



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

Promotion : **2014-2015**

Concilier les habitudes de vie
d'anciens SDF et la vie en EHPAD

Claudie FACON

Responsable pédagogique :

Arnaud CAMPÉON,
Enseignant-chercheur au
département SHS, EHESP

Responsable de l'atelier
mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Je tiens à remercier :

Monsieur CAMPEON pour son soutien et sa compréhension.

Les résidents et professionnels qui ont participé aux questionnaires sur mon lieu de travail, sur mon lieu de stage.

Mme V, directrice de l'EHPAD d'accueil qui m'a accordée du temps pour échanger sur son savoir et les valeurs professionnelles.

Ma sœur Janine, ma nièce Valérie, ainsi que ma fille Marie pour leurs aides.

Ma famille et mes amis pour leur écoute.

Sommaire

Introduction	1
Chapitre 1 : La prise en charge des SDF vieillissants, une problématique	
1-1 Les habitudes de vie à la rue.....	3
1-2 La création d'un EHPAD pour SDF, un projet original et innovant.....	5
1-3 Les habitudes de vie à l'EHPAD	7
1-4 Le cadre législatif, réglementaire et les bonnes pratiques professionnelles.....	8
Chapitre 2 : Un public particulier avec des besoins spécifiques, méconnus par les professionnels des EHPAD	
2-1 La découverte d'un univers normé pour les usagers.....	11
2-2 La découverte du public pour les professionnels.....	12
2-2-1 La méconnaissance du public.....	13
2-2-2 La difficulté face à la violence et l'alcoolisation.....	15
2-3 Les négociations entre les spécificités des résidents et les contraintes de l'EHPAD...16	
2-3-1 La difficulté de mise en œuvre des droits des usagers.....	16
2-3-2 La liberté d'aller et venir, un droit incontournable.....	19
2-4 L'EHPAD est-il un accueil adapté ?.....	20
2-5 L'analyse documentaire de la loi 2002-2.....	22
Chapitre 3 : Une prise en charge personnalisée par des professionnels formés	
3-1 Le maintien des habitudes de vie dans un milieu réglementé.....	24
3-1-1 Le recueil les habitudes de vie dès l'admission.....	24
3-1-2 La mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé avec la participation de l'utilisateur.....	25
3-2 Une participation des usagers moins formelle que le Conseil de la Vie Sociale.....	26
3-3 Une équipe pluridisciplinaire et mieux formée.....	27
3-3-1 La création d'un poste de psychologue pour les résidents mais aussi un soutien pour les professionnels.....	27
3-3-2 Des formations sur des thématiques ciblées souhaitées par l'ensemble des professionnels.....	28
3-4 Une indispensable transversalité entre équipes pluridisciplinaires.....	30
Conclusion	31
Bibliographie	33
Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

AMP - Aide Médico Psychologique

ANESM – Agence Nationale de l’Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ARS - Agence Régionale de Santé

AS - Aide Soignante

AVC – Accident Vasculaire Cérébral

CADA – Centre d’Accueil de Demandeurs d’Asile

CASF - Code de l’Action Sociale et Familiale

CHRS - Centre Hébergement de Réinsertion Sociale

CLIC – Centre Local d’Information et de Coordination gérontologique

CVS – Conseil de Vie Sociale

DAF – Directrice des Affaires Financières

DPC – Développement Professionnel Continu

DRH – Directeur des Ressources Humaines

EHESP – Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPA – Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD – Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESSMS – Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP – Equivalent Temps Plein

GMP – Gir Moyen Pondéré

IDE - Infirmière Diplômée d’Etat

INSEE – Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LHSS – Lit Halte Soins Santé

ONPES - Observatoire National de la Pauvreté et de l’Exclusion Sociale

PAP – Projet Accompagnement Personnalisé

PASS - Permanence d’Accès aux Soins de Santé

RBPP – Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

SDF - Sans Domicile Fixe

SIAE – Service d’Insertion par l’Activité Economique

SPASAD – Services Polyvalents d’Aides et de Soins A Domicile

SSIAD - Service de Soins Infirmiers A Domicile

Introduction

La conjoncture actuelle démontre une augmentation du nombre de personnes sans domicile fixe (SDF). Il faut toutefois préciser que cette population est constamment en déplacement et donc, difficilement quantifiable. Selon une étude de l'INSEE publiée en novembre 2014, la France comptait 112000 SDF en 2012, un chiffre en hausse de 44% en 11 ans. Les services sociaux spécialisés dans la lutte contre l'exclusion : les Maisons Relais, les CHR, les accueils de nuit... sont habilités à prendre en charge ces personnes. A Paris la moitié des personnes accueillies en CHR ont plus de 55 ans. La moyenne d'âge dans notre département est de 47 ans pour 2014, alors qu'en 2013, elle était de 43 ans. Ces services de réinsertion sociale ont pour objet de permettre aux bénéficiaires d'accéder ou de retrouver leur autonomie personnelle et sociale à partir d'un projet (loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998). Ces personnes semblent trop âgées ou trop dépendantes pour relever de ces services. Quelques semaines passées dans la rue peuvent faire vieillir de 10 ou 20 ans. Leur âge biographique est, de ce fait, nettement plus avancé que leur âge biologique, avec souvent un état sanitaire déplorable. Une problématique se pose lorsque la dépendance apparaît et que ces personnes ont besoin d'une aide quotidienne. La dureté de vie dans la rue, les maladies non soignées, les troubles psychiques, l'addiction entraînent, effectivement, un vieillissement et une mortalité prématurés. L'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) a dévoilé dans sa lettre d'information de septembre 2013, que l'âge du décès de ce public est de 49 ans, un écart de plus de 28 ans de la population générale. Toutefois, les études laissent apparaître une mortalité qui semble se stabiliser une fois les 60/65 ans dépassés. Au-delà de cette limite d'âge, les personnes victimes d'exclusion peuvent vivre relativement longtemps mais avec un état de santé précaire. Les troubles mentaux et comportementaux sont 2 à 4 fois plus élevés. Ces troubles obligent une orientation vers les EHPAD. Mais cette prise en charge est-elle adaptée ? Comment s'occuper d'une population qui a, pendant de longues années, refusé toute proposition de soin ?

Les EHPAD accueillent des personnes dont la moyenne d'âge est de 87 ans, principalement féminin. Le public de la rue, en majorité masculin, atypique éprouve des difficultés à s'insérer dans un dispositif classique. Il faut répondre à l'hébergement et à la prise en charge médico-sociale en tenant compte de leur spécificité. Il est difficile de dresser un portrait type d'une personne SDF mais différentes études et enquêtes permettent

de déterminer quelques caractéristiques communes. L'ouvrage de Xavier Emmanuelli¹ « la fracture sociale » fait apparaître que la souffrance sociale due à la perte de représentation sociétale, du groupe, du corps, du temps et de l'espace est une caractéristique commune à toutes les personnes SDF. Il souligne 3 défauts de représentation :

- La perte de représentation du corps : l'état de santé précaire des personnes exclues est lié au peu d'intérêt qu'elles portent à leur état physique général. Leur apparence hirsute, menaçante, parfois sale et ivre a peu de chance d'être prise en compte par qui que ce soit. Elles se sentent invisibles au regard de l'autre et par conséquent dans leur propre regard.
- La perte des repères temporels : pour les SDF, le temps personnel tend à n'être plus inscrit dans le temps collectif. Leur situation est caractérisée par la gestion de l'immédiateté. Il n'existe plus de lien avec le passé et l'avenir. Il n'y a plus de repères permettant la continuité.
- Le défaut de représentation de l'espace : la notion de territoire est importante, elle est structurante du quotidien. Mais, ce qui est touché est la capacité de se mouvoir dans un espace plus vaste comme celui des villes.

J'exerce la fonction de directrice de l'EHPAD à l'association L'Escale depuis son ouverture. Cette association a un secteur social important et pour le Directeur Général, la construction d'un EHPAD pour anciens SDF était devenue incontournable. C'est pourquoi l'association a tenté, il y a quatre ans, une expérience sans précédent : monter de toutes pièces un EHPAD pour anciens SDF. Consciente du rôle qui m'est confié lorsque j'accueille ce public, la notion de « qualité de vie » prend tout son sens. Il me paraît primordial de prendre en compte les besoins et les attentes des résidents. « La qualité de travail » du personnel est toute aussi nécessaire. La loi 2002-2 stipule « qu'il faut apporter une réponse adaptée et personnalisée aux besoins de chacun ». Les habitudes de vie de la rue sont tellement différentes de celles d'une vie en collectivité qu'un questionnement se pose à moi : qu'elles sont les enjeux de l'accompagnement d'un public SDF en EHPAD ?

Ce questionnement me conduit à trois sous-questions :

- ✓ Quelles sont les habitudes de vie d'un SDF ? Le personnel connaît-il ces habitudes et sont-elles respectées ?
- ✓ L'EHPAD est-il un accueil adapté ?
- ✓ Le personnel est-il formé pour la prise en charge de ce public atypique ?

¹ Xavier Emmanuelli – médecin, fondateur du SAMU social de Paris et président du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées de 1997 à 2015

Dans le cadre de ce mémoire, je veillerai à répondre à ces interrogations pour mieux cerner la spécificité sociale de ce public atypique.

Méthodologie :

Afin de recueillir des éléments, et d'appréhender les difficultés je vous présente ma méthodologie :

- ✓ Une observation directe sur le lieu de travail mais également sur mon lieu de stage, en EHPAD « classique » pour connaître le fonctionnement et savoir si des difficultés existent et comment elles sont traitées. Même si notre public n'est pas commun, l'intérêt est de savoir si les actions en place peuvent m'inspirer. Je me suis également rapproché du CHRS et des maisons relais de l'association qui accueillent un public plus jeune mais aux habitudes de vie similaires.
- ✓ Des recherches documentaires, une observation des documents issus de la Loi 2002-2
- ✓ L'appui sur l'enseignement de l'EHESP « Direction d'EHPAD et droits des usagers »
- ✓ Une réalisation de 12 entretiens semi-directifs selon des grilles d'entretiens (voir l'annexe 2 et 3) pour :
 - 6 résidents
 - Le médecin coordonnateur
 - 1 IDE
 - 1 AS
 - 1 AMP
 - 1 Agent de service de jour
 - 1 Agent de service de nuit

La rédaction de mon travail se déroule en 3 chapitres :

Le chapitre 1 présente la problématique de prise en charge du public SDF vieillissant. Le chapitre 2 aborde mon observation et ma réflexion sur le bilan des entretiens semi-directifs et sur les besoins spécifiques des résidents. Je vais démontrer si la prise en charge de cette population particulière est adaptée au regard de ses habitudes de vie, et si le personnel a connaissance de ce public atypique. Ce qui m'amène en chapitre 3 à proposer des pistes de réflexion et des actions adaptées, pour une reconnaissance des besoins des résidents et un accompagnement des professionnels.

Chapitre 1 : La prise en charge des SDF vieillissants, une problématique.

« Tout est intéressant pourvu qu'on le regarde assez longtemps ». Cette maxime de Gustave Flaubert² prend tout son sens si nous l'appliquons au phénomène de la vie dans la rue. Le nombre de SDF s'accroît depuis plusieurs années et leur espérance de vie augmente. Avec les dispositifs d'hébergement d'urgence et la mise en contact avec des médecins, on se retrouve avec des SDF de plus de 60 ans. Reste que leur état de santé est loin d'être satisfaisant. Des troubles psychiques sont observés chez 84% des résidents, suivis par des pathologies cardio-vasculaires (50%), de problèmes liés à l'alcoolisme (26%), de lésions dermatologiques (23%), de pathologies pulmonaires (15%), de troubles neurologiques (13%) et enfin le diabète (8%). Il est à noter qu'un usager présente souvent plusieurs pathologies. Leur mode de vie, le manque de soins, les problèmes d'addiction, l'isolement les font vieillir prématurément et les obligent à entrer en EHPAD à un âge plus jeune que la plupart des autres résidents.

L'entrée en établissement est en majorité ressentie comme un échec, une voie sans issue, un changement de vie radical sans aucune autonomie pour la majorité des personnes âgées. Vivre ensemble dans un milieu institutionnel est un cap difficile pour tous mais majoré pour le public de la rue qui a vécu en toute marginalité pendant, pour la plupart, de longues années. Pour une bonne intégration des résidents, une approche du public de la rue, une connaissance de leurs habitudes de vie, de leurs conditions de vie... est nécessaire. Pour cela je suis allée vers le public du CHR. Je me suis fait aider par les professionnels du service car il faut accéder physiquement à ce public mais aussi capter leur confiance afin de disposer de données qualitatives suffisamment fiables sur leurs conditions de vie.

J'ai dû faire des recherches documentaires, d'articles, de film, d'ouvrages...

Ma première question a été : qu'est ce qu'une habitude de vie ? Une habitude de vie se définit comme un ensemble d'habitudes qui assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

1-1 Les habitudes de vie à la rue.

