



Diplôme d'Établissement

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

Promotion : **2013-2014**

Atouts et limites du processus de construction du projet d'accompagnement personnalisé au regard de la bientraitance des résidents en EHPAD

ESTELLE MARIN-LAFLECHE

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 à la Directrice de l'EHPAD m'ayant accueillie en stage, pour avoir accepté ma demande et surtout pour son accueil et sa disponibilité.

Je remercie vivement toute l'équipe de l'EHPAD pour avoir accepté de répondre à mes nombreuses interrogations.

Je remercie chaleureusement tous les résidents et leur entourage pour leur participation, leur patience et leur gentillesse.

Enfin, je remercie Karine CHAUVIN pour son aide méthodologique et ses précieux conseils à la réalisation du mémoire, Christelle ROUTELOUS pour la qualité des modules et le choix des intervenants tout au long de cette formation, sans oublier Arnaud CAMPÉON, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et son aide bienveillante.

Sommaire

Introduction.....	5
Chapitre I - Un cadre législatif défini pour une amélioration continue de la bientraitance des résidents	8
I.1. La logique d'individualisation en EHPAD : l'histoire du projet personnalisé	8
I.2. La bientraitance : un concept, une culture	10
Chapitre II - L'accompagnement personnalisé en EHPAD : un projet pour l'équipe soignante et médicale	13
II.1. La méthodologie utilisée pour établir le diagnostic.....	13
II.1.a. Les entretiens semi-directifs.....	13
II.1.b. Les observations.....	13
II.1.c. L'analyse documentaire et la recherche bibliographique	14
II.1.d. Une confrontation avec les pratiques de l'EHPAD voisin.....	14
II.2. Le processus de construction des projets personnalisés dans la résidence étudiée	14
II.3. Les atouts du processus actuel au regard de la bientraitance des résidents	17
II.4. Les limites du processus actuel au regard de la bientraitance des résidents	19
Chapitre III La consolidation du processus pour un projet personnalisé davantage tourné vers le résident	21
III.1. La mise en place d'un projet personnalisé « allégé » à l'entrée	21
III.2. La consolidation du processus actuel	22
III.3. Le renforcement du rôle et des missions du référent	24
III.4. Les outils d'évaluation des actions mises en œuvre	25
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	28
Liste des annexes.....	30

Liste des sigles utilisés

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

ARS – Agence Régionale de Santé

ASD – Aide-Soignante Diplômée

CASF - Code de l'Action Sociale et des Familles

EHPAD – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FNG – Fondation Nationale de Gérontologie

GIR – Groupe Iso Ressource

GMP – GIR Moyen Pondéré

HAS – Haute Autorité de Santé

IDE – Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC – Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

PAP – Projet d'Accompagnement Personnalisé

PMP – Pathos Moyen Pondéré

PUI – Pharmacie à Usage Intérieur

SMAF - Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

Introduction

Pourquoi entre-t-on en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) aujourd'hui ? Si on se place du côté des usagers, l'entrée en institution est réalisée pour tout ou partie des éléments suivants : être libéré des tâches quotidiennes (sauf quand celles-ci contribuent à l'autonomie), être en sécurité et / ou répondre à une attente de l'environnement (surtout familial).

Du point de vue de l'établissement, l'accueil des personnes âgées est supposé répondre aux diverses pathologies du sujet âgé, maintenir l'autonomie de la personne et préserver sa vie sociale¹.

Pour répondre aux missions du secteur médico-social tout en préservant les droits et attentes des usagers, le milieu gérontologique et la législation française ont initié une réflexion sur le projet de vie en EHPAD, aujourd'hui plus communément appelé « projet d'accompagnement personnalisé » (PAP). En effet, il apparaissait nécessaire de permettre aux personnes âgées de préserver, malgré leurs dépendances, un certain sens à leur vie lors de leur entrée en institution, mais aussi, de permettre aux professionnels qui interviennent souvent dans un contexte difficile, de donner un sens à leur travail.

La loi du 24 janvier 1997², instituant la prestation spécifique dépendance, avait formalisé la nécessité pour les établissements de présenter un projet pour prétendre au conventionnement tripartite avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et les conseils généraux.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002³ rénovant l'action sociale et médico-sociale, est venue valider cette démarche. Elle a donné un cadre législatif et réglementaire à la démarche de projet dans les établissements ainsi qu'au positionnement de l'utilisateur au centre des préoccupations de tous les acteurs des institutions sociales et médico-sociales.

¹ VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J-L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : Enjeux et méthode*, Les pratiques gérontologiques, Paris. Erès, 220p.

² Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JORF du 25 janvier 1997, p. 1280-1284.

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

La mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident en EHPAD permet de proposer un accompagnement le plus adapté possible en fonction des besoins, désirs et demandes de la personne. Il permet de maintenir et restaurer le lien social et de parfaire la démarche de soins. La démarche de mise en place des PAP permet également de répondre à une obligation réglementaire.

Selon l'Article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), « *un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.* »

La réglementation applicable en matière de contrat de séjour dispose qu'à échéance de six mois après la signature du contrat, un avenant individualisant les objectifs de l'accompagnement et des soins doit être impérativement négocié. Cette disposition tend à donner un caractère contractuel aux objectifs assignés à l'accompagnement et aux soins prodigués. Dans cette perspective, les établissements sont tenus de systématiser la mise en œuvre de plans personnalisés d'aide et de soins.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dans sa dernière recommandation sur la conduite de l'évaluation interne en EHPAD, érige la mise en œuvre des plans personnalisés pour chaque résident et surtout le niveau d'implication de ce dernier dans son élaboration comme un indicateur de qualité susceptible d'être suivi chaque année.

L'établissement m'ayant accueillie en stage est une association à but non lucratif créée en 1980 ayant une capacité autorisée de 67 lits. Les résidents de cet établissement présentent un niveau de dépendance élevé et une charge en soins importante au regard des moyennes nationales. En effet, le GIR (Groupe Iso-Ressource) Moyen Pondéré (GMP) validé en 2013 par les autorités tarifaires est de 706 (contre une moyenne nationale en 2013 de 693) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) validé en 2010 s'élève à 214 (contre une moyenne nationale en 2013 de 198⁴).

Ma première journée d'observation dans cet EHPAD a suscité de nombreux questionnements. J'ai pu noter que les équipes étaient dévouées et impliquées dans leur métier respectif, mais j'avais le sentiment que les personnes âgées étaient en EHPAD

⁴ Lettre d'information de la CNSA n°27 – Septembre 2014

comme à l'hôpital. Les journées des résidents semblaient uniquement rythmées par des éléments de survie tels que les repas, la toilette et les soins dispensés.

J'ai voulu en savoir plus sur les loisirs des résidents, et comment sont pris en compte leurs souhaits et leurs histoires de vie. Le projet d'accompagnement personnalisé me semblait alors être un bon outil pour répondre à mes interrogations.

De surcroît, j'ai constaté que seulement la moitié des 67 résidents disposaient d'un PAP et que peu de réactualisations annuelles étaient réalisées. Le processus de construction de ces projets méritait alors d'être analysé pour mieux comprendre les constats établis.

J'avais alors ma question de départ : **quels sont les atouts et les limites du processus de construction du projet d'accompagnement personnalisé au regard de la bientraitance des résidents dans cet EHPAD ?**

J'ai d'abord réalisé une douzaine d'entretiens semi-directifs qui m'ont beaucoup éclairée. J'ai ensuite assisté à deux réunions pluridisciplinaires pour mieux comprendre comment sont élaborés les projets. Enfin, j'ai procédé à une analyse documentaire des éléments disponibles au sein de l'établissement, et à une recherche bibliographique sur le projet personnalisé en EHPAD.

Ce mémoire professionnel vous présente dans une première partie le cadre théorique et législatif autour du projet personnalisé en EHPAD ainsi que le concept de bientraitance. Une deuxième partie établit les atouts et les limites du processus de construction des PAP. Une troisième partie expose les actions que je préconise de mettre en œuvre en tant que future directrice d'EHPAD.

Chapitre I - Un cadre législatif défini pour une amélioration continue de la bientraitance des résidents

I.1. La logique d'individualisation en EHPAD : l'histoire du projet personnalisé

Il est nécessaire de comprendre la logique d'individualisation dans le secteur médico-social et plus particulièrement des EHPAD pour mieux comprendre l'historique d'apparition des projets personnalisés.

A l'origine, les structures accueillant les malheureux, malades ou trop âgées étaient les maisons d'hospitalité également appelées hospices. Encouragés par le Clergé, les hospices apparaissent au IV^e et V^e siècles.

Au XII^e siècle et suivants, des établissements spécialisés sont créés dans la lutte contre la lèpre aux périphéries des villes.

