question de la prise en charge des précaires vieillissants. Les projets à venir (projet d'un Accueil de Jour) vont nécessiter le rapprochement avec le CLIC, avec les associations locales pour personnes âgées, avec la consultation mémoire de l'Hôpital voisin, Louis Mourier et permettre à l'EHPAD d'être davantage connu.

3.3.2 Réfléchir à la diversification des activités

Malgré de nombreux leviers pour améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, l'EHPAD est dans une situation délicate vis-à-vis des élus locaux qui parfois remettent en question la tradition d'accueil de grands exclus vieillissants à Nanterre.

Il est donc nécessaire de réfléchir à une diversification des activités pour abaisser les tensions tout comme permettre à l'EHPAD de se projeter dans un avenir plus certain. En effet, les projets et les ambitions d'améliorations sont nombreux. Cependant, l'accueil d'autant de résidents aux parcours de vie chaotique sur un même espace nécessite une réflexion de long terme sur la pérennité de telles activités. Ainsi plusieurs rencontres avec l'ARS d'Ile-de-France ont eu lieu et engagent la réflexion sur l'opportunité de transférer des activités d'USLD de l'hôpital Louis Mourier à l'EHPAD du CASH. Le projet serait de transférer une centaine de lits qui occuperaient le premier étage de l'EHPAD. Une partie des résidents de Louis Mourier serait transférée à l'EHPAD et une autre composée des résidents déjà sur place, dont certains relèvent d'une prise en charge plus lourde de type USLD.

La création d'un Accueil de Jour est vivement encouragée pour l'ARS et le dossier vient d'être déposé. Enfin la réflexion se pose, dans la perspective de diversifier les activités et donc d'accueillir un autre public âgé, de créer une unité fermée de type Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). La constitution de cette unité nécessiterait quelques travaux d'adaptation, mais l'établissement, au vu du cahier des charges de l'UHR⁵⁴, pourrait accueillir des populations souffrant de démences et autres troubles associés. Un travail de fond devrait être engagé pour faire connaître l'EHPAD et casser l'image négative associée, tout comme celle associée au CHAPSA, pour attirer des résidents de la ville. Une montée en charge pour l'Accueil de Jour serait à prévoir, avec une première année estimée à un taux d'occupation de 70% puis 80% et d'ici 3 années, 90%.

Les échanges avec l'ARS posent la question de la pertinence de constituer une filière gériatrique de territoire pour répondre aux besoins sur le bassin nanterrois, solution aussi préconisée par la Direction Générale pour apaiser les tensions avec les élus locaux. L'option de transférer une USLD à l'EHPAD serait aussi pour résorber le déficit important actuel de l'EHPAD, puisque les financements de type USLD sont plus importants.

⁵⁴ Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0123.pdf
p. 49 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

3.3.3 Diversifier en créant une structure atypique

Si le besoin de fixer un projet d'établissement (inexistant à ce jour à l'EHPAD) et un cap pour les cinq prochaines à venir, tout comme diversifier les activités traditionnelles de l'EHPAD me semblent nécessaires, la constitution d'une filière gériatrique dite « classique » ne me paraît pas la solution la plus pertinente au vu de l'historique et de la tradition d'accueil de l'EHPAD. D'après des échanges avec un Directeur d'EHPAD autonome du 92, les activités d'Accueil de Jour ne fonctionnent pas à taux plein dans le département. En prenant en compte la situation géographique de l'EHPAD (enclavée dans le CASH), la proximité géographique du CHAPSA accueillant des personnes très désocialisées à la nuitée et les résidents à l'EHPAD, il semble difficile de considérer que des familles vont laisser leurs parents à l'Accueil de Jour de l'EHPAD. Par ailleurs, la probabilité que l'USLD soit transférée à l'EHPAD du CASH est faible. Les dialogues stratégiques entre les deux directions des Centres Hospitaliers semble stagner depuis deux ans et les négociations avec l'Assistance-Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) à laquelle est rattachée le Centre Hospitalier Louis Mourier, sont lentes.

Au vu de ce contexte politique peu favorable et des options retenues comme finalement peu viables, il serait, selon mon analyse, intéressant de spécialiser encore davantage l'EHPAD du CASH dans son accompagnement de grands exclus vieillissants.