« J'habite en bas de chez vous » » témoigne Brigitte³ (42 ans) devenue sans abri pour éviter de mourir sous les coups de son conjoint. « *Je vivais une vie comme les autres,*

² Gustave Flaubert – écrivain français – 1821/1880

³ Brigitte – ancienne SDF, auteur du livre « J'habite en bas de chez vous »

maintenant la rue est devenue mon territoire. Dans la rue, il y a beaucoup de gens normaux à qui le ciel est tombé sur la tête. On connaît la faim, le mépris, la solitude, le froid, la peur, la violence... On voit ses semblables sombrer dans la dépression, l'alcool et la drogue, disparaître parce qu'ils ont changé de quartier, ou parce qu'ils sont morts ». Ce témoignage est bouleversant parce qu'il montre ce que nous voulons ignorer : nul n'est à l'abri de cette vie à la rue.

Patrick Declerck⁴ dit, de la vie dans la rue de ces « naufragés » : *« on mendie, on boit, on s'engueule et on se bat, on se calme, on reboit, on dort (mal). Et surtout, on s'ennuie. L'alcool, la malnutrition, et la fatigue condamnent à vivre un état chronique de faiblesse et d'épuisement. Après plusieurs jours, tout se brouille, jours, nuits, heures, dates. La confusion s'installe, qui sert aussi à protéger le sujet d'une lucidité qui ne pourrait être que terrifiante* ». A la lecture de cet extrait, on comprend la spécificité et la difficulté de ce type de conditions de vie, qui peuvent très rapidement entraîner les personnes concernées dans un processus de désocialisation. Pour Alexandre Vexliard⁵, ce processus se produit en 4 phases : *« la phase agression (après un choc), la phase régressive (familiarisation avec sa nouvelle condition de vie), la phase fixation (socialisation avec les autres clochards), la phase abandon (la clochardisation par résignation, la situation est acceptée) »*.

La violence est omniprésente. *« Dehors, ou tu te défends ou tu te fais poignarder, c'est la loi du plus fort »* répète Jean Paul Besson⁶ *« Le taux d'alcoolémie est par ailleurs un facteur aggravant : un couteau est très vite sorti ! Dans la rue, la violence, c'est défendre sa vie »*.

Les SDF sont confrontés à de nombreux problèmes liés à l'alimentation : aliments de mauvaise qualité, mal conservés, avec des dates de péremption dépassées. La malnutrition est fréquente et les carences majorent des problèmes de santé. Devenus des SDF, ils mangent dans un recoin, sur un banc sans se soucier des horaires. Certains fréquentent le restaurant social de l'association. Les plats doivent être consistants car souvent c'est le seul repas de la journée. Ils côtoient aussi la distribution de sandwichs qui est adossé au CHRS. L'alcool, de dernière catégorie en raison du coût, est très présent dans la rue, il sert d'anxiolytique. Il calme l'angoisse et permet de surmonter les difficultés de la solitude, de la dépression, les sensations de faim ou de froid. Il permet en outre de s'intégrer au groupe.

⁴ Patrick Declerck - psychanalyste, (a passé 15 ans auprès des SDF) auteur du livre « Les naufragés »

⁵ Alexandre Vexliard (1911-1997) professeur de psychologie, auteur du livre « Le clochard »

⁶ Major Jean Paul Besson, responsable local de l'Armée du salut à Boulogne – article, Le Parisien « la violence est omniprésente chez les SDF » 22 mai 2003

Se reposer, s'abriter et dormir correctement sont également des problématiques. La perte de sommeil est fréquente. Ils dorment de façon entrecoupée avec des troubles d'endormissement, là aussi sans se soucier des horaires.

Les problématiques liées à l'hygiène provoquent une mise à distance, une mise à l'écart, une méfiance renforçant ainsi l'isolement social et l'exclusion. Sans estime de soi, la relation au corps est difficile. La saleté est une carapace, se laver serait la perdre. Si l'on ne se sent pas important, si l'on doute de sa valeur, si l'on n'a pas trouvé sa place, prendre soin de soi n'a pas de sens. Michel Berjon⁷ avance « *ils ont l'impression de ne pas compter aux yeux de la société* ».

La prise en charge médicale est un problème malgré les services de soins existants, les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)⁸ du centre hospitalier et la mise en place des Lits Haltes Soins Santé⁹. Les LHSS sont des établissements médico-sociaux, qui reçoivent temporairement des patients sans abri ayant besoin de soins infirmiers ne nécessitant pas d'hospitalisation. Les SDF cumulent souvent maladies respiratoires, cardiaques, dépendance à l'alcool et problèmes psychiatriques. Leur corps est en souffrance mais la dureté de leur vie fait qu'ils deviennent insensibles aux douleurs physiques.

Au-delà des troubles physiques s'ajoutent les troubles psychiques. Pour Xavier Emmanuelli « *Il faut rappeler que nombreux sont les SDF touchés par un trouble psychique. Il semble que ce type de troubles soit un facteur d'exclusion et de maintien dans l'exclusion et la marginalité* ».

Comment prendre en charge les SDF qui vieillissent, comment leur donner les moyens de se resocialiser, de se rétablir au sein de la société et de pouvoir vivre en société malgré leurs troubles psychiques dans un univers d'EHPAD ?

L'association où je travaille a voulu se donner les moyens en ouvrant son propre EHPAD.

1-2 La création d'un EHPAD pour SDF, un projet original et innovant.

L'association L'Escale (loi 1901) a été créée en 1951 et comprend à ce jour pas moins de 450 salariés dans trois départements : la Charente Maritime, les Deux Sèvres et la Vienne.

La diversité de ses services en fait une association particulière.

⁷ Michel Berjon- chef de service au centre de stabilisation Pierre Petit à Paris- extrait : Actualités sociales hebdomadaires n°2805 du 12/04/2013

⁸ PASS – consultation médico-sociale pour les patients en difficultés d'accès aux soins

⁹ Lits Haltes Soins Santé – création par le SAMU social de Paris en 1993

Le pôle social est important. Il comprend des Centres d'Hébergement et Réinsertion Sociale (CHRS), un Centre d'Accueil et de Demandeur d'Asile (CADA), un restaurant social. Un service jardinage et petits travaux, une lingerie et une cuisine centrale interviennent dans le cadre du Service d'Insertion par l'Activité Economique (SIAE). Le pôle sanitaire est tout aussi important. Il se compose d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), d'un centre de soins, d'un service d'aide à domicile, d'un accueil de jour Alzheimer et d'une plate forme de répit d'accompagnement pour aidants.

Tous ces services pivotent autour d'un siège social, qui compte le service de Direction, le service Ressources Humaines et le service comptabilité.

Après deux ans de travaux dans des locaux existants de l'association, l'EHPAD a pu ouvrir ses portes le 01 septembre 2010. Un EHPAD habilité aide sociale, unique en son genre puisqu'il n'accueille que des personnes dont le parcours se caractérise par une désocialisation, une absence de domicile fixe, des problèmes de comportement ou d'addiction. Le Directeur Général et le Conseil d'Administration se sont posé la question s'il fallait regrouper ce public ou au contraire le disperser dans d'autres établissements ? Mais la réponse a vite été trouvée devant les difficultés d'insertion avec d'autres personnes âgées qui n'ont pas les mêmes repères ni les mêmes codes sociaux. Il existe un sentiment de rejet réciproque entre résidents et ces « sans abris » qui revendiquent leur marginalité et leur indépendance. « *Cet EHPAD est un lieu pour une autre fin de vie que cette continuité du rejet et de l'échec* » déclare le Directeur Général. Cet établissement a pour objectif d'accompagner ce public jusqu'au bout de la vie sans discrimination ni rejet. En effet, la difficulté d'intégrer des personnes « différentes » dans des structures de droit commun peut faire vivre à nouveau des situations d'exclusion et d'échec.

L'établissement a reçu les Lauriers de la Fondation de France¹⁰ en 2012 pour son projet original et exemplaire. (cf. annexe 6)

La situation des locaux, en plein centre ville, est un atout pour les résidents qui ont la possibilité d'aller et venir sans assistance. Le bâtiment est sur 2 étages et peut accueillir 19 résidents. C'est peu en comparaison des autres établissements mais pour nous cela représente beaucoup car ce public demande une attention particulière.

Ce bâtiment de construction récente requiert tout le confort et les normes en vigueur. Un intérêt particulier a été mis sur le choix des couleurs. Les « tons » chauds comme l'orange, le rouille, le jaune en font un lieu accueillant dès le premier regard (cf. annexe 7). Les

¹⁰ Fondation de France, organisme créé en 1969, collecte et redistribue des fonds pour soutenir des projets philanthropiques

chambres sont spacieuses et en majorité à 1 lit. Seules 2 chambres sont doubles. La climatisation présente dans tout l'établissement apporte un confort supplémentaire. Le patio et le petit jardin arboré sont appréciés et donnent une plus value de confort à ce bâtiment de centre ville.

L'équipe pluridisciplinaire de 11.35 ETP se compose de 3 IDE (1.3 ETP), d'1 AS et 2 AMP (2.85 ETP), de 5 agents de service général (4.85 ETP), d'1 animatrice (0.5 ETP), d'1 médecin coordonnateur (0.10 ETP), de personnel administratif (secrétaire, comptable) (0.75 ETP).

L'EHPAD est en collaboration avec les autres services de l'association pour la composition et livraisons des repas, pour le nettoyage du linge plat ainsi que l'entretien des espaces verts. Une pédicure et une coiffeuse interviennent régulièrement dans l'intérêt du prendre soin et de retrouver une estime de soi.

Je suis en poste depuis l'ouverture (1 ETP) et j'ai dû faire face à un turn-over du personnel important durant les deux premières années. A l'ouverture de l'établissement la liste d'attente était de 14 futurs résidents. Les admissions se sont faites au rythme d'une entrée par jour. En 3 semaines le taux d'occupation était de 73% de nouveaux résidents. L'approche de ce public atypique, la mise en route de la structure a effrayé quelques professionnels mais l'apprentissage du terrain a prévalu. Une meilleure connaissance du public, la mise en place du projet d'établissement, des procédures et protocoles m'ont permis de stabiliser l'équipe.

1-3 Les habitudes de vie à l'EHPAD.

Aucun résident n'a voulu venir volontairement. C'est un travail de longue haleine que de les convaincre de la nécessité d'une prise en charge en établissement. Les règles de fonctionnement dérangent les habitudes. Cet univers fait peur et rappelle trop les incarcérations fréquentes de ce public. J'ai dû rencontrer plusieurs fois chaque futur résident et son représentant légal et organiser plusieurs visites de l'établissement.

Les demandes sont formulées en grande majorité par les services de tutelle (99% des résidents sont sous protection juridique) avec le consentement éclairé du futur résident. La moyenne d'âge est de 65 ans mais physiquement, ils font plus âgés. Le plus jeune est entré à l'âge de 53 ans. Les dérogations d'âge ont été accordées en raison de la dépendance. Actuellement 4 résidents ont moins de 60 ans. Pour exemple, la trajectoire de vie de

Monsieur Thierry (53 ans) avant l'admission à l'EHPAD : ils sont, avec sa jumelle, les derniers d'une fratrie de 11 enfants. L'éducation a été assumée par la mère. Le père est décédé alors qu'ils avaient 1 an. Son enfance a été chaotique en raison du contexte familial. Il a consommé de l'alcool très jeune, en compagnie de sa jumelle et d'un grand frère. Il a cumulé plusieurs emplois. Thierry a été marié 2 ans. La rupture sentimentale a occasionné une alcoolisation plus massive. C'est le début de l'errance. L'état de santé s'est dégradé. Thierry présente les premiers signes du syndrome de Korsakoff (trouble neurologique notamment de la cognition souvent liée à l'alcoolisme chronique). Sa maman (87 ans) l'a hébergé quelque temps mais le placement est devenu incontournable. Une dérogation d'âge pour entrer en EHPAD est accordée. Son GIR (degré de dépendance) est évalué à 2.

Le GMP pour les personnes de plus de 60 ans (15 pour l'EHPAD) est de 631. Le Pathos est de 171. Contrairement à tous les EHPAD, la proportionnalité homme/femme est de 14 hommes et 5 femmes.

Les résidents arrivent avec peu d'affaires personnelles. Le trousseau est souvent nouveau à l'occasion de l'admission. Le mobilier de la chambre est celui de l'établissement, ce lieu n'est pas souvent investi ni personnalisé, contrairement à ce que l'on peut voir dans d'autres établissements (Mallon, 2004)¹¹. Deux résidents, M. Emile (58 ans) et M. Gilles (64 ans), fans de Johnny Hallyday ont toutefois placardé les murs de photos de leur idole. Lors de l'admission, le règlement a été lu, expliqué, compris et accepté. Mais la majorité des résidents a vite « testé » les limites des règles de fonctionnement. Y a-t-il vraiment des limites ? Sont-elles vraiment respectées ? J'ai souvent entendu « *j'ai toujours fait ce que je voulais, ce n'est pas maintenant qu'on va m'interdire !* »

Il faut tenir compte des habitudes de vie particulières ancrées depuis longtemps mais les problèmes de la rue ne doivent pas rentrer à l'intérieur de l'établissement. Il faut pour cela gagner la confiance et ne montrer aucune faille tout en respectant les droits des usagers.

