



---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-Social**  
Promotion **Thérèse-Clerc 2016-2017**  
Date du jury : **08 décembre 2017**

---

**Comment se sentir « chez soi »  
dans un lieu de vie collectif partagé**

*Réflexion menée au sein de l'EHPAD du site de Quintin  
Centre Hospitalier du Penthievre et du Poudouvre (22)*

---

**Sophie SCHUMM**



---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Je remercie chaleureusement Dominique Cabut, mon maître de stage, Directeur du CH de Quintin, puis Directeur adjoint en charge de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers du CH du Penthièvre et du Poudouvre après fusion au 1<sup>er</sup> Janvier 2017, pour m'avoir accueillie dans la confiance. Ses grandes qualités humaines m'ont permis de mener à bien mes travaux dans la souplesse et l'autonomie.

Je remercie vivement les résidents pour leur aide et leur réflexion sur le thème du « chez soi en EHPAD» qui m'ont beaucoup éclairée.

Je remercie les professionnels pour m'avoir consacré de leur temps à mes questions sur ce même thème afin que je puisse recueillir les informations utiles à mon travail. Leur vision m'a beaucoup appris quant à mes futures fonctions de Directrice.

Enfin j'exprime toute ma reconnaissance à Hervé Pigale, mon directeur de mémoire, pour ses précieux conseils, sa grande disponibilité malgré la distance et une charge de travail très importante. Ses qualités d'écoute, son acuité intellectuelle et son esprit structuré m'ont beaucoup apporté.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Méthodologie</b> .....	4
<b>1 Faire d'un lieu de vie collectif partagé un chez soi</b> .....	5
<b>1.1 De quoi parle-t-on</b> .....	5
1.1.1 Qu'est-ce qu'un lieu de vie.....	5
1.1.2 Qu'est-ce que le « chez soi ».....	8
<b>1.2 Qu'est-ce qu'implique l'entrée en Institution</b> .....	10
1.2.1 Une rupture avec le domicile.....	10
1.2.2 Que peut-on espérer ?.....	12
<b>2 Comment concilier un "chez soi" dans un lieu de vie collectif partagé avec les obligations de qualité et de sécurité pour les résidents ?</b> .....	17
<b>2.1 Les obligations règlementaires</b> .....	17
2.1.1 Garantir la qualité des prestations.....	17
A Les soins.....	17
B L'architecture.....	18
C L'accompagnement.....	21
1) Les prestations minimales.....	21
2) Les prestations minimales à enrichir.....	22
2.1.2 Garantir la sécurité aux résidents.....	23
A La sécurité incendie.....	23
B La sécurité relative à l'hygiène.....	24
C La sécurité alimentaire.....	25
<b>2.2 Les outils permettant de recréer un "chez soi" dans un lieu de vie collectif partagé</b> .....	26
2.2.1 Le Projet d'Etablissement.....	26
2.2.2 Le Projet Médico-Social.....	28
A Les conditions d'accueil.....	28
B Le projet de Vie Personnalisé (PVP).....	31
1) Le contenu règlementaire.....	31
2) Le contenu personnalisé.....	32

C La politique d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la Cité.....	33
D Les organisations de travail.....	35
<b>3 Renforcer le sentiment du « chez soi » dans un lieu de vie</b>	
<b>collectif partagé.....</b>	<b>35</b>
3.1 Une vie interne à la structure d'accueil .....	36
3.1.1 Développer la culture projet pour les soignants.....	36
3.1.2 Développer la culture projet pour les résidents.....	40
3.1.3 Des organisations de travail adaptables.....	42
3.2 Une vie ouverte sur l'extérieur et la Cité renforcée.....	44
3.2.1 Une ouverture à double sens: intérieur - extérieur.....	44
A L'intérieur sort.....	44
B L'extérieur rentre.....	46
3.2.2 Développer un projet thérapeutique et intergénérationnel en se sentant "chez soi" ...	47
A Créer un jardin thérapeutique.....	47
B Créer un parc animalier.....	49
<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>55</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	IV
Annexe 3.....	VIII
Annexe 4.....	IX
<b>Résumé.....</b>	<b>X</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANESM** : Agence d'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

**AS** : Aide-soignante

**ASHQ** : Agent de Service Hospitalier Qualifié

**BBC 2015** : Bâtiments à Basse Consommation norme de 2015

**CD** : Conseil Départemental

**CH** : Centre Hospitalier

**CHSCT** : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

**CTE** : Comité technique d'Etablissement

**CVS** : Conseil de Vie Sociale

**EHPAD** : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HQE** : Haute Qualité Environnementale

**IDE** : Infirmière diplômée d'Etat

**PASA** : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

**PE** : Projet d'établissement

**PV** : Projet de Vie

**PVP** : Projet de Vie Personnalisé

**QVT** : Qualité de Vie au Travail

**RIPPH** : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

**RT 2012** : Règlementation thermique de 2012

**SSI** : Système de Sécurité Incendie

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée

---

## Introduction

---

L'accueil des personnes âgées dépendantes a considérablement évolué en Institution. Avant 1999 les personnes étaient « placées » en maison de retraite dont la représentation collective correspondait à un mouvoir. Ce vocable très sombre traduit la passivité des personnes les condamnant au rang d'objet.

A partir de 1999, année pivot, la réglementation impose la mise en place des Conventions tripartites, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) aujourd'hui, faisant évoluer le statut de maison de retraite en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La Loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rend obligatoire l'évaluation interne et externe aux ESSMS les obligeant à garantir qualité et sécurité des soins aux personnes accueillies. L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins a fait évoluer les EHPAD en lieu de vie accueillant des personnes accompagnées en tenant compte des aspects fondamentaux de l'individu soit biologique, psychologique et social. La dimension humaine est désormais un droit incluant la participation sociale dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. L'enjeu pour les personnes accueillies consiste à devenir acteur voire coauteur des projets, dispositifs et politiques qui leur sont destinés. La participation et l'expression des usagers sont des principes réaffirmés par loi du 2 janvier 2002 à travers le droit pour chaque usager de participer à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne<sup>1</sup> et, celui d'être associé au fonctionnement de l'établissement ou du service notamment par l'institution d'un conseil de la vie sociale ou d'autres formes de participation<sup>2</sup>. Ainsi, la participation sociale est devenue non seulement un des droits fondamentaux de toute personne accueillie dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales mais également un objectif à atteindre au quotidien dans les pratiques professionnelles.

Dans le contexte réglementaire décrit ci-dessus et de par les valeurs qu'il porte, le Directeur de Quintin, considère son établissement comme un lieu de vie respectant le plus possible les habitudes de vie des résidents. Au sens du Réseau international sur le processus de production du Handicap (RIPPH) par « habitude de vie », il faut entendre d'une part les activités courantes de communication, déplacement et nutrition ; elles englobent également le bénéfice d'une bonne condition corporelle et d'un habitat.

Les habitudes de vie comprennent d'autre part les rôles sociaux comme avoir des responsabilités, une vie communautaire, des relations, des activités de loisirs...

---

<sup>1</sup> art L.311-3 §7 CASF

<sup>2</sup> art L.311-6 CASF

Ces habitudes de vie sont mises en œuvre à travers la politique d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la cité.