En 1662, Louis XIV demande la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice. Ainsi, vieillards, infirmes, orphelins, malades, parturientes et indigents fréquenteront des institutions telles que les « Hospices de Beaune » du Moyen Age au XX^eème siècle. L'ensemble des personnes accueillies dans ces institutions se côtoient et vivent ensemble sans personnalisation d'accueil ou d'accompagnement.

En 1945, Pierre Laroque, alors Ministre auprès du Général de Gaulle, crée la Sécurité Sociale. Les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 définissent le cadre de cette protection comme un « plan initialement conçu comme devant s'appliquer à l'ensemble de la population, notamment en ce qui concerne la couverture du risque vieillesse.... ». En 1960, le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse⁵, présidée par Pierre Laroque, établit le fait que la vieillesse apparaît comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale. La commission prône alors une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie, le maintien à domicile, la participation à la vie sociale.

⁵ Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque. Paris : La Documentation française, 1962, 438 p.

L'abrogation réglementaire des hospices, par la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales⁶, donne un délai de dix années aux pouvoirs publics pour assurer leur mutation en maison de retraite ou en unité de long séjour hospitalier.

La Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) a pris l'initiative en 1987 de proposer au public, aux décideurs et aux professionnels, une Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante rebaptisée en 2007 en Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. Pour la première fois est énoncé que même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. La structure d'accueil doit être adaptée à leurs besoins individuels en matière de «confort moral et physique» et de «qualité de vie». En fixant les grands principes à atteindre et à respecter, cette charte montre clairement les nouvelles attentes d'une société soucieuse du respect identitaire de la personne âgée.

On observe la volonté progressive du législateur de reconnaître les personnes âgées comme acteurs à part entière de la société et comme individus disposant de droits et libertés.

La loi du 2 janvier 2002 établit le développement des droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle a mis en place les projets individuels pour les usagers des établissements médico-sociaux, prenant en compte leurs attentes et leurs besoins. Elle a mis en place sept outils⁷ dans le cadre de la première orientation en établissement, dont le contrat de séjour ou document individualisé garantissant l'adaptation de la prise en charge. Cette loi définit sept garanties⁸ décrites dans l'article L. 311-3 du CASF dont une prise en charge ou un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé. Cela implique que les besoins et les aspirations des résidents soient connus grâce aux informations recueillies lors de leur admission en EHPAD. Ces informations portent sur leur vie passée (anamnèse), l'environnement familial et social, les habitudes de vie, les goûts, les plaisirs,

⁶ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JORF du 1 juillet 1975

⁷ Livret d'accueil, charte des droits et des libertés, contrat de séjour, conciliateur / médiateur, règlement de fonctionnement de l'établissement, projet d'établissement ou de service, conseil de la vie sociale

⁸ le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité, le libre choix entre des prestations adaptées ; une prise en charge ou un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ; la confidentialité des informations ; l'accès à toute information relative à sa prise en charge ; des informations sur ses droits fondamentaux et sur les voies de recours ; la participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement.

les centres d'intérêt / les aspirations, les désirs, les besoins quotidiens, la vie affective, les croyances, les troubles, les craintes, les difficultés, les contraintes, les directives anticipées, un bilan médical, fonctionnel et psychique et une évaluation gériatrique qui précise aussi les besoins de soins.

Enfin, l'ANESM a développé des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur le thème de la qualité de vie en EHPAD. Programme décliné en cinq recommandations dont le dernier volet porte sur l'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé.

A travers l'histoire et les différents textes de lois, nous pouvons observer le souhait des autorités d'engager les structures médico-sociales vers une logique d'individualisation des personnes accueillies. Nous allons voir dans la partie suivante ce que signifie la notion de bientraitance.

I.2. La bientraitance : un concept, une culture

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), «la bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. ».

Cette définition marque la nécessité de favoriser, quand ils le souhaitent, la participation des usagers aux décisions les concernant. Il en ressort le caractère incontournable de la participation des représentants des usagers au fonctionnement des établissements.

Pour la mettre en œuvre, l'ANESM a identifié quatre repères : l'usager co-auteur de son parcours ; la qualité du lien entre professionnels et usagers, l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes, le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

Le premier repère est un principe inscrit dans la loi du 2 janvier 2002. Le résident doit pouvoir exprimer ses souhaits et devenir acteur de son projet. Le recueil des souhaits en amont de la construction du projet personnalisé est un élément fondamental relatif à la bientraitance.

« Plus qu'un simple recueil de données, il s'agit de montrer aux résidents que leur personnalité et leurs opinions comptent pour les responsables et le personnel de l'établissement ». ⁹ Ainsi, même si les personnes âgées en EHPAD ne sont plus toutes en mesure de comprendre, il est nécessaire de leur donner toute l'information et de les traiter de façon égalitaire.

La bientraitance représente un véritable concept. Il s'agit d'une culture que chaque établissement doit s'approprier et garder à l'esprit pour une mise en œuvre au quotidien. De nombreuses formations existent à ce jour pour entériner ce concept dans les bonnes pratiques professionnelles. Par exemple, « Humanitude » est largement connue et utilisée, mais il en existe bien d'autres. L'approche de Nicole Poirier ¹⁰ défend ardemment les principes de la bientraitance en incitant les personnes âgées à maintenir leur autonomie et à respecter leur rythme biologique. Dans ses structures, tout est mis en œuvre pour que le bien être soit mis en avant. Pour elle, un EHPAD ne doit pas être un « établissement pénitentiaire », il doit conserver les libertés et les rythmes de chacun. Il s'agit de leur lieu de résidence, il faut pouvoir leur apporter tout le confort et l'attention nécessaires. Il faut les aider, les accompagner et ne pas faire à la place de. Cela infantilise les personnes âgées et ne fait que réduire leurs capacités.

La formation des équipes est très importante pour que la démarche soit une culture globale au sein de l'établissement. La bientraitance nécessite un très grand professionnalisme et exige l'acquisition de compétences spécifiques en termes de savoir-faire et de savoir-être auprès des personnes âgées.

« La bientraitance est un puzzle avec des éléments à apporter au fil de l'eau à imbriquer les uns aux autres. Toute l'équipe doit se sentir concernée et impliquée, c'est la progression sur plusieurs chantiers qui feront une culture de la bientraitance au sein d'un établissement. » ¹¹

« Une des limites de la bientraitance réside dans le paradoxe entre la logique d'individualisation clairement affichée par les tutelles et les contraintes de vie en collectivité. Par exemple, un résident qui mange depuis toujours un œuf au plat le matin pour son petit déjeuner ne pourra plus le faire car cela est interdit par les vétérinaires

⁹ AMYOT JJ, MOLLIER A, 2013, « Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées », 2ème édition, Editions DUNOD, 256p.

¹⁰ Fondation Maison Carpe Diem, Centre de ressources Alzheimer, Québec

¹¹ Christelle Routelous, Module 7 Bientraitance des personnes âgées, Juin 2014, DE Directeur d'EHPAD de l'EHESP

inspecteurs. Ou doit-on placer le curseur en tant que directeur d'EHPAD entre le respect des désirs et du bien être des résidents et le respect des règles collectives ?»¹²

Les contraintes institutionnelles impliquent ainsi l'identification des besoins de l'usager, le respect du rythme naturel de la vie quotidienne et une organisation du travail afin de répondre aux contraintes réglementaires.

J'ai pu noter une culture forte de la bientraitance dans l'EHPAD de stage avec l'existence d'un guide de la bientraitance, la tenue régulière d'un comité de bientraitance, la mention dans le livret d'accueil de tout nouveau salarié de la notion de bientraitance et la mise en place d'un protocole de signalement de maltraitance.

Nous allons décrire dans la partie suivante, les outils méthodologiques utilisés pour établir le diagnostic du processus actuel de construction des projets personnalisés dans cet EHPAD.

¹² Sylvain Connangle, Module 7 Bientraitance des personnes âgées, Juin 2014, DE Directeur d'EHPAD de l'EHESP

Chapitre II - L'accompagnement personnalisé en EHPAD : un projet pour l'équipe soignante et médicale

II.1. La méthodologie utilisée pour établir le diagnostic

II.1.a. Les entretiens semi-directifs

J'ai réalisé onze entretiens semi-directifs auprès des personnes suivantes : psychologue, IDEC (Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice), médecin coordonnateur, psychomotricienne, ASD (Aide Soignante Diplômée), IDE (Infirmière Diplômée d'Etat), Animatrice, Résidents (3 dont 2 qui n'ont pas de PAP), fils d'une résidente qui a un PAP.

Pour cela, j'ai au préalable établi un guide d'entretien (annexe 3). Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit intégralement. J'ai ensuite procédé à une analyse de chaque entretien, puis à une analyse transverse grâce à une grille d'analyse transversale (annexe 4).

Pour la réalisation de mes entretiens, j'ai au préalable demandé l'autorisation à la Directrice de la résidence. Nous avons sélectionné ensemble les membres de l'équipe qu'il nous semblait opportun d'interroger sur ma problématique. D'autre part, il semblait intéressant d'interroger un résident disposant d'un PAP ainsi que sa famille, et un résident sans PAP.

