



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

Promotion : **2013-2014**

Préserver le lien social des résidents
accueillis en EHPAD

Géraldine LAPRUGNE

Responsables pédagogiques :

Christelle ROUTELOUS,
Professeur à l'Institut du
Management et
Arnaud CAMPÉON, Ingénieur
de recherche au département
SHS-CS, EHESP

Responsable de l'atelier
mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord vers ma Direction et plus particulièrement Guillaume qui m'a encouragée à suivre cette formation.

Je remercie également le Directeur de l'EHPAD qui a eu la gentillesse de m'accueillir en stage sans oublier Delphine, l'infirmière coordinatrice mais également tous les professionnels de cet établissement qui m'ont accordé du temps lors de mes entretiens notamment. Je remercie chaleureusement les résidents de cet EHPAD pour leur accueil et les moments riches d'échange ainsi que les familles pour leur disponibilité.

Je remercie Karine, pour son aide méthodologique, sa patience et ses encouragements.

Merci également à Marie-France et Bernard qui m'ont aidée dans mon organisation matérielle durant cette année rennaise.

Je remercie mon compagnon, Gilles, pour son écoute et son soutien mais également pour sa compréhension pendant cette année studieuse.

Je remercie ma fille Bérénice, pour l'attention particulière qu'elle a portée à mon travail et ses encouragements.

Enfin, mes pensées vont vers ma maman, qui pendant cette année difficile pour elle, a fait preuve de patience et de compréhension pendant mon absence.

Sommaire

Introduction.....	4
Chapitre 1 – La prise en compte du lien social en EHPAD	6
1-1 L'intérêt grandissant du lien social en EHPAD pour le législateur.....	6
1-2 Les caractéristiques du lien social et son évolution	7
1-3 La considération du lien social dans les USLD H.	9
1-3-1 Un bâti ne favorisant pas les échanges	9
1-3-2 L'amélioration de la qualité de vie malgré l'évolution du profil des résidents.....	10
Chapitre 2 – Le délitement du lien social en EHPAD, une fatalité ?	11
2-1 L'architecture et les aménagements pas toujours adaptés aux échanges	11
2-2 Le travail des soignants centré davantage sur la tâche que sur la relation avec la personne âgée	13
2-3 Peu d'échanges avec l'extérieur, l'EHPAD ferait-il peur ?.....	15
Chapitre 3 – Les actions pour maintenir ou développer le lien social	18
3-1 Adapter l'environnement et les aménagements.....	18
3-1-1 Favoriser le déplacement et l'autonomie	19
3-1-2 Privilégier des espaces d'échanges confortables.....	20
3-2 Promouvoir le lien social entre les résidents	22
3-2-1 Le résident, comme un citoyen tenu informé de la vie de l'établissement	22
3-2-2 L'animation, la vie de l'EHPAD	23
3-3 Vers une évolution de la conception des soins	25
3-3-1 Le projet de vie personnalisé, un outil pour faciliter le lien social	25
3-3-2 Développer une démarche de bienveillance pour faciliter la communication.....	26

3-3-3 Des nouveaux métiers en phase avec les besoins.....	27
3-4 Ouvrir les établissements sur leur environnement.....	28
3-4-1 Faciliter le lien social entre les résidents et leurs proches.....	28
3-4-2 Faire venir du monde de l'extérieur.....	29
3-4-3 Sortir et prendre l'air.....	30
Conclusion	31
Bibliographie.....	33
Liste des annexes.....	36
Annexe 1	37
Annexe 2	43
Annexe 3	44
Annexe 4	45

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

AS : Aide-Soignant(e)

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique

CSG : Court Séjour Gériatrique

CVS : Conseil de la Vie Sociale

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : (loi) Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JORF : Journal Officiel de la République Française

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

UMGT : Equipe Mobile Gériatrique de Territoire

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

La France fait partie des pays européens où l'allongement de la durée de vie évolue constamment grâce à l'amélioration des conditions de vie, des actions de prévention et des progrès de la médecine. En effet, en un quart de siècle, la durée de vie a progressé en moyenne de 4,5 années¹. En 2012, L'INSEE dénombre 5,7 M de personnes âgées de plus de 75 ans et 1,4 M de plus de 85 ans. D'après le dernier scénario de cet institut, les plus de 75 ans devraient doubler en 2060 tandis que les plus de 85 ans pourraient quadrupler en 2050. Au regard de cette « révolution de l'âge »², l'attention portée aux personnes âgées a fait l'objet depuis plusieurs décennies de différents plans nationaux, de lois et textes d'application et bon nombre de recommandations. Aujourd'hui, différents rapports attestent de la grande amélioration de la prise en charge de la personne âgée mais il n'en demeure pas moins que la société française doit poursuivre ses efforts pour accompagner dignement ses aînés, « *notre société doit s'adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires et le plus longtemps possible de ce formidable progrès, porté par l'allongement de l'espérance de vie.* »³.

L'Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est l'un des composants du système français construit pour accompagner le vieillissement des individus. Le nombre de lits⁴ d'EHPAD, variable d'une région à une autre, est ajusté en fonction des besoins de la population et la région Auvergne, dans laquelle est situé mon établissement, compte 17 383 lits. Confirmé par une étude menée par l'INSEE en 2009, ce territoire de santé est marqué par un vieillissement de la population⁵ tandis que la localité d'implantation du Centre Hospitalier (CH) dans lequel j'exerce, se classe parmi les dix pôles urbains de France métropolitaine où la part des personnes âgées de 75 ans ou plus est la plus élevée. Dès 2005, au vu de ce constat démographique, cet établissement a su contribuer à la construction de la filière gériatrique en développant différents partenariats. Ce CH compte 829 lits et pas loin de 2 000 agents y sont salariés. L'établissement est organisé en 7 pôles d'activité clinique dont le pôle Réadaptation & Gériatrie, localisé dans bâtiment dénommé « pavillon H. ». Sont rattachés à ce pôle, 115 lits USLD⁶ soumis majoritairement aux mêmes règles de fonctionnement que les EHPAD. L'EHPAD qui relève du secteur médico-social⁷ accueille aujourd'hui des personnes âgées en leur assurant une prise en charge tant sur le plan de l'hébergement que celui des soins.

¹ Nathalie Blanpain, division Enquêtes et études démographiques, Insee, octobre 2011.

² Terme repris dans le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, premier ministre, 14 octobre 2013.

³ Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, premier ministre, 14 octobre 2013.

⁴ 544 850 lits en France DOM TOM compris

⁵ 113 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

⁶ L'autorité tarifaire compétente pour la section soins est directement l'ARS. Les USLD sont réservées aux personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale permanente, des soins continus.

⁷ L'EHPAD est soumis au code de l'action sociale et des familles (CASF)

Au cours de mes différentes expériences professionnelles⁸ et de mes investigations, j'ai pu constater que la prise en charge sociale et sanitaire peut recouvrir différents degrés de qualité, cela étant, une constante m'est apparue : l'institutionnalisation peut avoir un effet délétère sur le lien social. C'est à partir de ce postulat que j'ai choisi d'étudier pourquoi la personne âgée admise en EHPAD entretient si peu de liens sociaux et quelles actions pourrais-je mettre en œuvre pour les préserver voire les favoriser en ma qualité de directeur ?

Afin de répondre à mon interrogation, j'ai tout d'abord effectué des recherches documentaires et bibliographiques traitant les sujets du lien social, de l'isolement et de la communication avec les personnes âgées. J'ai également exploré l'aspect réglementaire relatif à l'accompagnement des personnes âgées et le droit des usagers en étudiant les différentes lois et textes d'application, les plans nationaux, les rapports officiels, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Par ailleurs, mes investigations ont porté sur différents documents institutionnels⁹ tels que le projet d'établissement, le projet de vie, le contrat de séjour, le livret d'accueil, les règlements intérieur et de fonctionnement, les comptes rendus et la plaquette de présentation du Conseil de la Vie Sociale, le rapport d'activité, le journal interne, les rapports d'évaluation, les enquêtes de satisfaction... En outre, afin de recueillir l'avis des différents intervenants en EHPAD sur le sujet choisi, j'ai mené 11 entretiens semi-directifs auprès de 4 résidents, 2 familles et 5 professionnels à partir d'une grille distincte¹⁰, puis à l'issue de l'analyse de ces entretiens, j'ai pu dégager les principaux axes de travail. Enfin, les retours d'expérience des différents intervenants au cours de la formation à l'EHESP m'ont aidée dans ma réflexion.

Afin de répondre à ma question de départ « comment préserver le lien social en EHPAD », j'ai dans un premier temps mis en avant la prise en compte aujourd'hui du lien social en EHPAD tant par la société que par l'établissement où j'exerce (I). Ensuite, tout au long de mes différentes investigations, j'ai pu appréhender les raisons pour lesquelles l'admission en EHPAD peut être délétère ou pas sur le lien social des résidents (II). Consciente du fait qu'enrichir le quotidien des résidents en favorisant le lien social dépend également de la volonté des différents intervenants dans l'EHPAD, il n'en demeure pas moins que le directeur se doit d'impulser la dynamique et à cette fin je proposerai différentes actions (III).

⁸ 16 ans dans un EHPAD de 300 lits en tant que responsable des services économiques et financiers. Depuis 2005, cadre administratif de pôle réadaptation & gériatrie notamment. Directrice par intérim d'un EHPAD de 113 lits depuis mars 2014.

⁹ Documents propres à mon établissement, à l'EHPAD lieu de stage et l'EHPAD où j'effectue l'intérim.

¹⁰ Grilles d'entretien en annexe n° 2

Chapitre 1 – La prise en compte du lien social en EHPAD

En 70 ans, les conditions de prise en charge des personnes âgées en établissement ont connu de profonds changements grâce aux pouvoirs publics. Depuis le début du 21^{ème} siècle, l'intérêt porté au lien social des personnes âgées fait l'objet de réflexions et différents rapports et plans nationaux viennent asseoir cet enjeu. Les différentes études démontrent que le lien social évolue dans le temps en fonction du contexte notamment. S'agissant de la personne âgée, les différentes formes de lien qui existent se distendent avec l'âge et l'admission en EHPAD peut venir accentuer cet effet. Les USLD H. soumises aux mêmes conditions d'hébergement et de qualité de prise en charge que les EHPAD, portent encore une étiquette très sanitaire. Cela étant, dans le cadre de la convention tripartite, plusieurs mesures ont été mises en place afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et le lien social.

1-1 L'intérêt grandissant du lien social en EHPAD pour le législateur

Jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle, les vieillards trop pauvres ou sans aide familiale sont placés en hospice¹¹, mais au lendemain de la seconde guerre mondiale, le rapport Laroque et la création de la sécurité sociale¹² contribuent à la revalorisation de l'image de la personne âgée et à sa place dans la société. Avec la loi du 30 juin 1975, l'hospice disparaît et devient maison de retraite. Le financement de la prise en charge médicale¹³ des personnes accueillies est mis en œuvre tandis que les établissements sont réhabilités ou reconstruits avec le soutien financier notamment des caisses de retraite des collectivités locales. La loi du 24 janvier 1997 met ensuite l'accent sur les conditions de fonctionnement des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) tant sur le plan financier que sur la qualité de la prise en charge. C'est l'arrêté du 26 avril 1999 qui vient préciser les termes de cette loi en prévoyant une convention pluriannuelle engageant l'EHPAD, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Au travers de ces nouveaux textes, le législateur souhaite mettre l'accent sur l'aspect qualitatif et précise « Il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. ». En 2002, les usagers des EHPAD voient leurs droits et prérogatives réaffirmés par la loi du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce texte vise notamment « à une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social (...) ». Avec le drame de la canicule en 2003, l'isolement voire l'oubli des personnes âgées à domicile ou en

¹¹ Hospice régis par la loi du 7 août 1851 puis le décret du 23 mars 1852.

¹² P. LAROQUE, 1946, *Le plan français de sécurité sociale*, Paris : Presses Universitaires de France.

¹³ Les maisons de retraite avec cure médicale disposent alors de moyens nécessaires pour prendre en charge les personnes âgées invalides

établissement est mis en avant. La longévité de la population a été améliorée grâce à la médecine¹⁴ et à l'amélioration des conditions de vie mais la société ne s'est pas suffisamment adaptée à ce changement démographique. Au-delà des actions de prévention sanitaire évidentes mises en place tant à domicile qu'en EHPAD, démarre alors une réflexion sur la restauration du lien social face à l'isolement et le plan national canicule est mis en place à partir de 2004. Entre 2003 et 2006, l'intérêt porté aux personnes âgées par le gouvernement est croissant avec le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003 et la journée de solidarité instaurée par la loi du 30 juin 2004 notamment. En juin 2006 est présenté le plan « solidarité grand âge » afin d'adapter la société à la longévité et aux besoins qui en découlent, tandis que l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM)¹⁵ vient accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe. L'ANESM dans ses recommandations de bonnes pratiques, apporte une attention toute particulière à la vie sociale des résidents en EHPAD¹⁶. En effet, dans le guide « Qualité de vie » volet 3, différentes actions sont proposées aux responsables des structures afin de favoriser les relations sociales antérieures ou nouvelles des résidents. Au lendemain de la loi Fourcade¹⁷ un projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est rédigé en 2013, notamment au vu du rapport Monalisa¹⁸, présenté à Michèle Delaunay, par Jean-François Serres, secrétaire général des Petits Frères des Pauvres. Avec cette future loi, le gouvernement souhaite une transformation de la société en faveur de ses aînés et invoque « Il faut changer le regard sur le vieillissement. Cela passe par la création de liens sociaux nouveaux, en rapprochant les générations, mais aussi par le rappel et une meilleure explicitation des droits des âgés pour éviter qu'ils ne soient ignorés. ».

1-2 Les caractéristiques du lien social et son évolution

Le Petit Robert définit le lien social comme « L'ensemble des appartenances, des affiliations, des relations qui unissent les membres d'une famille entre eux, ou les membres d'une communauté. Cette force peut varier dans le temps et dans l'espace ; c'est-à-dire que le lien social peut se retrouver plus ou moins fort selon le contexte dans lequel se situe le phénomène étudié ». Autrement dit, c'est l'ensemble des différents échanges, des contacts entre individus qui matérialise le lien social. Pour Rousseau, la tendance à vivre en groupe et

¹⁴ L'espérance de vie n'a jamais été aussi longue en France (85 ans pour les femmes, 80 pour les hommes).

¹⁵ Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'ANESM a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale

¹⁶ ANESM, janvier 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), *la vie sociale des résidents en EHPAD*, SAINT DENIS, 65 p.