Mon souhait est que cet établissement soit avant tout un véritable lieu de vie, un habitat collectif doté d'une fonction de socialisation et de services.

1-4 Le cadre législatif, réglementaire et les bonnes pratiques professionnelles.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et

¹¹ Isabelle Mallon- 2004- sociologue- Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi. Rennes
Claudie FACON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014- 2015

médico-sociaux. L'enjeu majeur de cette loi est de développer la qualité des prestations délivrées.

Les objectifs de l'évaluation interne (RBPP- ANESM « Conduite de l'évaluation interne dans les EHPAD ») sont :

- déployer un questionnaire évaluatif sur les prestations proposées répondant aux besoins et attentes spécifiques de la personne accueillie,
- analyser
- mettre en place un plan d'amélioration.

L'article L 311-3 du Code de l'Action Sociale et Familiale (CASF) énonce les 7 droits fondamentaux des usagers. Cet article démontre la nécessité de travailler avec la personne âgée.

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité
- Le libre choix de ses prestations
- Une prise en charge et un accompagnement individuel respectant son consentement éclairé
- La confidentialité des informations la concernant
- L'accès à toute information la concernant
- Une information sur ses droits fondamentaux (vie privée, dignité, sécurité, intimité)
- La participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement

L'article L 311-4 du CASF selon l'arrêté du 8 septembre 2003 reprend les droits fondamentaux relatifs à la charte des droits et liberté de la personne accueillie notamment afin de prévenir tous risques de maltraitance lors de son accueil en établissement médico-social.

Selon l'article L 6121-7 du code de la santé publique, les chartes des droits et libertés de la personne âgée dépendante, et des droits et libertés de la personne accueillie, sont affichées dans l'établissement et annexées au livret d'accueil. (Ce livret est remis à la personne et à son représentant légal). L'article 1 « principe de non discrimination » de cette charte stipule: « Dans les conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique... » Notre public accueilli se différencie socialement et physiquement de par les nombreux tatouages et les séquelles visibles du

passage à la rue. Cet article prend toute son importance et doit être connu et appliqué par le personnel.

Un contrat de séjour est conclu entre le résident ou son représentant légal et l'établissement. Ce document définit les objectifs et la nature de prise en charge 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 le coût prévisionnel.

Le règlement de fonctionnement défini à l'article L 311-7 informe la personne sur ses droits mais aussi sur ses devoirs quant au respect des règles de la vie en collectivité.

L'article L 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit que chaque établissement doit élaborer un projet d'établissement ou de service. Ce projet est l'élément fondateur dans l'organisation de l'établissement déterminant ses valeurs, ses objectifs, les moyens permettant de les mettre en œuvre.

Au texte législatif, s'ajoute L'ANESM pour concourir à la qualité de vie et à la qualité de travail des salariés, au travers de ses Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles. Ces guides de « qualités de vie en EHPAD » offrent 4 volets :

- Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement
- Volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne
- Volet 3 : La vie sociale des résidents en Ehpap
- Volet 4 : Accompagnement personnalisé de la santé du résident

Pour tout individu, l'entrée en EHPAD va perturber son rythme de vie. Une vie en collectivité demande nécessairement des obligations de changement et d'adaptation à certaines règles. La notion de personnalisation peut se perdre dans le contexte organisationnel de l'établissement et de ce fait les risques d'uniformisation peuvent apparaître. La prise en charge individualisée, adaptée et de qualité favorise l'autonomie et l'insertion du résident. Cela commence par la connaissance des habitudes de vie de ce public atypique. Comment la prise en charge est ressentie par les résidents et comment les salariés l'appréhendent t'elle ?

J'ai regardé le comportement de chacun et conduit des entretiens semi directifs auprès de 6 résidents, la grille est en annexe 2, et 6 salariés de catégories différentes, la liste se trouve dans mon introduction et la grille est en annexe 3.

Après avoir observé dans le chapitre 1 « la problématique de prise en charge des SDF vieillissants » je vais à présent aborder l'analyse des besoins et attentes des résidents et salariés au sein de cet EHPAD.

Chapitre 2 : Un public particulier avec des besoins spécifiques, méconnus par les professionnels.

Les entretiens semi directifs, ainsi que mon observation directe sur mon lieu de stage et de l'EHPAD vont m'aider à évaluer correctement mes trois sous-questions. Cette analyse m'aidera à démontrer la spécificité des résidents et la difficulté du quotidien en lien avec les contraintes de l'EHPAD.

2-1 La découverte d'un univers normé pour les usagers.

Mes rencontres avec les résidents ont un point commun : la difficulté de « parler de soi ». Dans l'établissement où j'exerce, je suis allée vers 5 usagers. J'ai volontairement choisi des résidents entrés dans l'établissement à l'ouverture (depuis 4 ans) et d'autres arrivés depuis peu. La durée moyenne de leur séjour est de 18 mois et leur moyenne d'âge est de 64 ans. Tous sont entrés pour raison de santé après un passage plus ou moins long dans la rue.

Avant l'admission les journées se passaient avec les « copains » à boire et fumer à toute heure, à ne rien faire. En isolement familial depuis longtemps, ce sont les « copains » qui les abandonnent maintenant. Etre en groupe, en bande, paraît important mais dans l'établissement aucun lien ne s'est créé. Ils se regroupent en salle à manger, il n'y a que M. Yvon (64 ans) qui ne sort jamais de sa chambre par choix, même pour prendre les repas. Aussitôt réveillé, tous quittent leur chambre et n'y retournent que pour dormir. Même les plus dépendants demandent à passer la journée dans les lieux communs. L'occupation première est de ne rien faire...en étant ensemble. Monsieur Yves (63 ans) me dit « *j'écoute, je laisse faire, je n'aime pas beaucoup parler...* » Et Monsieur Dominique (60 ans) « *si on me cherche, on me trouve, sinon je ne fais rien* » et Monsieur Philippe (73 ans) « *ici, je ne m'occupe pas des autres, ils m'énervent ! Ce sont des malades.* »

A ma question « *qu'est ce qui fonctionne bien ou mal ?* » Les réponses sont unanimes : « *rien à dire* » « *je m'habitue* ». La découverte de cet établissement a été difficile pour nombre d'entre eux. Pour Monsieur Gilles (64 ans, en errance pendant 20 ans) « *l'adaptation a été dure. Les horaires, le manque d'alcool... c'est strict ! J'ai fait des conneries pour qu'on me renvoie, mais vous m'avez gardé... pourvu que je puisse sortir car j'aime mon indépendance !* ». Pour Monsieur Alain (62 ans, en errance entre les

multiples incarcérations, qui cumulées font 30 années) « *c'est le changement, je n'ai plus de copain et moins d'argent* ».

Lorsque je demande « *pensez vous que l'équipe respecte vos habitudes de vie ?* » les langues se délient et les résidents sont moins passifs « *on mange mal* », « *je me lève trop tôt* » et « *je me couche trop tôt* » ou « *ils font comme ils peuvent* », « *non* »... le « **NON** » revient souvent.

Ces entretiens me démontrent que la prise en charge n'est pas adaptée. Les questions sur leurs habitudes devraient être abordées dès l'arrivée. L'établissement de mon lieu de stage reçoit 87 résidents. Monsieur Jean (61 ans) est le seul qui ait eu un parcours de vie d'errance débuté tardivement vers l'âge de 50 ans suite à un licenciement occasionné par une alcoolisation massive après une rupture sentimentale. Ne vivant pas dans le même EHPAD, la prise en charge est différente mais le constat est identique. Il existe pourtant un questionnaire qui est renseigné à l'admission, mais il est inexploité.

2-2 La découverte du public pour les professionnels.

Le recrutement et la stabilité du personnel ont été des points sensibles. Parmi les salariés, seuls deux agents de nuit et une aide soignante sont toujours en poste depuis l'ouverture de l'établissement. La formation du personnel est en majorité une formation en milieu sanitaire, les soins techniques sont privilégiés. Les attentes et les besoins de ce public atypique obligent à des prises en charge plutôt psychique que physique. Les équipes ont à appréhender un éventail de profils psychologiques, de pathologies et donc de comportements auxquels ils ne sont pas habitués.

J'ai rencontré six professionnels (cf. annexe 3) de toutes catégories avec une différence d'âge et d'ancienneté dans la profession et dans l'établissement. Tous ont fait le choix de travailler dans cette structure spécifique.

A mon questionnement sur « *la connaissance des habitudes de vie de chacun des résidents* » la majorité des réponses ont été négatives. Les habitudes de vie sont recueillies partiellement lors des échanges durant un soin, au cours d'une conversation, d'une écoute. Les résidents discutent différemment selon les affinités qu'ils ont avec l'un ou l'autre des salariés. Le personnel connaît des bribes de l'histoire de vie ainsi que certaines des habitudes. L'équipe communique et transmet verbalement les informations recueillies. Rien n'est formalisé, il n'y a pas de traçabilité. Il n'existe pas de questionnaire sur les habitudes. En comparaison à mon terrain de stage ce document existe mais sa traçabilité est uniquement dans le dossier soin. Tous les membres du personnel n'y ont pas accès

pourtant, ils devraient tous connaître ces indications pour une prise en charge adéquate et individuelle. Les professionnels reconnaissent l'impact positif que cela pourrait produire. Les discours sont, Mme M (ASG) « *cela éviterait parfois des conflits et faciliterait leur intégration* » ou « *ça faciliterait notre travail* », pour Mme G (salariée, AS) « *on aurait moins de difficultés* » et, Mme H (IDE) « *ça aiderait à mieux les comprendre* ». Je vais donc m'inspirer du document de mon lieu de stage pour l'instaurer dans notre structure mais je serai vigilante pour sa diffusion.

2-2-1 La méconnaissance du public.

« *Connaissez-vous bien ce public ?* » les réponses ont été non pour tous à l'exception d'un agent de nuit qui a un parcours professionnel de 10 ans en tant que maîtresse de maison dans le foyer d'accueil des femmes en difficulté de l'association. La connaissance et la compréhension des « *besoins spécifiques* » s'acquièrent au fil du temps. Les professionnels sont confrontés aux difficultés d'approche de notre public.

L'isolement familial est quasi général. Leurs histoires de vie ont fait qu'ils se sont éloignés de leurs proches pour différentes raisons. Nous ne devons pas porter de jugement sur ces situations inconnues mais pour ces mères de famille faisant partie du personnel, le sentiment d'abandon d'un membre de sa famille n'est pas toujours acceptable. Recréer un lien aiderait à une meilleure socialisation mais la décision ne nous appartient pas. Lors de la constitution du dossier d'aide sociale, la famille est recherchée. Parfois les enfants sont au courant de la situation de leurs parents mais ils restent silencieux à l'égard de leurs situations. Ce comportement s'ajoute à la différence des autres structures où certains enfants sont très présents et ressentent un sentiment de culpabilité envers leurs proches placés.

En général l'entrée en EHPAD est synonyme de fin de vie. Ici ils entrent pour trouver protection, un toit. Sortir de la rue ne va pas de soi (Rouay-Lambert S, 2005)¹² : pour ceux qui y ont passé un long temps, entamer une démarche d'entrée en structure signifie rompre avec un mode de vie, certes construit dans l'adversité, mais composé d'un espace connu, d'un coin à soi, de tout un ensemble de rituels (Goffman E, 1968)¹³ et d'une temporalité

¹² Rouay-Lambert Sophie, extrait : Les Annales de la recherche urbaine n°100, 0180-930-X, 2006, pp.136-143

¹³ Goffman Erving, sociologue - extrait d'article « travailleur social » de l'association Les Petits Frères des Pauvres.

particulière (Gaboriau P, 1993)¹⁴. En sortir implique de faire individuellement face aux épreuves qui jalonnent le chemin vers une réinsertion incertaine. Les raisons majeures qui motivent cette décision d'entrer en EHPAD sont l'insécurité de la rue due à la perte d'autonomie et la crainte de mourir à la rue.

Ils ne sont pas âgés. Comme Monsieur Jean Claude, 58 ans, qui vivait dans un logement insalubre dévasté par la tempête « Cynthia ». En état d'amaigrissement et de fragilité dû à un AVC, il était maltraité par des squatteurs qui le fournissaient en alcool. Même les enfants des alentours venaient lui jeter des pierres.