Le Directeur a confié la mise en œuvre de cette politique à la coordinatrice « animation » spécifiquement formée en animation sociale pour population vulnérable mettant l'accent sur la dimension projet. La coordinatrice élabore ce projet pour 5 ans. Les activités sont déterminées en fonction des souhaits des résidents qui s'expriment de manière informelle dans leur lieu de vie et de manière formelle au sein du conseil de la vie sociale (CVS).

Le projet « animation » constitue l'un des piliers de la politique de l'Etablissement. Il favorise les liens sociaux et l'exercice des droits civiques. Les bénévoles participent du lien social ainsi que les familles qui sont associées aux décisions et aux activités.

Par le prisme de la participation sociale, la réalisation des habitudes de vie amène à s'interroger sur le concept du « chez soi » : « je vis en EHPAD comme à la maison ? ». Cela suppose que les habitudes antérieures sont respectées et à même d'être réalisées.

Compte tenu du niveau de dépendance des résidents, des exigences réglementaires et des conditions budgétaires contraintes, les résidents sont-ils à même de les réaliser et à se sentir réellement comme chez eux ?

Le sentiment d'être « chez soi » sous-tend la question du bien-être dont le corollaire est le bien-être des personnels au service des résidents. Cette question suppose que les professionnels accompagnent les résidents dans des conditions de travail favorables à leur accueil.

C'est à partir de ces réflexions mais aussi des observations et ressentis de cette volonté des personnels de répondre au plus près aux habitudes de vie des résidents que ma réflexion du « comment se sentir chez soi dans un lieu de vie collectif partagé ? » a émergé. Je me suis interrogée sur la notion du lieu de vie en EHPAD, affirmée par l'Agence Nationale d'Évaluation des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM). Cela signifie-t-il pour autant qu'il s'agit d'un « chez soi » ? au regard des injonctions de qualité et de sécurité au service des populations accueillies, dictées par le cadre interministériel, les autorités de tarification et les agences d'évaluation (ANESM, Haute Autorité de Santé (HAS)).

Future Directrice d'une structure d'hébergement pour personnes vulnérables, je souhaite qu'elles puissent recréer un « chez soi » dans un nouveau de lieu de vie car, bien que la signature du contrat de séjour vaut acceptation, ces personnes n'ont souvent pas choisi d'y vivre.

Comment aider ces personnes, en l'occurrence âgées, en rupture avec leur domicile, à investir affectivement leur nouveau lieu de vie en conciliant les obligations réglementaires de l'action sociale et médico-sociale qui « tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets »<sup>3</sup>.

Aussi, comment se sentir chez soi lorsqu'on est dépendant et qu'on partage un lieu de vie collectif avec d'autres personnes en perte d'autonomie ou dépendantes ?

Il existe certes des outils réglementaires comme le projet d'établissement décliné en projet médico-social dans lequel s'élabore en équipe pluridisciplinaire avec le résident, le Projet de Vie Personnalisé (PVP). Le conseil de la Vie Sociale (CVS) rendu obligatoire par la loi du 2 Janvier 2002 permet aux résidents d'être acteur dans le fonctionnement de l'Etablissement mais est-ce suffisant pour créer le sentiment d'être « chez soi » ?

D'autres outils comme la formation à la Bienveillance, Humanitude ou Carpe Diem, l'Haptonomie ou encore la Méthode Montessori sont des approches contribuant au respect du maintien de l'autonomie et des Droits et Libertés des personnes accueillies dans un lieu de vie collectif partagé. Les conditions d'accueil sont tout aussi primordiales ainsi qu'une politique forte de l'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la cité, garante des liens sociaux et de la citoyenneté.

L'architecture du lieu de vie est également essentielle dans le développement de la culture du « chez soi », notamment par son accessibilité.

En tant que Directrice, comment avec l'aide de ces outils, de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité pour les résidents, mais également pour les personnels, je peux rendre moins douloureuse cette rupture avec le domicile conditionnée par la perte d'autonomie et l'impuissance des aidants à y faire face ?

Comment faire émerger des capacités de résilience chez les résidents pour favoriser leur nouveau lieu de vie en « chez soi »?. Comme le soulignaient les animateurs de Quintin l'objectif final est l'inclusion sociale et l'intégration du résident dans la structure collective partagée avec des personnes vulnérables.

Des conditions d'accueil optimales, le PVP, une politique de la vie sociale et d'ouverture sur la cité forte et des organisations de travail plus souples afin de répondre au mieux aux besoins et volontés des résidents sont des outils contribuant à leur bien-être. Aussi, d'autres pistes sont à expérimenter pour renforcer le sentiment du « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé afin de s'y sentir bien. En outre se sentir bien « chez soi » en EHPAD est indissociable de la qualité de vie au travail des professionnels.

---

<sup>3</sup> Art L 116-1 de la Loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Toutefois, le niveau de dépendance des résidents, le contexte réglementaire et financier contraint et, ce que le Directeur décide de mettre en œuvre, conditionnent cette dynamique.

Faire d'un lieu de vie collectif partagé un chez soi en définissant de quoi on parle et qu'est-ce qu'implique l'entrée en Institution (I) sera abordé avant de se questionner sur la manière de concilier le « chez soi » avec les obligations de qualité et de sécurité pour les résidents.

Après avoir défini ces obligations et les outils pour tendre à se sentir « chez soi » (II) des propositions seront faites pour renforcer le sentiment d'être « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé (III).

---

## Méthodologie

---

La démarche méthodologique est l'analyse des politiques au service des résidents et des personnels (Projet d'établissement, PVP et politique d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la Cité) complétée par des entretiens semi-directifs avec les professionnels de Quintin et extérieurs à Quintin de catégories différentes (Directeurs, cadres, soignants, psychologue, animateurs) et, avec les résidents de Quintin.

Pour réaliser ces entretiens j'ai élaboré une grille (Annexe 1) en m'appuyant sur des lectures concernant la réalisation d'enquêtes et de questionnaires (Anne-Marie ARBORIO et Pierre FOURNIER, 2010 ; François de SINGLY, 2008 ; Nicole BERTHIER, 2000).

Les données exploitables sont issues d'une analyse de contenu de ces entretiens (Annexe 2), afin de comprendre ce que veut dire « chez soi » du point de vue des résidents et du point de vue des professionnels.

Des lectures qui définissent le lieu de vie, le « chez soi », le bouleversement qu'implique l'entrée en Institution et concernant différentes approches du résident en EHPAD (Bientraitance, Humanitude, Carpe Diem, Haptonomie, méthode Montessori) complètent ma réflexion sur ce sujet complexe.

# **1 Faire d'un lieu de vie collectif partagé un « chez soi »**

Afin de se situer par rapport à la notion du « chez soi » il est nécessaire de définir d'abord le sujet.

## **1.1 De quoi parle-ton ?**

Afin de pouvoir étudier les moyens de créer un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé, les notions de lieu de vie et de « chez soi » doivent d'abord être définies.