La création d'une unité de géronto-psychiatrie pourrait être une option retenue, répondant au profil de certains résidents actuels. Les expérimentations autour de l'accompagnement dans le bien-être si elles s'avéraient un succès, pourraient faire l'objet d'un déploiement plus large dans d'autres structures et l'EHPAD pourrait devenir un centre de ressource de l'accompagnement des grands exclus vieillissants.

Ces idées pourraient peut-être voir le jour selon une analyse davantage médico-sociale et de terrain proposant plusieurs autres scénarii et portées à débat. Le Directeur d'établissement médico-social doit alimenter ces hypothèses de diversification des activités tout en suivant la cohérence et la logique de la politique générale appliquée à l'échelle de l'établissement. L'enjeu est donc de trouver un juste milieu entre exigences financières et contraintes politiques et innovation, tout en s'assurant de l'accompagnement de qualité pour les résidents.

Conclusion

La mise en place du projet personnalisé d'accompagnement des personnes précaires vieillissantes à l'EHPAD du CASH est une démarche profondément humaniste qui vise à rompre avec la tradition de prise en charge des personnes dans des institutions totales⁵⁵ où les individus ne pouvaient pas exprimer leurs attentes ni leurs envies.

La société a évolué et sa conception de l'usager au cœur des préoccupations et de l'accompagnement en EHPAD fait consensus : un ensemble de droits permettent aux usagers de faire valoir leur opinion et d'être accompagné selon les moyens adaptés et dans le respect des rythmes et des habitudes de vie. La loi de 2002-2 consacre cette ambition et a permis la mise en place de démarche qualité et de remise en question du travail effectué en établissement par l'introduction de l'évaluation.

Même si il y a un réel consensus autour du projet de la loi de 2002-2, on constate que certains établissements n'ont pas encore mis en place la démarche de projet personnalisé et qu'il n'y a pas eu, de la part du législateur de réflexion menée sur la possibilité ou non de proposer un projet d'accompagnement à des résidents issus de la précarité, s'étant éloigné de la notion de projet.

Aussi, l'objectif de ce mémoire était d'analyser les adaptations nécessaires à la mise en place du projet personnalisé dans un EHPAD à vocation sociale dont les résidents ont eu un parcours de vie en contradiction avec une telle démarche.

Avant d'exposer en dernière partie les adaptations nécessaires pour permettre au projet personnalisé d'être mis en place, il était nécessaire d'explorer l'ensemble des freins expliquant pourquoi l'EHPAD de Nanterre tardait à individualiser son accompagnement. Ces freins sont de trois natures : l'image négative associée à la vieillesse dans notre société, cumulée avec celle de la précarité, des freins de nature institutionnelle avec un établissement qui n'a pas su s'adapter aux besoins des résidents et enfin des pratiques et une culture professionnelle éloignées de l'individualisation de l'accompagnement.

⁵⁵ En reprenant la théorie d'E. Goffmann

p. 51 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Ces freins permettaient de cerner l'historique de l'établissement et de comprendre les dynamiques (notamment en termes de ressources humaines) qui se jouaient au sein de l'EHPAD et de proposer des pistes pour dépasser ces freins.

Condition nécessaire pour que le projet fonctionne, le projet doit s'adapter réellement aux besoins des personnes et fixer des objectifs réalistes. Les résidents étant dans une tradition du refus de l'accompagnement, du soin, de participer aux activités collectives, le projet personnalisé doit composer avec les habitudes de vie antérieures des personnes. Une réflexion pourrait se mener sur la question de l'alcool, omniprésent dans la structure dans l'accompagnement au quotidien. De plus, le projet doit valoriser les résidents en proposant des activités où ces derniers sont moteurs, avec une collaboration horizontale avec les professionnels. Le projet pour fonctionner doit aussi obtenir l'adhésion de tous les professionnels et il est important pour la Direction de déléguer aux personnes ressources la mise en place du projet.