La prise en charge de l'hygiène peut être source de conflit. Le personnel ne se plaint pas des négociations à faire pour l'exécution des soins corporels. L'équipe de soins a travaillé en amont en établissant un planning hebdomadaire des jours de douche. Une ou deux fois/semaine pour débiter. Voilà bientôt deux semaines que Monsieur Dominique (60 ans) n'accepte pas de se laver, c'est « *non ! Demain* ». Il faut patienter, mettre en confiance. La négociation se fait en douceur et par différents salariés, pour qu'une affinité fasse accepter cette prise en charge. Il a longtemps vécu dans la rue. Ces 2 dernières années, il était en Maison Relais. Il dormait le jour et sortait la nuit. Mais les troubles du comportement, la violence lors des alcoolisations ont dû mettre un terme à ce mode d'hébergement. Il est entré en EHPAD par manque de choix. Il répète souvent « *je n'ai pas demandé à venir là !* ». Son choix de refuser de se laver, de dormir le jour, de s'alcooliser sont une manière de faire face à l'institutionnalisation. Il fait comprendre son désir de maintenir une continuité avec son passé.

L'acceptation de la prise des médicaments est difficile. Ils ne sont pas habitués à la médication. L'altération de la perception de leur corps rend le seuil de tolérance à la douleur plus élevé que la moyenne. La précarité réduit la vigilance et l'intérêt pour leur corps et plus particulièrement pour leur santé. Xavier Emmanuelli constate « *qu'ils ont divorcé d'avec leur corps* ». Ils n'ont plus conscience de leur dégradation physique. Leurs conditions de vie conduisent à une dégradation de l'image de soi, voire à une perte totale de leur identité et donc à un déni de la maladie et un refus de se soigner. Leur état de santé est indissociable de leurs conditions de vie. La peur de la perte du contrôle de soi se ressent. « *Vous allez me droguer et je ne saurais plus ce que je fais!* ». La survie dans la rue c'est de garder le contrôle de toutes les situations. L'insécurité résultant des conditions de vie provoque des états d'anxiété, un sentiment de paranoïa, une dégradation de l'image de soi et a pour conséquence une forte souffrance psychique. Le médecin coordonnateur et les

¹⁴ Gaboriau P. sociologue et chercheur au CNRS- extrait d'article « travailleur social » de l'association Les Petits Frères des Pauvres.

infirmiers doivent mettre en confiance, expliquer et faire accepter les bienfaits des traitements. Il faut surveiller la prise des médicaments car il n'est pas rare de retrouver des comprimés cachés dans les chambres. Le personnel découvre une grande différence avec les autres EHPAD où les médicaments sont très souvent le centre d'intérêt des résidents et les piluliers une grande occupation pour le personnel infirmier.

2-2-2 La difficulté face à la violence et à l'alcoolisation.

« *L'immense majorité de SDF est gravement alcoolique. Cet état demeure un facteur aggravant de leur état de santé* » constate Patrick Declerck. Selon une enquête conduite par l'Observatoire du SAMU social de Paris, 45% des personnes interrogées déclarent boire de l'alcool depuis plus de 10 ans.

Pour les salariés, à ma question « *quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien* » les réponses se regroupent : « *agressivité verbale, agressivité physique, alcool, agitation, problème de cohabitation, problème de non-respect du règlement de fonctionnement...* »

Mon souhait d'aborder cette problématique de violence et d'alcool me semble incontournable puisqu'elle est vécue au quotidien.

Le lieu privilégié des résidents est la salle à manger, « la pièce de vie ». Le système de place est fondamental, dans la mesure où la place soutient l'identité. Un plan de table a été élaboré pour la prise des repas, dans la journée, tous peuvent investir les lieux mais des sources de conflits peuvent apparaître du simple fait que « la place » soit prise par un autre résident. Il ne faut pas oublier que dans la rue, des bagarres se produisent pour la défense d'un territoire. Comme dit Jean Paul Besson « *lorsque quelqu'un a une bonne place sur le trottoir et qu'on veut la lui prendre, ça dégénère* ». La salle à manger est un endroit où les moments de conflits sont répétitifs, avec parfois des passages à l'acte. Habitué au danger de la rue où la vigilance doit être constante, ils se regardent toujours en ennemi, qui va montrer une faiblesse ? C'est la loi du plus fort qui prime. Qui sera le dominant et le dominé ? Monsieur Jacques (67 ans) provoque, insulte... « *Je suis le plus ancien ici, c'est moi le chef !* » et pourtant il se déplace difficilement avec son fauteuil roulant et lorsqu'il s'attaque à plus valide, c'est souvent lui qui reçoit les coups ! Comme dernièrement, M. Alain (hémiplégique), légèrement alcoolisé, était dans l'incapacité de se relever seul de sa chute. Profitant de l'état d'infériorité de celui-ci M. Jacques le percutait avec son fauteuil roulant... Le lendemain, c'est lui qui recevait des coups sur la tête de la part de Monsieur Richard (58 ans), qu'il venait d'insulter. Nous devons intervenir rapidement pour calmer

l'animosité qui règne parfois, tout en ne prenant aucun risque pour la sécurité des autres résidents et la nôtre.

Les résidents demandent de fumer et...boire davantage. La gestion de leur budget est de la responsabilité des tuteurs. Etant à l'aide sociale, le reste à vivre est limité à 96 euros/mois. Le budget cigarettes dépasserait cette somme, les résidents sont donc restreints sur la consommation. La compréhension n'est pas facile pour ces grands tabagiques et entraîne des excès d'énerverment. « La notion de précarité, qui renvoie à la fois à l'insécurité sociale et à l'expérience d'une infériorité sociale, induit un stress qui incite à fumer. La cigarette est alors considérée comme un produit de première nécessité et se définit comme un remède légitime contre le stress. En tant que pratique sociale, le tabagisme a en particulier une fonction socialisatrice, surtout pour les fumeurs en situation d'exclusion » écrit Patrick Peretti-Watel¹⁵. Pour respecter ce besoin, nous organisons « des horaires cigarettes » à des heures fixes favorisant ainsi un équilibre sur la consommation journalière et des moments de rassemblement des résidents sur la terrasse.

L'argent de poche sert principalement à acheter du vin qu'il consomme à l'extérieur. Cette somme est reçue de façon hebdomadaire pour une meilleure gestion. Si la somme était virée 1 fois/mois, il ne resterait plus rien en trois jours. L'alcoolisation serait trop massive et la prise en charge impossible pour l'EHPAD, d'autant plus que le règlement stipule que l'alcool est interdit dans l'établissement.

L'implantation du bâtiment en centre ville facilite l'approvisionnement en boissons alcoolisées. Les superettes des alentours vendent le vin en bouteille plastique pour un coût modeste. La consommation se fait sur un banc, dans le parc... ces moments rappellent qu'ils peuvent revivre pour un bref instant le « temps d'avant » !

Nous accueillons Monsieur Marc (80 ans) qui part la journée, ce que nous respectons. Ce monsieur était SDF depuis de nombreuses années. Il lui est impossible de ne pas sortir, d'errer, malgré ses difficultés à la marche. Il rentre en état d'ébriété, épuisé, souillé, criant des insultes à tous ceux qui l'entourent.

L'alcool, les pathologies psychiatriques et les rivalités sont autant d'éléments qui rendent la vie en communauté délicate. Il faut une grande tolérance aux salariés pour faire face aux situations débordantes et aux insultes. Le personnel doit régler, temporer, adapter... Il est de mon devoir de directrice de soutenir et d'impulser une dynamique dans le respect des droits des usagers, mais également, de poser un cadre réglementaire compatible à une vie en communauté.

¹⁵ P. Peretti-Watel, auteur du livre « La cigarette du pauvre » 2012

2-3 Les négociations entre les spécificités des résidents et les contraintes de l'EHPAD.

L'établissement a l'obligation légale d'assurer une prise en charge individualisée de l'usager en tenant compte de ses souhaits. Comment individualiser et respecter les attentes tout en assurant l'obligation de sécurité à laquelle est tenue l'établissement ? Comment concilier au quotidien autonomie et sécurité ? Ce droit se heurte rapidement à des réalités concrètes.

2-3-1 La difficulté de mise en œuvre des droits pour ces usagers.

La vie en collectivité, le respect et libertés de chacun impliquent de l'ensemble des parties prenantes (professionnels, famille, visiteurs, résidents) de la civilité ainsi qu'une attitude agréable et courtoise. Les règles de vie en EHPAD obligent à de nombreux respects. Le savoir-vivre, la politesse, les relations humaines, la tenue, et la confiance... autant de règles que la plupart de nos résidents ne connaissent plus.

Mon observation directe se porte sur quelques situations :

Le règlement stipule une tenue correcte en espace commun. Mme Brigitte (62 ans) arrive en salle à manger à l'heure du repas, pieds nus, en chemise de nuit souillée car elle refuse le port de protection urinaire. Elle crache par terre plutôt que dans le mouchoir en papier qu'elle tient à la main. Pour cause l'accès à la salle à manger lui est refusé et ne sera autorisé que lorsqu'elle aura une tenue propre et correcte. Elle repart donc accompagnée d'une salariée qui va lui apporter l'aide nécessaire.

L'alcool est interdit dans l'enceinte du bâtiment. Tous les résidents le savent mais nombreux sont ceux qui essaient de « frauder » contraignant le personnel à confisquer la bouteille au retour de sortie. La partie du règlement de fonctionnement sur l'alcool est redit et permet l'acceptation de se séparer de « l'objet de litige ».

Pour éviter les troubles d'agitation collégiale et maintenir la sécurité des usagers, le résident en état d'ébriété, est « invité » à rester dans sa chambre, le temps nécessaire pour retrouver une attitude sereine en collectivité.

L'entretien des chambres est assuré par le personnel. La passion de Monsieur Dominique (60 ans) est de faire les poubelles et d'entreposer ses trouvailles dans sa chambre. Pour des notions d'hygiène et d'odeurs ainsi que d'espace de déambulation, avec son accord et en sa présence, le personnel doit régulièrement faire un « inventaire » et l'inciter à se séparer de quelques articles.

Ces comportements sont problématiques dans la prise en charge au quotidien. Lors de mes entretiens auprès des salariés, « *sur les difficultés éventuelles à respecter les habitudes de vie* », Mme V (animatrice) répond « *le droit des usagers doit être respecté, mais on ne peut pas tout accepter, les problèmes d'alcool, les mésententes. La collectivité impose une tolérance* ». Pour Mme D (AMP) « *le stress est présent, les problèmes d'hygiène peuvent se résoudre plus tard, mais les problèmes d'alcoolisation ou de troubles du comportement sont à gérer de suite et vous attaquent directement* ». Mme R (ASG) dit « *ils ne sont pas tolérants même s'ils font la même chose...* ». Enfin, pour Monsieur G (médecin coordonnateur) « *certains faits seraient à modifier, comme l'abondance d'alcool...* ». D'ailleurs, la gestion des difficultés comportementales pose souci pour l'ensemble du personnel et a des « *conséquences sur la vie de l'établissement et les pratiques professionnelles* ». Une salariée, Mme H. (IDE) « *ces comportements perturbent certains résidents et les pratiques professionnelles* », Mme M. (ASG) répond « *montrer le respect de l'individu. Dans la bientraitance, le droit des usagers, mais il faut s'adapter aux conditions du moment...* »

Les situations évoquées m'amènent à aborder le thème bientraitance, en référence aux RBPP de l'ANESM¹⁶ « La situation de responsable d'EHPAD a un rôle essentiel dans l'encadrement au quotidien dans la prévention et le traitement de la maltraitance. » ainsi qu'à l'article L 311-3 du CASF « prévenir tout risque de maltraitance ».

La bientraitance peut s'appuyer sur deux définitions :

Celle du Conseil de l'Europe « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte : à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une autre personne, compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » et, celle d'Eliane Corbet¹⁷ « Entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient aux lois du développement, tout ce qui donne ré éminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne. »

M. CONNANGLE,¹⁸ intervenant à l'EHESP du module : Bientraitance des personnes âgées en établissement précisait que « la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'établissement. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. »

¹⁶ RBPP- ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »

¹⁷ Eliane Corbet, docteur en psychopédagogie des violences institutionnelles

¹⁸ M. CONNANGLE – directeur de la maison de retraite La Madeleine à Bergerac

La bientraitance est abordée régulièrement lors des rencontres pluridisciplinaires. Nous avons organisé des débats après avoir visualisé des séquences du film de la mallette Mobiquat. Les modalités du protocole de signalement ont été expliquées. Un modèle de lettre et la fiche de signalement sont dans un classeur à disposition des professionnels.

2-3-2 La liberté d'aller et venir, un droit incontournable.