### **1.1.1 Qu'est-ce qu'un lieu de vie ?**

Selon l'ANESM, « l'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce, quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression (...) Au niveau institutionnel, la réflexion éthique permet de reconnaître, de confronter et d'articuler les différents niveaux de questionnement de chaque acteur dans des situations concrètes singulières (...). Chaque résident autonome ou atteint de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, a sa place de sujet par opposition au terme d'objet de soins, il choisit, et cela inclut la recherche systématique de son accord, de sa volonté et de son autonomie, enjeux de première importance, et ce jusqu'en fin de vie »<sup>4</sup>.

Se basant sur ce sens donné par l'ANESM, le fondement de la qualité de vie dans un lieu de vie collectif partagé serait le respect de la dignité de la personne accueillie. En EHPAD, par dignité on peut entendre respect de la personne âgée, formalisé par la Charte des droits et libertés révisée en 2007<sup>5</sup>, obligatoirement affichée dans la structure et remise au résident lors de son accueil (les 14 points de cette Charte sont mentionnés en Annexe 3 VIII).

Après avoir intégré le droit positif des États, la dignité humaine occupe désormais une place centrale dans les débats éthiques touchant la santé et le corps. Elle se pose avec plus d'intensité encore lorsqu'il est question des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en hébergement de longue durée. Bien qu'elle soit présente dans de nombreux textes de lois et codes de déontologie, la notion de dignité ne fait cependant pas consensus.

Le sens qui lui est attribué n'est jamais entièrement donné et définitif : il dépend du contexte dans lequel l'enjeu de dignité est posé.

---

<sup>4</sup> ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Qualité de vie en Ehpads (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*, Décembre 2010

<sup>5</sup> [www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)

À partir de contributions théoriques et empiriques, Michèle Clément, Éric Gagnon et Marie-Hélène Deshaies tentent de cerner dans leur article publié en 2008<sup>6</sup>, le sens que l'on donne à la dignité dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées.

Ces auteurs citent notamment Thierry Pech qui écrit en 2001 : « la dignité humaine est devenue un principe juridique intégré au droit positif des États, une règle de droit fondée sur un principe moral et abstrait inscrit dans les grandes chartes des droits de la personne.

La dignité est également fondée par un principe philosophique dessinant à l'horizon du politique et du droit une sorte de frontière à ne jamais transgresser et nous rappelant que tout être humain vaut absolument en tant qu'être humain et ne doit jamais être traité comme une chose »<sup>7</sup>.

Cependant cette définition n'a pas pour effet de clarifier entièrement la notion de dignité. D'une part, la dignité renvoie à une représentation centrée sur la capacité des individus à s'autodéterminer. D'autre part, elle renvoie à une représentation faisant de la dignité une qualité dont tout être humain dispose en propre, un droit qu'on ne peut aliéner d'aucune façon.

Dans la première de ces perspectives, le maintien de la dignité consiste à protéger la liberté individuelle contre toute forme d'ingérence, à préserver la capacité de juger et de décider. C'est le fait de pouvoir être un agent moral autonome qui confère ici à l'individu sa dignité.

Dans la seconde de ces perspectives, le maintien de la dignité implique plutôt la protection de la personne contre toute forme de dégradation physique et morale et, au besoin, contre elle-même. Ici, le sujet ne peut plus disposer de son corps à sa guise si cette disposition a pour effet de menacer sa dignité. C'est l'humain dans l'humain qui est digne et tous, quels qu'ils soient, doivent être traités également à tout autre. Par conséquent, sont également dignes tous ceux dont la raison est altérée ou momentanément suspendue, les malades, les handicapés mentaux, les personnes dans le coma.

Pour le dire autrement, à la dignité libérale fondée sur la liberté individuelle est venue s'opposer une dignité « moralisatrice », selon l'expression de T. Pech, une dignité commandant un devoir de protection contre les abus, la négligence ou la dégradation dont on pourrait être victime.

Le réveil juridique du concept de dignité s'est ainsi matérialisé dans un « double registre », affirme T. Pech. D'un côté, la dignité comme une façon de défendre les individus contre un collectif menaçant et d'assurer leur capacité morale à s'autodéterminer ; de l'autre, la dignité comme moyen de préserver la part d'humanité présente en chacun de nous et de combattre toute forme d'instrumentalisation ou de réification de l'être humain.

---

<sup>6</sup> Clément, Gagnon et Deshaies, Les enjeux éthiques du vieillissement, vol. 10, n° 2, 2008

<sup>7</sup> Pech, La dignité humaine. Du droit à l'éthique de la relation », *Éthique publique*, vol. 3, no 2, 2001

Si certaines conceptualisations de la dignité, notamment celle proposée par T. Pech, se centrent sur la qualité de relation et la reconnaissance de l'autre de manière à dépasser l'opposition entre « dignité libérale » et « dignité moralisatrice », la question de l'autonomie y demeure néanmoins centrale. C'est le maintien de l'autonomie ou sa disparition qui commande la recherche de la dignité, laquelle fait à son tour intervenir la question de l'identité.

La dignité prend alors un caractère très individualisé, subjectif ; elle ne s'exprime ni ne se préserve de la même façon pour tous, elle n'est pas liée à un statut social, mais largement à ce qui fait la singularité de chaque personne.

C'est à travers le regard que les autres posent sur nous mais surtout par la reconnaissance qu'ils accordent à notre individualité qu'il est possible de se sentir digne<sup>8</sup>.

L'ANESM rajoute à sa définition du lieu de vie : « simultanément, s'agissant de personnes malades, celles-ci doivent bénéficier de l'accès à des soins de qualité. Les évaluations internes et externes des ESSMS contribuent à l'amélioration des pratiques professionnelles en permettant aux personnels de réfléchir à leurs actions et de donner du sens à l'accompagnement. Pour répondre aux besoins des résidents et garantir leurs droits, les EHPAD s'inscrivent dans une démarche continue de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Ils rendent compte régulièrement de leur démarche d'évaluation et de l'avancement de leur plan d'actions aux autorités de contrôle et de tarification<sup>9</sup>.

Pour assurer leurs missions dans cette démarche continue de qualité, outre le directeur et le personnel administratif, les EHPAD disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant, au moins, un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1 du Code de l'action sociale et des familles, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs (décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ».

A partir de ces réflexions, je conçois un lieu de vie collectif partagé comme un ensemble architectural favorable à l'accueil des personnes vulnérables en conciliant respect de leur droits et libertés, qualité des prestations et sécurité des personnes, maintien de leur autonomie notamment par le développement des liens sociaux internes et externes à la structure d'accueil outre la préservation ou la restauration de leur santé.

---

<sup>8</sup> <https://ethiquepublique.revues.org/1427>

<sup>9</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*, Décembre 2010

De cette façon, un lieu de vie collectif partagé garantit la dignité des personnes accueillies dont l'objectif est de les intégrer à la structure d'accueil.

En sociologie, l'intégration est le processus ethnologique qui permet à une personne ou à un groupe de personnes de se rapprocher et de devenir membre d'un autre groupe plus vaste par l'adoption de ses valeurs et des normes de son système social. « Faire du résident un acteur de son nouveau de lieu de vie » comme disait l'animateur avec lequel je me suis entretenue<sup>10</sup> permet cette intégration par le maintien, dans la vulnérabilité quel que soit son degré, de l'autonomie physique, cognitive et décisionnelle.

Familles, proches et professionnels avons la responsabilité de rechercher et de maintenir en continu cette autonomie afin de permettre à « nos » résidents de développer le sentiment du « chez soi ».