Enfin, les adaptations pour un accompagnement de qualité doivent résulter d'une réflexion sur la pérennité de la structure. Actuellement très grande avec une présence de 230 résidents au profil particulier, il semble nécessaire de fixer un cap avec une diversification des activités et un ancrage plus important sur l'extérieur via la constitution de réseaux et une plus étroite collaboration avec les services de gérontologie.

De façon plus globale, l'accueil de résidents aux parcours de vie ponctués de ruptures, avec des difficultés financières et nécessitant l'aide sociale, souffrant de troubles psychiatriques et d'addiction va devenir un fait social que les Directions d'Etablissement vont rencontrer.

Les personnes âgées se paupérisent de plus en plus et encore beaucoup d'établissements sont réticents à l'accueil de résidents issus de la grande précarité, par peur ou par méconnaissance des habitudes de vie de ces résidents. Aussi l'EHPAD de Nanterre, ayant une longue tradition d'accueil de ces populations et une fine connaissance de ces publics par des professionnels habitués et formés, apporterait une plus-value en communiquant davantage sur son savoir-faire. La diversification des activités de la structure est indispensable pour sa survie à terme et une réflexion pourrait se mener sur l'opportunité de créer un secteur de géronto-psychiatrie par exemple.

Face à un tel défi sur l'avenir de la structure et sur des futurs enjeux de société, la Direction de l'EHPAD devra mobiliser toutes ses compétences en termes de management pour attirer des professionnels et trouver des partenaires, financeur et opérateurs, intéressés pour

participer à la constitution d'un réseau d'accompagnement des personnes précaires vieillissantes.

Bibliographie

OUVRAGES

Ancel Pascak, Ludovic Gausso, *Alcool et Alcoolisme, Pratiques et représentations*, Harmattan, 1999.

Amyot J.-J., Ennuyer B, *100 idées reçues sur la vieillesse*, Paris, Union nationale des offices de personnes âgées, 1997.

Amyot J.-J (coord.), *La vieillesse dans tous ses états*, Revue sociologie santé, n°23, 2005.

JJ Amyot, A Villez, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Dunod, 2001.

Becker Howard Solomon, *Outsiders*, Métayer, 1985.

Casagrande Alice, *Ce que la maltraitance nous enseigne*, Dunod, 2014.

Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1995, réédition Folio-Gallimard, Paris, 2000.

Crozier M, Frieberg E, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1997.

Collière M-F, *Promouvoir la vie*, Paris, InterEditions, 1992.

Declerck Patrick, *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Plon, 2002.

Dubreuil Bertrand, *Le travail de directeur en ESSMS*, Dunod, 2013.

Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, PUF, 2008.

Ennuyer B, *les Malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 2004.

Furtos Jean, *De la précarité à l'auto-exclusion*, 2009, rue d'Ulm.

Friedberg Erhard, *Le pouvoir et la règle*, Seuil, Paris 1997

Guaquère Daniel, Hélène Cornière, *Etre Directeur en action sociale aujourd'hui, quels enjeux ?*, Esf Editeurs, 2005.

Goffman Erving, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.

Kaës Raled., *L'Institution et les institutions*, Paris, Dunod, 1987.

J.-L Héту, *Psychologie du vieillissement*, Montréal, Ed.du Méridien, 1992.

Loubat Jean-René, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, 2014, Dunod.

Maisondieu Jean, *La fabrique des exclus*, Bayard, 1997.

Mercueil Alain, *Souffrance psychique des sans-abri, vivre ou survivre*, Odile Jacob, 2013.

Miramon J.M, D. Couet, et J.B Paturet, *le métier de Directeur, techniques et fiction*, éditions ENSP, Rennes, 2001.

Paugam Serge, *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté*, Fayard, 2013.

Quesmand-Zucca Sylvie, *Intervenir en milieu de grande précarité*, dans *Journal des Psychologues*, 2013

Viard Audrey, *La loi de rénovation de l'action sociale au quotidien*, l'Harmattan, 2006

ARTICLES

Bizzini Lucio, *L'âgisme*, Fond National de Gérontologie, Gérontologie et Société, 2007.

Dalot Catherine, *Vieillir en Institution*, John Libbey Eurotext, 2005.