Une organisation trop rigide, une volonté du personnel de maîtriser la situation pour écarter tout risque de responsabilité peut entraîner insidieusement des restrictions de liberté. L'établissement doit avoir une tolérance pour les allers et venues des résidents en dehors de l'EHPAD. Comment respecter la liberté des usagers en garantissant leur sécurité ? Le principe de la liberté d'aller et venir est difficile à accepter pour le personnel lorsque les sorties se font dans le cadre de l'addiction alcoolique. « *Il sort pour boire !* », « *et s'il ne rentre pas ?..* », « *s'il se fait agresser dans la rue* », « *il va falloir gérer le retour...* »

Selon l'ANESM¹⁹ « le positionnement éthique dans les ESSMS : le professionnel faisant face à une situation singulière, dans laquelle entrent des conflits de valeurs, doit pouvoir s'appuyer sur des réflexions collectives mises en place par la structure pour étayer son positionnement ». Des réunions pluridisciplinaires permettent des échanges et des confrontations de point de vue éthique. La réflexion éthique vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.

Ma fonction de directrice d'EHPAD est d'assumer « la responsabilité institutionnelle » qui constitue la référence à la règle, à la loi, au cadre réglementaire. « La responsabilité professionnelle » est la qualité de l'aide apportée : le savoir-faire et le savoir-être des professionnels. Ces responsabilités doivent soutenir le personnel dans la reconnaissance du droit au choix et du droit au risque. Selon l'ouvrage de J. Jacques Amyot²⁰ et d'Alain Villez²¹ « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques », le Droit au Choix = Droit au Risque = Droit à la Décision.

Ne rester à l'EHPAD que pour l'abri qu'il procure, sans en sortir, peut déstabiliser les résidents au point qu'ils en viennent à regretter le « bon vieux temps » et leur passé de survie. Garder les habitudes de sorties, est en grande partie garder les habitudes de vie de nos résidents. En d'autres termes, pour eux, sortir est un besoin qu'il est important de pouvoir garantir. Ils veulent vivre et non survivre ! Le respect de la dignité se doit d'être

¹⁹ ANESM – éthique – juin 2010

²⁰ J. Jacques Amyot – directeur de l'OAREIL (office aquitain de recherches, d'études, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées) association créée en 1976

²¹ Alain Villez - président de l'association « les petits frères des pauvres »

apprécié comme respect de l'autonomie et des droits des personnes. Lors de son intervention à l'EHESP du module : Construire ou rénover les outils de la loi 2002-2 Mme BARON²² disait « *L'EHPAD est un lieu de vie et non de détention ou de rétention* ».

La structure a une obligation de moyen en cas de fugue d'un résident. Il faut trouver un juste équilibre entre liberté et organisation de l'établissement. En cas de non retour dans l'établissement, pour éviter des nuits d'errance et d'insécurité pour nos résidents, un protocole fugue a été mis en place en collaboration avec le commissariat. A 21h, et après avoir pris contact auprès des urgences de l'hôpital pour s'informer d'une éventuelle hospitalisation, un fax de signalement est envoyé par le personnel au commissariat pour lancer un avis de recherche. Les endroits fréquentés sont généralement les mêmes. Les recherches sont souvent fructueuses. Les retours se font en véhicule de la police. En cas de « retour spontané », un fax d'annulation de recherche est transmis au commissariat.

2-4 L'EHPAD est il un accueil adapté ?

Les termes, que je viens d'aborder, décrivent la particularité de prise en charge du public et l'indispensable besoin de création d'un établissement spécifique. Une structure « classique » inadaptée au profil de ces personnes, avec des résidents qui ont une génération de plus, de majorité féminine et aux références sociales différentes poserait des problèmes d'intégration. La spécificité de cet établissement est la tolérance à l'égard de certains comportements. Il faut accepter les sorties, les consommations d'alcool, la difficulté avec l'institution... Le règlement de fonctionnement doit être en adéquation avec leur mode de vie. M Jacques (67 ans) a été renvoyé de 3 « structures classiques » avant d'intégrer cet EHPAD, il y a 5 ans.

Le personnel répond dans ce sens à la question « *que pensez-vous de l'EHPAD comme lieu de vie pour un public SDF ?* ». Une salariée, Mme M (ASG) « *L'EHPAD est un lieu de vie ouvert, c'est un endroit accueillant. Ici, ils se retrouvent des points et un passé communs même s'ils ne se supportent pas. Physiquement aussi ils se reconnaissent : tatouages, façon de se comporter, de s'habiller...* », Pour Mme H (IDE) « *Ils ont besoin d'un cadre, d'un repère et d'un lieu ouvert* ». Mme D (AMP) dit « *Ils sont du même milieu* », et Mme G (AS) « *ils ne sont pas tolérants et n'intègrent pas les autres* ». Pour exemple, une ancienne pharmacienne, débutant une maladie d'Alzheimer, abandonnée et dépouillée par ses enfants a intégré l'établissement. Le cheminement de sa vie avait été différent malgré

²² Mme BARON – consultante EHESP

une issue identique, mais elle a toujours été mise à l'écart, mise en « quarantaine » à cause de ses « manières ».

Pour ceux qui en ont été privés, se maintenir dans un logement est un défi au quotidien, tant matériel (entretien de soi-même, sensation d'enfermement) que symbolique (posséder une adresse, une clé, avoir une intimité dans un espace privatif). Les conditions de survie à la rue sollicitent tous les sens et exacerbent constamment les émotions, le confort de la structure peut-être ressenti comme une monotonie et une morosité. Pour donner l'envie de tenir, il faut trouver des activités qui consistent à se divertir car le temps peut parfois être long lorsqu'on change sa façon de vivre du tout au tout. Cela commence par reprendre à la base les gestes de la vie du quotidien pour amorcer peu à peu un retour à l'autonomie. L'animation devient aujourd'hui un moyen essentiel du développement de la vie sociale. Elle doit permettre aux résidents d'être acteur de leur vie sociale, fondée sur un désir et un souhait. L'animation requiert des compétences relationnelles et une maîtrise des techniques de communication. Au sein de cet EHPAD, le rôle de l'animatrice n'est pas simple pour motiver ce public à participer aux activités, à trouver des centres d'intérêts. Mme V (animatrice) « *ils ne veulent rien faire de peur de l'échec* ». L'enjeu est de trouver des activités qui ne les mettent pas en difficulté. La musique est un point commun. Les sorties le sont aussi. Mais au moment du départ, nombreux sont les désistements. « *Je n'ai plus envie* », « *je ne veux pas que les copains me voit en fauteuil* ». La peur de l'image qu'il donnerait de se promener accompagné, diminué, altérerait la dignité qui reste.

Dans ce monde de vie hostile de la rue, avec des parcours de vie difficiles, ils n'ont pas l'habitude de demander ni que l'on s'intéresse à eux. L'adaptation en institution est difficile, mais sans l'avouer, certaines réflexions font comprendre qu'ils finissent par apprécier le placement. Ainsi en est-il, pour Monsieur Gilles (64 ans) « *une fois qu'on est dans le bain...* » et encore « *j'ai ma routine, et vous m'interdisez pas de sortir et de boire* », ou encore pour Monsieur Alain (62 ans) « *j'ai, ce que je n'ai jamais eu...* », ou encore Monsieur Philippe (73 ans) « *au début, c'est difficile, maintenant ça va* ».

Mon constat est qu'au fil du temps, le fait de mieux s'alimenter, de mieux prendre le traitement, de restreindre la consommation d'alcool et de devoir se mobiliser pour fumer dehors contribue à améliorer l'état général de nos usagers.

Les faits que je viens de relater au long de cette analyse démontrent l'indispensable appui des documents de la Loi 2002-2, précisant l'exercice des droits des usagers, mais aussi la

nécessité de les adapter à notre structure, tout en prenant en compte le risque d'usure professionnelle.

2-5 L'analyse documentaire de la loi 20002-2.

L'évaluation interne a eu lieu en 2012 et, a été approuvée par le Conseil d'Administration. Le comité de pilotage se réunit 3 fois/an. Il est constitué de salariés de différentes catégories : IDE, AS, secrétaire, médecin coordonnateur, DRH adjointe et moi même. Les comptes rendus de ces réunions sont à disposition du personnel et abordés lors de réunions pluridisciplinaires.

L'ouverture de l'EHPAD s'est faite en 2010. Nous sommes donc au terme de la 1ère génération de la Convention Tripartite. Cette convention s'impose comme un « label qualité ». Tous les documents relatifs à la loi ont été mis à jour pour le renouvellement de la convention tripartite qui a lieu en juillet 2015 et restent à disposition du personnel et des intervenants extérieurs.

Le projet de service a été actualisé en équipe pluridisciplinaire. Comme le disait Mme Louise BARON, lors de son intervention à l'EHESP « les salariés doivent s'approprier le projet d'établissement ». J'ai donc suivi ces recommandations. L'investissement des salariés s'est fait sans aucune réticence sur les bases du volontariat. Ce document définit les missions, les orientations et les valeurs sur lesquelles vont s'appuyer les professionnels dans les actions quotidiennes. Il permet également de savoir quels engagements l'EHPAD prend envers ses résidents, de quelle façon ces derniers sont considérés. Il décrit les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins qui sont proposés aux résidents.

Le règlement de fonctionnement, suite à nos quatre années d'exercice, a été réactualisé en adéquation avec le public et les pratiques professionnelles. Il sert de référence dans l'action du personnel. C'est un repère et lors des « dérapages » de situations, des conflits... Il est souvent cité en référence aux résidents qui l'ont signé conjointement à leur tuteur.

Le livret d'accueil est remis et lu à chaque résident par son représentant légal, ou par un membre salarié de l'EHPAD.

Les futurs résidents ne font pas confiance à tout ce qui est écrit. Ils ne se sentent pas concernés par les documents administratifs puisque le service de tutelle est là pour cette prise en charge. Pour eux la visite de l'établissement est plus importante que la lecture du livret d'accueil. Dernièrement, Monsieur Pascal (60 ans) accompagné de sa tutrice, s'est déplacé pour une visite de l'établissement. Ni l'un ni l'autre n'étaient convaincus du

bienfait de cette démarche. « *Je viens voir car je suis obligé par ma tutrice, mais je vais vite vous dire non pour vivre ici* » et en fin de visite, j'ai entendu « *pas si mal, si en plus j'ai le droit de sortir... mais plus tard, on verra...* ». Les visites sont toujours organisées à l'heure du goûter pour un accueil autour d'une collation. La nécessité d'une autre visite reste indispensable avant une admission.

Les contrats de séjour sont signés. Les avenants annuels aux contrats indiquent les modifications éventuelles de prise en charge, ainsi que le coût annuel.

Le Conseil de la Vie Sociale n'est pas en place. En février 2014, les informations ont été formulées et affichées dans l'établissement, les courriers envoyés aux organismes de tutelles. Nous n'avons eu aucune candidature représentant des résidents, représentant des familles, et des représentants légaux. La loi 2002-2 demande une participation des résidents à la vie de l'établissement, par le biais d'un CVS. Mais pour notre public il faut envisager d'autres modes de participation. C'est l'un des mes objectifs.

L'analyse documentaire révèle l'actualisation des documents relatifs à la loi 2002-2, à l'exception de la mise en place du CVS.

Mon étude conclue à une méconnaissance des habitudes de vie de notre public. Ce manque entraîne des problèmes de prise en charge individualisée et provoque des problèmes comportementaux des usagers, ce qui se répercute sur la qualité de vie au travail des salariés. Suite à ce diagnostic portant sur la spécificité du public accueilli, je propose à présent de définir les actions que je désire mettre en place pour une qualité de prise en charge optimale.

Chapitre 3 : Une prise en charge personnalisée par des professionnels formés.

Les professionnels doivent appréhender un éventail de profils psychologiques, de pathologies, donc de comportements. Chaque résident est unique, et il faut s'adapter. C'est au personnel de s'accorder afin de créer des relations et de donner au résident un rôle d'acteur à part entière.

3-1 Le maintien des habitudes de vie dans un milieu réglementé.

Les contraintes liées à la vie collective font violence aux résidents, et ce n'est que progressivement qu'ils vont pouvoir réguler leur existence pour s'adapter aux normes de ce nouvel environnement. Cela commence par une écoute, un respect, une mise en confiance. Pour ces gens qui ont été rejetés il faut montrer que leur parole est entendue et comprise. Les bases de la prise en charge telles que les horaires des levers, des couchers, des goûts alimentaires pourront être facilement respectés et engendreront une ambiance plus sereine. Pour cela un travail en amont est indispensable. Ce savoir ne peut être donné que par nos usagers dès leur arrivée dans l'établissement.

3-1-1 Le recueil des habitudes de vie dès l'admission.

Actuellement, aucun document concernant les habitudes de vie passée n'est effectué. Connaître les usagers, respecter leur rythme de vie commence par la création d'un recueil des habitudes de vie. Des réunions avec une aide soignante, une infirmière et moi-même ont été organisées pour définir les points importants à retenir. La fiche des renseignements de mon terrain de stage nous a permis d'élaborer ce recueil (cf. annexe 4). Il sera compris dans les documents d'admission. Pour les résidents les plus anciens dans la structure, nous travaillerons sur le projet d'accompagnement personnalisé.