II.1.b. Les observations

J'ai assisté à deux réunions pluridisciplinaires. J'ai au préalable établi une grille d'observation (annexe 2) dans laquelle je m'intéresse aux éléments suivants : les personnes présentes, la durée de la réunion, les dossiers sélectionnés, les contributions de chacun dans la rédaction du projet personnalisé, les débats, les décisions retenues, les points positifs de cette réunion, les points négatifs.

II.1.c. L'analyse documentaire et la recherche bibliographique

J'ai procédé à la lecture des documents de l'établissement pour analyser le processus actuel de construction des PAP ainsi que pour comprendre la prise en compte de la bientraitance au sein de cette structure.

J'ai analysé plusieurs projets personnalisés rédigés de l'établissement ainsi que les dossiers de soins et dossiers de vie sociale établis à l'admission du résident.

En parallèle, j'ai procédé à la lecture et l'analyse du cadre réglementaire sur le sujet.

II.1.d. Une confrontation avec les pratiques de l'EHPAD voisin

Il m'apparaissait intéressant de comparer le processus de construction ainsi que la mise en œuvre des PAP avec l'EHPAD voisin. En effet, l'établissement d'à côté est une structure privée à but lucratif faisant partie d'un groupe d'envergure nationale. J'ai rencontré la Directrice qui m'a présenté son établissement. Je l'ai questionnée sur les PAP et le processus de construction grâce à la même grille d'entretien que celle utilisée dans l'EHPAD stage.

II.2. Le processus de construction des projets personnalisés dans la résidence étudiée

Le processus commence à l'entrée du résident avec un protocole d'admission relativement complet. L'IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) remplit avec le résident et ses proches sa fiche d'habitudes de vie et récupère auprès de la famille tous les documents d'ordre médical. Un dossier de vie sociale est rempli par le résident ou sa famille. L'ensemble des informations est transmis aux équipes médicales, soignantes et hôtelières. Un projet de soins est alors mis en place par le médecin coordonnateur et l'IDEC.

Une fois que la personne est suffisamment installée, il est réalisé un entretien individuel dans les premiers jours de son admission avec la psychologue. Elle informe alors le résident qu'un entretien familial se déroulera avec le résident, la famille, la psychologue et l'IDEC. Le dispositif d'entretien familial est réalisé dans les deux mois qui suivent l'admission du résident. Cette première rencontre permet de retracer l'histoire de vie de la

personne et d'entendre les questions autour de la vie quotidienne, ce que les équipes, le résident ou la famille ont pu repérer.

Avant chaque réunion pluridisciplinaire, il est procédé au recueil des souhaits du résident. La psychologue et le plus souvent une aide-soignante, rencontrent les deux résidents choisis pour établir leur PAP lors de la prochaine réunion pluridisciplinaire. Cette rencontre permet d'informer les résidents de la démarche, en leur expliquant qu'une réunion va avoir lieu au cours de laquelle l'équipe va rassembler l'ensemble des éléments le concernant pour personnaliser et améliorer sa vie, sa prise en charge dans l'établissement. C'est surtout le moment du recueil de données, pour lui demander ce qu'il souhaite et exprimer ce qui convient, ce qui convient moins. Il s'agit parfois de choses simples sur le quotidien. C'est aussi le moment d'entendre les choses plus générales et notamment sur le côté relationnel, comment la personne vit les choses, comprendre comment elle se situe. Le recueil des souhaits, c'est-à-dire la parole du résident, sera transmis lors de la réunion pluridisciplinaire par les deux personnes de l'équipe présentes.

Une réunion pluridisciplinaire se tient toutes les cinq semaines. Lors de cette réunion d'équipe, deux dossiers sont choisis pour construire le projet d'accompagnement personnalisé des résidents désignés. L'équipe se concerta pour le choix des dossiers à étudier. Il y a un dossier pris dans l'ordre alphabétique et un dossier dit « d'urgence » c'est-à-dire que l'équipe va exprimer une inquiétude, des questions par rapport à un résident pour lequel on va proposer de formaliser un PAP.

Tous les aspects concernant le résident sont abordés lors de cette réunion (les aspects médicaux, la vie quotidienne, l'animation, la motricité, un bilan psychologique, relationnel, etc). L'équipe essaie alors d'en dégager quelques pistes, de quoi la personne a besoin et par quoi cela va se traduire concrètement.

Exemple : conserver les appuis de la personne, lui proposer des appuis physiques (canne, fauteuil), participation à des groupes de parole (groupe à médiation, groupe d'animation), qu'est-ce que l'on va mettre en place, que va-t-on lui proposer ?

Ce sont parfois des choses simples comme la mise en place d'une potence au dessus du lit pour aider le résident à se redresser par lui-même, à être plus autonome.

Puis l'équipe choisit un « référent » de projet qui va être garant de sa mise en place (ex : il va vérifier que la potence est bien mise, et que la personne est sollicitée pour aller aux animations). Il s'occupera des liaisons autour de ce résident, préviendra ses collègues de bien penser à faire telle et telle chose pour cette dame, observer comment elle évolue dans ses relations aux autres, etc.

Un compte-rendu interne est rédigé avec l'ensemble des éléments discutés. Une partie de ce compte-rendu est reporté dans le PAP.

Le projet personnalisé est ensuite présenté, expliqué et relu attentivement lors d'un entretien avec la famille, le résident, l'IDEC et la psychologue. Certaines modifications peuvent être apportées, puis le document est signé par l'ensemble des parties ainsi que par la direction de l'EHPAD.

Cet entretien se déroule dans les cinq semaines qui suivent la réunion pluridisciplinaire. Cet échange n'est pas anodin, il est important de trouver les bons mots et les bonnes formulations pour communiquer avec le résident et sa famille. Certains termes peuvent heurter. Parfois aussi, les familles peuvent ne pas reconnaître leurs parents dans la description qui est faite. C'est pour cette raison également que le PAP n'est pas une simple formalisation, mais il s'inscrit dans une relation.

Dans l'EHPAD voisin, une réunion pluridisciplinaire a lieu chaque semaine et établi pour chaque nouveau résident un PAP « temporaire ». Ce PAP est ensuite révisé dans les six mois de son admission constituant un avenant au contrat de séjour. Les PAP de chaque résident sont révisés annuellement.

J'ai pu obtenir deux projets anonymisés. Ils sont composés de deux parties fixes : « Maintenir l'autonomie de la personne âgée / Favoriser l'intégration du résident à l'établissement ».

Le processus est bien établi, il est écrit et bien suivi. La réunion pour la construction des PAP ne comprend en revanche que l'équipe cadre. Les soignants ne sont pas conviés à l'inverse de l'établissement dans lequel j'ai réalisé mon stage. Ce point peut être dommageable dans le sens où cette réunion est l'occasion pour les soignants de s'exprimer et d'apporter leur point de vue sur les résidents dont ils s'occupent au quotidien. Ils se sentent alors valorisés et reconnus.

Cependant, ce point demande aussi un temps important de réunion ce qui est, nous allons le voir, l'une des limites du processus dans l'établissement stage.

Le processus de construction des PAP comporte des atouts que nous allons décrire dans la partie suivante.

II.3. Les atouts du processus actuel au regard de la bientraitance des résidents

L'analyse du processus de construction des projets d'accompagnement personnalisés m'a permis d'établir un diagnostic et d'en faire ressortir les atouts et les limites. Je vais d'abord vous exposer les atouts du processus pour l'équipe de l'établissement puis pour les usagers.

L'existence d'une réunion pluridisciplinaire est un véritable plus. La participation de l'ensemble des membres de l'équipe de l'établissement (et non uniquement l'équipe d'encadrement) permet à chacun de se sentir impliqué dans la prise en charge des résidents. Cela permet à chacun de s'exprimer et de valoriser son travail.

Le regard pluridisciplinaire sur le dossier du résident est une force dans la prise en charge et l'accompagnement. Le projet est construit de façon complète grâce au regard et aux compétences de tous (soins, ergothérapie, psychologie...).

« Cette réunion permet aux équipes de découvrir le résident autrement et de connaître les retours et les points de vue des autres personnels. Voir le résident comme un individu ayant des envies / des besoins. Cela permet d'apporter un regard particulier. Dans les mois qui suivent le PAP, on voit un déclic, un changement dans les transmissions de l'équipe. »¹³

De plus, cette réunion permet aux différents personnels de prendre du recul sur leurs pratiques professionnelles du quotidien. Cela favorise la prise de conscience des bonnes pratiques gériatriques et engendre ainsi de la bientraitance face aux personnes âgées.