¹⁷ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Journal officiel, n° 0185 du 11 août 2011, 2-81. Cette loi dite « Loi Fourcade » réécrit des dispositions applicables à la section IV du budget de la CNSA consacrée à la promotion des actions innovantes, la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de services.

¹⁸ Rapport Monalisa, Animateur du groupe de travail Monalisa : Jean-François SERRES, *Préconisations pour une MOBilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés*, juillet 2013, 142 p.

à s'associer n'est pas une tendance naturelle mais au contraire découle de la contrainte des besoins. Suivant cette idée, la personne âgée a besoin d'être assistée pour accomplir les tâches qu'elle ne peut plus faire seule. La qualité du lien social s'appauvrit car les différents actes créant le lien social sont réalisés par d'autres. Cette même idée de besoin ramène également à l'analyse de Serge PAUGAM¹⁹ dans son ouvrage « Le lien social », qui explique « Au fur et à mesure que l'individu voit son existence encadrée par des mécanismes universels de protection, il peut aussi plus facilement se libérer des contraintes et des exigences liées aux formes de protection plus traditionnelles comme la famille, le voisinage (...) ». Selon ces deux hypothèses, les prestations à domicile ou en EHPAD proposées par des professionnels pourraient contribuer à l'appauvrissement du lien social de la personne âgée avec son entourage proche. Tout au long de la vie, les liens se tissent, se transforment, s'effilochent ou s'éteignent entre les individus. Les liens sont multiples, plus ou moins intenses et fragiles. Serge PAUGAM distingue quatre grands types de liens sociaux : le lien de filiation, le lien de participation élective, le lien de participation organique et le lien de citoyenneté. Si le lien de filiation est associé aux notions d'attachement et de durabilité, il n'en demeure pas moins qu'il peut se transformer au fil du temps et il n'est pas rare pour une personne âgée de se retrouver seule à domicile, ou de ne pas avoir de visite à l'EHPAD. Dans un article publié en juillet 2013, le journal Le Figaro faisait état de l'isolement des personnes âgées « Il y a des personnes âgées en France qui n'ont parlé à personne depuis plus d'une semaine ... Avec l'âge, certains de nos aînés sont murés dans le silence, pas par choix, mais parce que les liens familiaux se sont distendus ou n'existent plus. Ils se retrouvent alors seuls, sans échange, sans partage, sans affection. ».

Le lien de participation élective qui relève de la socialisation extrafamiliale (conjoint, amis, voisinages, loisirs...), connaît dans notre société moderne, des changements importants. En effet, les couples se séparent de plus en plus fréquemment²⁰ tandis que la mobilité géographique pour des raisons professionnelles notamment, influe sur les relations avec le voisinage, les amis ou les loisirs. Le lien de participation organique fait référence aux relations professionnelles. Dans la thèse d'Emile Durkheim intitulée « De la division du travail social », soutenue le 3 mars 1893, sont étudiées deux formes de solidarité qui s'opposent, à savoir la solidarité mécanique²¹ et la solidarité organique. Avec ce dernier concept, observé dans la société moderne, chaque individu se distingue dans un fonctionnement professionnel notamment, avec un rôle bien précis. Avec la mise à la retraite, le statut social est profondément transformé mais il est courant que certains individus conservent une activité au sein d'associations et maintiennent alors un rôle social. Parvenues au « grand âge » les personnes conservent rarement des activités dites sociales et perdent de facto ce lien dit « organique ». Enfin, le lien de citoyenneté qui caractérise la notion d'appartenance à une

¹⁹ S. PAUGAM, 2013, « *Le lien social* », Paris : Presses Universitaires de France, 122 p.

²⁰ Source : enquête sur l'étude de l'histoire familiale de 1999, INSEE.

²¹ S. PAUGAM, 2013, « *Le lien social* », Paris : Presses Universitaires de France, 122 p. « La solidarité mécanique correspond à la solidarité par similitude. Elle renvoie aux sociétés traditionnelles dans lesquelles les individus sont peu différenciés les uns des autres, partagent les mêmes sentiments, obéissent aux mêmes croyances et adhèrent aux mêmes valeurs ».

nation est celui des quatre liens développés ci-dessus, qui perdure de par sa conception des droits accordés à l'individu. Même si tout au long de la vie, ces droits spécifiques sont préservés par la législation, force est de constater que les individus les exercent de moins en moins en vieillissant²² et peuvent être amenés à être placés sous protection juridique.

1-3 La considération du lien social dans les USLD H.

1-3-1 Un bâti ne favorisant pas les échanges

Le centre hospitalier dispose d'une autorisation d'activité sanitaire de 115 lits USLD depuis 2010²³. Réparties sur 3 niveaux, ces unités disposent de 25 chambres seules pour 45 chambres doubles, le confort sanitaire se limite à un cabinet de toilette comprenant un WC et un lavabo, une seule douche est prévue par service tandis que la surface des chambres est inférieure aux recommandations. La principale salle à manger est située au cœur du service, bien que climatisée, elle ne dispose pas de lumière naturelle. En revanche, deux espaces plus intimes peuvent accueillir résidents et familles lors des repas par exemple. S'agissant de l'animation, les locaux sont situés au rez de chaussée du bâtiment tout comme l'accueil, autrement dit, ces espaces d'échanges et de participation devant contribuer au développement du lien social pour les résidents, sont excentrés des lieux de vie des USLD. Un projet de restructuration est actuellement à l'étude afin de répondre au cahier des charges²⁴ fixant les conditions d'accueil des personnes âgées en EHPAD. En effet, outre le fait que les surfaces des chambres et le confort sanitaire ne correspondent pas aux préconisations du législateur, il faut souligner que les USLD disposent de locaux identiques aux autres services du pôle (SSR, CSG, MPRF) et de facto, une architecture pensée très sanitaire datant des années 80. Enfin, il convient de préciser qu'il n'existe pas d'unité Alzheimer ce qui rend compliqué la cohabitation des résidents présentant des troubles du comportement sévères. Les aménagements et l'architecture inadaptés des USLD font obstacle à l'épanouissement du lien social : signalétique, disposition des lieux de vie, accueil, zones de circulation, éclairage, insonorisation.

²² « 13 % des électeurs n'ont pas voté aux élections présidentielles. Les personnes les plus âgées sont parmi les plus abstentionnistes (25 % parmi les plus de 75 ans), vraisemblablement du fait de leur mobilité plus réduite », Source : Insee, enquête Participation électorale 2012.

²³ Suite à l'arrêté de répartition des capacités en lits entre le secteur sanitaire et médico-social

²⁴ L'arrêté du 26 avril 1999 fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

1-3-2 L'amélioration de la qualité de vie malgré l'évolution du profil des résidents

L'établissement accueille au sein des USLD, des personnes âgées de plus de 60 ans²⁵, dont le degré de dépendance est avéré. Il donne une priorité d'admission aux personnes âgées qui en plus de leur situation de dépendance, présentent un état de santé justifiant une prise en charge à proximité d'un plateau technique hospitalier, un état polypathologique nécessitant une surveillance médicale et infirmière et des risques de décompensation fréquentes. Le Gir Moyen Pondéré (GMP) des USLD s'élève à 822 tandis que le Pathos moyen pondéré (PMP) validé en juin 2013 s'établit à 258. Le comparatif des profils des résidents accueillis en USLD démontre que la charge en soins et en dépendance progresse depuis plusieurs années. Au vu de ces données, force est de constater que le développement voire le maintien du lien social devient plus difficile qu'auparavant. Cela étant, l'accompagnement des personnes âgées accueillies a pu être amélioré ces dernières années grâce à la première convention tripartite signée en 2007 entre l'ARS, le Conseil Général et le Centre Hospitalier. Au total, cette convention de première génération, a donné lieu à la création de 21,9 ETP supplémentaires (soignants, rééducateurs, animateurs, médecin, assistante sociale, psychologue) au bénéfice de l'accompagnement des résidents et des conditions de travail du personnel. Ce premier contrat a grandement permis de faire évoluer la prestation proposée aux résidents qui jusqu'alors restait axée surtout sur le volet sanitaire. Une des actions prévues dans cette convention était centrée sur l'amélioration de la politique d'accueil et d'accompagnement des résidents et de leur entourage. Cet objectif a été atteint en désignant un infirmier référent dont le rôle est de renseigner, accueillir et accompagner dans les différentes démarches le résident et ses proches avant l'entrée et au début du séjour. Cette disposition permet de favoriser les échanges, de « dédramatiser » l'entrée avec un même professionnel et de créer de facto du lien entre l'usager, sa famille et l'infirmier. Par ailleurs, les USLD ont bénéficié de moyens supplémentaires pour le financement de deux postes d'animateurs. Depuis, les résidents bénéficient d'animations variées leur permettant ainsi de rencontrer d'autres personnes et d'entretenir des liens les faisant sortir de leur isolement. Deux postes de coiffeuse et d'esthéticienne ont également été créés au travers de cette convention tripartite. Dans un espace dédié agréable, ces professionnels guident les résidents dans la revalorisation de l'estime de soi grâce à leurs soins esthétiques tout en recherchant l'éveil des sens. Pour un résident, aller se faire coiffer ou profiter d'un soin du visage est un rendez-vous extraordinaire qui permet d'entretenir un lien social avec des professionnels mais également avec d'autres résidents. Au travers de ces actions spécifiques, le lien social des résidents des USLD fait dorénavant l'objet d'attentions particulières et force est de constater que les usagers apprécient beaucoup ces prestations au regard des propos recueillis lors des Conseils de la Vie Sociale (CVS).

²⁵ En principe, l'entrée en établissement pour personnes âgées est réservée aux personnes âgées de 60 ans et plus. Toutefois, en cas de circonstances particulières, une personne âgée de moins de 60 ans peut être admise en EHPAD. Pour ce faire, la personne doit adresser une demande de dérogation d'âge dûment motivée au Conseil Général.

Créé avec la loi du 2 janvier 2002, le Conseil de la Vie Sociale est installé aux USLD du CH depuis 2006 et fonctionne avec 3 réunions programmées chaque année. Malgré les mesures d'informations au sujet de cette instance (plaquette de présentation, site internet, permanence avant chaque séance), il s'avère que la participation et l'expression des résidents et des familles restent encore modestes et que les sujets exprimés sont peu variés. Souvent les questions abordées restent centrées sur des cas particuliers. Cela étant, il est du rôle du directeur de favoriser les échanges et les débats en ciblant des sujets intéressant davantage les usagers.

Chapitre 2 – Le délitement du lien social en EHPAD, une fatalité ?

Quel que soit l'EHPAD que j'ai eu l'occasion de fréquenter, j'ai souvent été interpellée par le manque de lien social des résidents entre eux, des résidents avec leurs proches ou des résidents avec les professionnels de santé. Lors d'un entretien, Madame R. me confiait « *La plupart des résidents ne parlent pas, sont dans la lune, au début je restais au grand salon mais maintenant je préfère rester dans ma chambre plutôt que de voir ce spectacle !* ». Les personnes âgées entrées en institution semblent coupées du monde, expriment peu d'intérêt à ce qui les entoure, et ne cherchent pas à rentrer en contact avec d'autres personnes. Le délitement du lien social en EHPAD peut-il être influencé par certains facteurs ? Pour répondre à cette question, j'ai orienté mes investigations sur l'architecture et les aménagements, puis sur l'intérêt du lien social porté par les différents professionnels vis-à-vis des résidents pour enfin explorer les relations qu'entretiennent les résidents avec l'extérieur.

2-1 L'architecture et les aménagements pas toujours adaptés aux échanges

Les USLD sont installées depuis 1980 dans un bâtiment dénommé H. Ce pavillon présente une structure architecturale très particulière basée sur une forme de « H » dans laquelle toutes les spécialités de la gériatrie sont regroupées. Ce type de disposition, à priori efficace en terme d'organisation, contribue à un allongement des distances à parcourir pour les résidents qui, découragés, peuvent abandonner l'idée d'aller retrouver d'autres résidents. Les espaces intermédiaires public/privé sont inexistantes et les circulations ne permettent pas de varier les déplacements puisqu'elles se limitent aux longs couloirs desservant les chambres et locaux techniques pour aboutir à l'unique pièce à vivre. Cette dernière est donc le seul espace à l'étage où les résidents peuvent se retrouver et recevoir leurs visites en dehors de leur chambre. A la fois, salle à manger, salon télévision, et espace d'activité loisirs, cette pièce est certes, animée, mais ne favorise pas les moments tranquilles d'échanges entre les usagers. La psychologue des USLD me faisait remarquer lors d'un entretien « *Il y a beaucoup de*

promiscuité dans cette salle ce qui peut aider les résidents de facto à créer des liens, mais les chambres situées tout autour de cette pièce manquent d'intimité et de tranquillité. ». Par ailleurs, comme j'ai pu le constater à l'EHPAD L. lors de mon stage, les espaces semi-privatifs contribuent au maintien du lien social. En effet, une famille me confiait lors des entretiens « *C'est agréable de passer un moment avec maman dans un des petits salons, nous pouvons discuter ailleurs que dans sa chambre.* » ou encore M. C, résident, m'expliquait « *Je lis beaucoup chaque jour, alors pour ne pas rester trop souvent seul dans ma chambre, je viens dans ce salon, au calme tout en profitant des allées et venues.* ». En ce qui concerne la signalétique, alors que l'ANESM apporte des recommandations (hauteur de l'emplacement, taille des caractères, pictogrammes adaptés)²⁶, il n'existe aucune différence entre les services de court séjour, moyen séjour et les USLD H. La signalétique n'est donc pas spécifiquement adaptée aux résidents qui peuvent rencontrer des difficultés à s'orienter et donc à se déplacer pour aller à l'encontre d'autres personnes. En dehors de leur unité, les résidents des USLD H. peuvent se rendre au rez-de-chaussée du pavillon et rejoindre l'atelier et la salle polyvalente dédiés à l'animation. Le déplacement pour un résident n'est pas aisé car il lui faut emprunter les longs couloirs pour rejoindre l'ascenseur. En conséquence, les animateurs vont le plus souvent chercher les résidents dans les différents services. La zone animation des USLD H., bien qu'excentrée des lieux de vie, présente des caractéristiques favorables. En effet, constitué d'un atelier bricolage, d'une cuisine équipée et d'une salle polyvalente, l'espace dédié à l'animation est confortable, spacieux, clair et fonctionnel. Les personnes âgées apprécient beaucoup cet endroit où ils partagent avec d'autres résidents de nombreuses activités et développent et entretiennent de facto des liens. Enfin, à l'extérieur de l'entrée principale, se regroupent régulièrement quelques résidents pour échanger et observer les allées et venues des usagers, des familles, des personnels. Même si l'aménagement est spartiate (quelques chaises plastiques et pas d'ombre), l'endroit est toujours fréquenté. L'ANESM dans le volet 2²⁷ attire l'attention sur ces lieux « Aménager les espaces investis spontanément par les résidents tels que paliers d'ascenseur, hall d'accueil, entrée... ».