### **1.1.2 Qu'est-ce que le « chez soi » ?**

Ma réflexion se base sur l'article d'E. Ferreira et P. Zawieja « Un chez soi en EHPAD ? » publié en 2012 sur Cairn info<sup>11</sup>. La tentative de donner une définition du « chez soi » dans cet article s'appuie sur la sémantique du mot « foyer » qui revêt de nombreuses acceptions.

Le foyer désigne tout d'abord l'âtre, le feu, la cheminée qui permet à la fois de se réchauffer et de cuire les aliments, mais qui constitue ou jouxte également l'autel consacré aux divinités tutélaires de la maisonnée, comme les Lares attachés au lieu, et les Pénates attachés à la famille, que la maisonnée suit dans ses déménagements, eux-mêmes inféodés à Vesta dans la Rome antique, ou aux ancêtres protecteurs de la famille dans la Chine traditionnelle.

Ce sens spirituel, voire religieux, affleure toujours dans les langues du nord de l'Europe ; ainsi l'allemand a dérivé du mot *Heim*, « maison, foyer », le mot *Heimat*, qui désigne à la fois le pays où l'on naît, le village où l'on a grandi, la maison où l'on a passé son enfance ou celle où l'on est « chez soi ». Encore aujourd'hui, le concept de *Heimat* structure fortement l'identité individuelle en Allemagne, en Suisse et en Autriche.

Par métonymie, le mot « foyer » finit par désigner non plus l'âtre, mais le logement de la famille, puis l'endroit où s'observe un regroupement de personnes qui choisissent de se rassembler, parce qu'elles vivent dans le même lieu, ou qu'elles s'y retrouvent occasionnellement entre elles (foyer des artistes, foyer des soldats, etc.), ou qu'on contraint à le faire pour des raisons religieuses, laïques ou sociales (foyer de travailleurs migrants, d'orphelins, de personnes âgées, de « sans domicile fixe »...).

---

<sup>10</sup> Annexe 1 III

<sup>11</sup> Ferreira et Zawieja, Un « chez-soi » en EHPAD ?, Cairn info, 2012

On pourrait multiplier les exemples à l'infini, mais cette digression linguistique souligne déjà que deux dimensions sous-tendent tous les termes désignant le foyer : l'identité (individuelle, filiale, familiale, sociale : c'est sa fonction de *repère* : localisation dans le temps et l'espace) et la protection (sa fonction de *repaire* : refuge).

A. Eiguer propose le concept d'« habitat intérieur », introjection de l'habitat familial et de ses qualités imbriquant des lieux étayés sur les différentes fonctions corporelles (repos, nutrition, excrétion...).

Outre la contenance, l'habitat interne possède ainsi quatre autres fonctions, dont une fonction d'historicisation dans la mesure où la maison (natale, puis familiale) est le lieu de la mémoire individuelle et collective, et une fonction d'identification, fondant le sentiment d'appartenance et l'identité<sup>12</sup>. Qu'il s'agisse de la maison natale ou de celle où le sujet a passé sa prime enfance, la première demeure, en particulier, est un « corps de songes »<sup>13</sup>, un lieu d'ancrage, un port d'attache<sup>14</sup> constitutif de l'identité, où il s'agira de trouver sa place parmi la maisonnée, la famille et le monde extérieur<sup>15</sup>. Si bien que D. Houzel considère que l'habitat est un feuillet de l'enveloppe psychique assurant stabilité et cohérence<sup>16</sup>.

Une fois introjecté, l'habitat intérieur, en tant que représentation groupale, peut d'ailleurs faire l'objet d'un mouvement inverse, autorisant l'investissement et l'appropriation de l'espace potentiellement habitable : « la maison est un prolongement de l'enveloppe psychique dont je peux d'autant plus jouer que je dispose d'enveloppes psychiques solides : je pourrai alors être partout chez moi, me construire un habitat là où les chemins de ma vie m'emmènent, je pourrai y faire entrer des autres et partager ma maison en fondant à mon tour une famille »<sup>17</sup>.

Toute la difficulté, voire l'impossibilité, est de recréer un « chez-soi » en EHPAD.

Le « chez-soi » pourrait en partie être représenté comme une projection du monde interne du sujet dans son domicile, un investissement particulier et singulier.

---

<sup>12</sup> Eiguer, 2006, « L'inconscient de la maison et la famille » ; 2009, *L'inconscient de la maison* ; 2010, « Du corps familial à la maison ».

<sup>13</sup> Bachelard, 1957 *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2009.

<sup>14</sup> Struzynska, 2006, « Les maisons de notre enfance – Les lieux qui nous ont faits », *enfances&PSY*, n° 33.

<sup>15</sup> Goldbeter-Merinfeld, 2006 « Maisons et liens familiaux », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, vol. 2, n° 37 ; Rey, 2006, « Maison, maisonnée et famille : trouver sa place », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 37, p. 55-72 ; Vigouroux, 2006, « Dans la peau de la maison », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, vol. 2, n° 37, p. 17-21.

<sup>16</sup> Houzel, 2010, *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press, coll. « Concept psy », 2<sup>e</sup> édition.

<sup>17</sup> Le Run, 2006, « L'enfant et l'espace de la maison », *enfances & PSY*, n° 33, p. 27-36.

Ce lieu de vie s'étend au-delà des murs de la maison ou de son appartement, et inclut les relations avec les personnes proches ou éloignées, les échanges au quotidien.

Le « chez-soi » serait à entendre non seulement comme l'espace délimité par les murs de la chambre ou de l'espace environnant investi, mais également comme cette part d'espace psychique propre à chacun, à recréer sans cesse au rythme des différents événements de vie.

Etre "chez soi" caractérise un espace particulier, surtout par ce qu'on y fait comme en sortir et y rentrer, inviter ou exclure qui on veut, agir sur cet environnement (travaux...), partager ce lieu avec des êtres qu'on aime, s'y sentir en sécurité, être dans l'espace intime qui peut ou non être partagé.

L'Institut du Bien vieillir Korian précise que le « chez soi » est un territoire géographique, un espace clos et délimité, isolé de l'espace extérieur et public.

C'est l'espace « biologique » par excellence, celui du lit, de la salle de bains. C'est un espace dont on est le maître absolu, dans lequel les règles du dehors n'ont pas cours. « On y a toujours quelque chose à faire, et on y fait les choses quand on veut ». Etre chez soi, c'est être entouré d'objets porteurs de mémoire. Le « chez soi » est le lieu des célébrations familiales et de la transmission.

La possibilité de recréer cet espace à la fois physique et psychique dans un lieu de vie collectif partagé dépend des capacités de résilience de chaque personne. Professionnels accueillant et accompagnant les résidents dans leur nouveau lieu de vie, doivent pouvoir créer des conditions matérielles et humaines optimales pour faire émerger ces capacités après le choc de la rupture avec le domicile, pour permettre de retrouver l'identité et la protection du « foyer ».

## **1.2 Qu'est-ce qu'implique l'entrée en Institution ?**

### **1.2.1 Une rupture avec le domicile**

Etienne Garrigue, médecin coordonnateur d'un EHPAD parisien écrivait en 2014 ([www.aidonslesnotres.fr](http://www.aidonslesnotres.fr)) « changer de lieu de vie pour une personne âgée est souvent difficile, surtout quand toute sa vie s'y rattache. Le transfert en établissement peut être brutal.