Ces réunions permettent également aux équipes de mieux connaître le résident. Le fait d'entendre l'histoire de vie de la personne et certaines spécificités le concernant favorisent une meilleure compréhension du résident et donc une meilleure prise en charge. « On comprend mieux leur comportement grâce aux apports / analyses des autres professionnels, cela permet d'adapter nos pratiques, de faire le lien, d'éclairer notre vision des choses. Quand le résident est admis, on a un compte-rendu de son parcours de vie, mais au fil des jours, on ne pense plus forcément à ce qui a été dit au départ donc

¹³ Entretien médecin coordonnateur, 19/05/2014

on a une approche moins personnalisée. Le PAP permet de vraiment poser les choses et de les fixer dans la tête des équipes. On sait mieux quels sont ses besoins.»¹⁴

e fait de se poser des questions sur le résident et d'apprendre à le connaître engendre des représentations communes autour de cette personne par l'équipe.

« Le PAP est un bon outil d'accompagnement, de médiation, il est un intermédiaire entre l'équipe, le résident et sa famille. Il oblige à travailler sur des représentations communes : qui est la personne, qu'est-ce-que l'on fait auprès d'elle ? »¹⁵

« Parler d'un résident c'est faire attention à lui et cela entraîne de la bienveillance. Cela engendre une énergie commune des équipes »¹⁶

Par ailleurs, l'avantage du choix des dossiers par ordre alphabétique permet de s'intéresser aux résidents qui ne posent pas problème et dont on ne parle jamais.

Comme énoncé dans les textes de lois et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, le recueil des souhaits des personnes âgées est réalisé pour l'ensemble des résidents de l'établissement. En effet, tous les résidents bénéficient de l'entretien en amont de la réunion pluridisciplinaire, y compris ceux qui ne sont plus en mesure de comprendre et / ou de répondre. « On va voir tous les résidents, même ceux dont on se dit qu'ils ne sont plus en capacité de comprendre, écouter, émettre des souhaits. »¹⁷

De plus, j'ai noté l'implication des familles dans le projet avec leur présence lors de l'entretien familial en amont de la réunion pluridisciplinaire et lors de la signature du projet dans les cinq semaines qui suivent la rédaction du projet.

Enfin, la réunion pluridisciplinaire se clôt par la désignation volontaire d'un membre du personnel, présent pour devenir le référent du PAP qui vient d'être discuté et construit.

C'est un atout pour les personnels de se désigner sur la base du volontariat. Ils se sentent investis auprès d'un résident, cela les implique dans la vie de l'EHPAD. « C'est bien d'être référent car on se sent un peu plus investie avec ce résident ainsi qu'avec sa famille. C'est gratifiant, on est en quelque sorte un interlocuteur privilégié pour ce résident. »¹⁸

Le projet d'accompagnement personnalisé apparaît comme un véritable point de repère pour les équipes et un outil fédérateur en termes de management.

¹⁴ Entretien de l'ASD, 19/02/2014

¹⁵ Entretien psychologue, 18/02/2014

¹⁶ Entretien IDEC, 21/02/2014

¹⁷ Entretien IDEC, 21/02/2014

¹⁸ Entretien ASD, 19/02/2014

Il semble également être un outil rassurant pour les familles : « c'est rassurant pour les familles de voir que l'on s'intéresse de façon individuelle et personnalisée à notre parent. On note qu'une attention particulière est portée au résident et qu'un travail d'équipe formidable s'enclenche ensuite ». ¹⁹

Ce processus de construction comprend cependant certaines limites qu'il convient d'étudier.

II.4. Les limites du processus actuel au regard de la bientraitance des résidents

La première limite constatée du processus actuel de construction des PAP dans cet établissement est la périodicité insuffisante des réunions pluridisciplinaires. Une réunion toutes les cinq semaines n'est pas suffisant pour mettre en place l'ensemble des PAP des 67 résidents. Pour rappel, seule la moitié environ dispose d'un PAP.

Cette limite rejoint la problématique du temps disponible des équipes à consacrer aux réunions. Pendant le temps de la réunion, l'établissement a moins de personnel pour s'occuper des résidents. « Le frein c'est le temps, pendant le temps de la réunion, l'équipe ne s'occupe pas des résidents, donc c'est très compliqué. » ²⁰

D'autre part, plusieurs personnes interviewées m'ont fait part d'un manque de préparation de ces réunions. Une anticipation permettrait de gagner du temps lors des séances et surtout, de ne rien oublier.

Le recueil des souhaits des résidents qui ont un niveau de dépendance avancé est une difficulté rencontrée par les professionnels. De surcroît, l'EHPAD est souvent désigné comme « la dernière demeure », il est ainsi parfois difficile et délicat d'interroger les résidents sur ce qu'ils aiment ou souhaitent car cela les renvoie automatiquement à ce qu'ils n'ont plus ou ne peuvent plus faire. Poser ce genre de questions peut engendrer une perturbation et un dérangement chez certains résidents.

« L'entrée en EHPAD est un deuil et les résidents se laissent porter. Le fait d'aller creuser sur ce que le résident souhaite / aime renvoie aussi à leur vie d'avant et à tout ce qu'ils n'ont plus ou ne peuvent plus faire, donc c'est délicat d'aller sur ce terrain. » ²¹

¹⁹ Entretien avec le fils d'une résidente, 27/05/2014

²⁰ Entretien IDE, 19/05/2014

²¹ Entretien psychomotricienne, 22/05/2014

Le processus de construction n'est actuellement pas rédigé. Ainsi, tous les personnels n'ont pas forcément la même idée de la chronologie des évènements pour la construction des projets.

De plus, il n'existe aucune traçabilité des évènements par le référent PAP en dehors des transmissions soignantes. Ainsi, les objectifs d'accompagnement inclus dans le projet du résident sont simplement inscrits dans le logiciel de l'établissement, signés par le résident et sa famille mais ils ne sont à aucun moment suivis et tracés par le référent. Ainsi, une fois rédigés, il est compliqué pour les référents de mémoriser les projets et de les garder à l'esprit. « Une fois que les PAP sont établis et enregistrés dans le logiciel, on les oublie un peu »²².

Cette absence de suivi implique un risque important si le référent quitte la structure. D'autre part, l'absence d'indicateur de suivi posera un véritable problème lors de l'évaluation qui est censée établir l'écart entre la situation de départ et l'atteinte des objectifs l'année suivante.

« Pour pouvoir évaluer une action, il est indispensable d'avoir des éléments permettant de le faire, (...), il s'agit ici d'une récolte d'éléments solides et fiables. Les éléments nécessaires pour réaliser l'évaluation doivent être incontestables, vérifiables, objectifs. L'écrit sur papier ou sur support informatique, constitue le seul moyen fiable, car il ne sera pas modifié ou réduit par les modifications et les sélections de notre mémoire accentués par les oublis sélectifs du temps. L'évaluation devient plus objective, quand, partant d'une échelle consensuelle, elle mesure un écart entre l'attendu et le réalisé. »²³

Une limite discutable mais qu'il m'a paru intéressant de souligner : les personnels libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes, orthophonistes...) ne sont pas présents lors de la réunion pluridisciplinaire. Leurs emplois du temps ne leur permettent certainement pas d'assister à ce genre de réunions, mais peut-être qu'une simple lettre de leur part établissant l'état et les besoins de leur patient pourrait être un atout supplémentaire dans la construction des PAP.

Lors de l'une des deux réunions pluridisciplinaires observées, j'ai constaté que l'IDEC rappelle en début de séance l'historique des transmissions soignantes mais aussi l'histoire de vie du résident et ses loisirs / passions avant d'entrer dans l'établissement. Ce résident était un passionné d'histoire géographique. Je m'attendais à ce que l'équipe prenne en compte son loisir dans la construction du PAP. J'ai alors réalisé que les projets

²² Entretien médecin coordonnateur, 19/05/2014

²³ VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J-L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : Enjeux et méthode*, Les pratiques gérontologiques, Paris. Erès, 220p.

personnalisés dans cet EHPAD sont uniquement orientés sur la prise en charge soignante et médicale. L'animateur pourtant présent ce jour-là, mériterait de prendre davantage part à cette réunion et d'inscrire un volet entier sur l'animation individuelle et la prise en compte des loisirs de cette personne pour des animations collectives futures. A sa décharge, l'animateur venait tout juste de prendre son poste.

Le projet d'accompagnement personnalisé est un outil donné par le cadre réglementaire. Il semble être utilisé complètement différemment d'un EHPAD à un autre (simple questionnaire d'entrée à un projet construit). Il est un véritable outil pour l'équipe de l'EHPAD comme moyen de réflexion commune autour d'un résident. Mais le processus mériterait d'être renforcé afin d'offrir une prise en charge encore plus adaptée et plus complète.

Pour pallier ces limites, il me semblerait pertinent de proposer des actions visant à consolider le processus existant pour le tourner davantage vers le résident.

Chapitre III La consolidation du processus pour un projet personnalisé davantage tourné vers le résident

Les actions proposées doivent réduire les limites du processus actuel et les difficultés des professionnels pour construire le projet personnalisé.