Lhomme J.P, *L'image du travail gérontologique*, Gérontologie n°129, 2004

Maisondieu Jean, *La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ?* Gérontologie et Société, 2002.

Sipos Irène, *Comment le directeur arrive à concilier libre-choix des résidents et contraintes institutionnelles*, Fond National de Gérontologie, Gérontologie et Société, 2009.

Villez A, *Conduire le changement en gérontologie*, Principes, Méthodes et Cas pratiques, 2009.

ARTICLES EN LIGNE

Droits des usagers des institutions sociales et médico-sociales, quels effets sur les pratiques des professionnels, CREAL Rhône Alpes, 2002, disponible sur <http://www.creai-ra.com/documents/dossier129-creai2002.pdf>

Stafani Cavalli, *Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion ?* *Gérontologie et Société*, Septembre 2002 disponible sur <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-3.htm>

Silke Sauder, *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Dunod 2007, disponible sur <http://ch-vdb.fr/download/Etresoignantengeriatrie.pdf>

THESE

Sous la Direction du Professeur M. Maffesoli, Hassin Jacques, *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable*, Doctorat d'université, mention éthique médicale, soutenue le 12 décembre 1996

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.

Loi n° 96-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002.

Loi n° 75-535 modifiée du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Code de l'Action Sociale et des Familles, article L.116-2.

Code de l'Action Sociale et des Familles, article L. 311-1.

Code de l'Action Sociale et des Familles, article L. 311-3 à L. 311-7.

Code de l'Action Sociale et des Familles, article L. 312-8.

COLLOQUE

Actes de la journée d'étude du réseau Orspere « sortir
http://www.orspere.fr/IMG/pdf/ACTES_Journee_d_etude_oct_2006_ok_.pdf

PLANS

Plan Solidarité Grand Age, présenté par Mr Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2006.

SCHEMA

Schéma Départemental de Soutien à l'autonomie des Personnes Agées et des Personnes Handicapées, 2014-2018, Hauts-de-Seine.

RAPPORT

Rapport de l'observatoire des EHPAD 2014, KPMG.

Rapport de l'Etude Samenta, Résultats de l'étude disponible sur
<http://www.hal.inserm.fr/docs/00/47/19/25/PDF/Samenta.pdf>

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM-

- ✓ « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* ».
- ✓ « *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* ».
- ✓ « *Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* ».
- ✓ « *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* ».
- ✓ « *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD* ».

SITE INTERNET

- ✓ agevillage.com
- ✓ anesm.gouv
- ✓ hospimedia
- ✓ Haut Conseil en Santé Publique
- ✓ FNARS
- ✓ ADHRESS

Liste des annexes

Annexe 1 : Article 40 de la loi n°89-18 du 13 janvier 1989

Annexe 2 : Grilles d'entretien

Annexe 3 : La trame du projet personnalisé

Annexe 4 : Plan d'accompagnement-Projet Personnalisé

Annexe 5 : Méthodologie du Projet et constitution des groupes de travail (extrait)

Annexe n°1 : ARTICLE 40 DE LA LOI N°89-18 DU 13 JANVIER 1989 PORTANT DIVERSES MESURES D'ORDRE SOCIAL

« Il est créé un établissement public de la ville de Paris à caractère social et sanitaire dénommé " centre d'accueil et de soins hospitaliers ", sis 403, avenue de la République, à Nanterre, en lieu et place de la " Maison de Nanterre " créée par le décret du 13 septembre 1887. Ses missions, exercées au sein d'unités distinctes, comprennent :

- 1° L'accueil, la réadaptation sociale des personnes sans abri orientées par le préfet de police de Paris ainsi que l'hébergement et la réadaptation sociale des personnes visées à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale, dans la limite des capacités autorisées par le représentant de l'Etat dans la région conformément aux dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
- 2° Le service public hospitalier tel que défini au chapitre Ier de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ;
- 3° L'hébergement et les soins des personnes âgées et des personnes handicapées qui y résident. »