Nous ne sommes pas égaux lors d'un changement de lieu, les capacités d'adaptation pouvant être débordées ou inexistantes en raison des circonstances qui imposent ces changements radicaux. Ces situations sont rarement anticipées.

Tout changement entraîne une régression initiale lorsqu'on le subit » (...) d'autant que le vieillissement fragilise les défenses psychiques ; elles s'amenuisent davantage dans la vulnérabilité impactant négativement les capacités de résilience et d'adaptation. La perte d'autonomie progressive et croissante, raison pour laquelle un accueil en Institution est programmé et acté sans pouvoir en sortir, le plus souvent, atténue fortement le sentiment du « chez soi ». Le collectif et les organisations de travail trop souvent imprégnées de la culture sanitaire contraignent également les habitudes de vie des résidents comme avoir un espace d'intimité sans aucune intrusion, inviter ou accueillir des proches pour un repas, une nuit ou des vacances (partage de moments forts), être libre d'aller et venir pleinement... Le fonctionnement de la résidence collective partagée comme en EHPAD (lever, toilette, habillage, soins, consultations médicales, restauration, sorties, visites, veillée, heure du coucher...) limitent l'appropriation du nouveau lieu de vie comme « chez soi » renforcé par le fait que le choix d'une résidence autre que le domicile originel est le plus souvent dicté par la recherche de sécurité pour les proches (santé, prévention des risques liés à la solitude ou à la vulnérabilité), au décours d'une chute, d'un accident vasculaire ou de l'atteinte cognitive qui ne permet plus le maintien à domicile (épuisement des aidants...).

Le domicile originel est l'endroit où normalement chacun est maître « chez soi », où tout est rassemblé, où chacun est libre de vivre comme il l'entend. En changeant de lieu de vie comme un EHPAD, la possibilité d'aménager ce nouvel espace se réduit à celui de la chambre, seul espace privatif (un droit) mais non privé (n'est pas propriétaire), le reste étant commun.

Pour toutes ces raisons, la personne souffre lorsqu'elle change de lieu de vie temporairement ou pour une durée indéterminée ; c'est pourquoi il est légitime de parler de rupture avec le domicile.

Toutefois, les professionnels portés par la Direction peuvent redessiner un horizon pour les résidents en leur apportant les conditions matérielles et humaines favorables à une préparation à un long processus de détachement du domicile originel, d'ouverture au changement même si on quitte son domicile sous la contrainte ou par nécessité.

Selon E. Ferreira et P. Zawieja (2012), la construction d'un nouveau « chez soi » peut être bien vécue si certaines précautions sont prises. De notre conception, en passant par la naissance jusque là où nous déposons notre dernier souffle, nous habitons dans nombres de lieux différents (maisons, parfois pays...) en lien avec l'histoire du monde, de notre famille.

Le « chez soi » est un espace symbolique, avec une dimension temporelle et affective qui intègre ce qu'on y a vécu avec ses proches, théâtre de ses propres événements.

L'entrée en maison de retraite demande à la personne âgée à la fois de faire le deuil d'un « chez-soi » et de tenter d'en recréer un nouveau. À partir de la double dynamique d'identité et de protection, l'Institution peut jouer son rôle de puissance accueillante permettant ainsi au résident d'investir son nouveau domicile.

### **1.2.2 Que peut-on espérer ?**

Il y a toujours quelqu'un pour nous accueillir quels que soient les espaces « visités », une ou plusieurs personnes sensibles à notre potentielle détresse car c'est dans la nature humaine. Le fondement de l'équilibre psychique repose sur la culture de l'altérité, sur les moments partagés, parfois dictés par la conjoncture (guerre, déplacements, maladie...). Ces moments génèrent le plus souvent une solidarité inattendue, qui façonne notre histoire collective et personnelle, quelles que soient les atteintes (fonctionnelles, cognitives, sensorielles).

Le « chez soi » c'est l'intime, constitué par ceux qu'on aime, ce que l'on en retient et par l'espace qu'on laisse disponible aux futures rencontres.

La reconstitution de cet espace symbolique dans un lieu donné à travers les objets de mémoire ou d'attention ciblée (dessin des petits enfants, photos...) disposés autour de soi facilitent cette adaptation.

Aux structures accueillantes de permettre cette adaptation et de mener une réflexion constante sur l'aide à apporter aux résidents tout en respectant leur intimité : comment aménager leur nouvel espace de vie qui apparaît souvent plus petit que le domicile qu'ils viennent de quitter ?

Comment agir pour que les résidents se sentent « un peu comme à la maison » ? Offrir des espaces qui respectent l'intimité dans le partage (Ex. les maisons des familles ou les studios des EHPAD, où le résident pourrait passer quelques jours seul avec ses proches, au moins en journée et le soir...) car l'espace pour nourrir l'intime ne peut se résumer à une chambre.

Si les professionnels de l'EHPAD de Quintin que j'ai interviewés souhaitent considérer les résidents en tenant compte de leurs besoins, maintenir leur vie sociale, faire qu'ils se sentent bien en leur apportant sécurité et prestations de qualité, qu'ils puissent rester libres et maintenir leur autonomie (Annexe 2 IV), les résidents du même EHPAD veulent aussi liberté, respect, qualité des repas et lien social (Annexe 1 I).

En outre, 4 résidents d'un EHPAD du groupe Korian témoignaient en février 2016, montrant que chaque senior oscille entre rupture et continuité pour s'approprier leur nouveau lieu de vie et essayer de se sentir comme à la maison en EHPAD.

Or le collectif ne reproduira jamais le « comme à la maison », mais ces témoignages, qu'ils proviennent du secteur public ou privé, révèlent qu'il est fondamental de personnaliser l'espace privatif par du mobilier personnel, des photos, de donner accès à l'information comme disait un des résidents du groupe Korian : « c'est important que je sois informé, je lis le journal, je regarde les informations à la télévision, j'assiste à des débats ». Une des résidentes disait: « en arrivant on ne se sent pas tout à fait comme « chez soi », y a une coupure, alors les photos c'est important et depuis que je suis là je fais tout, je fais mes comptes, je fais mon lit, je change mes draps ». Une autre résidente rajoutait : « c'est un rétrécissement, j'avais une grande maison (...) je mets des photos et j'aimerais bien 2 pièces, une pour dormir et une pour recevoir ».

La présence d'objets personnels et le maintien du lien avec l'extérieur renforce le vécu du « chez soi » qui présuppose une appropriation de l'espace à investir comme une partie de soi, une incorporation de ce nouveau lieu à son monde interne. D'une certaine manière, il s'agit de marquer une délimitation avec le monde environnant, tant sur le plan spatial, temporel que sur le plan physique et psychique où se joue l'intimité.

L'intimité peut être conçue comme un feuillet, une zone tampon, un espace intermédiaire ou transitionnel entre l'intime, la vie sociale et la vie publique. Mais quelles limites posent à cette intimité et comment la protéger ? La question est particulièrement aiguë pour les résidents qui présentent une altération cognitive évoluant sur un versant démentiel, oubliant qu'ils ont vécu plusieurs années dans un domicile hors Institution.