3-1-2 La mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé avec la participation de l'utilisateur.

La recommandation de l'ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé »²³ concerne l'ensemble des ESSMS (CASF, art. L 312-1 et L.313-1-1). Elle nécessite d'être

²³ ANESM - décembre 2008

adaptée par chaque équipe professionnelle, à la spécificité des situations des personnes accompagnées et aux missions des établissements. Le projet d'accompagnement donne un sens aux pratiques de soins et d'accompagnement. C'est un droit qui va permettre à chaque résident de rester acteur de son propre projet. Etre acteur, avoir un projet de vie, sont des termes inconnus pour nos usagers : « Ils ont eu un passé. Aidons-les à retrouver un avenir. » Ce slogan évocateur et pertinent de la fondation Abbé Pierre²⁴ correspond à notre ambition de prendre en considération cette population et d'élaborer un projet avec eux. Cet objectif n'est pourtant pas si simple comme je l'ai déjà décrit, ces populations se murent d'une carapace pour cacher leur vulnérabilité. S'associer à un projet collectif de l'établissement pourrait ainsi être considéré comme un aveu de faiblesse, eux qui ont toujours été marginaux et hors des cadres sociaux.

La vie d'un SDF est une vie au jour le jour. L'avenir, ils ne connaissent pas, c'est un avenir à court terme. Monsieur Gilles (64 ans) explique que « *tous les jours sont des autres jours* ». Leur projet est de savoir ce qu'ils feront ce jour. Cela se résume à être en sécurité, avoir à manger, avoir l'argent nécessaire à l'achat de cigarettes et d'alcool. Modifier ce rapport au temps afin d'élaborer un projet peut s'avérer difficile.

Les professionnels sont démunis devant la « pauvreté » du contenu du projet d'accompagnement. Le terme de « projet personnalisé » ne doit pas être centré que sur l'intervention des professionnels, il doit s'appuyer sur des activités et prestations individuelles et/ou collectives. La loi 2002-2 évoque un droit à la participation de l'utilisateur à son propre projet mais en aucune façon une obligation pour lui. Nous devons encourager et faciliter l'expression mais nous ne pouvons pas obliger la participation. Chaque résident a un représentant légal. Nous pourrions élaborer le projet de chacun en collaboration. Je vais donc prendre contact avec les organismes de tutelles pour planifier des rencontres.

Chacun doit avoir un projet d'accompagnement rédigé dans les 3 mois suivant l'admission et réévalué au minimum tous les 6 mois. L'aide soignante tiendra à jour un tableau de suivi avec le nom de chaque résident et la date d'échéance du renouvellement de chaque projet. L'actualisation des projets entraînera un changement de prise en charge selon l'évolution des besoins des usagers. Les plannings des levers et des couchers, des douches... seront donc réactualisés en parallèle. A l'occasion des résultats des enquêtes de satisfaction, des pistes pourront être repérées et utilisées pour améliorer globalement la dynamique ou l'organisation des PAP.

²⁴ Fondation Abbé Pierre - affiche d'octobre 2014

3-2 Une participation moins formelle que le Conseil de la Vie Sociale.

Le volet 3 des RBPP²⁵ « la vie sociale des résidents en EHPAD » de l'ANSEM aborde « un organe central de la participation des usagers à la vie sociale de l'établissement » : le Conseil de la Vie Sociale. Le Décret 2004-287 du 24 mars 2004, revu en 2005 pour l'obligation de la participation des représentants des familles fixe de manière officielle la création des CVS.

Le CVS permet une réelle participation des résidents à la vie de l'établissement mais il n'a pas pu se mettre en place par manque des candidatures résidents, représentants des familles, et des représentants légaux. J'ai soulevé ce problème lors du renouvellement de Convention Tripartite. En raison du public accueilli et du petit nombre de résidents, nos financeurs me demandent de mettre en place un mode de participation moins officiel. J'ai travaillé avec le médecin coordonnateur sur les modalités de mise en place.

D'autres modes de participation des résidents sont déjà appliqués:

- une enquête de satisfaction annuelle
- 3 enquêtes de satisfaction menu/an
- une boîte à idées installée à l'entrée de la salle à manger
- un cahier de réclamations est à l'entrée de la salle à manger

Tous les professionnels ont un rôle fondamental dans la valorisation de l'expression des résidents. L'animatrice organisera un système de recueil d'avis des résidents par des questionnaires courts (quizz), par expressions en petits groupes, par entretiens individuels.

Le Médecin Coordonnateur et/ou moi-même, ainsi que le psychologue, allons faire « porte ouverte » durant 1 heure, pour accueillir les résidents qui le souhaiteront dans la salle de réunion du 2^e étage. Le jour et heure seront diffusés par voie d'affichage et verbalement lors du repas en salle à manger. Les rencontres seront organisées tous les 2 mois.

Un premier bilan sera fait en mai 2016.

Les commissions-menus ont lieu au minimum 4fois/an. Ces rencontres se passent à l'EHPAD avec la diététicienne de la cuisine centrale et le personnel présent. J'assiste également à cet entretien mais il n'y a jamais eu de volontaire de la part des résidents. Nous avons organisé une réunion le 24 novembre 2015. Un résident, M Dominique (60 ans), entré en février, a demandé à participer. Pour cet ancien boucher la composition et la

²⁵ ANESM – volet 3 – page 32

variété des repas l'intéressaient. Je lui ai expliqué l'impact de connaître les commentaires des autres usagers. Il a organisé seul une rencontre entre résidents et a été leur représentant.

3-3 Une équipe pluridisciplinaire et mieux formée.

Le personnel doit « cadrer avec bienveillance », « savoir doser », protéger les usagers et se protéger. Mes réflexions démontrent le savoir-faire et savoir-être du personnel. Il est indispensable que ces connaissances soient abordées et acquises lors de formations spécifiques.

3-3-1 La création d'un poste de psychologue pour les résidents mais aussi un soutien pour le personnel.

La convention signée avec l'équipe psycho-gériatrique de l'hôpital nous est indispensable. En cas de situation problématique, nous leur faxons une demande d'intervention en notant le maximum de renseignements sur le contexte. Cette équipe se déplace à l'EHPAD dans les 2 jours après réception du fax. Le traitement du résident peut être ajusté, parfois un simple entretien avec l'usager, des échanges avec le personnel peuvent suffire à stabiliser la situation. La coopération avec l'équipe psycho gériatrique rationalise les séjours à l'hôpital. Ces professionnels apportent un véritable appui aux salariés mais la création du poste de psychologue dans la structure est incontournable. Faire partie du personnel de l'établissement, avoir une présence régulière, permettront aux résidents d'être plus vite en confiance. La demande de 0.10 ETP pour ce poste a été faite conjointement avec la DAF (Directrice des Affaires Financières) pour le budget 2016. Le recrutement pourra avoir lieu dès réception des accords budgétaires.

J'ai élaboré une fiche de poste pour l'EHPAD. Elle a été validée par le DRH (cf. annexe 5).

3-3-2 Des formations sur des thématiques ciblées souhaitées par l'ensemble du personnel.

Les professionnels sont demandeurs de formations. 100% d'entre eux ont déjà suivis au moins une formation. A la question « *vous ont-elles permises de répondre à la spécificité du public* » les réponses ont été unanimes « *à mieux gérer certaines situations, à mieux*

comprendre » ou « *à mieux maîtriser les réactions, à apaiser* » et encore « *à une meilleure compréhension* »

Une nécessité de formation bientraitance s'est imposée. J'ai suivi cet enseignement organisé par l'ARS. J'ai inscrit deux autres salariés les deux années suivantes. Nous avons élaboré toutes les trois « un livret personne ressources bientraitance en EHPAD » sur les risques spécifiques à notre établissement et sur les conduites à tenir.

Nous nous sommes appuyés sur cette formation mais aussi sur la mallette MOBQUAL « bientraitance »²⁶. Les bienfaits des formations sont visibles mais il faut diriger ces formations sur des thématiques ciblées à l'ensemble du collectif de travail. Après ma validation, elles sont transmises au DRH adjoint, qui élabore un plan de formation commun à l'ensemble des services de l'association. Les thématiques de l'EHPAD se regroupent souvent avec celles du pôle social. Les formations collectives dans le cadre du DPC du SPASAD (IDE et AS) permettent d'intégrer d'autres professionnels des services. Les formations collectives sont un avantage pour le financement mais ce sont aussi des moyens forts pour se connaître et échanger entre intervenants.

En 2015, les thématiques étaient les suivantes :

- Les addictions et leurs conséquences : 2 jours pour 1 aide soignante
- La relation d'aide : 2 jours pour 1 AMP
- Accompagnement des personnes en fin de vie : 2 jours pour 1 agent de nuit
- La souffrance psychique des personnes accompagnées : 2 jours pour 3 IDE, 1 AMP et 2 agents de nuit
- Gestes et postures : 2 jours pour l'ensemble du personnel EHPAD
- Extincteurs/ évacuation : 1 jour pour l'ensemble du personnel EHPAD
- Analyse de la pratique : 15 heures (7 interventions) pour l'ensemble du personnel EHPAD

Le coût des formations s'élevait à 4480 €. Les thématiques demandées pour 2016 sont identiques à celles de l'année précédente. L'aide soignante responsable des projets d'accompagnements individualisés demande une formation correspondant à ce sujet. Les séances d'analyse de la pratique, appréciées et bénéfiques pour l'ensemble des professionnels, seront renouvelées pour l'année 2016 avec le CEFRAS²⁷. Ces rencontres se font à l'EHPAD, en début d'après midi pour la disponibilité du personnel. Ces échanges permettent à tous de s'exprimer, d'échanger sur des cas concrets.

²⁶ Programme Mobiquial – mobilisation pour la qualité des soins – de la Direction Générale de la Santé et la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

²⁷ CEFRAS- centre de formations continues

3-4 Une indispensable transversalité entre équipes pluridisciplinaires.

Mme LAUVRAY²⁸ intervenante à l'EHESP « la prise de fonction du directeur d'EHPAD », nous stipulait que les structures ne peuvent plus travailler de façon isolée. Une coopération avec d'autres établissements devenait nécessaire pour mutualiser les moyens. L'accueil de jour Alzheimer de l'association doit recruter également 0.10 ETP de psychologue. Nous allons donc coopérer au recrutement d'un salarié.

Nous avons mutualisé avec le CHRHS, un minibus dans le cadre des sorties d'animation.

Notre association offre des compétences d'équipes pluridisciplinaires du secteur social et du secteur sanitaire favorisant l'indispensable besoin de travailler en transversalité. L'Escale a un projet de création d'une maison familiale de 15 places. L'accueil concernera un public de la rue, plus ou moins dépendant, âgé entre 50 et 60 ans. Cette maison aidera à une stabilisation dans un milieu collectif. Un partenariat dans le cadre de l'animation permettra de faire connaître l'EHPAD qui les accueillera dès 60 ans.

L'EHPAD fait partie du réseau gérontologique. J'assiste régulièrement aux réunions organisées par le CLIC²⁹. Les échanges entre les intervenants du domicile et les structures médico-sociales sont toujours enrichissants. Il est souhaitable de développer la mixité des EHPAD lors d'activités partagées dans le cadre d'animations collectives. Mais la mixité avec les autres structures reste délicate au regard de notre public. Une collaboration débute avec l'établissement de mon lieu de stage mais également avec la structure d'accueil de ma journée d'observation. Cette collaboration est un appui pour notre animatrice mais permet également de constituer une alternative à faire connaître notre public.

²⁸ Mme Ingrid LAUVRAY – directeur d'EHPAD pour le groupe Noble Age, vice présidente de l'association APAJH 94 et chargée de cours à l'université Paris Dauphine

²⁹ CLIC - Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

Conclusion

La charte signée en 1997 par la Fondation nationale de gérontologie et le ministère de l'emploi et de la solidarité proclame que « la vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement ». Si cette affirmation est vraie pour l'ensemble des personnes âgées, elle l'est encore plus pour celles qui sont SDF.

L'association L'Escale a ouvert en 2010, un EHPAD habilité aide sociale pour répondre à la problématique des personnes sans domicile fixe vieillissantes. La loi 2002-2 stipule qu'il faut apporter une réponse adaptée et personnalisée aux besoins des usagers. Il faut donc concilier les habitudes de vie d'anciens SDF et la vie en EHPAD. Un esprit et un corps souvent usés par l'alcool et le tabac, une addiction à la vie sur le trottoir, une errance combinée à une difficulté à se stabiliser, à une difficulté à sortir de ce style de vie...donnent une représentation du monde de la rue qui n'a rien de très positif. Les enjeux de l'accompagnement d'un public atypique me questionnaient.