III.1. La mise en place d'un projet personnalisé « allégé » à l'entrée

L'admission d'un résident en EHPAD est une étape clé et délicate dans la vie d'une personne âgée. Il est primordial de la préparer avec attention et de n'oublier aucune étape. Pour cela, je formerai mes équipes aux **bonnes pratiques de l'ANESM**²⁴ sur *l'accueil de la personne âgée et son accompagnement* lors de déjeuners – ateliers. Ainsi, l'ensemble des personnels sera sensibilisé à l'importance de l'admission et à la mise en place d'un projet personnalisé dans les six premiers mois de l'entrée du résident.

²⁴ ANESM, Décembre 2010, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, *Qualité de vie en Ehpads (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement*,

Par ailleurs, je dédierai un temps de l'IDEC et de la psychologue pour une visite à domicile la semaine précédant l'admission. Cette **visite de préadmission** permettra de rassurer la personne âgée et ses proches, et de recueillir des éléments sur l'histoire de vie et les habitudes / besoins du futur résident. En effet, l'entrée en EHPAD est un moment de bouleversement profond pour la personne âgée et son entourage, il est alors délicat de recueillir des éléments personnels du résident de façon sereine une fois l'entrée réalisée.

Cette visite de préadmission remplacera l'entretien de la psychologue avec le résident et sa famille à l'entrée du résident qui est réalisé actuellement dans cet EHPAD. Il n'y a donc pas de temps supplémentaire à prévoir pour la psychologue mis à part les temps de déplacements. Pour l'IDEC, une organisation du temps de travail s'impose. Le remplacement de l'IDEC lors de ces visites par un membre de l'équipe soignante (à tour de rôle) est envisageable.

L'ensemble des éléments recueillis sera alors inscrit dans le logiciel de l'établissement dans la première partie du PAP. Le médecin alimentera la partie sur le dossier de soins (fait actuellement sur un feuillet à part) et la psychologue et l'IDEC compléteront le document avec les éléments recueillis lors de la visite de préadmission.

Un moment de transmission d'information aux équipes est à prévoir le jour ou la veille de l'admission du résident.

Ces nouvelles dispositions permettent de respecter les exigences réglementaires, à savoir la rédaction d'un PAP dans les six mois de l'admission du résident en EHPAD, tout en synthétisant certains éléments déjà disponibles.

III.2. La consolidation du processus actuel

En premier lieu, je modifierai le **calendrier des réunions pluridisciplinaires** : une réunion toutes les 2 semaines soit 52 projets mis en place au lieu de 20 par an actuellement en moyenne.

Par ailleurs, j'utiliserai les **grandes relèves** qui ont actuellement lieu tous les jeudis pendant une heure, pour traiter les **dossiers dits d'urgence**. Cela déchargera les réunions pluridisciplinaires. Il sera par ailleurs indispensable de tracer ce qui est dit en grande relève dans le logiciel au fur et à mesure de la réunion (pas de traçabilité des grandes relèves actuellement).

Les réunions pluridisciplinaires sélectionneront **deux dossiers pris dans l'ordre alphabétique uniquement**. Il sera nécessaire de désigner les deux dossiers dans le compte-rendu de la réunion précédente en incluant la personne suivante en cas de décès ou de départ (retour à domicile, hospitalisation, etc).

Les réunions pluridisciplinaires ayant lieu tous les quinze jours, les équipes disposeront alors de deux semaines pour rassembler l'ensemble des éléments disponibles par écrit sur les deux résidents étudiés (données issues du logiciel de l'EHPAD, demande de courriers aux intervenants libéraux ; ce travail serait réalisé par la secrétaire). Chaque personnel disposera également d'un petit carnet pour consigner l'ensemble des éléments importants à notifier sur ce résident lors de la réunion pluridisciplinaire qui ne serait pas inclus dans les transmissions écrites du logiciel de l'EHPAD.

Une fois la majorité des PAP rédigés (l'ensemble des PAP ne pourront jamais être à jour à 100% compte tenu des décès et départs), les réunions pluridisciplinaires construiront un PAP et utiliseront les temps restant pour établir la révision annuelle. Il est entendu que les révisions pourront avoir lieu également en grande relève si le dossier dit d'urgence dispose déjà d'un PAP. La discussion en grande relève fera alors office de révision annuelle du PAP en place.

Une fois le processus en place, je prendrai le temps de **formaliser la chronologie du processus**. Je le ferai bien entendu valider au préalable par l'équipe cadre (IDEC, psychologue) et je le présenterai ensuite à l'ensemble du personnel lors d'un nouveau déjeuner – atelier. Chaque membre du personnel sera alors libre d'apporter des modifications / commentaires à la trame présentée. Le processus validé par tous sera ensuite affiché en salle de soins et entériné dans les documents de l'établissement. Il sera également donné sous format papier à tout nouvel embauché.

D'autre part, un **tableau d'affichage** sera implanté à chaque étage avec le nom ou le prénom des résidents, leur numéro de chambre et le nom du référent. Cette communication permettra plus de clarté pour les équipes mais aussi pour les résidents et leurs familles. Un tableau d'affichage de synthèse avec l'ensemble des résidents et référents sera tenu à jour à chaque réunion pluridisciplinaire.

Il est par ailleurs indispensable de **renforcer le rôle de l'animateur dans les réunions pluridisciplinaires et dans les PAP**. L'animateur devra assister à chaque réunion et avoir un volet propre à l'animation dans le canevas du PAP prévu dans le logiciel (il sera nécessaire de contacter l'éditeur pour faire modifier la trame). Il devra proposer une animation individuelle adaptée au résident étudié à raison d'un temps de 15 minutes tous les 15 jours et inclure les passions / loisirs du résident dans son programme d'animation collective annuelle.

Enfin, et ce afin de gagner du temps lors des réunions pluridisciplinaires, j'instaurerai **l'utilisation du SMAF** (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) comme outil complémentaire d'évaluation des besoins fonctionnels des résidents. Il permet d'évaluer les cinq grandes dimensions de l'autonomie, dont celles des fonctions mentales, à l'aide de 29 items. Le SMAF repose sur une évaluation de la personne. Il est développé sur la base du maintien de l'autonomie, quel que soit le milieu de vie (en établissement ou à domicile) prenant en compte l'environnement, les ressources disponibles (humaines et matérielles) et leur stabilité.

Le SMAF est ainsi un ensemble cohérent associant une démarche et des outils pour une mise en place des projets personnalisés (volet soutien à l'autonomie).

Le diagnostic sera établi par le médecin coordonnateur dans le premier mois qui suit l'entrée du résident puis dans les 15 jours qui précèdent la réunion pluridisciplinaire. Le diagnostic sur l'état fonctionnel et psycho médico-social du patient sera ainsi plus objectif. Le Tableau d'Aide Individualisé (TAI) issu du SMAF sera annexé au contrat de séjour. Le PAP devra mettre en place des actions de stimulation et des aides sur les éléments apparaissant en alerte dans ce tableau, éléments pour lesquels le résident présente des insuffisances, des carences.

III.3. Le renforcement du rôle et des missions du référent

En parallèle de la consolidation du processus de construction des PAP, il s'avère nécessaire de rédiger une **fiche de missions du référent de projet**, à faire valider par l'ensemble du personnel. En effet, les missions du référent ne semblaient pas être forcément très claires pour tous.

Cette fiche établira les missions minimales (socle commun) que chaque référent aura à réaliser dans le cadre de sa nomination volontaire auprès du résident. Ces missions seront par exemple de se présenter auprès du résident et de lui expliquer qui il est, ce qu'il va réaliser avec lui. Le socle commun comportera également une mission spécifique auprès du résident à savoir passer 5 à 10 minutes tous les 2 jours auprès du résident pour partager un moment de convivialité. Le contenu de ces visites sera à définir en fonction des appétences du référent et surtout en fonction des souhaits / histoires de vie du résident (chanter / lire le journal ou un conte / parler cinéma / boire un thé / sortir dans le jardin pour planter des fleurs...). Cela permet d'élargir les missions du référent et de le

responsabiliser encore davantage auprès d'un résident. Surtout, cela introduit de l'humanité dans leur travail.

Dans une seconde partie, la fiche comportera les actions et les aides incluses dans le PAP que le référent doit suivre. Il devra s'assurer que ces actions sont bien mises en œuvre et il devra **tracer sur le logiciel de l'EHPAD un suivi au fil des semaines** (il sera nécessaire de contacter l'éditeur pour permettre un suivi tracé des PAP au fil de l'eau). Cela permettra de fiabiliser l'information en cas de départ ou absence longue durée de la structure du référent. D'autre part, les éléments tracés seront synthétisés et utilisés lors de l'évaluation du PAP l'année suivante.

Cette lettre de mission devra être impérativement signée par le référent. Il en gardera une copie qu'il affichera en salle de soin afin de toujours garder à l'esprit les actions d'accompagnement pour personnaliser au mieux la prise en charge du résident.