Annexe n°2 : grilles d'entretiens

Lieu/Heure/ Durée de l'entretien

- 1/ formuler les objectifs de l'entretien et les informations recherchées
- 2/ expliquer à la personne pourquoi elle, il faut la rassurer
- 3/ consigne : « J'aimerais que vous me disiez ce que signifie le projet personnalisé pour vous ? ».
- 4/ structurer une série de thèmes pour pouvoir mener l'entretien, pour passer d'un thème à un autre

A destination du médecin coordonnateur, de la psychologue et de l'AMP

« Pouvez-vous me dire ce que vous savez des projets personnalisés d'accompagnement en EHPAD? »

Thèmes à aborder :

Définition du projet personnalisé

p. 60 Constance CARDOEN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2014

Apports et difficultés des projets personnalisés d'accompagnement : Quelles sont selon vous les limites d'un tel projet par rapport aux personnes accueillies ici ?

Représentation de la précarité, dépendance, vieillesse, addiction. En quoi, le parcours de vie des résidents et leur addiction peut freiner la mise en place d'un projet ? Quelles sont selon vous les adaptations nécessaires ?

Représentation de l'EHPAD : lieu de vie ou lieu de soin ? La priorité doit – elle être donnée sur le soin et la toilette, ou il est possible de les retarder pour mener une activité ?

La prise en charge des troubles du comportement, du refus de soins et de l'agressivité des résidents. En quoi il est possible de mieux appréhender le refus de soin ? Pensez-vous que la mise en place du projet personnalisé peut être un levier ?

Les rythmes, habitudes de vie des résidents au regard de la vie collective

L'autonomie des personnes au regard de leur liberté

Pensez-vous que les contraintes institutionnelles peuvent être des freins à la liberté individuelle ?

Les conditions de travail et l'implication des professionnels pour personnaliser l'accompagnement. Quels sont les actes relevant de la personnalisation de l'accompagnement qui sont déjà mis en place selon vous ?

Les conditions de travail : architecture, surface : sont-ils des freins ou des leviers ?

Les relations avec les résidents et la famille

Le projet personnalisé va-t-il être un levier pour lutter contre la solitude des résidents dont la majorité n'ont pas de famille ?

A destination des deux résidents

« Comment vous sentez-vous à l'EHPAD du CASH »

Thèmes à aborder

La représentation de la précarité, de la vieillesse

L'entrée à l'EHPAD

La vie en collectivité (les bruits/ les odeurs/ l'alcool)

L'intimité

Le respect des rythmes de vie, des besoins et des attentes,

Le respect des droits et des libertés

La vie sociale au sein de l'EHPAD

Les liens et relations avec le personnel

Le lien et les relations avec les autres résidents, et ou famille

A destination d'autres collègues

Directrice d'un EHPAD à Lille et entretien téléphonique avec un Directeur de Foyer de l'Enfance et un cadre d'EHPAD voisin

« Pouvez-vous me parler de la mise en place de projets personnalisés à l'EHPAD »

Thèmes à aborder

La définition du projet personnalisé
Les obstacles et les atouts dans la mise en place
La méthodologie, le suivi et la réévaluation
La formalisation du projet personnalisé
Adaptation nécessaire en fonction du public

Annexe n°3 : la trame du projet personnalisé

Nom / Prénom du résident :

Date d'entrée à l'EHPAD :	Chambre individuelle ou double :
Orienté par :	Date de naissance/ Lieu de naissance/Pays :
Nationalité(s)	

Projet personnalisé rempli le :	En présence de (équipe pluri/ binôme référent)
---------------------------------	--

Oui Non

Présence du résident :

☐	☐
--------------------------	--------------------------

La vie avant l'EHPAD

Situation personnelle

Célibataire	
Marié(e) depuis le :	
Divorcé(e) depuis le :	
Combien d'année de mariage :	
En concubinage :	
Veuf (ve) depuis :	
Enfant(s) :	
Fille(s) :	

Garçon(s) :	
Petit(s)-enfant(s) :	
Fille(s)	
Garçon(s)	
Arrières petit(s)-enfant(s)	

Etes-vous toujours en contact avec votre famille ?

Oui Non

☐
☐

Remarques :.....

.....

.....

.....

Profession/Occupation :

Quelle était votre profession avant ?

En avez-vous eu plusieurs ?

Quel est votre niveau d'étude ?