Sur quel mode alors investir ce nouvel espace de vie plus vraiment intime tant dans leur quotidien que dans leur histoire de vie ? Entre espace privé et espace public, les frontières risquent de devenir floues.

A l'Institution de jouer alors le rôle protecteur pour garantir les frontières entre intime, vie sociale et vie publique quel que soit le degré de vulnérabilité. Par la formation et les groupes de réflexion éthiques, les professionnels protégeront la dignité des résidents, des plus autonomes aux plus vulnérables.

Le psychogériatre et consultant en EHPAD Pierre Charazac nous invite en 2011, à considérer le domicile selon trois angles de vue. Il possède une signification sociale, il appartient à l'actualité et à l'histoire de la personne et il incarne une valeur narcissique spécifique qui « avec le grand âge et la dépendance » implique que les murs et les objets du domicile s'assimilent de plus en plus aux enveloppes et aux contenus du corps propre ».

Ainsi, quand se pose la question du renoncement à son dernier domicile pour s'installer en EHPAD, c'est le destin du « chez-soi » qui est en jeu avec ses composantes narcissiques et identitaires.

En effet, un travail de deuil doit pouvoir s'opérer afin de permettre un nouvel investissement. Le deuil représente « un processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci<sup>18</sup>.

Mais dans quelles mesures le futur résident pourra-t-il renoncer à son domicile qui représentait son « chez-soi » ? En d'autres termes, quelles satisfactions narcissiques va-t-il pouvoir retrouver maintenant ? Le résident doit pouvoir se défaire des liens avec l'objet perdu, son « chez-soi », pour pouvoir vivre de nouveaux investissements et en créer un nouveau. Ce travail de deuil présuppose toutefois la possibilité d'une élaboration psychique, processus en perdition chez un sujet dont l'appareil psychique est en voie de délitement du fait du vieillissement et plus encore de la maladie démentielle.

Le psychologue de l'EHPAD, avec les soignants et les familles/proches est une ressource fondamentale pour favoriser les conditions à ce travail de deuil, possible même lorsque l'élaboration psychique est des plus fragiles, par des approches alternatives à l'émergence de la parole.

Le travail des professionnels, coordonné et décloisonné, doit favoriser tout processus de reconstruction suite au déménagement qui a un caractère désorganisateur puisqu'il change l'ordre des choses et la place des objets, conduisant à une réorganisation nécessaire des étayages psychiques. Il s'agit de détisser puis de retisser les fils psychiques des liens au-delà du déplacement et remplacement des effets personnels (meubles, photos, vêtements...). Car entrer en Institution c'est abandonner non seulement son « chez-soi », mais aussi son voisinage, ses relations et ses habitudes ; c'est apprendre la vie en collectivité avec d'autres personnes inconnues et dépendantes<sup>19</sup>. L'entrée en EHPAD perturbe toujours, dans des proportions variables, l'image que le nouveau résident a de lui-même, déjà mise à mal par le nouveau rôle social, stigmatisant, que l'Institution lui assigne. Bien souvent, la décision d'entrer en Institution n'a pas été anticipée par la personne elle-même, et est prononcée par un tiers, en général le milieu médical ou la famille.

Le nouveau résident se trouve donc dépossédé « de ses biens, de ses habitudes, de ses relations comme de son pouvoir et de son droit à la décision, et doit faire alors le deuil de sa propre parole »<sup>20</sup>.

Une analyse sociologique<sup>21</sup> propose une typologie des stratégies qu'adoptent les résidents d'un EHPAD pour y recréer un univers personnel.

---

<sup>18</sup> Laplanche et Pontalis, 2007, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p. 504.

<sup>19</sup> Neyret-Chompre, 2002 « Un groupe de parole en maison de retraite », *Empan*, n° 48, p. 52-56.

<sup>20</sup> Neyret-Chompre, 2002 « Un groupe de parole en maison de retraite », *Empan*, n° 48, p. 52-56.

<sup>21</sup> Mallon, 2005, *Vivre en maison de retraite – Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

Certains parviennent à rééquilibrer leur vie en s'investissant dans la vie de l'Etablissement en tant que simples usagers des activités, loisirs et animations proposés par l'Institution, voire en animant eux-mêmes des activités ou en aidant à la cuisine ou à la lingerie... Ces résidents réussissent à faire coïncider l'espace à soi dans l'Institution et l'espace collectif tout entier.

Un deuxième groupe de personnes cherche au contraire à « mener une vie personnelle au sein de la maison de retraite », l'enjeu principal étant alors la préservation de leurs habitudes et de leur espace personnel. Ici, la chambre constitue le centre du monde, le lieu d'une intimité préservée.

Un troisième profil regroupe des résidents qui peinent ou échouent à s'adapter, à se sentir chez eux dans l'Institution et à y reconstruire un monde stable. Le plus souvent, il s'agit de personnes qui y ont été placées en raison d'un handicap ou d'un accident de santé, à l'issue d'une procédure de placement vécue comme précipitée. L'incapacité à reconstruire un « chez-soi » dans l'Institution se manifeste par exemple par le refus de personnaliser la chambre et de la construire comme espace personnel ; les activités en collectivité sont refusées par rejet d'une communauté perçue comme regroupant des personnes dépendantes.

Ainsi cette dyade repère/repère qu'est le « chez-soi », ce facteur d'ordre dans l'identité du sujet âgé peut être mis en péril lors de certains déplacements souvent décidés dans l'urgence, comme de nombreuses hospitalisations ou entrées en Institution. Ces déménagements concrétisent alors l'irrévocable du temps qui passe, à travers la rupture d'anciens liens contribuant à d'autres déménagements (désorientation, déficits cognitifs). Cette effraction d'une fragile coquille constitue un traumatisme dont l'issue peut être néfaste. Une entrée en Institution, non décidée par la personne âgée, peut conduire à un pronostic létal, à moins qu'elle ne prenne plus sûrement le chemin de la détérioration mentale, autre forme de déménagement. L'entrée en Institution modifie la dynamique identitaire du résident, qui ne fait pas nécessairement sien le statut que lui assigne l'EHPAD : il s'adapte ou entre en résistance avec l'Institution.

Le plus souvent, le maintien d'une identité personnelle résulte d'une mise à distance du statut de résident par un effort de personnalisation des relations avec le personnel, destiné à prendre de court l'assignation statutaire, à nier la place de l'Institution dans la construction de soi pour y introduire la présence de tiers porteurs d'autres significations<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Mallon, 2005, *Vivre en maison de retraite – Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

Au final, peu nombreux sont les cas où le résident parvient à instrumentaliser l'EHPAD et à s'y reconstruire une niche écologique, ou à investir l'Institution jusqu'à la vivre de façon symbiotique. Le plus souvent, les résidents « échouent dans leur tentative de construction d'un « chez-soi » dans l'Institution, faute d'appropriation symbolique des lieux ». Se construire un « chez-soi » en EHPAD relève donc d'une injonction institutionnelle qui pourrait bien s'avérer une injonction paradoxale<sup>23</sup>. C'est dire toute l'importance que revêt la capacité d'accueil que doit développer l'Institution si elle veut que l'installation de ses nouveaux résidents s'effectue dans des conditions optimales.