Au vu de ce diagnostic, il en ressort qu'il est indispensable de trouver un juste équilibre entre l'aspect fonctionnel des aménagements pour les professionnels et le confort pour les résidents. Faciliter et encourager les déplacements des personnes âgées et privilégier les espaces de rencontre en apportant une attention particulière au confort, contribuent au maintien du lien social des résidents.

²⁶ ANESM, septembre 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, SAINT DENIS, 59 p.

²⁷ ANESM, septembre 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, SAINT DENIS, 59 p.

2-2 Le travail des soignants centré davantage sur la tâche que sur la relation avec la personne âgée

Lors de ma journée d'observation²⁸ à l'EHPAD L., j'ai à plusieurs reprises, remarqué que les soignants n'expliquaient pas toujours ce qu'ils allaient faire aux résidents. Par exemple, au cours de la matinée, j'ai été interpellée par le fait que des soignantes venaient chercher des résidents installés en fauteuil roulant au grand salon, pour les conduire aux toilettes sans un mot. J'ai ainsi pu observer un certain nombre d'allées et venues de fauteuils roulants dans lesquels étaient installées des personnes âgées dociles, muettes voire sans expression. Selon une recommandation de l'ANESM, « *La qualité de la relation avec les personnes concourt à l'objectif premier de tout travail en établissement social et médico-social, à savoir le bien-être, l'épanouissement et l'autonomie des usagers* »²⁹. Même si cette recommandation est indiscutable et évidente, l'exemple cité ci-dessus n'est pas propre à cet EHPAD. En effet, dans l'établissement où j'exerce, souvent les soignants concentrés sur leurs nombreuses tâches quotidiennes et routinières, effectuent les soins encadrés par des protocoles bien précis, sans privilégier le dialogue avec les résidents. Parmi eux, certains se laissent faire sans mot dire ou d'autres se manifestent par l'agressivité car ils ne reçoivent pas les informations nécessaires à la compréhension de la situation. Un autre exemple peut également venir illustrer ce manque de lien social lorsqu'il s'agit de soins prodigués par plusieurs soignants sur un résident. Il arrive parfois dans les USLD H. comme ailleurs certainement, que les soignants parlent entre eux pendant la toilette d'un résident qui reste au milieu de la discussion sans en comprendre le sens et sans pouvoir y participer. Même si les soignants sont régulièrement sensibilisés sur cette question³⁰ et qu'ils reconnaissent eux-mêmes que le respect du résident est primordial, il n'en demeure pas moins que les tâches routinières et sanitaires prennent souvent le pas sur l'aspect relationnel. Lors de mes entretiens à l'EHPAD L., à la question : « *Souhaiteriez-vous que le personnel prenne plus de temps pour parler avec vous ?* » une seule résidente a répondu qu'elle n'en exprimait pas le besoin, les autres interrogés ont esquivé la question. Les professionnels de santé rencontrés à l'EHPAD L. définissent assez bien la notion d'accompagnement³¹ et reconnaissent que l'écoute des résidents est importante mais aucun d'entre eux ne parle d'échange. Dans l'établissement où j'exerce, la majorité des soignants ont bien compris toute l'importance de placer le résident au centre des préoccupations mais ce dernier n'est pas toujours acteur de sa vie. En effet, le personnel fait souvent à sa place, pas toujours en raison d'une incapacité mais parfois pour une question de rapidité d'exécution. En effet, la charge de travail des professionnels peut être importante, et les résidents ne sont pas toujours sollicités,

²⁸ Note d'observation en annexe 1

²⁹ ANESM, janvier 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, SAINT DENIS, 48 p.

³⁰ Lors des formations bientraitance, staffs infirmiers, groupes de travail

³¹ Un des interrogés a répondu : « *l'accompagnement du résident consiste en une prise en charge dans sa globalité, soin, médical, physique, psychologique, c'est stimuler son autonomie, avoir une écoute active pour commencer à élaborer des solutions...* »

sensibilisés pour effectuer les actes quotidiens comme se laver ou se servir à table tout seul. Qui n'a pas vu un soignant déposer le sucre dans le café d'un résident pour aller plus vite plutôt que de l'inciter à se servir en lui expliquant ? Est-il rare pour un agent de prendre des mains d'un résident maladroit, son gant de toilette pour le laver à sa place ? Dans un article paru dans Doc'Alzheimer³², la sociologue Laurence Hardy, amène le lecteur à s'interroger sur l'infantilisation des personnes âgées et ajoute « *Pour préserver, atteindre et valoriser la citoyenneté, il faut avoir un regard tourné vers l'adulte et non percevoir la personne comme « mineure » au travers de ses faiblesses et de ses pertes.* ». Une autre mauvaise habitude souvent remarquée chez les soignants, consiste à utiliser la troisième personne du singulier en s'adressant à un résident. Dans « Pages de vie en maison de retraite³³ », Victor, résident d'un EHPAD fait part de son indignation lorsque le personnel parle à son épouse à l'impersonnel « *Alors Madame Durange, on a bien dormi ? on va se lever maintenant ?* » « *...mais qui est ce « on » ? est-ce une façon de parler aux gens ? on c'est personne ! or Gisèle c'est quelqu'un... même si elle est perdue...* ». Devant ces différentes situations qui s'installent insidieusement sans que le personnel lui-même ne s'interroge sur sa conduite car pris dans la routine et obnubilé par sa check-list, il est donc du rôle du directeur de sensibiliser, de mobiliser ses effectifs sur la question du relationnel et du lien social. Dans un rapport rédigé par l'Espace partagé de santé publique³⁴, une recommandation précise : « *Tout le temps de travail du personnel doit être pensé comme des occasions de créer du lien social, d'humaniser la vie en institution... il doit pouvoir à tout moment créer un climat socio émotionnel...* ». Depuis plusieurs années, il se trouve que la professionnalisation des différents agents intervenant dans les EHPAD progresse grâce à la formation continue d'une part et à la création de nouveaux métiers spécialisés dans l'accompagnement de la personne âgée d'autre part. Les formations de bientraitance dispensées dans l'établissement où j'exerce ont beaucoup fait évoluer l'image du travail en gériatrie. Aujourd'hui, après plusieurs sessions de formation, un certain nombre de soignants exercent leur métier en apportant une attention particulière au relationnel lors des gestes techniques et reconnaissent à la majorité, le bienfait constaté chez les résidents. Nicole Poirier³⁵, intervenante à l'EHESP, lors du module portant sur la Bientraitance³⁶, introduisait son exposé en soulignant toute l'importance de créer du lien avant tout : « *Cette trace émotive reste toujours présente, la mémoire de la voix reste plus longtemps... il faut toujours rechercher la relation avant tout !* ». Le directeur doit absolument veiller aux actions de formation dispensées dans son établissement et savoir écouter le personnel lorsque ce dernier fait part de son besoin d'apprendre pour mieux comprendre les maladies touchant les personnes âgées. La professionnalisation des soignants intervenants auprès des personnes âgées a également été rendue possible par la

³² Doc' Alzheimer n°13, avril-mai-juin 2014.

³³ Duponchelle A., Elschner G., 2010, *Pages de vie en maison de retraite-Témoignage et réflexion*, Lyon : Chronique sociale, 175 p.

³⁴ Espace Partagé de Santé Publique, 2010, *Innover pour un EHPAD du futur : les propositions des professionnels des Alpes Maritimes*, Nice, CHU de Nice, 23 p.

³⁵ Nicole Poirier, Directrice de Carpe Diem, Québec.

³⁶ Module « Bientraitance », DE Directeur d'EHPAD, droits des usagers, 17, 18 et 19 juin 2014

création de métiers spécifiques : Aide Médico-Psychologique (AMP) et Assistant de Soins en Gériatrie (ASG)³⁷. Au cours de mes différentes expériences professionnelles, j'ai pu constater que les AMP ou les ASG ont un sens relationnel très développé avec les personnes âgées et prennent plus le temps que leurs collègues soignants, d'expliquer les choses. Aux ULSD H., grâce à la convention tripartite, 9 postes d'ASG ont été créés et la plus-value au sein de l'équipe soignante est incontestable notamment dans l'accompagnement des résidents atteints de troubles du comportement. Souvent, le motif du manque d'effectifs est revenu lors de mes entretiens à l'EHPAD L. lorsque je demandais aux agents s'ils passaient un peu de temps à dialoguer avec les résidents. Pourtant l'infirmière coordinatrice de cet établissement estime que les agents peuvent trouver le temps de parler avec les personnes âgées car dit-elle : « *Chaque soin peut être l'occasion de parler.* ». La loi de janvier 2002 a donné l'obligation de mettre en place un Projet de Vie Individualisé (PVI) pour chaque résident. En questionnant différents EHPAD, j'ai pu relever qu'il existait une grande disparité sur l'état d'avancement et le mode opératoire des PVI. Dans l'établissement où j'exerce, les PVI en place partiellement, ont permis d'impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents. Grâce au PVI, le lien social s'est installé au fil du temps entre les usagers³⁸ et les professionnels. Un PVI ne se rédige pas en quelques heures, un PVI avance après des rencontres, des échanges, et il peut se passer plusieurs semaines ou mois avant de faire prendre conscience aux usagers de l'importance de l'exercice. J'ai pu remarquer à plusieurs reprises que les résidents adhèrent plus rapidement au projet que leurs familles qui peuvent rester sceptiques. Comme le voulait le législateur, je constate que grâce au PVI, le résident est au centre des préoccupations. La parole lui est donnée sur sa vie, ses souhaits, ses peurs, ses souffrances, il est écouté par les soignants qui découvrent alors un individu avec une histoire de vie parfois étonnante ou bien malheureuse. Favoriser le lien social entre les résidents et les professionnels est important et il l'est tout autant avec les proches.

2-3 Peu d'échanges avec l'extérieur, l'EHPAD ferait-il peur ?

« Neuf résidents sur dix (de ceux qui ont des proches) déclarent recevoir des visites de leurs proches et la fréquence de ces visites convient à huit sur dix d'entre eux, deux sur dix trouvant ne pas en avoir assez. ». ANESM, *Qualité de vie en EHPAD (volet 3), p.22.*

Lors de mes entretiens à l'EHPAD L., les résidents me confiaient qu'ils ne recevaient pas assez de visites de leurs proches (3 fois par semaine dans le meilleur des cas, 1 fois le plus souvent par semaine). Ils ne correspondent rarement par courrier mais utilisent le téléphone une fois par semaine en moyenne pour prendre des nouvelles de leur famille ou amis. Dans

³⁷ Créé en 2009, la fonction d'ASG consiste à aider dans la vie quotidienne des personnes malades d'Alzheimer. L'ASG assure la stimulation cognitive et sociale.

³⁸ Résidents, familles, proches

l'établissement où j'exerce, le constat est similaire³⁹. En effet, sur 115 résidents, moins de la moitié reçoivent des visites, en revanche, régulièrement (3 à 6 fois par semaine) un petit nombre de personnes âgées voit leurs proches. A la question « certains résidents se plaignent-ils de la solitude ? », la psychologue m'a répondu « *oui, ils se plaignent surtout du manque de visites.* ». Afin de préserver le lien social des résidents avec leurs proches, nous avons mis en place un projet intitulé « communiquer avec ses proches via la Webcam ». Ce projet financé par une caisse de retraite, est en place depuis quelques mois à l'initiative des animateurs. Après avoir proposé cette nouvelle prestation à l'ensemble des résidents, certains d'entre eux ou leurs familles ont bien voulu tenter l'expérience. L'exercice peut paraître simple pour nous, habitués aux nouvelles technologies, mais pour les personnes âgées cela relève du domaine de l'inconnu. Et pourtant, après avoir expliqué comment la communication était possible à partir d'une tablette informatique et d'une petite caméra intégrée, les animateurs ont réussi, non seulement à intéresser les résidents volontaires mais également à leur procurer du baume au cœur lorsqu'ils ont pu voir et entendre leurs enfants et petits enfants. Cela étant, ce dispositif ne concerne aujourd'hui qu'une minorité de résidents car beaucoup d'entre eux souffrent de troubles du langage comme l'aphasie qui, de facto, limitent la communication verbale. Dans l'ouvrage « Communiquer avec des personnes âgées, la « Clé des Sens »⁴⁰, l'auteur Martine Perron, souligne l'importance de communiquer et s'interroge : « *Les personnes âgées auraient-elles si peu à dire, à échanger qu'on ne puisse communiquer avec eux qu'avec des « ça va » ? et des « il fait beau aujourd'hui, n'est-ce pas ?* ». Aujourd'hui, des professionnels ont prouvé l'efficacité de nouvelles méthodes pour communiquer avec les personnes âgées, et ainsi aider les soignants mais également les proches démunis. Favoriser le lien social entre les résidents et leurs proches est de la mission de l'établissement comme le recommande l'ANESM⁴¹ et plusieurs moyens existent. Par exemple, aux USLD H., est instaurée depuis plusieurs années, une réunion annuelle par service à laquelle participent les résidents et leurs proches, l'équipe, les représentants du CVS et la direction. Avec ce rendez-vous convivial et apprécié de tous, les familles peuvent découvrir la vie du service, faire la connaissance de tous les agents et de la direction et poser les questions de toute sorte. Même si le Conseil de la Vie Sociale fonctionne, il est important de favoriser toutes les formes de participation et de donner une place aux familles dans la vie de l'établissement. Il est fréquent de constater que les EHPAD sont trop souvent fermés sur eux-mêmes, la vie de l'extérieur ne vient pas naturellement. La plupart des EHPAD organisent des rencontres inter générations mais j'ai pu relever que ces manifestations ne sont pas régulières et pas toujours faciles à mettre en place. Les ULSD H., ont reçu plusieurs fois les enfants de la crèche du personnel, les deux structures étant installées sur le même site. Malgré la proximité, ces rencontres ne sont pas régulières et le lien ne s'installe pas tandis

³⁹ Statistiques recueillis auprès de la psychologue

⁴⁰ Perron M., 2012, *Communiquer avec les personnes âgées, la « Clé des Sens »*, Lyon : Chronique sociale, 158 p.