Lieu de vie du résident :

Quel est le dernier lieu de vie, village, quartier ... ou vous avez vécu ?

Comment avez-vous connu l'EHPAD?

Vie sociale et Habitudes de vie

Avez-vous des contacts avec vos amis ?

Votre voisinage ?

Vos activités de loisirs principales avant d'arriver ici ?

Rythme de vie

A quelle heure vous-couchez-vous ?

Quels sont vos habitudes avant de vous coucher ? Lecture ? Jeux de carte, radio

.....
.....
.....
.....

Si vous ne dormez pas à certains moments de la nuit, souhaitez-vous :

	Oui	Non
Aller en salle Télé :	☐	☐
Ecouter de la musique (avec un casque)	☐	☐

Si vous souhaitez écouter de la musique, seriez-vous prêt à acheter le casque ? **Oui**
Non

Souhaitez-vous une collation ou une boisson chaude ? ☐ ☐

.....
.....
.....
.....

Préférez-vous le savon ou le gel douche ?

Quelle est votre odeur préférée ?

Pour vous, quel est le moment propice à la toilette ?

Matin	☐
Midi	☐
Soir	☐

Vers quelle heure ?

Combien de fois par semaine ?

	Oui	Non
Etes-vous fumeur ?	☐	☐

Sécurité

	Oui	Non
Vous arrive-t-il d'avoir peur à l'EHPAD ?	☐	☐

Si oui dans quelles circonstances ?

.....
.....
.....

Oui Non

Commentaires.....

Oui Non

□ □

Page 10 of 10

10/10

Oui

Page 10 of 10

Oui

Page 10 of 10

Oui **Non**

Page 10 of 10

Commentaires du binôme-référent:

Oui

Etes-vous pratiquant ?

☐

Oui

Non

Désirez-vous désigner une personne de confiance ?

☐☐

.....

.....

.....

.....

Avez-vous formulé des directives anticipées ?

Oui

Non

☐☐

.....

.....

.....

.....

Loisirs

	AIME ☺	N'AIME PAS =(
La télé, la radio, le cinéma		
Le loto		
Les jeux de société / jeu de carte		
Le sport / la gymnastique douce		
Le bricolage/ le jardin		
Les actualités / raconter des histoires/ la pratique d'une autre langue		
Ecrire		
Lire		
La musique		
Le chant		
Jouer d'un instrument de musique		
La danse		
Les activités artistiques et manuelles		
Le théâtre		
Cuisiner		

Participez-vous aux animations ? Lesquelles ?

Avez-vous des contacts avec d'autres résidents ?

Quelle est votre chanteur préféré ? Votre chanson préférée ?

Quel est votre auteur préféré ? Votre livre préféré ?

Quel est votre sport préféré ?

Quel est votre film préféré ?

Remarques/commentaires

.....

.....

Les goûts et les préférences

	AIME ☺	N'AIME PAS) :
Les soins esthétiques : beauté, maquillage		
Les soins des mains		
Aller chez le coiffeur		
Les soins des pieds		
Le tabac, l'odeur du tabac		

Quels sont vos goûts vestimentaires ?

.....

.....

.....

Remarques/commentaires

.....

.....

Les goûts alimentaires

Vous êtes plutôt : salé sucré	Repas préférés : Petit déjeuner Déjeuner Goûter Diner Tisane Aucun Nombre de repas par jour ?
Aliments préférés :	
Aliments détestés :	
Autres goûts alimentaires :	
Boisson habituelle : Alcoolisée/ non alcoolisée	

Aimez-vous les repas à thème ?

Remarques/commentaires

.....

.....

.....

Le cadre de vie extérieur

Aimez-vous sortir ?	Promenade	Exposition-musée	Marché
	Magasins ?	Autre ?	Espace vert/jardin
	Séjours vacances ?	Spectacle ?	Cinéma ?
	Restaurant ?		