A travers les témoignages des professionnels et des résidents, des réflexions d'auteurs, les résidents ont bien besoin de retrouver leur identité et un milieu protecteur dans lequel ils peuvent se sentir libres et continuer les liens sociaux.

Les conditions d'accueil centrées sur la personne me paraissent primordiales pour favoriser ensuite le double ancrage *repère/repaire* traduisant la dyade identité/sécurité du « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé.

Depuis l'entretien de pré-admission jusqu'à l'aménagement de l'espace intime, l'accompagnement du résident doit faire en sorte que celui-ci puisse considérer l'Etablissement comme un domicile à part entière.

Au Directeur de donner le cap et les moyens pour que professionnels et résidents puissent tendre à converger dans leurs désirs, les capacités de résilience et d'adaptation du résident étant insuffisantes pour reconstruire un nouveau « chez-soi ».

Une équipe pluridisciplinaire régulièrement formée aux problématiques du grand âge, coordonnée et décloisonnée, fonctionnant dans une organisation de travail souple en associant les familles/proches et s'appuyant sur un service d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur l'extérieur fort, sont pour moi des leviers managériaux favorables à la reconstruction d'un foyer digne pour les résidents accueillis.

Cependant le « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé doit s'articuler avec les obligations réglementaires de qualité et de sécurité pour les résidents.

---

<sup>23</sup> Mallon, 2003, « Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un "chez-soi" », *Empan*, n° 52, p. 126-133.

## **2 Comment concilier un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé avec les obligations de qualité et de sécurité pour les résidents ?**

Les Etablissements recevant du public sont soumis à des règles strictes de qualité et de sécurité au bénéfice des personnes vulnérables accueillies.

### **2.1 Les obligations réglementaires**

Garantir la qualité et la sécurité aux résidents est parfois une conciliation difficile avec la notion du « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé.

#### **2.1.1 Garantir la qualité des prestations**

« L'institution fonctionne selon des règles précises. En EHPAD, elle est subordonnée à la fonction d'hôte mais dominée par les soins à apporter à « ses » résidents. Ainsi, certains obstacles au respect de la vie privée et intime peuvent émerger : politique de sécurité, difficultés à appréhender la singularité de chaque sujet, confusion entre espace public et espace privé, non-respect ou non-reconnaissance de l'autonomie de certains résidents. Enfin, d'autres facteurs sont à prendre en compte, comme les différences de culture et de génération avec les soignants »<sup>24</sup> ; c'est pourquoi les soins prodigués aux résidents reposent sur des valeurs et une réflexion éthique qui doit être constante, outre le cadre réglementaire dans lequel les soins infirmiers, et médicaux, sont exercés.

#### **A Les soins**

La conception des soins s'appuie sur 4 postulats qui concernent l'Homme, la santé, la maladie et les soins infirmiers. Volontairement je n'aborderai pas ici les soins médicaux.

« L'Homme est un être unique qui a des attentes et des besoins biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Un être en interaction perpétuelle avec son environnement, un être responsable, libre et capable de s'adapter. Un tout indivisible »<sup>25</sup>.

« La santé est un état dynamique susceptible de variations, qui nécessite une adaptation de l'Homme à son environnement. Cet état rend apte à assumer les étapes de la vie, à en affronter les agressions et à vivre en harmonie avec lui-même.

---

<sup>24</sup> Ferreira et Zawieja, Un « chez-soi » en EHPAD ?, Cairn info, 2012

<sup>25</sup> Guide du service infirmier n°1 BO n°85-7 bis

La maladie est l'altération de l'état de santé qui se traduit notamment par un ensemble de ruptures d'ordre physique, mental et/ou social et se manifeste par des symptômes objectifs et subjectifs »<sup>26</sup>.

Les soins infirmiers ont notamment pour missions de protéger, maintenir, restaurer la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques, en tenant compte de leur personnalité dans ses composantes psychologique, sociale, économique et culturelle.

Ces missions s'appuient sur un cadre juridique (diplôme d'Etat) et éthique dont les principes fondamentaux regroupent le respect de la vie, la dignité de la personne, le droit à la citoyenneté, la prise en compte des croyances, valeurs et coutumes de chaque être humain.

L'exercice des soins infirmiers repose sur des valeurs dont les professionnels de l'EHPAD de Quintin ont retenu en priorité le respect de la dignité de la personne accueillie et, soulager la souffrance physique et mentale.

Prodiguer les soins infirmiers pour protéger ou restaurer la santé et l'autonomie sous-tend l'ensemble des relations soignants-soignés et soignants-soignants. Exercer en pleine conscience que l'Homme est un tout indivisible en tenant compte de sa personnalité, et en se rappelant constamment les valeurs professionnelles, permet d'assurer la qualité des soins aux résidents, notamment lors des toilettes, sujet hautement sensible tant au niveau sensoriel qu'intime.

Les cadres de santé, portés par le Directeur, ont à développer et suivre cette « éducation » des soignants pour assurer la dignité de chaque résident et pour prévenir les risques de maltraitance, le Directeur ayant notamment obligation de lutter contre ces risques<sup>27</sup>.

Si les soins infirmiers sont fondamentaux et sont un devoir pour maintenir l'état de santé en équilibre et l'autonomie des résidents, la configuration des lieux est tout aussi fondamentale pour assurer un « chez soi » dans le lieu de vie collectif partagé que peut-être un EHPAD.

## **B L'architecture**

La configuration des bâtiments dans lesquels évoluent les résidents est fondamentale pour assurer les relations sociales et pour se sentir « chez soi ».

---

<sup>26</sup> Dictionnaire des soins infirmiers AMIEC, 1995

<sup>27</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS

En effet, selon le degré d'accessibilité des services à l'intérieur de la structure ou l'accès à l'extérieur, les résidents seront incités, ou pas, à sortir de leur espace privatif qu'est leur chambre, indépendamment de leur degré d'autonomie.

Les établissements recevant du public sont soumis à des normes architecturales telles que la sécurité incendie, l'accessibilité dont celle aux personnes handicapées, la performance énergétique et les normes architecturales des bâtiments de France.

La sécurité incendie impose notamment une communication réglementée entre bâtiments voisins ainsi qu'une division des étages en zones isolées entre elles. La présence de personnel en nombre suffisant pour, en cas de sinistre, effectuer l'évacuation d'une zone par transfert horizontal avant l'arrivée des secours et pour exploiter le Système de Sécurité Incendie (SSI), doit être permanente<sup>28</sup>. L'installation d'un SSI sophistiqué doit être fiable reposant sur la qualité de sa maintenance (contrat d'entretien obligatoire et traçabilité), et la connaissance qu'en a l'ensemble du personnel (formation et exercices périodiques indispensables).