⁴¹ ANESM, janvier 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), *la vie sociale des résidents en EHPAD*, SAINT DENIS, 65 p.

que certains parents avouent ressentir une certaine crainte de laisser leurs enfants aller voir des personnes âgées⁴². Les écoles aussi, sont amenées à rendre visite aux résidents des EHPAD, les enfants de maternel viennent alors chanter des petits refrains aux personnes âgées qui se voient distribuer un dessin contre un bisou. Bien sûr, les résidents sont contents de les recevoir et passent un moment agréable mais les relations n'ont pas le temps de se créer. Dans « Pages de vie en maison de retraite », l'auteur insiste sur cette notion de cadre durable « *Ne pas pérenniser les échanges, les rencontres, les partages, peut s'avérer violent pour les personnes âgées si leur attente est déçue.* ». Instaurer un partenariat formalisé entre l'école et l'EHPAD est le gage de la réussite en proposant des activités communes en lien avec le programme scolaire par exemple, comme le suggère dans son rapport la Fédération Vendéenne des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne⁴³. Ces échanges peuvent permettre aux résidents de transmettre leur savoir et il n'est pas impossible de découvrir un autre visage d'une personne âgée aux côtés d'un enfant. Lors de mon stage à l'EHPAD L., le directeur m'a confié l'animation d'une rencontre entre un petit groupe de résidents et des jeunes de la mission locale dont le but de la visite était de découvrir quel métier exerçaient leurs hôtes. Si les échanges restaient timides au début, rapidement les jeunes ont manifesté un grand intérêt aux narrations des personnes âgées. Ainsi, une élégante ancienne brodeuse, expliquait qu'en son temps, elle confectionnait entièrement les trousseaux de mariage. Un autre participant encourageait les jeunes à travailler et à rester confiants en l'avenir, lui-même avait démarré serveur pour finir maître d'hôtel dans un très grand établissement. Cette petite manifestation démontre combien les rencontres inter-générationnelles sont bénéfiques tant pour les personnes âgées que pour les jeunes qui découvrent des individus ayant été jeunes comme eux, avec une vie riche en événements et en émotions. Entretenir, faciliter l'interaction entre les résidents et l'environnement est une volonté qui doit s'exprimer au travers du projet d'établissement. Dans ce but, des conventions de partenariat avec des associations de bénévoles font l'objet d'un point d'attention particulier dans le cadre de l'évaluation externe. En effet, certains résidents n'ayant plus de contact avec leurs proches peuvent entretenir des liens avec des personnes bénévoles à l'écoute comme cela se produit dans l'établissement où j'exerce. Une autre forme d'ouverture sur l'extérieur existe aux ULSD H. depuis plusieurs années avec le partenariat d'un atelier de peinture. Chaque année, après avoir défini un thème, les artistes de l'association et les résidents, préparent chacun de leur côté une exposition. Aidées des animateurs, les personnes âgées qui se prêtent au jeu, dessinent, peignent en respectant le thème imposé. Un vernissage courant juin est organisé et rassemble tous les artistes, les familles, le personnel et la direction. Ce rendez-vous est particulièrement attendu par les résidents qui après avoir passé du temps à préparer l'exposition, présentent leurs œuvres à leurs proches et ces derniers

⁴² Propos tenus par une ASG « *Avant d'être ASG j'étais aide-soignante et je connais les risques d'infections possibles, je n'ai pas voulu que mon enfant rende visite aux résidents des USLD, et pourtant en tant qu'ASG je sais que ces rencontres sont au combien bénéfiques en terme relationnel.* »

⁴³ Fédération Vendéenne des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne (FVISASIC), CEAS VENDEE, 2012, *Promouvoir le lien social dans nos maisons de retraite*, La Roche sur Yon, 82 p.

redécouvrent leurs parents dans un contexte festif. Pour faire venir du monde de l'extérieur, encore faut-il que l'EHPAD soit accueillant. Pour cela, au cours de mes différentes expériences professionnelles, j'ai pu observer différents moyens utilisés par les établissements comme par exemple : élaborer un journal interne avec la contribution des résidents et des familles, instaurer une journée portes ouvertes, diffuser régulièrement des articles dans le quotidien à chaque grande manifestation, inviter les proches d'un résident à l'occasion de son anniversaire, organiser des manifestations avec d'autres EHPAD (olympiades par exemple), accueillir des chorales du club du 3^{ème} âge, faire venir des marchands ambulants... Les recommandations pour entretenir le lien social avec l'extérieur sont pour certaines, appliquées par bon nombre d'établissements, cela étant, l'image négative de l'EHPAD peut persister.

Toutes ces actions tournées vers l'extérieur permettent aux personnes âgées quelles que soient leurs faiblesses et perte d'autonomie, d'entretenir leur appartenance à une société et de ne pas être rejetées par celle-ci.

Chapitre 3 – Les actions pour maintenir ou développer le lien social

Nonobstant une population âgée très dépendante accueillie dans les EHPAD, il n'en demeure pas moins que le maintien du lien social fait l'objet depuis plusieurs années d'une attention particulière dans l'établissement dans lequel j'exerce. En effet, le dispositif des conventions tripartites a permis à bon nombre d'établissements de mettre en place les moyens nécessaires pour accompagner dignement et respectueusement les personnes âgées. Cela étant, au vu de l'analyse des différents entretiens menés auprès des résidents, familles et personnels, force est de constater, qu'il existe un manque évident de lien social dans les EHPAD. Au regard des recommandations de bonnes pratiques et des actions observées dans les différents EHPAD pour faciliter le lien social, j'oriente mes actions sur 4 thèmes, à savoir l'environnement, les relations entre les résidents, le travail des soignants et enfin l'ouverture sur le monde extérieur.

3-1 Adapter l'environnement et les aménagements

Selon l'arrêté du 26 avril 1999 à l'article 2-2-2, la qualité des espaces dans les EHPAD doit faire l'objet d'attentions particulières et plus précisément « *Les espaces destinés aux personnes âgées dépendantes doivent être conçus et adaptés de manière à ce qu'ils contribuent directement à lutter contre la perte d'autonomie des résidents, à favoriser le mieux possible leur sociabilité et instaurer une réelle appropriation de l'institution par l'utilisateur, que ce soit le résident lui-même ou son entourage.* ».

3-1-1 Favoriser le déplacement et l'autonomie

Délaisser son logement rempli de souvenirs pour venir s'installer dans une institution presque inconnue est une épreuve difficile et chargée d'émotion pour une personne âgée. Dans pages de vie en maison de retraite⁴⁴ Victor, résident, explique « *J'aurais eu beaucoup de mal à tout quitter d'un seul coup, à me retrouver dans un décor étranger, parmi des objets sans vie ni souvenirs, des meubles qui n'évoquent rien.* ». Le temps d'adaptation est une phase importante au cours de laquelle le personnel doit être particulièrement attentif vis-à-vis du nouveau résident qui, s'il le peut, devra être encouragé à prendre possession de sa chambre certes mais également des espaces collectifs pour aller à la rencontre des autres notamment. Pour ce faire, en ma qualité de directeur, une de mes actions portera sur la signalétique.

Comme je l'ai présenté dans mon diagnostic, les USLD H. sont hébergées dans un bâtiment où se trouvent également des services de court séjour gériatrique et de soins de suite et de réadaptation polyvalents et gériatriques. Une seule signalétique oriente tous les usagers quels que soient la durée de séjour, l'âge du patient/résident et de ses capacités physiques et cognitives. Bien entendu, mon projet restera fixé sur la signalétique des USLD mais il faudra toutefois que le rez de chaussée du bâtiment, accueil commun de toutes les spécialités, soit repensé afin d'être adapté à l'ensemble de la population accueillie. Depuis plusieurs années, de nombreuses réflexions sont menées sur le sujet de l'orientation temporo-spatiale des personnes âgées, handicapées et celles atteintes de troubles du comportement. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est ambitieuse car elle garantit l'accessibilité, ou du moins l'égalité d'accès quel que soit le type de handicap, qu'il soit sensoriel ou mental. S'agissant plus particulièrement de la signalétique, la loi apporte des points clés à savoir les notions de visibilité, de lisibilité et de compréhension. C'est à partir de ces recommandations et du guide de bonnes pratiques de l'ANESM⁴⁵ que je soumettrai à un spécialiste de la signalétique les principaux critères qui au préalable, auront été réfléchis en équipe pluridisciplinaire. Tout d'abord, une couleur dominante par service sera retenue sur les panneaux d'information positionnés à l'accueil, dans l'ascenseur et dans le service afin de distinguer les 3 USLD. D'une façon générale la signalétique devra être positionnée à une hauteur adaptée aux personnes âgées en fauteuil roulant ou malvoyantes. S'agissant de la police et conformément à l'arrêté du 1er août 2006⁴⁶, annexe 3, une typographie sans fioriture ou techniquement appelée « sans sérifs » sera retenue. Le repérage notamment pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sera facilité par des pictogrammes et des images. Les portes de

⁴⁴ Duponchelle A., Elschner G., 2010, *Pages de vie en maison de retraite-Témoignage et réflexion*, Lyon : Chronique sociale, 175 p.

⁴⁵ ANESM, septembre 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, SAINT DENIS, 59 p.

⁴⁶ Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création

chambre des résidents pourront être personnalisées en installant par exemple dans un cadre prévu à cet effet une photo, un petit objet fétiche, un dessin... Il apparaît clairement qu'un tel projet doit être mené en associant tous les intervenants de l'EHPAD (soignants, médecins, psychologues, ergothérapeute/kinésithérapeute, animateurs, coiffeur...) mais il doit être également exposé aux résidents et aux familles dans le cadre du CVS par exemple. Enfin, le coût du projet n'est pas neutre et devra en conséquence être soumis aux autorités de tarification afin de l'intégrer dans le projet pluriannuel d'investissements.

Mon second point d'attention pour favoriser le déplacement des résidents portera sur l'éclairage dans tous les lieux où les résidents peuvent entretenir le lien social notamment. Dans le guide élaboré par les caisses de retraite AGIRC et ARRCO⁴⁷ il est précisé « *A partir de 55 ans les quantités de lumière nécessaire sont de 300 % plus élevées qu'à 25 ans, et ce pour un niveau de performances visuelles équivalent.* ». Dans les EHPAD de construction récente, un soin particulier est porté à l'éclairage. Dans l'établissement où j'exerce, comme je l'ai déjà expliqué, aucune installation technique n'est vraiment pensée pour les personnes âgées avec ou pas troubles du comportement. La quantité et la qualité de la lumière dans tous les lieux fréquentés par les résidents feront donc l'objet d'une étude avec les services techniques de mon établissement afin d'envisager un chantier de remise aux normes. Ainsi, les espaces salons pourront bénéficier d'un éclairage plus ou moins tamisé tandis que la salle à manger (qui ne dispose pas de lumière naturelle) disposera d'une source lumineuse plus directe. Concilier confort et économie d'énergie est possible puisqu'aujourd'hui, il existe des sources lumineuses qui consomment moins et des systèmes intelligents comme l'éclairage progressif, dispositif envisageable dans les couloirs.

3-1-2 Privilégier des espaces d'échanges confortables

Le hall d'accueil d'un EHPAD est un point stratégique car c'est la première image que renvoie un établissement et c'est souvent l'endroit préféré des résidents car toujours animé. Dans l'établissement où j'exerce, le hall d'accueil se résume à deux chaises installées à proximité du bureau de la secrétaire qui répond aux sollicitations de tous les usagers du pôle Gériatrie. Sans envisager de gros travaux de restructuration, il sera difficile de créer un véritable espace accueillant pour les usagers si ce n'est de changer les deux chaises par deux fauteuils et une table basse. En revanche, en empruntant un couloir à environ 30 mètres, est disponible une zone qui n'est pas véritablement exploitée (un distributeur de boisson et quelques chaises) mais qui présente du potentiel en termes de surface. A l'aide de la signalétique, il serait envisageable de guider les résidents et leurs proches dans ce lieu passager qui pourrait être agrémenté de fauteuils confortables, de tables basses tout en profitant des œuvres réalisées

⁴⁷ AGIRC-ARRCO ET MFAM, 2012, *Déficiences sensorielles : Guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires*, Paris, 103 p.

par les résidents dans le cadre des animations. Cet investissement tout à fait accessible pourrait redonner de la vie à ce rez-de-chaussée et permettre aux résidents de se retrouver ailleurs que dans leur service pour retrouver leurs proches.

Lors de mon stage à l'EHPAD L. j'ai pu constater que les petits salons étaient très appréciés par les résidents qui peuvent se retrouver en petit comité ou bien recevoir leurs proches ou d'autres visiteurs. Ces espaces semi-privatifs n'existent pas aux USLD H. Au regard de l'architecture existante, la seule possibilité pour en créer serait de réduire la petite salle à manger notamment réservée aux familles, au moyen de cloustras par exemple. Ainsi dans le nouvel espace créé, il serait possible d'installer des fauteuils, des tables basses, apposer des tableaux au mur et mettre à disposition des livres pour rendre l'endroit plus chaleureux et convivial.

En toute honnêteté, j'ai rarement vu une salle à manger animée et pleine de bonne humeur dans un EHPAD. En général, les repas se passent dans le silence avec en fond sonore le bruit des couverts, rares sont les discussions entre les résidents. L'ameublement de cette salle est souvent le même d'un établissement à un autre, soit du mobilier dit de collectivité. Pour favoriser le lien social entre les résidents, il faut un cadre agréable ou l'on se sent bien. En tant que directeur, j'attacherai une attention particulière au choix du mobilier en se rapprochant d'un style « comme à la maison » ou « comme à l'hôtel » et j'associerai les résidents autant que faire se peut à ce projet. La disposition des tables sera étudiée afin de faciliter la communication des résidents qui pourront être placés en fonction des affinités. Le coût de l'opération n'est pas négligeable mais il peut être envisagé d'équiper un service par an. D'autres solutions existent pour agrémenter une salle à manger et à moindre coût, comme par exemple recouvrir les tables de nappes en coton dit « anti-tâches »⁴⁸, orner les murs d'objets décoratifs, déposer sur les tables des petites fleurs naturelles ou artificielles, utiliser des diffuseurs d'essences naturelles.