L'analyse de ma première sous-question démontre que le personnel ne connaît pas les habitudes de vie d'un SDF, ce qui entraîne un mal-être des résidents. Pour palier à ce manque, un recueil des habitudes de vie doit être fait dès l'admission et communiqué à l'ensemble des professionnels. Ceci permettra un accueil personnalisé et adapté à ce nouveau lieu de vie. Les modalités d'accueil doivent être individualisées pour chaque intégration dans l'EHPAD. Cela commence par l'élaboration avec la personne, de son projet de vie. Le projet sera garant d'une prise en charge dans le respect des droits de l'utilisateur.

« L'EHPAD est-il un accueil adapté ? » était ma seconde hypothèse. La rédaction de ce document fait apparaître la difficulté d'adaptation des usagers à la vie en collectivité. La mixité du public en EHPAD de droit commun, reste difficile et peut encore être un signe d'exclusion. Les habitudes de vie sont si différentes qu'elles requièrent un règlement de fonctionnement souple et tolérant. Il faut comprendre et accepter leurs besoins d'aller et venir, de s'absenter des journées, parfois des nuits entières. Ils n'ont pas eu le choix d'entrer en structure. Pour garder le contact avec le style de vie passée, une cohérence avec leur ancienne vie, ils font face à l'institutionnalisation en continuant de s'alcooliser, en refusant de se laver, en refusant de se lever le jour... Le personnel doit s'adapter, avoir de l'attention sans jugement pour gagner la confiance, faire retrouver l'estime de soi aux usagers, par le biais de l'écoute, de discussions, d'une connaissance approfondie des trajectoires de vie de ces personnes...

Ma troisième sous-question induit que le personnel doit cadrer avec bienveillance, savoir doser, protéger et se protéger. Des formations ciblées sur des thématiques souhaitées vont aider les professionnels à connaître et comprendre le public de la rue. Les séances d'analyse de la pratique compléteront ce soutien.

Les supports des RBPP de l'ANESM faciliteront les pratiques professionnelles pour éviter l'usure professionnelle.

La création du poste de psychologue viendra en appui à l'équipe pluridisciplinaire.

L'alcool, les pathologies psychiatriques et les rivalités sont autant d'éléments qui rendent la vie en communauté délicate. La principale difficulté reste la prise en charge de l'addiction alcoolique. Les troubles du comportement du résident alcoolisé peuvent être perturbants et difficiles à gérer. Le personnel est parfois soumis à dure épreuve. Ils ne savent pas comment se positionner entre la tolérance de l'alcoolisation, le rejet, l'interdiction ou le compromis. Pour éviter toute difficulté devant ces comportements, la réflexion institutionnelle autour de l'alcool est importante. Que faire ? Comment réagir ? Le personnel a besoin d'être formé pour savoir aborder ce problème. Nous n'avons pas de prise du fait qu'ils vont s'alcooliser à l'extérieur. Dans ce domaine, l'objectif n'est plus le sevrage mais l'accompagnement assorti d'un discours de modération. L'institution a un rôle important pour cette prise en charge. Nous devons laisser le temps nécessaire à l'usager de prendre conscience des difficultés d'alcool et leur laisser la possibilité d'en sortir. Il faut parler, négocier au cas par cas et de façon contractuelle entre la direction, le médecin traitant, le médecin coordonnateur et le résident. Il s'agit de le respecter tout en ne le laissant pas en danger. Lui parler, créer du lien, valoriser les efforts et les progrès, prendre soin, être à l'écoute sans être en jugement ni dans la « gronderie » infantilisante. La direction doit être humaine, ne pas être autoritaire mais être l'autorité. Mes responsabilités envers le résident, le personnel, l'établissement, représentent un engagement fort de ma profession.

L'ensemble des actions que nous allons mettre en place vont faciliter la prise en charge de l'usager. Nous allons l'accompagner jusqu'au bout de la vie dans le respect de ses besoins et ses désirs tout en étant dans un cadre réglementaire.

En 5 ans, 37 résidents ont trouvé, dans cet EHPAD, le havre de paix qu'ils méritaient. Malgré les difficultés, l'expérience a démontré son efficacité et sa pertinence, pourtant elle reste isolée malgré le besoin réel de création de structures identiques pour accueillir ce public de la rue vieillissant.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Article L311-3 du Code de l'Action Sociale et Familiale relatif aux 7 droits fondamentaux des usagers

Article L311-4 du Code de l'Action Sociale et Familiale relatif à la charte des droits et liberté de la personne accueillie

Article L6121-7 du code de la Santé Publique relatif à la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Article L311-7 relatif au règlement de fonctionnement

Recommandations de l'ANESM :

Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - octobre 2010

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre - juillet 2008

Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008

Qualité de vie en EHPAD :

Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement - janvier 2011

Volet 2 : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne - septembre 2011

Volet 3 : La vie sociale des résidents en EHPAD - janvier 2012

Volet 4 : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident - novembre 2012

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - novembre 2009

Les attentes de la personne et le projet personnalisé - janvier 2012

Ouvrages :

Patrick Declerck - 2003 « Les naufragés » édition Plon - 457 p

Antoine Dauzou dit Diway – 2013 « Petit guide pratique du parfait SDF » édition les points sur les I - 100 p

Brigitte et Véronique Mougin – 2007 « J'habite en bas de chez vous » édition XO - 256 p

Hervé Chabalier – 2004 « Le dernier pour la route » édition Robert Laffont – 306 p

Claudie FACON - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2014-2015

Patrick Peretti-Watel – 2012 « La cigarette du pauvre » recherche Santé Social- presse de l'EHESP – 144 p

Documents et Articles :

Lionel Thelen – 2006 « L'exil de soi. Sans abri d'ici et d'ailleurs » publication des facultés universitaires St Louis - 7 p

Anne Françoise Dequiré – 2010 « Le corps des sans domicile fixe » Recherches & Educations, n° 3 Santé et Education, p. 261-286

Observatoire National de la fin de Vie : rapport 2014 « Fin de vie et précarités » 28 p

Plate forme d'échanges Education Santé - 13 décembre 2007 « santé – précarité – hygiène : prendre soin de soi en situation de précarité » 16 p

Mémoire Master 2 Recherche, T. Michalot – 2005/2006 « Hébergement et réinsertion sociale »

Mémoire EHESP, module interprofessionnel de santé publique, groupe 23 - 2014 « Quel hébergement pour les personnes sans abris vieillissantes »

Mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), module interprofessionnel de santé publique, groupe 16 – 2006 « Alcool et publics sensibles »

Alain VILLEZ - 2002 « Ethique, droit au choix droit au risque et responsabilité dans les EHPAD » Les Cahiers de l'Actif - N°318/319 – 17 p

Presses de l'EHESP- 2006 « Usager au centre du travail social » 9 p

Etude de la DDASS de la Gironde et DRASS d'Aquitaine – 2010 « Etude sur la prise en charge et le devenir des personnes sans domicile vieillissantes » Les dossiers de la DRASS Aquitaine n°63

Haute école de santé de Genève – immersion en communauté – 2013 «SDF et Santé » 43 p

Les petits frères des Pauvres - 12/04/2013 « Offrir une place aux personnes sans domicile vieillissantes » Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2805

Etude de Médecins du monde – 2009 « Mortalité des personnes sans abri à Marseille » 8 p

Formation bientraitance par l'ARS - 2012

Support

Mallette Mobiquial « bientraitance »

Filmographie

Claus Drexel « Au bord du monde » - 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : La note d'observation

Annexe 2 : Grille d'entretiens des résidents

Annexe 3 : Grille d'entretiens des salariés

Annexe 4 : Fiche des habitudes de vie

Annexe 5 : Fiche de poste du psychologue

Annexe 6 : Les Lauriers de la fondation de France

Annexe 7 : Photos de l'EHPAD

ANNEXE 1

Note d'observation

Dans le cadre de la formation DE « Direction EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes » il est demandé une journée d'observation en se mettant dans la peau d'un usager, afin de comprendre comment il vit, se sert, comprend, reçoit ce qui est fait en théorie pour lui.

J'ai réalisé cette observation en dehors de l'établissement où je travaille pour avoir un regard extérieur. J'ai passé la journée du mercredi 29 octobre 2014 à l'EHPAD de l'hôpital. C'est un établissement ancien qui héberge dans sa majorité des usagers désocialisés. La plupart d'entre eux viennent du milieu psychiatrique.

Mon questionnement pour cette journée se porte sur la convivialité lors de la prise des repas. L'alimentation constitue un besoin vital pour l'organisme, mais cela doit aussi procurer un sentiment de plaisir. J'ai voulu comprendre le ressenti d'un usager avec le regard de celui-ci.

J'ai exposé au cadre de santé et au personnel, ma formation et mes objectifs en insistant sur le fait que je n'étais pas là en critique ni jugement sur leur activité.

J'ai mangé à la même table que les résidents en me présentant comme une élève en stage. Pour centrer mon observation, j'ai élaboré en amont un guide d'observation sur des points précis à observer.

OBSERVATION :

Il est midi, le couvert est dressé dans 3 salles de repas. Ces salles sont assez spacieuses, les fauteuils roulants circulent facilement. Les fenêtres donnent sur un espace vert, c'est calme. Le mobilier est sombre et vieux, il y a peu de décoration et de couleur. Sur un mur, se trouvent des photos des sorties des résidents. Le menu de la semaine est affiché.

Chacun s'affaire pour aller à sa place. Les fauteuils sont poussés par le personnel. Après l'effervescence c'est le calme, tous sont à table. Les tables sont en formica de couleur grise. Une élève IDE m'accompagne à une table de 4. Je me présente en tant que stagiaire. A ma gauche, une dame est enrhumée. Le nez et la bouche coulent. Elle se tient la tête et regarde son assiette vide. En face, un grand monsieur élégant me fait signe bonjour. A coté

de lui, est assise une dame très menue. Elle installe minutieusement ses couverts en alignement, sans un regard vers moi.

Une corbeille de pain, une bouteille d'eau d'1L1/2, du sel et poivre sont sur la table. Il n'y a pas de vin. Une barquette de thon est devant chaque assiette. Ce doit être l'entrée. Pas facile d'ouvrir la barquette mais il faut se débrouiller car le personnel n'est pas en salle.

A une autre table, une résidente crie. Elle veut ses comprimés. L'infirmière arrive avec son chariot de médicaments. Elle commence sa distribution à l'opposé de cette dame qui crie de plus en plus fort. Elle dérange les autres qui commencent à hausser la voix pour lui dire de se taire. L'infirmière continue la remise des comprimés, les cris n'ont pas l'air de la déranger. Soudain, un usager, casquette de marin sur la tête et énormes écouteurs sur les oreilles, se lève et arrive face à la demandeuse « Tu vas te taire où je te casse la ... ». Le personnel arrive avec des tabliers en plastique poussant un chariot de repas. Ils montent le ton pour calmer toute cette agitation. Chacun reprend sa place et enfin le calme revient !

Le chariot est en inox et les roues font un intense bruit sur le carrelage vieilli. Le personnel parle fort pour nous demander notre choix. C'est une escalope avec salsifis et/ou purée. Je prends un peu des 2 choix. C'est bon et chaud. Ma voisine ne prend rien, elle attend le dessert. On ne lui propose rien d'autre. Le monsieur veut de la purée « et beaucoup, c'est bon la purée ! » rajoute t'il. Mon autre voisine n'a pas faim et ne veut qu'une petite quantité. Elle veut boire et prend la bouteille d'eau. Elle paraît lourde, et impossible à dévisser. Personne ne bouge, ni le monsieur de la table, ni le personnel qui s'affaire. Je propose mon aide mais enfin, elle ouvre la bouteille!

Aux autres tables, on mange avec un bon appétit. Personne ne parle. Les assiettes sont vidées rapidement. Ils demandent du « rab » qu'ils obtiennent sans problème. Le service est efficace et rapide. Le personnel débarrasse aussitôt les assiettes vidées et les ramène en cuisine au fur et à mesure. Ils n'ont pas de chariot et font des allers et retours.

Une salariée arrive à moi, et me pose une question « quel est votre nom ? » surprise de cette arrivée soudaine, je réponds. Elle me demande « vous êtes arrivée quand ? ». Je réponds gênée « juste pour la journée ». Elle repart sans plus d'explication.

Le dessert arrive avec le même chariot et le même bruit ! C'est fromage sous cellophane et gâteau en barquette. Les emballages disparaissent aussi vite que la vaisselle. Le café est servi et déjà quelques usagers quittent la pièce. Mon voisin sort de table en me faisant un signe de tête. Les dames partent sans un mot. Je reste donc seule à table. 3 usagers restent pour aider le personnel à ranger la salle. Tous s'affairent en silence. Je quitte la pièce.

Il est 18h30, je me dirige vers une autre partie de l'EHPAD. C'est l'UHR. Je sonne à la porte. Une salariée vient m'ouvrir. C'est une grande pièce toute en longueur. Il y a de grandes baies sur un pant de mur qui donnent sur un petit parc. De l'autre côté c'est une enfilade de portes. Ce sont les chambres. Le mobilier est usagé. Des fauteuils sont alignés, un monsieur est confortablement assis, redressant la tête pour regarder la télévision qui se trouve en hauteur.