Annexe n°4 : Plan d'accompagnement –Projet Personnalisé

Nom :

Prénom :

Personne-référente :

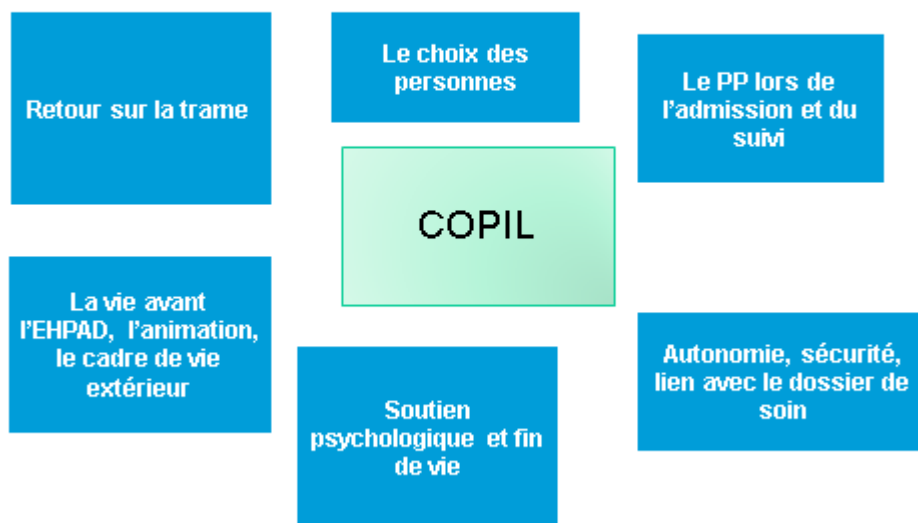
Projet 1 DATE :	
Objectifs en matière de « prendre soin »	<i>Exemple : le résident souhaite travailler l'estime de soi</i> Objectif : un RDV deux fois par semaine avec Madame Péan
Objectifs en matière de vie sociale	<i>Exemple : le résident valide et autonome aime jouer au bridge et sortir.</i> <i>Une association à Nanterre propose cette activité</i> Objectif : l'inscrire dans cette association
Projet 2 DATE :	
Objectifs en matière de « prendre soin »	

Objectifs en matière de vie sociale	
--	--

Annexe n°5 : Méthodologie du projet et constitution des groupes de travail (extrait du power-point présenté aux équipes)

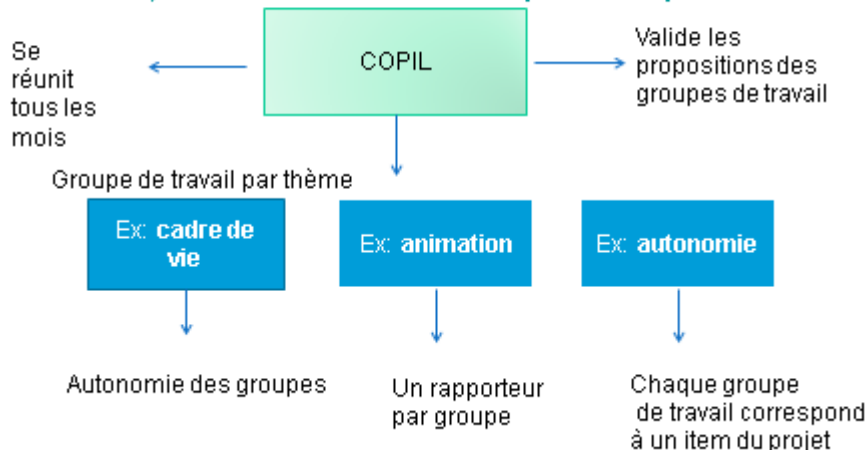


Rappel de la démarche



Quelle démarche?

Le projet personnalisé doit être le fruit d'une réflexion collective, multidimensionnelle et pluridisciplinaire



Constitution d'un Comité de Pilotage :

- Madame Robert, Psychologue
- Madame Labrana, Assistante du service social
- Madame Le Gallo, Cadre supérieure de Santé
- Docteur Boughida, Médecin Coordonnateur et Gériatre
- Madame Simonnet, Animatrice

Animateur : Madame Cardoen, Elève-Directeur

Mise en place de groupe de travail thématique

Groupe de travail numéro 1 : 6 février 2014 Contours et méthodologie du groupe de travail :