J'ai pu constater dans mon établissement comme dans d'autres EHPAD, qu'une minorité de personnes âgées sortent seules souvent par crainte de tomber ou de se faire renverser, ou bien en raison des conditions climatiques. Afin d'encourager les résidents à s'installer à l'extérieur de l'EHPAD, le directeur doit s'assurer qu'en terme de sécurité ils ne courent aucun risque et que les aménagements sont suffisamment confortables et adaptés à leurs handicaps. Une série de guides apporte un éclairage sur les recommandations à prendre pour aménager ces espaces de vie et les architectes expérimentés dans le domaine médico-social, savent proposer aux directeurs d'EHPAD des solutions qui ont prouvé leur efficacité. L'action suivante que j'envisage de mettre en place aux USLD H. portera donc sur l'aménagement des abords immédiats de l'entrée principale. Actuellement cet endroit qui représente environ 200

⁴⁸ Le linge utilisé en EHPAD est soumis à des normes en termes de sécurité incendie

m2, est sommairement équipé et il n'existe pas d'abri pour se protéger du soleil ou de la pluie. De plus, les véhicules (taxis, ambulances, véhicules de service) stationnent immédiatement devant la porte, le temps de la dépose. Dans un premier temps, il conviendra donc de sécuriser la zone en reculant l'arrêt des véhicules. Ensuite, le sol devra être nivelé et un cheminement devra être matérialisé par un revêtement bien distinct de la zone de repos. L'agencement de cette dernière pourra bénéficier d'une pergola, de bancs et de végétations (fleurs, plantes aromatiques). Les résidents installés dans un espace agréable, fréquenté et sécurisé pourront alors profiter de l'extérieur, rencontrer d'autres personnes tout en veillant à l'arrivée de leurs proches.

Quels que soient les travaux d'aménagement intérieurs et extérieurs, un projet réussi aura au préalable fait l'objet de concertation avec les usagers, le CVS ainsi que le personnel. Dans ce contexte-là, avant même l'issue du projet, le lien social entre tous les individus est déjà instauré.

3-2 Promouvoir le lien social entre les résidents

3-2-1 Le résident, comme un citoyen tenu informé de la vie de l'établissement

La charte des droits de la personne âgée⁴⁹ confère aux résidents des droits qui leur sont propres et précise que malgré leurs handicaps, ils conservent la possibilité de participer à la vie de la société. Selon une étude menée par KPMG⁵⁰, la durée moyenne de séjour dans un EHPAD s'établit à 3,8 années. Pendant presque 4 ans, le résident vit au sein d'une microsociété qu'est l'EHPAD et entretient différentes relations. Pour participer à la vie de l'établissement, le résident doit être tenu informé des actualités et pour ce faire, le directeur doit s'assurer que tout est bien mis en œuvre. La première action dans ce domaine que je mettrai en place sera l'instauration d'un pot d'accueil au sein du service afin de présenter le premier soir par exemple, le nouveau résident⁵¹. Cette action aura un double effet, tenir informés les habitués de l'EHPAD des nouveaux arrivants et d'accueillir ces derniers de façon conviviale et rassurante. Comme en témoigne Victor⁵² « *Rien ne remplacera ma maison. Mais un apéritif pour commencer, c'est une bonne idée quand même.* ». Par ailleurs, même si les résidents posent peu de questions sur les départs imprévisibles des autres pensionnaires, cet événement génère souvent une source d'inquiétude selon les soignants⁵³. La seconde action portera donc sur la communication des mouvements (hospitalisation, transfert vers un autre

⁴⁹ La charte des droits de la personne âgée a été élaborée en 1999 par la fondation nationale de gérontologie et par le ministère de l'emploi et de la solidarité

⁵⁰ KPMG, 2013, *Observatoire des EHPAD*, Paris, 68 p.

⁵¹ Si l'état de la personne âgée le permet

⁵² Duponchelle A., Elschner G., 2010, *Pages de vie en maison de retraite-Témoignage et réflexion*, Lyon : Chronique sociale, 175 p.

⁵³ Une ASH me confiait « nous ne les informons pas toujours ou pas assez rapidement des décès et les résidents s'inquiètent mais ne nous demandent rien... »

EHPAD, décès) aux résidents par les soignants et toujours en concertation avec la psychologue. Enfin, un petit espace de recueillement sera installé dans chaque service où les différents usagers pourront prendre connaissance des décès survenus récemment. Encourager les résidents à créer des liens entre eux peut également passer par le CVS mais force est de constater que rares sont les représentants des résidents qui exercent ce rôle social de façon engagée et dynamique. A l'EHPAD L., afin de favoriser les échanges, le directeur a instauré un goûter mensuel avec une dizaine de résidents volontaires auquel sont également conviées l'infirmière coordinatrice, la psychologue et l'animatrice. Ce rendez-vous est l'occasion pour le directeur de lancer des sujets abordant différents thèmes relatifs à la vie de l'établissement comme le choix des plantations au printemps, l'installation d'un aquarium, l'emplacement de nouvelles affiches, les futurs travaux... Cette rencontre réunit un petit groupe de personnes âgées dans une ambiance conviviale et moins officielle que le CVS où la parole est libre.

3-2-2 L'animation, la vie de l'EHPAD

L'origine du mot animation vient du latin « anima » ce qui signifie âme, souffle et dans les EHPAD, l'animation trouve tout son sens. La reconnaissance du métier d'animateur a fortement évolué en 30 ans. Lorsque les premiers agents chargés de l'animation sont arrivés dans les Maisons de Retraite, ils étaient le plus souvent recrutés sur un statut de contrat aidé⁵⁴. Même si les différentes études sur le sujet démontraient le bien fondé de l'animation en établissement hébergeant des personnes âgées, le métier d'animateur n'était pas toujours valorisé et les postulants rarement expérimentés. Grâce aux différentes dispositions prises dans le secteur médico-social, des postes d'animateurs ont été créés dans les EHPAD au travers des conventions tripartites et ce métier a connu une véritable professionnalisation. Aujourd'hui, avec le public, l'animateur développe des activités qui facilitent la communication, l'adaptation au changement et plus généralement la mise en œuvre d'une vie sociale. Il encourage l'expression, la créativité et l'épanouissement des individus par des techniques variées : expression corporelle, atelier d'écriture, multimédias, activités artistiques et culturelles⁵⁵. Dans l'établissement où j'exerce, il existe 3 postes d'animateur dont un avec un profil d'ASG. Les actions déjà en place inscrites au projet d'animation, sont variées et la qualité des prestations est reconnue par les équipes médicales et soignantes et le CVS. Cela étant, en vu d'améliorer plus particulièrement le lien social des résidents, je préconiserai plusieurs actions en tant que directeur.

Tout d'abord, je m'attacherai à mettre en place un atelier réminiscence. Les lectures auxquelles je me suis adonnée et les différents retours d'expérience que j'ai obtenus m'ont

⁵⁴ Le gouvernement FABIUS lance les TUC (travaux d'utilité collective) en 1984 puis remplacés par les CES (contrat emploi solidarité) en 1990

⁵⁵ Les Maisons de retraite.fr, annuaire des établissements pour personnes âgées. [visité le 10.08.2014], disponible sur Internet : [http:// www.lesmaisonsderetraite.fr/emplois/animateur-animatrice.htm](http://www.lesmaisonsderetraite.fr/emplois/animateur-animatrice.htm)

convaincue du bien fondé de cette thérapie notamment pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et leurs relations avec leur entourage familial et social. Cet atelier s'adresse à une population qui présente des troubles du comportement modérés. Dans un tel projet, il faut rechercher l'adhésion totale de la psychologue et des animateurs qui seront amenés à travailler de concert. En ce qui me concerne dans mon établissement, la psychologue et une animatrice en particulier (formation ASG) sont particulièrement attachées à cette thérapie, en conséquence je les nommerai référentes. Le projet consistera dans un premier temps à dresser la file active potentielle des résidents à partir de l'échelle NPI-ES⁵⁶ établie par le médecin gériatre. En concertation avec les différentes unités, le binôme référent organisera 2 fois par semaine, en salle d'animation, de 10 h 15 à 11 h 30 un atelier réminiscence auquel participeront 3 à 8 résidents. Le groupe dépendra de la présence ou pas des deux agents réunis ou du niveau des capacités cognitives des participants. Le matériel nécessaire est moindre comme des livres (outils d'autrefois, les métiers d'avant, les vacances, les anciens jouets...), plusieurs éditeurs proposent de beaux ouvrages, des musiques et chansons, ou simplement des objets (vieux moulin à café par exemple). Le but de l'exercice consiste à amener la conversation sur un sujet à partir d'une image, d'un refrain, d'un objet. Ayant assisté à une séance dans un établissement, je peux affirmer que les effets immédiats sont sans appel. L'animateur du groupe laisse aller la conversation entre les résidents qui pour certains, sortent de leur mutisme lorsque des vieux souvenirs remontent à la surface.

Une autre action dans le domaine de l'animation permet de favoriser le lien social à l'EHPAD, il s'agit du journal interne et au cours de mes prospections, j'ai pu en découvrir plusieurs modèles. Même si le journal interne a pour vocation première d'informer les différents individus intervenants à l'EHPAD, il n'en demeure pas moins que le travail d'investigation, de rédaction et de mise en place est une plus-value incontestable. Dans le projet d'animation, je soumettrai donc l'idée de mettre en place un journal interne en demandant aux animateurs de rechercher des résidents avec ou pas des aptitudes de rédaction (car l'animateur peut transcrire à la place) mais surtout volontaires. En partant sur un rythme de 3 publications par an, « les journalistes » pourraient se réunir 1 fois par semaine et traiter des sujets tels que « *mon plus beau souvenir, mon métier d'avant, ma plus belle anecdote...* ». Par ailleurs, ce journal publiera les différentes manifestations marquantes de l'établissement et enfin des carnets (avis de décès, naissances, mariage...). Enfin, j'apporterai la touche finale en tant que directeur ou en tant que secrétaire de rédaction⁵⁷ mais le plus intéressant sera déjà fait par des résidents qui auront repris un petit rôle social dans cette microsociété qu'est l'EHPAD.

La forme des animations ritualisées proposées dans les EHPAD m'a, à plusieurs reprises interpellée. Pourquoi offrir une fleur à l'occasion de la fête des mères à chaque

⁵⁶ Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution.

⁵⁷ Vocabulaire journalistique : journaliste chargé de la relecture, de la correction des articles et de leur mise en page.

résidente : même celles qui n'ont jamais eu d'enfant ou celles qui en ont perdu un ? A quoi rime Halloween à l'EHPAD alors que cette fête n'évoque rien aux personnes âgées ? N'est-ce pas une atteinte à la dignité de coiffer une personne âgée d'un chapeau pointu ou d'en maquiller une autre au motif de mardi gras ? Rituel commence comme ridicule, et certaines animations peuvent parfois ne plus avoir de sens même si le personnel met beaucoup d'énergie à les organiser. Le lien social n'est pas encouragé lorsque les personnes âgées subissent les animations. Afin de limiter ces dérapages, les attentes, les capacités des résidents doivent être prises en compte et l'outil qui me servira à mettre en place des animations adaptées pour l'épanouissement de la personne âgée est le projet de vie individuel.

Afin de mesurer les effets de ces différentes actions, j'utiliserai principalement l'enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles, les avis du CVS, les renseignements suivis dans le projet individuel et les remarques du personnel.

3-3 Vers une évolution de la conception des soins

3-3-1 Le projet de vie personnalisé, un outil pour faciliter le lien social

Avec la loi du 2 janvier 2002, le projet de vie personnalisé est une obligation pour tout résident admis dans un EHPAD. Les textes d'application prévoient que le projet de vie fasse l'objet d'un avenant annuel au contrat de séjour. Selon les recommandations de bonnes pratiques diffusées par l'ANESM⁵⁸, il est précisé « *Concernant la question spécifique de la vie sociale, il s'agit de bien faire émerger les attentes et les besoins de la personne au niveau de la vie sociale au moment de la construction de son projet personnalisé.* ». Au regard des différents retours d'expérience que j'ai pu obtenir et de l'avancée de ce travail dans l'établissement où j'exerce, j'ai relevé qu'il fallait réunir obligatoirement deux conditions pour la réussite du projet individuel : la participation active du résident et de ses proches et un travail de concert de l'équipe pluridisciplinaire. Aux USLD H., une majorité de projets de vie ont été mis en place mais la façon dont ils ont été conduits mérite d'être améliorée. Tout d'abord, la participation du résident n'est pas aussi systématique que prévu mais le profil des personnes accueillis en USLD peut expliquer ce constat. En revanche, les proches ne sont pas assez présents soit parce qu'ils déclinent l'invitation sans vraiment d'explications ou le plus souvent pour des questions de planning et de disponibilité. Le lien social entre les différents individus présents dans un EHPAD, et qui ne se sont pas forcément choisis, s'instaure lorsqu'il y a un échange et que chacun y trouve une certaine satisfaction. Pour ma part, en tant que directeur, l'action que je mettrai en place pour impulser le lien social entre les résidents, les familles et les

⁵⁸ ANESM, janvier 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), *la vie sociale des résidents en EHPAD*, SAINT DENIS, 65 p.

professionnels consistera à recevoir chaque nouvel⁵⁹ arrivant accompagné de ses proches afin de leur exposer les tenants et les aboutissants du projet de vie et de leur présenter le binôme référent qui les accompagnera tout au long du séjour. Ensuite, le travail pourra commencer par le recueil des données, et j'inciterai les référents mais également les différents professionnels (soignants, psychologue, animateurs, ergothérapeute...) pouvant apporter des informations utiles au dossier du résident toutes les différentes informations colligées qui aideront à la construction du projet individualisé. La vie sociale avant l'entrée en EHPAD est source d'informations pour comprendre et guider le résident et/ou ses proches dans son projet de vie. Parfois l'attente de la personne âgée n'est pas forcément la même que la famille mais il est du devoir du binôme référent, soutenu par la direction, de rechercher un consensus afin que le résident soit satisfait. A travers la construction du projet de vie, et les échanges qui en découlent, les différents professionnels d'un EHPAD peuvent aider la famille à mieux comprendre son parent et leur donner les codes nécessaires pour entretenir le lien social. Le maintien du dialogue entre les résidents et les proches peut faciliter l'expression du résident⁶⁰. Le projet de vie doit recentrer la réflexion et les actions des soignants sur la personne âgée. Cet outil redonne du sens au travail en privilégiant la relation humaine au détriment des listes de tâches et de la « routine organisationnelle ». Enfin, il va de soi que le projet de vie doit être actualisé régulièrement en cas de besoin et qu'il doit faire l'objet d'un bilan annuel par les équipes.