C'est halloween ! Une sorcière sur son balai, avec de vilaines bêtes autour, surplombent la table, 12 résidents sont attablés. Le couvert est mis sur une nappe plastique à grandes fleurs.

Une chante, l'autre parle tout seul. Chacun a son « bavoir » autour du cou. Le potage est distribué dans des bols. Le résident dans son fauteuil, ne bouge pas, ne lâche pas la télévision des yeux, il mangera sur une table, « servi à domicile ». L'aide soignante apporte un grand plat de hachis parmentier et le dépose sur la table. Chaque résident se sert et passe le plat au voisin. Le personnel aide et guide sur la quantité. Une résidente réclame de la salade et répète « le hachis se mange avec de la salade », elle répètera cette phrase jusqu'à ce que la salade soit servie !

Tout en mangeant, chacun y va de ses propos incohérents, de ses gestes désordonnés, mais le personnel écoute, échange, guide et aide en cas de difficultés. Le rythme de chaque usager est respecté. La compote est servie. Le repas se termine. Les résidents se lèvent et déambulent, d'autres s'installent dans les fauteuils. Certains vont dans leur chambre.

L'ambiance est calme et propice à la détente.

ANALYSE :

En reprenant mon objectif de cette journée d'observation, je m'aperçois qu'il n'y a pas de convivialité et de plaisir lors de la prise des repas, à l'exception de l'UHR. Dans cette unité, il y a une recherche de décoration. Un relationnel entre salariés et résidents est établi.

Je ne suis sentie mal à l'aise et agressée par le comportement de la salariée qui m'a posé ces 2 questions durant le repas du midi. Elle est arrivée à moi sans se présenter, sans un bonjour, sans explication.

Les locaux sont tristes, il n'y a pas de couleur. Les photos des sorties sont la seule décoration. Le mobilier est rudimentaire. C'est un lieu impersonnel.

Il ne semble pas y avoir d'affinité entre résidents. Ce devrait être un moment d'échanges mais ils ne se parlent pas. Le personnel non plus d'ailleurs. L'agressivité est présente et pesante. L'ambiance est triste et n'incite pas à manger. Le relationnel est inexistant.

La présentation des plats est peu attrayante. L'entrée, le fromage et le gâteau sont emballés. Le simple fait d'enlever les emballages et de déposer les aliments dans un plat avant la distribution serait visuellement plus alléchant.

Le temps consacré n'est pas suffisant.

Ce temps d'observation m'a permis de comprendre qu'il est nécessaire d'accorder à la table un soin prioritaire. Le plaisir des sens : goûts, toucher, vue, odorat, ouïe ne sont pas les seuls plaisirs retrouvés dans l'alimentation...mais il faut de la convivialité, du plaisir à partager un repas, ce doit être un moment de détente.

Il faut s'efforcer de maintenir le lien social à travers le partage alimentaire. Le plaisir de la table est un droit pour les résidents et un devoir pour les structures. Une vie sans plaisir est une vie sans intérêt. Il faut donner du sens à la vie des résidents.

ANNEXE 2

Grille d'entretiens des salariés

Destinée à 1 IDE, 1 Aide Soignante, 1 AMP, l'animatrice, 1 Agent de Service Général, au médecin coordonnateur.

- Quelle est votre fonction ? depuis quand ?
- Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?
- Avez-vous eu le choix de travailler dans un établissement qui accueille un public spécifique(SDF) ?
Et pourquoi ce choix ?
Connaissez-vous bien ce public ? A-t-il des besoins spécifiques ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien ?
 - ont-elles des conséquences sur la vie de l'établissement et vos pratiques professionnelles ?
- Avez-vous fait des formations ?
 - sur quelles thématiques ?
 - vous ont-elles permises de répondre à la spécificité du public ?
- Connaissez-vous les habitudes de vie de chacun ?
 - est-ce important dans votre pratique de les connaître ? si oui ou si non, pourquoi ?
 - difficultés éventuelles à respecter les habitudes de vie ?
 - réalisez-vous des projets d'accompagnement personnalisés dans l'établissement ? comment sont-ils mis en œuvre ? atouts et limites ?
 - existe-t-il des habitudes de vie communes à ce public ?
- Que pensez-vous de l'EHPAD comme lieu de vie pour un public SDF ?
- Pensez-vous que leur proposer de participer à la vie de l'établissement les aiderait à garder un lien social ? Si oui, par quels moyens ?

ANNEXE 3

Grille d'entretiens des résidents

- Pouvez-vous me dire ce qui vous a amené à entrer dans cet établissement ?
- Ou viviez-vous avant l'entrée en établissement ?
- Comment se passaient vos journées ?
- Quelles choses étaient importantes pour vous ?
- Comment vous sentez vous dans l'Ehpad ?
- Avez-vous rencontré des difficultés depuis votre entrée ?
- Comment se passent vos journées ?
- Pensez-vous que l'équipe respecte vos habitudes de vie ?
- Etes-vous satisfait de votre prise en charge dans l'établissement ? (toilette, repas...) pourquoi ?
- Comment est l'ambiance entre résidents ? avec le personnel ?
- Qu'est-ce qui fonctionne bien et mal ?
- Participez-vous à l'animation ? à la vie de l'établissement ? qu'aimeriez-vous faire ?

ANNEXE 4

Fiche des habitudes de vie

5- ELIMINATION :

- Incontinence : oui non
 partielle totale
 port de protection le jour
 port de protection la nuit
 port de change complet

Selles :

- tendance constipation tendance diarrhéique incontinence

6- VISION :

- bonne lunettes mal voyant non voyant

7- AUDITION :

- correcte déficit à droite déficit à gauche surdité appareillage

8- LOISIRS :

- télévision radio musique jeux de société sorties
 cigarettes combien...../jour
 alcool combien...../jour
 autres :.....
.....

9- PRATIQUES RELIGIEUSES :

- oui non

10- RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES/ FAITS MARQUANTS:

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

Date :.....

Nom et fonction de la personne qui a rempli le formulaire :.....
.....

ANNEXE 5

Fiche de poste du psychologue.

PSYCHOLOGUE

✓ **Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**

Type	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
Missions de l'établissement	Accueil Hébergement de personnes âgées ayant besoin d'une assistance journalière et permanente
*Accords et conventions collectives	CCU BAD

✓ **Organisme gestionnaire**

Nom	L'Escale
Catégorie	Social, Médico-social
Habilitation de l'Association	Conventions multiples Etat, Conseil Général, Assurance Maladie...
Mission de l'Association	Accueil, insertion, soins et aides à domicile
Service d'affectation	Association
Accords et conventions collectives	Accords CHRS/CCUBAD

DÉFINITION DE LA MISSION

■ Concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives et curatives à travers des démarches prenant en compte la vie psychique des usagers, le fonctionnement des groupes et leur interaction avec l'organisation afin de promouvoir l'autonomie et le bien être de la personne.

ACTIVITÉ

- ✓ Assurer les entretiens de soutien psychologique des résidents et, des familles, à l'admission et durant le séjour dans l'établissement
- ✓ Organiser des groupes de parole collectifs et individuels du résident ainsi que des ateliers mémoire
- ✓ Effectuer les tests d'évaluation pour un bilan cognitif en collaboration avec le médecin coordonnateur
- ✓ Participer à la mise en place du projet de vie individualisé de l'utilisateur, du projet de service
- ✓ Orienter des actions d'animation avec l'animatrice et l'équipe soignante
- ✓ Accompagnement de fin de vie
- ✓ Faire partie et participer aux réunions d'équipe

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- La Directrice pour l'organisation, la supervision et le suivi du service (N+2)
- Les infirmières (N)
- Le médecin coordonnateur (N)
- Partenaires spécifiques au domaine du soin psychique (équipe mobile psycho-gériatrique, infirmières psychiatrique de l'hôpital Marius Lacroix, art-thérapeute)

SIGNATURE PAR DÉLÉGATION

■

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Adapter sa pratique professionnelle à des situations critiques
- Evaluer la situation du résident
- Choisir une méthode et une réponse adaptée
- Conseiller et apporter son expertise à la politique institutionnelle dans son domaine de compétence
- Rédiger et mettre en forme notes, documents et rapports relatifs à son domaine de compétence

CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Déontologie des Psychologues	Gérontologie	Politique et législation des EHPAD	Organisation des EHPAD	Programme de soin individualisé	Travail pluridisciplinaire	
------------------------------	--------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------------------	--

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Travaille de jour WK et jours fériés

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Cours universitaire : master de psychologie
- Cours privé : diplôme de psychologue
- Numéro ADELI

EXPÉRIENCE CONSEILLÉE POUR L'EXERCER

■

ANNEXE 6

LAURIERS DE LA FONDATION DE FRANCE



Âgés et précaires

Une maison de retraite pour des personnes en situation de très grande précarité



© C.Cordonnier / daily life

Organisme soutenu
L'Escale
17003 La Rochelle

Contexte

Difficile d'intégrer une maison de retraite quand on a vécu à la rue ou en hébergement d'urgence. « *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont du mal à les intégrer. Il y a un phénomène de rejet réciproque entre leurs résidents et ces personnes au parcours de vie difficile et qui ont toujours beaucoup de mal avec l'institution* », résume Serge Thomas, directeur général de L'Escale, association qui gère et développe des établissements et services pour des personnes en grande précarité.

Projet

L'association a créé un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, orientées par des travailleurs sociaux ou des hébergements d'urgence et pris en charge au titre de l'aide sociale. Son implantation en centre-ville de La Rochelle permet de préserver leurs repères et de favoriser les échanges avec l'extérieur. Le bâtiment propose 19 places et des espaces collectifs destinés à des animations ou aux visites des proches. Fonctionnant comme une structure classique, un accompagnement spécifique est néanmoins prévu pour pallier les difficultés de la vie en collectivité. L'Escale connaît très bien le public accueilli et souhaite l'associer aux différents aspects de la vie quotidienne en s'appuyant sur le dialogue.

Implication de la Fondation de France

La subvention de la Fondation de France est destinée aux aménagements intérieurs et au mobilier.

Partenaires

Conseil général de la Charente Maritime.

Points forts

Très peu de structures de ce type existent en France. L'association a une grande expérience en matière de prise en charge de personnes âgées et en difficulté. Elle peut compter sur l'appui de ses différents services (centre de soins infirmiers, accueil de jour Alzheimer, restaurant social, maison relais, etc.).

Résultats

Le lieu est ouvert depuis septembre 2010. La dynamique d'animation et de vie sociale est bien engagée avec les résidents (sorties au marché, à la médiathèque, journée portes ouvertes...). Un suivi médical, social et psychologique est mis en place.

Laurier 2012 – Personnes âgées – Plus d'informations sur www.fondationdefrance.org
Contact presse : 01 44 21 87 47 servicepresse@fdf.org

LAURIERS DE LA FONDATION DE FRANCE



ANNEXE 7

L'entrée de l'EHPAD



Les couloirs



La salle à manger



FACON	Claudie	28/01/2016
Diplôme d’Etablissement « Direction d’EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »		
Concilier les habitudes de vie d’anciens SDF et la vie en EHPAD		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>Il y a encore quelques années, on ne parlait pas de personnes sans domicile fixe vieillissantes. Cette population à la rue décédait très jeune, vers la cinquantaine de maladies multiples faute de soins. Le docteur Jacques HASSIN³⁰ précise « ...avec tous les dispositifs d’urgence et de mise en contact avec des médecins, on se retrouve avec des gens à la rue qui ont plus de 60 ans. Il s’agit d’une population émergente vieille, malade, handicapée, alcoolique avec des troubles psychiatriques, qui ne rentre dans aucune case »</p> <p>Nous sommes donc confrontés à une population de la rue de plus en plus âgée dépendante, obligeant des structures médicalisées, notamment des EHPAD à les accueillir.</p> <p>Leur mode de vie, la différence d’âge, les problèmes de comportement sont peu propices à la cohésion. La difficulté d’intégrer des personnes « différentes » dans les structures peut faire vivre à nouveau des situations d’exclusion.</p> <p>L’association l’Escale a créé son propre EHPAD accueillant uniquement d’anciens SDF. Ce public a vécu une grande partie de sa vie en situation de marginalisation sociale obligeant l’établissement à faire preuve de souplesse et de tolérance. Dans cette situation, l’équipe pluridisciplinaire doit être sensibilisée et formée à la prise en charge de ces profils atypiques d’où la nécessité de développer des partenariats entre les dispositifs d’urgence et d’insertion ainsi que les EHPAD « classiques ».</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personnes sans domicile fixe vieillissantes – aucune case – EHPAD – accueillir – problèmes de comportement – cohésion – situations d’exclusion – souplesse et tolérance – équipe pluridisciplinaire formée – profils atypiques - partenariats</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>		

³⁰ Docteur Jacques HASSIN – auteur de « Vivre dans la rue » en 2007