III.4. Les outils d'évaluation des actions mises en œuvre

Les outils d'évaluation de ces actions seraient d'abord quantitatifs en calculant le **nombre de PAP nouveaux** mis en place et le **nombre de PAP révisés** au bout de 3 et 6 mois après le début de mise en œuvre des actions.

Il sera d'autre part utile d'évaluer si le **nouveau processus mis en place est efficient** et permet de construire des **PAP pertinents**. Il sera alors utile d'interroger par le biais d'un entretien semi-directif 2 ou 3 nouveaux résidents et leurs familles à l'occasion d'une rencontre prévue, pour avoir leur avis et sentiments sur la visite de préadmission : est-ce rassurant avant l'admission ? La mise en place d'un PAP à l'entrée a-t-elle été utile ? Le PAP a-t-il permis un accueil personnalisé et confortable pour leur parent ?

Par ailleurs, il faudra consulter les personnels via des questionnaires pour connaître leur avis sur le nouveau mode de fonctionnement.

Conclusion

« Bien qu'il soit admis largement que les établissements doivent être des lieux de vie, les logiques du soin l'emportent le plus souvent. Ces logiques se fondent sur des impératifs d'hygiène et de propreté, de sécurité, mettant en avant la survie d'un corps qui doit être nourri, protégé de dangers réels ou supposés. Les droits des personnes âgées sont ainsi délaissés au profit de leur sécurité ». ²⁵

L'EHPAD n'est pas qu'un milieu de soins, c'est aussi et avant tout un lieu de vie, mais les autorités tarifaires et la législation tendent à s'en éloigner. Les personnes âgées doivent sentir toute l'attention qui leur est portée. Les projets d'accompagnement personnalisé tendent à remplir cette mission.

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce mémoire, les PAP constituent de véritables outils pour la direction en termes de management et de projet d'équipe. Ils sont également un outil de communication important entre les usagers et l'établissement d'accueil.

Surtout, les PAP représentent un outil stratégique pour contribuer à la bienveillance des résidents en EHPAD.

Mais les PAP apparaissent comme des projets de soins et de prise en charge, les désirs et loisirs de la personne âgée semblent un peu relayés au second rang, en fonction du temps disponible et surtout de la volonté de l'établissement de travailler sur cet axe. Le PAP reste ainsi un outil que chaque EHPAD s'approprie selon son mode d'organisation et son bon vouloir.

Finalement, l'EHPAD de demain ne serait-il pas une simple structure de soins puisque la prise en charge des GIR 1 et 2 devient grandissante ? Le projet d'accompagnement personnalisé deviendrait ou resterait alors un simple projet de soins.

Ce stage m'aura permis de découvrir la vie en EHPAD, tant du point de vue du quotidien des résidents que de l'équipe de direction. Ce fut passionnant et très enrichissant.

²⁵ AMYOT JJ, MOLLIER A, 2013, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, 2^{ème} édition, Editions DUNOD, 256p

Beaucoup de chantiers sont ouverts et de nombreux sujets en ébullition me donnent plus que jamais envie de m'investir dans ce secteur.

Les écueils de mon travail sont le manque de temps puisque le stage n'a duré que quatre semaines. Je n'ai ainsi pas pu développer la fiche de mission des référents ni mettre en place une partie de la consolidation du processus que je propose dans la partie 3 de ce mémoire. Cela m'aurait permis d'évaluer sur le terrain la pertinence de mes actions et les difficultés à faire changer un mode d'organisation au sein d'une équipe.

J'ai réalisé les enjeux et l'importance du rôle d'un directeur d'EHPAD. Il doit savoir agir en toutes circonstances et quel que soit le sujet. C'est en quelque sorte le chef d'orchestre de la maison, c'est lui qui saura quelles actions mener pour manager ses équipes, les fidéliser, et tout mettre en œuvre pour favoriser le bien-être de ses résidents.

Directeur d'EHPAD est un métier qui demande beaucoup d'investissement au quotidien, mais c'est un métier qui me semble passionnant, riche en missions diverses et surtout plein d'humanité.

Bibliographie

Lois

- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JORF du 1 juillet 1975
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JORF du 25 janvier 1997, p. 1280-1284.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002

Rapport

- Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque. Paris : La Documentation française, 1962, 438 p

Recommandations de l'ANESM

- ANESM, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, *Programme Qualité de vie en Ehpad*, [visité le 11.01.2014], disponible sur Internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=589#
- ANESM, Juin 2008, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 51p. [visité le 11.01.2014], disponible sur Internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
- ANESM, Décembre 2008, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 52p. [visité le 11.01.2014], disponible sur Internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf
- ANESM, Décembre 2010, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 74p. [visité le 11.01.2014], disponible sur Internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm-2.pdf

Ouvrages

- VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J-L., 2008, Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : Enjeux et méthode, Les pratiques gérontologiques, Paris : Erès, 220p.
- AMYOT JJ, MOLLIER A, 2013, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, 2ème édition, Editions DUNOD, 256p

Sites Internet

- KPMG, Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire, *Observatoire des EHPAD, Janvier 2013*. [visité le 15.03.2014], disponible sur internet : <https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>
- CNSA, Lettre d'information de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie n°27, Septembre 2014. [visité le 01.10.2014], disponible sur internet : <http://lalettrecnsa.cnsa.fr/lettre27/panorama/les-ehpad-et-leurs-re-sidents-en-2013.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : La note d'observation y compris la note méthodologique

Annexe 2 : Grille d'observation

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif

Annexe 4 : Grille d'analyse transversale

Annexe 1 : La note d'observation y compris la note méthodologique

I - Méthodologie

Contexte et choix du lieu :

Une journée d'observation sera réalisée dans un EHPAD, en préalable à la période de stage de 4 semaines, dans le cadre du DE Directeur d'EHPAD de l'EHESP. J'effectuerai cette journée au sein d'un EHPAD privé à but non lucratif situé dans la région lyonnaise (69) en décembre 2013. Je réaliserai également mon stage au sein de cette structure en 2014 : 2 semaines en février et 2 semaines en juin.

La résidence dispose d'une capacité de 67 lits. Le PMP validé en 2010 s'élève à 214 et le GMP validé en 2013 est de 706. Le niveau de dépendance et de besoins en soins est donc important dans cette structure et plus élevé que les moyennes nationales (GMP moyen 693 / PMP moyen 198²⁶ en 2013).

Objectif de cette journée :

Cette journée d'observation va me permettre de me mettre à la place d'un résident afin de comprendre plus concrètement ce qu'il vit et peut ressentir lors de sa vie en institution. Qu'est-ce qui est utile et agréable pour lui ? Comment perçoit-il sa vie en institution ? Comprend-il tout ce qui est fait pour lui ? Quelle est son utilisation des lieux et des services ? Comment est-il considéré par le personnel : simple résident ou personne individuelle à part entière avec ses besoins et envies spécifiques ?

Cette journée me permettra d'appréhender les logiques et les besoins des usagers et de leurs familles dans la réalisation du mémoire.

La posture adoptée :

L'objectif de cette journée est de découvrir la vie en EHPAD d'un point de vue de l'usager. J'envisage ainsi d'observer l'ensemble de la vie en institution, de mon propre regard. Je ne suivrai pas un usager ou un groupe d'usagers, mais je porterai un regard plus global sur l'ensemble de l'institution pendant une journée type.

Cette journée sera l'occasion de relever les points qui me paraissent adéquats et inadéquats dans la vie quotidienne d'un usager dans la structure observée.

²⁶ Lettre d'information de la CNSA - Septembre 2014

La problématique observée :

Comment l'institution favorise-t-elle le lien social, les échanges, la communication de ses résidents, en dehors des moments « conventionnels » du quotidien (repas, toilette, etc) ?

- ⇒ Observation des moments de loisir des usagers : animation, moments de partage entre résidents, échanges avec le personnel, avec les familles...

Grille d'analyse / d'observation :

Ma journée d'observation sera bien évidemment rythmée par le planning du jour de la Résidence. Ainsi, les axes d'analyse ci-dessous sont une simple trame théorique à adapter à la réalité des faits.

- *Matin :*

Observation des échanges entre les résidents et le personnel (probablement dans leur chambre ou dans le salon): quels sont ces échanges ? Que se disent-ils ? Comment font les soignants pour apporter chaleur et humanité aux personnes âgées pour qu'elles se sentent moins seules, vraiment chez elles et surtout en vie ?

- *Midi :*

Observation du comportement des résidents entre eux (salle de restaurant) : comment se déroule le repas du midi ? Les résidents communiquent-ils entre eux ? Parviennent-ils à maintenir un lien social, un dialogue ?

- *Après-midi :*

Observation des moments d'animation (lieu de l'animation certainement la salle de séjour) : quelles sont les activités proposées ? Les résidents ont-ils l'air de prendre du plaisir ? Quelles sont leurs réactions ? Combien de personnes participent sur l'ensemble de la résidence ?