3-3-2 Développer une démarche de bientraitance pour faciliter la communication

Selon l'ANESM, la bientraitance est définie comme suit « La bientraitance c'est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. ». Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur le volet de la bientraitance traduisent notamment les volontés de la loi du 2 janvier 2002 et de la loi de 2005⁶¹. Comme je l'ai exposé au paragraphe 2-2, nombreux sont les professionnels qui effectuent les gestes techniques sans dialoguer avec le résident. Les soignants sont souvent plus trop centrés sur leurs tâches que sur l'attention et la relation qu'ils peuvent avoir auprès des personnes âgées. Pourtant, en EHPAD, les résidents passent plus de temps avec les professionnels qu'avec leurs proches et le lien social développé entre eux doit donc faire l'objet d'une grande attention. Aujourd'hui, la plupart des EHPAD inscrivent dans leur plan de formation des actions portant sur la bientraitance. Dans l'établissement où j'exerce, plusieurs sessions ont été réalisées. Ainsi, nous avons pu constater que les techniques enseignées, basées sur la culture de bientraitance, sont facilement réalisables

⁵⁹ Et ainsi « d'officialiser » l'admission

⁶⁰ ANESM, février 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 1), *De l'accueil de la personne à son accompagnement*, SAINT DENIS, 70 p.

⁶¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n° 36 du 12 février 2005. [consultation 16 août 2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

certes mais surtout facilitent les soins grâce à une approche relationnelle différente. Nicole Poirier dans son intervention sur le thème de la bientraitance soulignait « *Il faut toujours rechercher la relation avant tout, instaurer la confiance* ». Les soignants ayant bénéficié de la formation bientraitance aux USLD ont ainsi compris combien il était important de privilégier d'abord l'aspect relationnel avant même le soin. Au regard de ce premier constat, l'action que je développerai en tant que directeur sera donc la poursuite de la formation sur le thème de la bientraitance avec un plan pluriannuel visant à en faire bénéficier tous les soignants, animateurs, psychologue de l'EHPAD. Par ailleurs, je m'appuierai sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁶² quant à l'attention particulière qu'il convient de porter sur la nature et l'expression des liens entre les personnes âgées et les professionnels et plus précisément : « *Vécu de manière individuelle, le lien du professionnel à l'usager peut ainsi être entouré de garde-fous indispensables, alimentés par les règles déontologiques des professionnels et la réflexion éthique entretenue dans la structure.* ».

Une autre action consistera à intégrer dans le planning des soignants (AS/ASG/AMP/ASH) un temps d'environ 15 à 20 minutes pendant lequel le professionnel dans son service, cessera toute activité pour consacrer du temps à un petit groupe de résident. L'idée est de favoriser les échanges et le lien social entre les professionnels et les résidents à partir du journal quotidien par exemple, d'un thème d'actualité ou tout autre sujet aidant. Ce quart d'heure quotidien permettra aux soignants de reconnaître tout l'intérêt du volet animation dans le projet d'établissement.

3-3-3 Des nouveaux métiers en phase avec les besoins

Les recherches sur l'amélioration de l'accompagnement de la personne âgée ont débouché entre autres sur la création de nouveaux métiers. Tout d'abord, il y a un peu plus de 20 ans, apparaissait le métier d'Aide Médico Psychologique (AMP) dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Selon le référentiel du RNCP⁶³, le métier d'AMP est décrit comme suit « *À travers l'accompagnement et l'aide concrète qu'il apporte, l'aide médico-psychologique établit une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins et leurs attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. Il a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien de la communication et de l'expression verbale ou non.* ». Aujourd'hui, même si les AMP sont une minorité dans les EHPAD, leur compétence est reconnue et constitue une plus-value incontestable dans l'amélioration de l'accompagnement de la personne âgée. Plus récemment, créée en 2009 la fonction d'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG), est prévue pour accompagner plus particulièrement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles

⁶² ANESM, juillet 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, SAINT DENIS, 51 p.

⁶³ RNCP : Répertoire Nationale des Certifications Professionnelles

apparentés. L'ASG assure la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes des résidents. Aujourd'hui, aux USLD H., le tableau des effectifs⁶⁴ compte 36 aides-soignants dont 6 ASG et 3 AMP. Mon action portera en conséquence sur le développement de ces spécialisations à savoir 3 agents formés chaque année afin de parvenir d'ici 5 ans à 24 ASG/AMP soit près de 70 % des effectifs AS. Bien entendu, il faudra tenir compte du coût de la formation qui s'élève à 1 600 € en moyenne d'une part et des motivations exprimées par les agents d'autre part.

3-4 Ouvrir les établissements sur leur environnement

En introduction à la recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM consacrée à « l'ouverture de l'établissement à sur son environnement » Didier Charlanne⁶⁵ souligne : « *L'ouverture des établissements sur leur environnement est devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux et d'exercer leur citoyenneté.* ». L'ouverture des EHPAD sur l'extérieur est un thème qui fait l'objet d'une attention particulière notamment lors de l'évaluation externe. Des démarches sont engagées dans les établissements pour accueillir le monde de l'extérieur ou proposer des sorties aux résidents mais au cours de mes différentes investigations, j'ai pu relever que les initiatives restaient insuffisantes et irrégulières.

3-4-1 Faciliter le lien social entre les résidents et leurs proches

Souvent, il est observé dans les EHPAD que les visites faites aux résidents par la famille, les amis, les voisins s'espacent de plus en plus dans le temps et finissent pour certaines, par cesser. Comment inciter le réseau social d'avant (même ténu) d'un résident à se maintenir à l'EHPAD ? Après mes différentes lectures et les exemples que j'ai pu observer, je partirai sur 4 actions. La première, simple à mettre en place, consistera à faciliter les horaires des visites autant que faire se peut, et par exemple jusqu'à 21 heures le soir. Ensuite, il sera indiqué aux proches la possibilité de partager un repas avec les résidents en toute intimité⁶⁶. L'information régulière devra être maintenue (livret d'accueil, publicité dans les zones de circulations, rappel des professionnels) et l'organisation facilitée (commande du repas, partie prenante du service restauration). Par ailleurs, Je ferai en sorte que les repas à thème (barbecue, anniversaires, fêtes de fin d'année) soient accessibles aux proches désireux de partager des moments agréables avec les résidents dans un contexte festif, là aussi la communication et l'organisation devra faire l'objet d'un suivi. Enfin, ma dernière action consistera à proposer aux

⁶⁴ Voir tableau des effectifs en annexe 4

⁶⁵ Didier Charlanne, directeur de l'ANESM

⁶⁶ Il existe une petite salle de restaurant dans les USLD H. prévue à cet effet

proches des entretiens avec la psychologue⁶⁷ pour les aider à maintenir le lien social. Cette démarche pourrait sembler facile à mettre en place mais la difficulté souvent rencontrée dans les EHPAD est le manque de temps de la psychologue. Autrement dit, cette action ne pourra être effective dans l'établissement qu'avec une augmentation d'effectif négociée auprès des tutelles⁶⁸.

3-4-2 Faire venir du monde de l'extérieur

Les établissements doivent cultiver l'esprit d'ouverture en organisant des manifestations avec une diversité de personnes (inter générations, bénévoles, associations, chorales...), il faut faire rentrer la vie de dehors.

Comme je l'ai exposé dans mon diagnostic, la plupart des EHPAD reçoivent des enfants qui souvent viennent chanter, apporter des dessins. Même si les personnes âgées apprécient l'évènement, il n'en demeure pas moins que le lien social ne s'installe pas car l'instant est trop éphémère. Dans un extrait de la préface de l'ouvrage *Carnet de voyage intergénérationnel*, Albert Jacquard⁶⁹ introduit la notion d'intergénération : « *Les humains ont fait ensemble l'humanité. C'est notre legs. Il nous appartient de faire en sorte que l'humanité continue à faire de nous des humains. J'aimerais que ce livre puisse contribuer à cette tâche et, ce faisant, qu'il déborde le vocable, trop étroit à mon sens, de l'intergénérationnel pour inviter chacun à voyager d'une génération à l'autre afin d'apprendre à devenir ensemble.* ». Ma première action pour faire venir du monde de l'extérieur, consistera donc à proposer un partenariat aux animateurs et à une école. La venue des enfants serait programmée sur l'année scolaire à une fréquence bimensuelle avec comme objectif une activité commune avec les personnes âgées. Les enfants et les résidents pourraient apprendre à se connaître sur l'année scolaire et seraient amenés à participer ensemble à des activités telles que cuisine, bricolage, potager, jeux... ou bien échanger à partir de livres, de films, de musiques. Les programmes d'activités feront l'objet de concertation entre les professionnels (soignants, animateurs, psychologue, ergothérapeute) et les professeurs des écoles, un bilan de suivi permettra de prendre en compte les aménagements nécessaires des activités et de la fréquence. Dans ce cadre-là, les résidents et les enfants pourraient apprendre à se connaître autour d'une activité. Le mélange de la transmission du savoir des aînés et la candeur des plus jeunes dans un contexte durable favoriserait le lien social.

Faire venir des services de l'extérieur peut également contribuer à favoriser le lien social des résidents. Ces derniers en venant s'installer à l'EHPAD n'ont plus rien à faire ou presque, tout est fait à leur place et souvent la plupart ne prennent plus d'initiatives. Ceux qui n'ont pas la

⁶⁷ ANESM, janvier 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), *la vie sociale des résidents en EHPAD*, SAINT DENIS, 65 p.

⁶⁸ Le poste de psychologue financé en section dépendance, est autorisé par le Conseil Général.

⁶⁹ A. Jacquard, biologiste écrivain français

chance de sortir un peu avec leurs proches ou dans le cadre des animations, découvrent les mêmes visages le matin et disent au revoir aux mêmes personnes le soir. Une autre action que je proposerai de mettre en place serait de faire venir des services dans les USLD H. Pour la mise en œuvre de ce projet, j'associerai les animateurs, le personnel des services, la psychologue et les familles. L'idée serait d'inviter des marchands ambulants proposant des vêtements, de l'épicerie fine, des bijoux fantaisie, des petits objets décoratifs, des livres, deux fois par an, au printemps et avant les fêtes de fin d'année. La vente de vêtements sur place peut rendre service aux usagers qui peuvent tranquillement faire leur choix sans avoir à supporter le stress des grands magasins. Cela étant, au vu de mon expérience passée, je serai attentive à trois points, tout d'abord avoir l'aide des familles ou des représentants légaux pour accompagner les résidents, ensuite choisir des professionnels sérieux dans ce domaine (critères prix, choix, retouches prévues) et enfin s'assurer que l'organisation du travail du personnel intègre bien cette manifestation. S'agissant des expositions d'objets décoratifs, bijoux, épicerie fine... les résidents pourront trouver là, l'occasion d'acheter des petits cadeaux à leurs proches ou bien de se faire plaisir. Proposer des services dans l'établissement aux résidents peut leur permettre de retrouver un tant soit peu un rôle de citoyen dans la microsociété qu'est l'EHPAD, en recouvrant des gestes oubliés comme disposer de son argent⁷⁰ et tout simplement en engageant la conversation avec le commerçant. Ces moments peuvent également permettre aux personnes âgées de passer un moment agréable qui sort de l'ordinaire avec leurs proches ou d'autres résidents. Enfin, ces actions peuvent apporter de la vie, de la festivité, valoriser l'image de l'établissement incitant davantage les visites et donc préserver le lien social.

3-4-3 Sortir et prendre l'air...

A la question posée au personnel lors de mes entretiens à l'EHPAD L. « *Pensez-vous que les sorties à l'extérieur sont bénéfiques pour les résidents ?* », à l'unanimité, les agents m'ont répondu oui en précisant que les résidents n'étaient pas les mêmes à l'extérieur. Un agent soulignait « *A l'extérieur, les résidents ne sont pas passifs, ils reprennent leur rôle de citoyen et nous avons des échanges différents* ». La même question posée au panel de résidents n'a pas vraiment suscité d'intérêt. En ce qui concerne les familles, le thème des sorties à l'extérieur s'est focalisé sur les repas en famille ou au restaurant le dimanche en me confiant que l'organisation logistique devenait compliquée au fur et à mesure que leurs parents vieillissaient. S'agissant de mon établissement, des sorties sont organisées à l'extérieur et sont d'autant variées que la ville offre un cadre propice aux balades et aux activités (pique nique dans les parcs, sorties à l'hippodrome, marché couvert, dégustation de glace...). Cela

⁷⁰ Duponchelle A., Elschner G., 2010, *Pages de vie en maison de retraite-Témoignage et réflexion*, Lyon : Chronique sociale, 175 p
« Le lien avec l'argent est une valeur fondamentale qui a accompagné la personne tout au long de sa vie... Permettre à toute personne de disposer de son argent, de le dépenser dans les actes de la vie courante se révèle un objectif que des établissements se sont fixés ».

étant, force est de constater que ces escapades toujours appréciées de tous⁷¹ s'adressent à un petit groupe de résidents (4 à 5) en raison de la capacité du véhicule et du nombre d'encadrants (2 animateurs, le 3^{ème} restant sur site pour les autres personnes âgées). Au regard des témoignages, notamment ceux des familles et des paramètres énoncés ci-dessus, l'action que j'envisagerai, serait de solliciter les familles et les bénévoles pour accompagner les résidents et les animateurs lors des sorties extérieures. Les personnes âgées les plus valides pourraient être transportées par leurs proches et les bénévoles assisteraient les animateurs. Ainsi tout en augmentant le nombre de résidents bénéficiant de ces sorties, les proches pourraient profiter de moments propices aux échanges avec leurs parents dans un cadre agréable et différent de celui de l'EHPAD.