Participants : Madame Robert, Madame Labrana, Madame Simonnet, Madame Kalu (AMP), Madame Bella (AS), Monsieur Charles (AS), Monsieur Kinanga (AS), Madame N'diabe (AS) Madame Carotine (ASH) , Docteur Bougida, Madame Amarouche (Adjoint Administratif), Monsieur Vial (Adjoint administratif)

Groupe de travail numéro 2, 18 février 2014 le choix des personnes

Participants : Madame Robert, Madame Labrana, Madame Simonnet, Madame Kalu (AMP), Madame Bella (AS),

Groupe de travail numéro 3, 20 mars 2014 La vie avant l'EHPAD, les animations et la vie extérieure

Participants : Madame Robert, Madame Labrana, Madame Simonnet, Madame Kalu (AMP),

Madame Bella (AS), Madame Nazira (AMP), Madame Chassaing (Responsable intendante), Madame Luron (AS), Madame Kléber (AS), Madame Madou (AS), Madame Reculé (AS), Madame Garnett (Animatrice), Madame Bertide (Adjoint Administratif) , Madame Fontana (Assistante du Service Social) , Madame Péan (socio-esthéticienne), Madame Chevalier (coiffeuse)

Groupe de travail numéro 4, 9 avril 2014 La sécurité, l'autonomie à l'EHPAD

Madame Soufflet (Kiné) Madame Lopez (Aide-Kiné), Madame Couillard (AS), Madame Bichoffe (IDE), Madame Stehr (IDE), Monsieur Bienvenue (IDE), Madame Bella (AS), Madame Nsouffa (AS), Monsieur Storm (AS), Docteur Boughida, Madame le Gallo, Madame Kalu (AMP) , Madame Patalas (AMP), Madame Nikita (ASH), Monsieur Assoufi (ASH), Monsieur Ben Amara (ASH)

Groupe de travail numéro 5, 28 mai 2014, Retour sur trame

Docteur Boughida, Madame Le Gallo, Madame Kalu, Madame Ahmina (AS), Madame Carotine (ASH), Madame Gorafi (ASH), Madame Robert, Madame Labrana, Madame Simonnet

Bilan à toutes les équipes: le 05 juin 2014

1ere réunion du plan d'accompagnement: le 24 juin

Plan d'accompagnement de :

- Mr Fleury
- Mme Poupard
- Mr Noia
- Mr Forner
- Mr Lourdel

- Mr Gendron

**Avec une personne référente du projet personnalisé
de chaque résident**

**Des réunions une fois tous les 15 jours, le mardi de
14h15 à 15h15**

La personne référente

La personne accompagnée / famille/tuteur

Le COPIL

Objectif : Rédaction du PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

CARDOEN	Constance	2014
DESSMS 2013-14		
Personnaliser l'accompagnement dans un EHPAD à vocation sociale : un défi managérial au service de la qualité de vie des résidents		
Résumé : Le projet personnalisé d'accompagnement, fruit de la loi de 2002-2 est l'aboutissement d'une réflexion sur l'amélioration des conditions de vie des usagers en établissement les mettant au cœur de la prise en charge. Or peu d'éléments sont donnés par le législateur au sujet de l'accompagnement de personnes issues de la grande exclusion, dont la notion d'attentes, de besoins et de projet n'a que peu de résonance. C'est cette difficulté que l'EHPAD du CASH de Nanterre doit surmonter, du fait de sa tradition d'accueil de résidents aux parcours de vie marqués par l'exclusion et la précarité. Afin d'individualiser au maximum l'accompagnement des résidents, la Direction de l'EHPAD doit d'impulser une démarche de projet, centrée sur une meilleure connaissance des résidents, en impliquant tous les professionnels et en dépassant les multiples freins qui retardent la personnalisation de l'accompagnement. Impliquer, valoriser résidents et professionnels dans un projet de long terme et porteur de sens font partie des préconisations qui permettent de garantir la qualité de l'accompagnement au sein d'un EHPAD à vocation sociale.		
Mots clés : Grands exclus/Précarité/Projet Personnalisé / Freins/ Qualité/ Besoins et Attentes/Démarche Projet/Vocation sociale		
<i>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.</i>		