II – Note sur la journée d'observation

Mardi 10 décembre 2013, EHPAD de la région lyonnaise (69)

Arrivée dans la résidence à 8h, je rencontre d'abord la Directrice qui me reçoit dans son bureau. Nous avons quelques échanges sur les modalités de la journée, puis elle me fait visiter la résidence. Il s'agit d'un ancien couvent religieux dont une partie entière des bâtiments a été rénovée. Les 67 résidents sont répartis sur trois étages selon leur niveau de dépendance.

Je décide d'observer ce jour-là la vie en institution et la journée type pour un résident en me focalisant principalement sur les moments d'échanges et de communication en dehors des moments des repas et de la toilette.

Le petit déjeuner est servi en chambre entre 7h et 9h selon les résidents et leur rythme de vie. Les relations entre le personnel et les résidents me semblent douces et humaines.

Après le petit déjeuner, les aide-soignants procèdent à la toilette en chambre de chaque résident. Un roulement est effectué pour faire prendre une douche au résident afin que chacun dispose d'une douche par semaine. Cela semble parfois compliqué face au refus de certains résidents qui n'avaient pas cette habitude lorsqu'ils vivaient chez eux. Je réalise alors un premier point problématique en EHPAD : comment assurer le bien être des résidents en collectivité tout en respectant les désirs et habitudes de vie de chacun ? Vers 11h, les aide-soignants procèdent « aux transferts » des résidents en salle de restauration au rez-de-chaussée pour le déjeuner. Je réalise le temps important consacré à ces manœuvres...

Il existe deux services pour les repas : un premier service avec les personnes les plus dépendantes et un second avec les personnes plus autonomes. Je note peu d'échanges entre les résidents au cours du repas. Les résidents de cet EHPAD sont pour plus de 55% d'entre eux en GIR 1 ou 2. Aucun GIR 5 ou 6 n'est pris en charge dans cette structure, il s'agit d'un choix affiché de la direction estimant que les personnes âgées de ce niveau de dépendance n'ont pas leur place en EHPAD mais à leur domicile ou en logement foyer.

Après le repas, chaque résident est remonté dans sa chambre et dispose d'un moment de calme propice à la sieste. J'en profite pour déjeuner à mon tour et échanger avec le personnel d'encadrement (directrice, IDEC, psychologue). L'animatrice arrive à 14h. Je décide de l'accompagner pendant une partie de l'après-midi. L'animation proposée ce jour-là est un spectacle de cirque réalisé par les élèves de l'école voisine. Elle me propose de l'aider à aller chercher les résidents dans leur chambre, ce que j'accepte volontiers. Je réalise à quel point cette tâche est difficile... En effet, les personnes âgées

sont souvent fatiguées et souhaitent rester au repos dans leur chambre, isolées. Il n'est pas chose aisée de leur donner envie de participer, cela prend du temps et nécessite un contact humain de confiance.

Nous frappons à chaque porte et proposons au résident de nous accompagner à l'animation. Nous arrivons à la porte de Monsieur X, il est assis sur son fauteuil, blotti sous sa couverture. Je suis persuadée que ce Monsieur ne voudra pas venir évoquant une trop grande fatigue comme bon nombre d'autres résidents ce jour-là. Mais à ma grande surprise, Monsieur X jette sa couverture à terre et se lève d'un bond pour nous accompagner. Un homme extrêmement élégant, en costume cravate, chaussures cirées, et d'une grande sympathie. Je suis agréablement surprise et décide de poursuivre la tournée des chambres avec ce gentil Monsieur de 92 ans au bras.

Nous arrivons au bout du couloir où Madame Y est assise sur un fauteuil dans un petit salon. L'animatrice s'approche d'elle pour lui parler et lui propose de nous accompagner. En une fraction de seconde, la dame donne un coup de tête à l'animatrice qui se retrouve sonnée. Une soignante présente nous explique que cette dame ne supporte pas que l'on se mette face à elle et réagit par la violence et l'agressivité spontanément. Je réalise à ce moment-là l'importance de bien connaître chaque résident d'un EHPAD et d'adapter la prise en charge. Il me semble primordial de personnaliser l'accompagnement de chaque personne âgée et surtout que l'ensemble de l'équipe (soignante, hôtelière, animation, direction...) connaisse l'histoire du résident et ses particularités. Cet événement violent n'aurait ainsi pas eu lieu si l'animatrice avait eu connaissance de ce phénomène avec cette résidente. A sa décharge, l'animatrice était à la retraite et remplaçait volontairement l'animatrice démissionnaire. Elle n'était ainsi pas forcément très informée sur chaque résident.

Nous continuons notre promenade dans les étages et nous arrivons à convaincre Madame L de venir voir le spectacle de cirque. Me voilà donc avec Monsieur X à droite et Madame L à gauche, bras dessus bras dessous, ils sont ravis d'avoir un peu de compagnie. Madame L m'explique qu'elle est venue dans cet EHPAD de son plein gré il y a maintenant 6 mois. La vie toute seule à son domicile devenait trop pesante, elle préférait vivre en collectivité, cela la rassurait. Elle m'explique qu'elle n'a pas dormi cette nuit car elle est complètement bouleversée par sa voisine de chambre qui vient tout juste d'être diagnostiquée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ses symptômes se seraient, selon elle, déclarés du jour au lendemain. Cela lui fait peur et l'angoisse beaucoup.

Nous prenons l'ascenseur tous ensemble pour descendre dans la salle de restaurant qui a été aménagée spécialement pour l'animation. Les enfants de l'école voisine sont en

place pour commencer leur spectacle. Leur professeur de gymnastique est également présente pour superviser les enfants.

J'aide les résidents à s'installer et je m'assois sur un côté. Le spectacle de cirque commence, j'observe les résidents avec attention. Certains résidents sont en fauteuil coquilles, ils sont à un niveau de dépendance avancée. Ils ne sont plus en capacité d'exprimer leurs émotions, mais le fait de les solliciter, de les stimuler à l'aide d'un spectacle avec de la musique, des enfants qui s'amuse, leur apporte certainement une petite dose de bonheur. La majorité des résidents semblent heureux ce jour-là, le spectacle leur plait, ils sourient et tapent dans leur main pour encourager les enfants. Je trouve ce moment très attendrissant.

Je m'intéresse plus particulièrement à une mamie qui ne cesse de se lever et de se rasseoir, elle semble désorientée. Elle passe devant moi et se dirige vers la porte de sortie. Par chance, celle-ci semble trop difficile à ouvrir. Je me permets d'aller lui parler et de lui demander où elle souhaite aller. Aucun personnel ne semblait l'avoir vu. Elle ne sait trop me répondre. Je lui propose de s'asseoir à côté de moi afin de regarder la fin du spectacle. Au bout de quelques minutes, le spectacle se termine. Ma voisine se lève de nouveau et me prends la main, je comprends qu'elle souhaite retourner dans sa chambre et que l'accompagne. Je lui explique qu'il faut encore attendre quelques instants car les enfants ont préparé des cadeaux individuels pour chaque résident à l'occasion de la fête de Noël qui approche. Je l'aide ainsi à ouvrir son présent, une bougie décorée que nous irons ensuite installer en décoration dans sa chambre.

Ce moment d'échanges de cadeaux intergénérationnels était très émouvant, les personnes âgées semblaient vraiment touchées. Les enfants étaient parfois intimidés et ne savaient comment réagir face à certains résidents inexpressifs dans leur fauteuil, mais l'équipe soignante a permis de les rassurer et de les aider. L'ensemble des résidents sont ensuite raccompagnés dans leur chambre pour les plus dépendants. L'heure du dîner approche, l'équipe hôtelière réaménage la salle de restaurant afin que tout soit prêt pour 18h.

Cette première journée en EHPAD fut pour moi une véritable découverte puisque je n'appartiens pas encore au secteur médico-social. Ce fut une journée enrichissante, parfois surprenante.

J'ai trouvé long et parfois compliqué d'inciter les résidents à participer, mais au final, la grande majorité des résidents étaient présents et ce fut un merveilleux moment d'échanges et de convivialité. Il me semble nécessaire de prendre le temps de stimuler les personnes âgées. Il ne faut pas les forcer et surtout respecter leur rythme, il faut absolument adapter les temps d'échanges, les temps d'animation. Des temps collectifs

comme ce spectacle sont un vrai plus, mais il faut au quotidien privilégier les temps d'échanges individuels, à organiser entre les équipes, l'animatrice et les résidents, afin de ne pas laisser les éléments de survie tels que les repas et la toilette devenir les seuls instants de partage...

Annexe 2 : Grille d'observation

Thème de l'observation :

Les réunions pluridisciplinaires au cours desquelles sont élaborés les projets d'accompagnement personnalisés des résidents.