Conclusion

Moins palpable que les conditions d'hébergement ou la qualité des soins, l'amélioration du lien social chez les personnes âgées est un sujet qui fait l'objet de nombreuses attentions de la part des pouvoirs publics depuis plusieurs décennies. Cela étant, l'évènement climatique exceptionnel que fut la canicule 2003, a mis en exergue un phénomène sociétal : l'oubli de nos aînés. Les différentes études menées démontrent que le réseau social d'un individu évolue selon les aléas de sa vie personnelle mais également en fonction de son avancée dans l'âge. Dans un EHPAD, une personne âgée n'aura jamais été autant entourée (autres résidents, professionnels, proches) et pourtant le constat est rarement différent d'un établissement à un autre, peu de relations s'établissent entre les différents individus. Pour remédier à cette problématique, des mesures ont été engagées depuis une quinzaine d'années notamment dans le cadre des conventions tripartites avec l'octroi de moyens supplémentaires pour le recrutement de différents professionnels tels que psychologue, animateurs, agent d'accueil, ergothérapeute... Mais c'est la loi du 2 janvier 2002 qui rappelle à tous les professionnels que la réflexion et les actions doivent être recentrées sur la personne âgée tout en privilégiant la relation à partir du projet de vie individualisé. Douze ans plus tard, un rapide tour d'horizon des EHPAD me permet d'avancer que la mise en œuvre de cet outil est très disparate et pourtant je suis convaincue qu'il constitue l'une des clés de voute de l'enrichissement du lien social chez les résidents. La culture du changement n'est pas le propre des français et pas mieux des professionnels des EHPAD ancrés dans leurs habitudes de travail, et pourtant la société dans laquelle nous vivons va devoir s'adapter au regard du vieillissement de la population. L'allongement de la durée de vie est une chance pour nous tous mais dans quelles conditions ? bien nourris, bien logés, bien soignés mais seuls au milieu de tous, sans envie de communiquer, sans vouloir entretenir de lien social, passifs en regardant le reste du temps qui s'écoule, sans transmettre nos savoirs ? Evidemment, je n'ai

⁷¹ Témoignages recueillis au cours du CVS

pas la prétention de changer tout ça, d'autres avant moi, experts, philosophes, étudiants ont étudié le sujet. En tant que directeur d'un EHPAD, différentes responsabilités m'incombent mais la recherche du bien être des résidents est fondamentale. Les actions que j'ai proposées dans ce mémoire ne présentent pas de caractère inédit mais elles sont tout à fait réalisables. Le directeur comme un chef d'orchestre peut donner le « la », mais le plus difficile est de bien suivre la cadence tout en veillant aux accords.

Bibliographie

Textes et réglementation

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JORF du 1er juillet 1975

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002

Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF du 1^{er} juillet 2004

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF du 12 février 2005

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). JORF n° 0185 du 11 août 2011

Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, Premier Ministre, 14 octobre 2013

Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création

Plan

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 84 p.
Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, juin 2013, 101 p.

Guides et recommandations

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, version révisée 2007

Charte des droits et liberté de la personne accueillie

Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), juillet 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, SAINT DENIS, 51 p.

Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), février 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 1), *De l'accueil de la personne à son accompagnement*, SAINT DENIS, 70 p.

Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), septembre 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, SAINT DENIS, 59 p.

Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), janvier 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), *la vie sociale des résidents en EHPAD*, SAINT DENIS, 65 p.

Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Action Sociale et la société française de gériatrie et gérontologie, 2007, « Recommandation de bonnes pratiques de soins en EHPAD »

AGIRC-ARRCO ET MFAM, 2012, *Déficiences sensorielles : Guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires*, Paris, 103 p.

Rapports

P. LAROQUE, 1946, *Le plan français de sécurité sociale*, Paris.

DRESS, *La vie en EHPAD du point de vue des résidents et de leurs proches*. Dossier solidarité et santé n° 18, 2011, 75 p.

Espace Partagé de Santé Publique, 2010, *Innover pour un EHPAD du futur : les propositions des professionnels des Alpes Maritimes*, Nice, CHU de Nice, 23 p.

Fédération Vendéenne des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne (FVISASIC), CEAS VENDEE, 2012, *Promouvoir le lien social dans nos maisons de retraite*, La Roche sur Yon, 82 p.

KPMG, 2013, *Observatoire des EHPAD*, Paris, 68 p.

Rapport Monalisa, Animateur du groupe de travail Monalisa : Jean-François SERRES, *Préconisations pour une MOBilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés*, juillet 2013, 142 p.

Ouvrages

BADEY-RODRIGUEZ C., 2003, *La vie en maison de retraite, comprendre les résidents, leurs proches et les soignants*, Paris : Albin Michel, 252 p.

COCQUEBERT L., 2012, *Le secteur social et médico-social depuis la loi HPST*, Paris : Editions LAMARRE, 136 p.

DUPONCHELLE A., ELSCHNER G., 2010, *Pages de vie en maison de retraite-Témoignage et réflexion*, Lyon : Chronique sociale, 175 p.

MARRO A., 2013, *L'art de manager en EHPAD*, Bordeaux : Les études hospitalières, 224 p.

PAUGAM S., 2013, « *Le lien social* », Paris : Presses Universitaires de France, 122 p

PERRON M., 2012, *Communiquer avec les personnes âgées, la « Clé des Sens »*, Lyon : Chronique sociale, 158 p.

SALOME J., 2006, *Heureux qui communique*, Paris : Pocket, 93 p.

Gestions hospitalières, *Hébergement des personnes âgées ou dépendantes, quelques principes fondamentaux de conception*, janvier 2008, 49 p.

Articles

Corcuff Philippe, « De la thématique du « lien social » à l'expérience de la compassion » *Variété des liaisons et des déliaisons sociales, Pensée plurielle*, 2005/1 no 9, p. 119-129. DOI : 10.3917/pp.009.0119.

Doc' Alzheimer n°13, avril-mai-juin 2014

Sites internet

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<http://www.anap.fr/domaines-de-competences/medico-social/>

<http://www.agevillage.com/>

<http://www.drees.sante.gouv.fr/article6504.html>

<http://www.insee.fr>

[http:// www.lesmaisonsderetraite.fr/emplois/animateur-animatrice.htm](http://www.lesmaisonsderetraite.fr/emplois/animateur-animatrice.htm)

Liste des annexes

Annexe 1 : Note d'observation

Annexe 2 : Grilles d'entretien

Annexe 3 : Synthèse des grilles d'analyse

Annexe 4 : Tableau des effectifs des USLD H.

Note d'observation

Préambule

Dans le cadre de la formation préparant au Diplôme d'Etablissement « Directeur d'EHPAD et droits des usagers » dispensée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, il est prévu d'effectuer une journée d'observation avant un stage pratique de 4 semaines dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette journée d'observation est une étape importante et intéressante dans le déroulement de cette formation car c'est l'occasion de s'immerger complètement dans la vie d'un EHPAD, « se glisser dans la peau d'un usager ». L'exercice peut paraître simple a priori, mais l'écueil à éviter est de rechausser son regard professionnel au cours de la journée. En ce qui me concerne, cette journée pendant laquelle je me suis posée pour simplement observer, fut riche en enseignement et comme le dit Jean Jacques ROUSSEAU « La plus utile règle de toute l'éducation ce n'est pas de gagner du temps, c'est d'en perdre ».

Ayant exercé auparavant dans un EHPAD autonome de taille conséquente (300 lits) et actuellement en poste dans un Centre Hospitalier comportant un USLD et un EHPAD, j'ai souhaité réaliser ma journée d'observation dans un EHPAD de taille moyenne et autonome afin de découvrir une autre frange d'EHPAD. Avant de réaliser cette journée, le Directeur de l'EHPAD avait bien entendu prévenu ses équipes de ma venue dès le matin à 7 heures et expliqué ma démarche.

Présentation de l'EHPAD

L'EHPAD se situe à environ 3 kilomètres du centre-ville accessible en transport en commun. Installé dans un cadre agréable, l'établissement offre aux usagers la possibilité de profiter facilement des abords aménagés pour la promenade. L'EHPAD comporte 75 lits dont une unité spécifique de 12 lits Alzheimer. L'entrée principale facile d'accès, donne directement sur un vaste hall d'accueil où l'on trouve aussitôt un agent administratif chargé entre autres, d'accueillir et d'informer les usagers et les visiteurs. Passé l'espace de réception, les lieux de vie communs sont rapidement accessibles : sur la droite un grand salon meublé de fauteuils confortables et cossus accueille les usagers, un espace télévision est installé dans cette grande pièce qui permet par ailleurs aux usagers, bénévoles, employés de se réunir autour

d'une table pour jouer, discuter, lire. Sur le même niveau, à l'écart, deux autres salons plus petits sont également mis à la disposition des résidents et des visiteurs. La salle de restaurant est spacieuse, l'aménagement beaucoup plus « hôtelier » que « collectivité » reste cependant tout à fait adapté aux personnes âgées dépendantes ou pas. Enfin, il faut souligner que les bureaux du directeur, de l'infirmière coordinatrice, du psychologue sont à proximité des lieux de vie communs et donc facilement accessibles par les usagers. S'agissant des chambres, une partie d'entre elles se trouve au rez de chaussée, une autre aux étages. Les chambres spacieuses sont pour la plupart personnalisées, les résidents ont en effet la possibilité d'apporter quelques meubles et de disposer ainsi d'un coin salon bien à eux. Dans ces espaces privatifs, l'ameublement de base fourni par l'établissement, est agréable et confortable tandis que les peintures murales sont chaleureuses. Sur chaque porte de chambre sont apposés les nom et prénom des résidents qui disposent s'ils le souhaitent d'une clé leur permettant de fermer. Enfin, l'infirmierie est installée à l'étage et les locaux techniques ainsi que la cuisine se situent au sous-sol.

Observations relevées au cours de cette journée

Il est 7 heures du matin lorsque j'arrive à l'EHPAD et conformément aux indications du Directeur, j'emprunte l'entrée du personnel pour rejoindre et suivre S., l'agent de service qui prépare et distribue l'ensemble des petits déjeuners. La préparation terminée, je suis donc S. et son chariot sur lequel se trouvent vaisselle et pichets de café, eau chaude, lait, chocolat, petit pain, bref de quoi restaurer 60 résidents... Arrivée devant la première porte de chambre, S. frappe et rentre et tout en allumant la lumière si besoin, dit doucement et calmement : « bonjour Mme X, comment allez-vous ce matin ?, c'est le petit déjeuner ». Je reste très discrète et j'évite de me montrer en restant à l'extérieur de la chambre afin de respecter l'intimité du résident d'une part et pour ne pas intriguer voire inquiéter les usagers. Je constate que S. est très attendue par les résidents qui lui demandent de ses nouvelles et l'interrogent ensuite sur la météo du jour. Tout en servant le petit déjeuner de chaque résident en fonction de ses habitudes alimentaires répertoriées sur une fiche présente sur le chariot de service, S. continue la conversation toujours avec la même voix douce et calme. S. est la première personne qui rend visite aux résidents et c'est elle qui reçoit certaines confidences ou qui découvre quelques incidents techniques. Pendant la distribution, S. va servir un couple (M. et Mme Y.) installé dans deux chambres voisines et je vois M. Y sortir en pyjama pour aller voir sa femme à côté et je l'entends dire : « Bonjour mon petit lapin bleu ! Comment ça va ce matin ? », je n'entends pas de réponse mais juste le bruit d'un bisou puis M. Y rejoint sa chambre. L'ambiance générale est très calme à l'exception d'une résidente qui geint sans arrêt, S. ne parviendra pas à la tranquilliser. S. va terminer son service à 7 h 45 par Mme Z., une résidente qui souhaite être réveillée plus tard que les autres. Le service du petit déjeuner terminé, S. reprend sa tournée du début pour débarrasser les plateaux, l'opération prend

environ 45 minutes. Pendant ce temps-là, certains résidents restent alités en attendant la venue de l'aide-soignante pour la toilette, certains font leur lit tandis que d'autres attendent le retour de S. pour poursuivre la conversation. Les chariots de soins commencent à circuler dans le couloir, Hermite le chat, 76^{ème} pensionnaire gratte à la porte de Mme B. tandis que Mme R. dit à S. « Ah vous savez que j'ai dormi avec mon amoureux cette nuit, et oui Hermite est resté avec moi toute la nuit ! ». L'EHPAD se réveille...

La toilette

Le petit déjeuner est suivi de la toilette qui en fonction des capacités de chacun peut se faire avec l'aide d'un soignant, c'est également le moment pendant lequel les agents pratiquent certains soins. Globalement, les toilettes se passent bien, à l'exception d'une résidente agressive envers un agent qui tente de l'approcher. Une fois la toilette terminée, la plupart des résidents se rendent au grand salon par leurs propres moyens ou accompagnés par un soignant.

La matinée

Il est 8 heures, je rejoins le grand salon et je vois arriver Mme P., le regard perdu elle semble pressée, elle sert son sac à main contre elle et traverse plusieurs fois la pièce, elle finit par s'installer dans le petit salon. Les fauteuils roulants arrivent discrètement conduits par les soignants, sans un mot, ils les installent autour des tables ou bien devant la télé. D'autres résidents rejoignent l'endroit par leurs propres moyens. Mme B. qui m'observe depuis un moment, s'approche de moi et me demande doucement : « vous attendez quelqu'un ? » je lui réponds que je serai présente toute la journée pour observer le fonctionnement de son établissement car je souhaite travailler plus tard dans un EHPAD. Mme B. ne poursuit pas la conversation, après un sourire échangé, elle va s'asseoir auprès d'une autre résidente et lui parle à l'oreille. Les résidents vont se retrouver dans le grand salon par petits groupes, la télévision est allumée mais peu regardée. Au fond de la pièce, une table ronde regroupe plusieurs personnes dont une résidente centenaire accompagnée par « sa dame de compagnie », son employée depuis longtemps qui continue à s'occuper d'elle. Cette dame de compagnie tente de dialoguer en commentant le journal, mais en vain c'est un monologue. Plus loin, Mme G. répète inlassablement « C'est long quand on attend, si je pouvais, je ferais bien quelque chose mais je ne peux pas bouger ». « Ce matin il n'y a pas d'animation mais c'est promis cette après-midi Mme G. » lui réponds F., l'animatrice.

A 10 h 15 c'est le moment de la collation, deux employés proposent un sirop aux résidents. Puis le ballet des fauteuils roulants reprend, sur le moment je ne sais pas pourquoi car les soignants viennent chercher les personnes âgées sans rien dire. Puis je comprends qu'en fait,

il s'agit de la pause toilette. Le milieu de matinée, c'est également la venue des kinésithérapeutes, les résidents sont emmenés pour pratiquer les soins qui peuvent dans certains cas se faire dans le grand salon. Depuis mon installation dans le grand salon, j'observe très peu de communication entre les professionnels et les résidents et quasiment aucun contact entre les résidents. Une soignante rejoint un petit groupe de résidentes et se met à commenter les nouvelles du journal suscitant ainsi la conversation. Les échanges sont brefs mais finalement Mme G. qui s'ennuyait, pousse la chansonnette et son auditoire tout ouï, profite ainsi de son répertoire musical des années 50. La matinée se termine, il est l'heure de passer à table...