Grille d'observation

=> Exemple avec l'une des 2 réunions observées afin que la grille soit plus pertinente à la lecture.

Indicateurs	Questions	Observations
1. Eléments descriptifs	Date de la réunion	05/06/2014
	Récurrence de la réunion	Toutes les 5 semaines
	Durée de la réunion	1H45
	Nombre et qualité des professionnels présents	Psychologue, psychomotricienne, médecin coordonnateur, IDEC, animateur, AS, IDE
	Comment le résident est-il représenté ?	Pas de représentation du résident puisqu'il s'agit d'une réunion interne, réunion d'équipe
	Nombre de dossiers analysés en séance / ordre du jour	1 dossier analysé lors de cette séance / bilans sur les groupes à médiation / retour sur les 2 PAP récemment rédigés et signés par les résidents
	Critères de sélection des dossiers analysés	dossier dit « d'urgence » sélectionné car le résident présente des troubles du comportement, frappe les soignants donc nécessité de réfléchir à sa prise en charge dans l'EHPAD

2. Construction du projet personnalisé	Outil d'évaluation utilisé	Le Projet d'Accompagnement Personnalisé, fichier issu du logiciel métier de l'établissement.
	Items abordés en séance	Histoire de vie, contexte d'entrée dans cet EHPAD, contexte médical, état psychologique, psychique et cognitif, bilan psychomoteur, retour / ressentis des soignants sur la prise en charge au quotidien, relations avec la famille
	Décrire comment chaque personne présente contribue au débat	IDEC présente l'histoire de vie, le contexte d'entrée, le résumé des transmissions des 6 derniers mois et rédige le CR de la réunion. Le médecin coordonnateur rappelle le contexte médical, les pathologies et l'historique d'hospitalisation. Tous les autres intervenants apportent les éléments vécus, leurs ressentis vis-à-vis de ce résident

3. Synthèse et mise en œuvre	Difficultés rencontrées pour ce projet	La petite toilette pose problème : le résident devient violent et agressif, il insulte et frappe les soignants. Problème d'intrusion dans l'intimité de ce Monsieur, que ce soit physique ou familial, il ne supporte pas que l'on s'immisce dans ce contexte.
	Quelles sont les axes retenus dans ce projet personnalisé et pourquoi ?	<u>Objectif de la réunion</u> : trouver des solutions pratiques pour rassurer le résident lors de la petite toilette et éviter son agressivité et ses coups. <u>Solution proposée</u> : anticiper et informer le résident que les soignants vont venir lui faire sa toilette dans la demi-heure, lui expliquer ce qui est fait, rester dans un contexte toujours professionnel afin de garder une certaine distance et éviter ainsi d'être intrusif dans son intimité « psychologique ». Personne hémiplegique, donc toujours commencer les soins par le côté sain de son corps afin qu'il ressente et comprenne ce qui se passe.
	Comment se clos la réunion ?	Approbation de la synthèse par toutes les personnes présentes
	Quelles sont les prochaines étapes annoncées pour ce projet ?	Signature du résident / sa famille + mise en œuvre du projet.
	Une révision /mise à jour de ce projet est-elle planifiée ?	NON, cela n'est pas discuté en séance, le PAP sera revu si problème avec ce résident.

4. Divers	Observations diverses	<p>Problème rencontré, le temps alloué : le personnel aurait eu besoin de s'exprimer encore davantage sur ce résident OU alors, le cadrage et les objectifs de la réunion ne sont pas bien définis et les dire vont dans tous les sens. La RP a uniquement discutée de la prise en charge soignante, médicale et paramédicale. Mais les souhaits / affinités du résident ne sont à aucun moment débattu, voir comment l'équipe pourrait s'organiser pour mettre en place des actions / évènements pour le divertir. Ce Monsieur adore les voyages et l'histoire-géo, cela a été rappelé en début de séance dans l'histoire de vie, mais il n'en a plus été fait mention ensuite. C'est très dommageable, car le projet d'accompagnement reste uniquement un accompagnement médical et soignant.</p>
-----------	-----------------------	---

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif

I - Méthodologie en 4 étapes

1 / Sélection

- Lieu : résidence de 67 lits (EHPAD 69)
- Période d'analyse : février et mai 2014
- Nombre d'entretiens à réaliser : 10 environ
- Echantillon cible défini avec la directrice de l'EHPAD stage : psychologue, IDEC, ASD, médecin coordonnateur, IDE, psychomotricienne, animatrice, résidents, familles.

2 / Plan d'entretien

- Elaboration d'un guide d'entretien précisant les thèmes à aborder
- Demander sur chaque thème : quelles sont vos pratiques ? qu'en pensez-vous ?
- Recueil d'informations de base sur la personne
- Préciser le but de l'entretien, sa durée, le niveau de confidentialité, l'usage qui en sera fait

3 / Déroulement

- Exposer clairement le sujet et le contexte
- Veiller à ne pas influencer la personne interrogée
- Enregistrement de l'intégralité de l'entretien pour un rendu fidèle
- Retranscription de chaque entretien grâce à l'enregistrement

4 / Analyse des résultats

- Analyse verticale de chaque entretien pour en faire ressortir les éléments clés relatifs à la problématique du mémoire
- Elaboration d'une grille d'analyse transversale avec 4 thèmes (voir annexe 4)
- Remplissage de cette grille grâce à l'analyse individuelle des 11 entretiens
- Analyse et comparaison des informations recueillies pour alimenter le diagnostic du mémoire

II – Grille d’entretien

Introduction auprès de l’enquêté

Raisons de ma présence : en stage de direction auprès de Mme la Directrice pour 1 mois au total, je m’intéresse au projet d’accompagnement personnalisé en EHPAD pour mon mémoire.

Durée estimée de l’entretien = 20-30 minutes

Les entretiens sont anonymes et confidentiels, usage strictement personnel. Cependant, enregistrement si cela ne vous dérange pas pour que je puisse retranscrire l’ensemble de nos échanges.

DATE :

Personne interrogée :

Formation / Parcours :

Ancienneté dans le métier / dans cet EHPAD :

Processus de mise en place du projet personnalisé

- Comment est organisé le processus de mise en place du projet personnalisé dans cet EHPAD ? Qu’en pensez-vous ?
- Quelles sont vos pratiques en la matière, votre domaine d’intervention ?

Raisons du non respect du cadre réglementaire

- Selon vous, combien de résidents de cet EHPAD disposent d’un projet personnalisé ?
- Qu’en pensez-vous ? Est-ce suffisant ?
- Quels sont, selon vous, les freins à la mise en place d’un projet personnalisé pour chaque résident ?
- Est-ce que d’autres outils existent à ce jour pour pallier au projet personnalisé dans cet EHPAD ?

Effets sur la bientraitance

- Selon vous, cet EHPAD dispose-t-il d’une culture forte tournée vers la bientraitance des résidents ? Pourquoi ? Exemples.
- Selon vous, le projet personnalisé permet-il d’améliorer l’accompagnement et la bientraitance des résidents ?
- Quelles seraient les améliorations à mettre en place sur le projet personnalisé dans cet EHPAD ?
- Avez-vous d’autres observations / commentaires à ajouter ?

Annexe 4 : Grille d'analyse transversale

Enquêtés	Thème 1 Non respect du cadre réglementaire : nombre de PP en place et raisons évoquées	Thème 2 Limites du processus actuel de construction des projets personnalisés	Thème 3 Atouts du processus actuel de construction des projets personnalisés	Thème 4 Améliorations proposées / divers
IDEC				
PSYCHOLOGUE				
AIDE SOIGNANTE				
IDE				
MEDECIN COORDONATEUR				
PSYCHOMOTRICIENNE				
ANIMATRICE				
RESIDENT avec Projet Personnalisé (Mme R)				
RESIDENT 1 sans Projet Personnalisé (Mme B)				
RESIDENT 2 sans Projet Personnalisé (M. B)				
FAMILLE d'une résidente avec PP (Fils de Mme L)				
DIRECTRICE EHPAD VOISIN (privé lucratif)				

MARIN-LAFLECHE	Estelle	27/10/2014
Diplôme d'Etablissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »		
Le projet d'accompagnement personnalisé en EHPAD		
Promotion 2013-2014		
<p>Résumé :</p> <p>Les EHPAD sont des lieux de vie et d'échanges. Ils accueillent des personnes âgées dans le but de leur apporter toute l'aide nécessaire.</p> <p>Le projet d'accompagnement personnalisé a été mis en place pour personnaliser la prise en charge et offrir au résident le soin, le confort et l'attention qui lui correspond.</p> <p>Le PAP est par ailleurs un véritable outil pour le directeur d'EHPAD pour fédérer les équipes autour d'un projet commun. Il permet ainsi de contribuer à la bientraitance des résidents. Encore faut-il que le processus de construction soit correctement défini...</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>EHPAD, Projet d'Accompagnement Personnalisé, Bientraitance des résidents, Processus</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>		