Déjeuner

A l'heure du repas, deux services sont organisés, le premier à 11 h 30 pour les résidents nécessitant une aide particulière, et à 12 h pour les autres usagers. L'ambiance du repas est calme, le personnel est discret, les résidents installés par 3 ou 4 autour de tables rondes déjeunent tranquillement certes mais sans un mot. Exceptionnellement ce midi, il y a un autre repas organisé par la Direction auquel participe un petit groupe de résidents volontaires. Le but de ce rendez-vous est de favoriser l'expression et la participation des résidents à la vie de l'EHPAD. Dans une ambiance de repas de fête, les résidents, le directeur, l'animatrice, l'infirmière coordinatrice m'invitent à partager leur table. Ce déjeuner est un moment d'échange particulièrement privilégié où mes voisins de table engagent la conversation et nous parlons professions d'avant (avocate, cuisinier, marchand ambulant etc..), voyages, menu concocté par le chef, bref, la discussion prend et s'anime autour d'une bonne table dans une salle à manger qui ressemble à un petit restaurant avec des gens qui parlent de leurs souvenirs, de leur vie, du rôle social qu'il ont eu, de leur famille, de leurs soucis de santé..... Ce repas c'est aussi le moment pour le directeur d'aborder des questions pratiques comme par exemple « que voulez-vous planter cette année dans le jardin ? » ou « où souhaitez-vous que nous affichions ce poster ? ». A ces interrogations, certains résidents réfléchissent tout haut et répondent, plus ou moins d'accord avec leurs voisins, tandis que d'autres savourent le menu du jour. Le repas se termine par une photo du directeur avec la plus élégante des résidentes du jour et les félicitations au cuisinier.

Après-midi

Après le repas, je suis conviée à participer aux transmissions, moment de relais d'information entre les équipes. Vient ensuite le moment du change pour les résidents dépendants, et je suis invitée à suivre l'aide-soignante en charge de cette tâche sur l'étage. Bien entendu, je reste discrète et n'entre pas dans la chambre des résidents pour respecter leur intimité. L'aide-soignante frappe avant d'entrer et explique qu'elle vient pour le change. En règle générale, son intervention se passe sans problème particulier. C'est le moment de la sieste,

tout est calme dans les couloirs comme dans les espaces de vie. Après cela, je retourne dans le grand salon où je rejoins un groupe de résidents installés devant la télévision avec « Amour, Gloire et Beauté ». M. S. assis à côté de moi engage la conversation et me demande où j'habite et de là nous parlons de sa ville qui se trouve être la mienne. Il me demande des nouvelles de son quartier qu'il a quitté car il ne pouvait plus rester seul dans sa grande maison. Il me dit qu'il est bien ici, il ne manque de rien enfin si, sa vie d'avant... Le feuilleton quotidien terminé, l'animatrice F. propose un atelier créatif aux résidents consistant à préparer les menus de Noël. Les mains tremblantes se mettent à colorier les menus tandis que Mme G. reprend la chansonnette faute de participer à l'activité manuelle en raison de son handicap. A 16 h, c'est l'heure de la collation, sirop et petits gâteaux sont proposés aux résidents. Vers 17 h, F. l'animatrice propose un atelier sensoriel à plusieurs résidents. Dans une ambiance tamisée et une musique douce, un petit groupe de résidents suivent les consignes de F. Une fois l'atelier terminé, certains résidents retournent au grand salon, certains se promènent dans le couloir. Je m'installe dans le petit salon à l'écart du grand groupe et je retrouve Mme et M. Y, assis et silencieux jusqu'au moment où M. Y dit à son épouse « tu as soif ma puce ? », pas de réponse, M. Y ne dit rien. Plus loin, Mme P. qui semblait si pressée ce matin, est immobile, assise dans un fauteuil, toujours son sac à main serré contre elle et le regard perdu. L'après-midi se termine aussi calmement qu'il a commencé, quelques visiteurs arrivent pour voir leurs parents. Le personnel va et vient, les chariots circulent, le bruit des fourchettes se fait entendre...

Le dîner

Deux résidents sont « arrachés » à leur partie endiablée de dominos pour aller manger. En effet, il est 18 h 30, l'heure du second service. Je constate devant la porte du restaurant une file indienne de fauteuils roulants et de résidents qui attendent impatiemment l'ouverture des portes. Une fois installés les usagers vont manger dans la même ambiance qu'à midi, c'est-à-dire dans le calme auprès de leurs voisins de table préférés, mais sans discuter. A partir de 19 h, les résidents rejoignent leur chambre, Mme B. refait un petit tour dans le grand salon, bientôt tout le monde rejoint sa chambre pour se coucher. Demain est un autre jour...

Conclusion

Cette journée d'observation fut pour moi un moment privilégié, une occasion rare de pouvoir se poser, observer, adopter une écoute active avec neutralité et objectivité, quitter son habit de professionnel pour se mettre à la place de l'utilisateur. En venant dans cet EHPAD, je n'avais pas vraiment arrêté le questionnement que j'allais développer, je me suis donc laissée porter

par la vie de l'établissement sans vraiment concentrer mon attention sur un domaine particulier.

Au cours de cette journée, j'ai pu compter des instants riches en échanges : comme le moment du service du petit déjeuner avec S., dans la matinée lorsque l'aide-soignante s'installe au milieu des résidents pour commenter les nouvelles du jour, ou encore lors du repas avec le Directeur auquel étaient conviés quelques résidents et enfin pendant les activités d'animation. Cela étant, dans tous les différents lieux de vie communs, j'ai remarqué « un grand calme », l'attentisme des usagers mais surtout le peu de communication entre les résidents et les différents professionnels (internes ou externes à l'EHPAD), les personnes âgées entre elles et les proches ou visiteurs avec les résidents. Pourquoi si peu de partage ? Quels sont les obstacles à la communication ? Les personnes âgées souffrent-elles de ce manque de communication ? Ce constat et ces interrogations personnelles m'ont conduite à retenir le thème du lien social en EHPAD et plus particulièrement étudier en quoi l'EHPAD peut être facilitateur ou pas pour le développement du lien social ?

Annexe 2

Grilles d'entretien

Thèmes	Sous thèmes	Résidents	Familles	Professionnels
Environnement architectural	Accueil	La première fois que vous êtes arrivé dans cet établissement, comment avez-vous trouvé le hall d'accueil ? Avez-vous rapidement rencontré un employé pour vous renseigner et vous guider ?	La première fois que vous êtes arrivé dans cet établissement, comment avez-vous trouvé le hall d'accueil ? Avez-vous rapidement rencontré un employé pour vous renseigner et vous guider ?	Que savez-vous sur le projet de restructuration de votre établissement ?
	Espaces collectifs	Pensez-vous que les espaces salons, détente sont bien disposés pour rencontrer et voir du monde ?	Les espaces de vie communs sont-ils bien adaptés pour faire des rencontres, échanger avec les autres résidents, familles ou professionnels ?	Que pensez-vous des lieux de vie communs, favorisent-ils les rencontres, les échanges ?
Les besoins des usagers pour créer du lien social	liens avec l'extérieur	Avez-vous beaucoup de visites ? Vos proches habitent-ils près d'ici ?	A quelle fréquence rendez-vous visite à votre parent ?	Les résidents ont-ils souvent des visites ?
		Si vos proches de viennent pas, comment communiquez-vous avec eux ? Souhaiteriez-vous avoir plus de nouvelles ?	Quand vous ne pouvez pas venir le voir, comment faites-vous pour prendre de ses nouvelles ?	D'après vous, les visites influent-elles sur le comportement des résidents ?
		Avant de venir vous installer dans cet établissement, aviez-vous des activités sociales ? Si oui lesquelles ?	Emmenez-vous enfants, petits-enfants lorsque vous rendez visite à votre parent ? Si oui comment se comportent votre parent et les enfants ? Si non pourquoi ?	D'après vous les sorties à l'extérieur (avec proches ou animations) sont-elles bénéfiques pour les résidents ?
		Poursuivez-vous ces activités ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?	Votre parent a-t-il gardé des contacts avec ses amis et proches depuis son entrée en établissement ?	Les résidents tissent-ils facilement, parfois ou rarement des relations avec d'autres résidents ou des professionnels ?
		Vous arrive-t-il de sortir pour une journée, un week-end, quelques jours chez vos enfants ou proches ?	Vous arrive-t-il de sortir votre parent une journée, un week-end, quelques jours chez vous ?	Certains résidents se plaignent-ils de la solitude ? Sont-ils demandeurs de contact, de discussion ?
	Liens avec l'intérieur	Depuis que vous êtes arrivé dans cet établissement, avez-vous fait des connaissances et créé des liens ? Si oui avec qui ? Si non pourquoi ?	Depuis que votre parent est arrivé dans cet établissement, a-t-il nouer des liens avec d'autres résidents ou des professionnels ?	L'organisation du travail prévoit-il un temps pour dialoguer avec les résidents ?
		Etes-vous informé de l'arrivée d'un nouveau résident ?	Votre parent vous fait-il part de sa solitude parfois ?	Pour vous en quoi consiste l'accompagnement du résident (ou la prise en charge) ?
		Vous arrive-t-il de vous ennuyer ? Souhaiteriez-vous que le personnel prenne plus de temps pour parler avec vous ?	D'après vous, estimez-vous que le personnel prend assez le temps de parler avec votre parent ?	Connaissez le Conseil de la Vie Sociale et savez-vous à quoi il sert ?
		Est-ce que vous connaissez le Conseil de la Vie Sociale et savez-vous à quoi il sert ?	Est-ce que vous connaissez le Conseil de la Vie Sociale et savez-vous à quoi il sert ?	La loi de 2002 réaffirme le principe du lieu de vie pour l'EHPAD, pour vous qu'est-ce que cela signifie ?
		Vous sentez-vous concerné par la vie de l'établissement ? Si oui que faites-vous pour cela, sinon pourquoi ?	Vous sentez-vous concerné par la vie de l'établissement où réside votre parent ? Si oui que faites-vous pour cela, sinon pourquoi ?	Pour vous est-il concevable de faire participer les résidents aux petites tâches quotidiennes ?
	L'animation	Aimez-vous participer aux activités d'animation ? Si oui, quelles sont les animations que vous préférez ?	Pensez-vous que les activités d'animation sont suffisantes et adaptées à votre parent ?	Pensez-vous que les activités d'animation sont suffisantes et adaptées aux résidents,
		Y a-t-il une animation pas proposée jusqu'à présent que vous aimeriez ?	Que pensez-vous des rencontres inter générations ?	Que pensez-vous des rencontres inter générations ?
		Aimez-vous les rencontres avec les enfants (école, crèche) ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?	Seriez-vous favorable à un séjour à l'extérieur organisé par l'établissement ?	Seriez-vous favorable à un séjour à l'extérieur organisé par l'établissement pendant lequel vous seriez amené à participer ?
		Aimeriez-vous partir quelques jours en vacance avec un groupe de résidents et d'employés ?		Un pot d'accueil est-il organisé lors de la venue d'un nouveau résident ?

Annexe 3

Synthèse des grilles d'analyse

Analyse par catégorie de personnes interrogées*		Synthèse des entretiens	Analyse documentaire	Biblio
Thème 1 - L'adaptation	Sous thème - connaissance des projets de l'Etablissement			
	Connaissance du principe du lieu de vie			
	Connaissance du principe d'accompagnement du résident			
	L'environnement			
Thème 2 - Lien social dans l'EHPAD	Liens avec les autres résidents			
	Participation à la vie de l'EHPAD			
	avec le personnel : temps de dialogue			
Thème 3 - Lien social avec l'extérieur	Lien avec les familles			
	Sorties à l'extérieur			
	Liens inter générations			
Thème 4 - Les activités sociales, les occupations	Les animations à l'EHPAD			

* Une grille d'analyse pour les résidents, une pour les familles et une pour les professionnels.

Annexe 4

Tableau des effectifs des USLD

GRADES ET EMPLOIS	Total
Cadre de santé	3,00
Infirmier	26,60
Ergothérapeute	0,80
Kinésithérapeute	3,00
Psychologue	1,15
Orthophoniste	0,25
OPQ	0,90
Assistante sociale	0,30
Animateur	1,50
Secrétaire Médicale	1,50
Aide-Soignant	35,90
ASHQ	21,80
Temps médical	1,90
TOTAL	98,60

Source : extrait de la convention tripartite des USLD H.

LAPRUGNE	Géraldine	27/11/14
Diplôme d'Etablissement		
« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes		
Préserver le lien social des résidents accueillis en EHPAD		
Promotion 2013-2014		
<p>Résumé :</p> <p>Notre société s'attache depuis de nombreuses années à assurer à nos aînés une vieillesse la plus « bientraitante » qu'il soit. La réglementation, les moyens humains et matériels en constante évolution n'obèrent pas pour autant la nécessaire recherche d'un accompagnement de qualité des personnes âgées en EHPAD. La loi du 2 janvier 2002 a pris en compte les attentes et les besoins singuliers des résidents et a instauré l'évaluation interne et externe des EHPAD. Avec ces nouvelles dispositions, les établissements se doivent d'assurer une prise en charge personnalisée des résidents qu'ils accueillent et d'en mesurer la qualité. Sans parler de « révolution culturelle », il faut reconnaître que certains professionnels ont dû revoir la vision qu'ils avaient de leur métier et de la relation qu'ils entretenaient avec les personnes âgées, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des projets de vie personnalisés.</p> <p>Grâce à des actions de sensibilisation et notamment au travers de la formation d'Assistant de Soins en Gérontologie, le personnel est amené à aborder le métier en privilégiant l'aspect relationnel avec les résidents. Le dirigeant d'un EHPAD se doit de multiplier et d'encourager les démarches visant à maintenir et préserver le lien social des résidents avec leurs proches et les professionnels, encore faut-il que ces derniers reviennent sur des concepts de travail ancrés et que la personne âgée soit réellement au centre des préoccupations. Il faut du temps pour changer les habitudes dans nos institutions, la preuve en est : 12 ans après la loi de 2002, les projets de vie et les évaluations internes et externes arrivent enfin dans les EHPAD. Favoriser le lien social des résidents par le biais de ces dispositifs ou d'autres actions doit faire partie des missions principales des EHPAD au même titre que l'hébergement ou les soins. La micro société qu'est l'EHPAD ne peut pas fonctionner de façon satisfaisante sans ces indispensables interactions humaines.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>ainés – bientraitante – qualité – besoins – évaluation – relation – accompagnement – projet de vie personnalisé – lien social – habitude - interactions</p>		
<p><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></p>		