Les normes d'accessibilité imposent de manière générale pour les espaces extérieurs des bâtiments, qu'ils soient aménagés conformément à la réglementation relative à l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite<sup>29</sup> : les accès à l'établissement doivent être facilement identifiables (signalétique et éclairage de l'entrée principale) et clairement différenciés (entrée du public d'une part et accès logistiques d'autre part). Les parkings visiteurs doivent être aménagés en nombre suffisant et proches de l'accès principal de l'établissement. Une ou plusieurs place(s) de stationnement pour des personnes à mobilité réduite<sup>30</sup> (au minimum 2% du nombre total de places prévues pour le public) sont à prévoir à proximité immédiate de l'entrée principale. Des places de stationnement doivent être réservées au personnel de l'Etablissement et si possible au personnel médical ambulancier. Les extérieurs doivent concourir au maintien de l'autonomie des résidents (parcours d'équilibre, parcours à visée thérapeutique, ateliers de jardinage, nécessitant l'adaptation de la hauteur des jardinières aux personnes en fauteuil...).

Pour les espaces intérieurs, il sera tenu compte de l'impact financier des surfaces, tout en recherchant un équilibre entre la qualité de vie dans les espaces collectifs et les espaces privatifs. L'espace de rotation d'une personne en fauteuil roulant accompagnée d'un soignant doit être suffisant (1.9 x 1.9 m) que ce soit dans les espaces collectifs ou dans l'espace privatif.

---

<sup>28</sup> Code de la construction et de l'habitat (CCH), articles L.123-1 à L.123-4, R.123-1 à R.123-55 et R.152-6 à R.152-7, Arrêté du 19 novembre 2001 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP)

<sup>29</sup> Circulaire interministérielle DGUHC n°2007-53 du 30 novembre 2007 et ses annexes I à VIII

<sup>30</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (art. 45)

Il conviendra de rechercher l'équilibre également entre la capacité choisie par unité et les effectifs autorisés en personnel. Le cahier des charges de la CNSA relatif aux PASA et UHR impose une capacité de 12 à 14 personnes.

Le même dimensionnement sera recherché pour les unités « Alzheimer classiques ». En règle générale et quels que soient les publics accueillis, un soin particulier sera porté à la lumière naturelle (en premier jour), à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien, à l'acoustique et à la qualité de l'air des lieux<sup>31</sup>.

Les Etablissements Recevant du Public (ERP) doivent également répondre à des normes de performance énergétique. Conformément à l'article 4 de la loi Grenelle 1, la RT 2012 a pour objectif de limiter la consommation d'énergie primaire des bâtiments neufs à un maximum de 50 kWhEP/(m<sup>2</sup>.an), un chiffre modulable en fonction de l'altitude et des régions. La norme BBC de 2015 rajoute que les fuites d'air doivent être limitées à 0,6 m<sup>3</sup> pour les maisons, et à 1m<sup>3</sup> pour les immeubles. Cette limitation porte sur cinq postes principaux : l'eau chaude, le refroidissement, la ventilation, le chauffage et l'éclairage.

Si la certification HQE reste une démarche volontaire alliant impact favorable sur l'environnement et assurance d'un environnement intérieur sain et confortable, elle permet de garantir de bonnes conditions sanitaires de par la qualité de l'air et de l'eau.

Quant aux normes architecturales des Bâtiments de France, les exigences sont strictes puisque l'architecte a pour mission d'entretenir et conserver les monuments historiques qu'ils soient protégés ou non, et de veiller au respect de la qualité de l'habitat (constructions neuves et réhabilitations) aux abords des monuments historiques et dans les autres espaces protégés. Le cahier des charges est strict et aucun dirigeant ne peut y déroger. Le travail des architectes des Bâtiments de France est donc très encadré, les normes sont nombreuses et complexes, ce qui rend l'exercice difficile, et explique que parfois, la structure d'accueil des personnes vulnérables est conforme d'un point de vue réglementaire, mais insatisfaisante pour les usagers et/ou les professionnels.

Le respect de ces normes assurent la qualité et la sécurité des personnes accueillies mais restent insuffisantes pour procurer un sentiment de « chez soi » aux résidents.

Par exemple les grands espaces de déambulation internes à des constructions neuves n'offrent pas la convivialité attendue par les résidents et les proches. L'obligation d'ouvrir les lieux de vie sur des terrasses accessibles et sécurisées en étage, n'invitent pas forcément les résidents à les investir.

---

<sup>31</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle, modifié par l'arrêté du 13 août 2004; Arrêtés du 1er août 2006 et du 21 mars 2007, Code de la construction et de l'habitation; Réglementation ERP type J (arrêtés du 19 novembre 2001 et 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie).

La psychologue du CH de Quintin évoquait le déménagement du CH dans un bâtiment neuf (les résidents qui se trouvent à l'étage, pourtant très facilement accessible à l'extérieur, n'investissent pas les terrasses ni les espaces verts) : « *ils n'y vont pas, ils ne peuvent pas descendre ; ils ont la terrasse au niveau supérieur mais elle n'est pas investie ; on a un beau bâtiment mais finalement pas convivial* ». Toutefois, ces propos sont à nuancer dans la mesure où le bâtiment neuf est occupé depuis moins d'un an. Il reste à reconstruire une âme dans cette nouvelle architecture, froide de tout investissement psychique associé à des défauts de conception comme l'absence d'espaces de convivialité à l'intérieur et à l'extérieur de la structure. Certains résidents disaient : « *je préférais avant c'était plus convivial* ». Ces propos sous-entendent qu'ils avaient réussi un peu à créer un « chez soi » sur l'ancien site, devant être recréé dans ce nouveau bâtiment.

## **C L'accompagnement**

### **1) Les prestations minimales**

Dans l'accompagnement des personnes vulnérables, le Directeur de la structure d'accueil doit proposer des prestations minimales réglementaires<sup>3233</sup>.

Les prestations d'administration générales comprennent la préparation de l'entrée en Institution par l'établissement d'un état des lieux, des documents en liaison avec la famille/proches/aidants et la personne de confiance. Les prestations administratives générales comprennent également l'élaboration et le suivi du contrat de séjour ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires.

Les prestations minimales hôtelières se traduisent par la mise à disposition d'une chambre avec douche lavabo, toilettes et fluides.

L'hygiène de l'espace privatif et des parties communes est assurée tout comme la maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts. Les connectiques sont mises à disposition (Télévision, téléphone, accès internet).

L'accès au service de restauration comprend la fourniture de 3 repas, d'un goûter et d'une collation nocturne.

Le blanchissage, la fourniture, la pose, le renouvellement et l'entretien du linge plat et de toilette est assuré en interne ou par un prestataire externe.

---

<sup>32</sup> Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

<sup>33</sup> Portail national des informations pour l'autonomie des personnes âgées et de l'accueil de leurs proches

L'animation de la vie sociale propose et rend accessible les animations collectives organisées dans et hors de l'enceinte de l'Etablissement.

Se contenter de ces prestations minimales ne favorise pas le sentiment du « chez soi » ; c'est pourquoi ces obligations règlementaires doivent être enrichies.

## **2) Les prestations minimales à enrichir**

Si la mise à disposition d'une chambre qui satisfait aux besoins primaires est règlementaire, il est impératif de penser à son confort, condition *sine qua non* du sentiment d'être « chez soi ». La surface moyenne de la chambre est de 20m<sup>2</sup>, lorsque c'est possible architecturalement et financièrement cette surface peut s'étendre à 22-25 m<sup>2</sup>. Lors d'un projet architectural de reconstruction ou de construction d'un nouveau bâtiment, ces surfaces plus confortables, sont à envisager.

La luminosité, la chromatique des murs sont aussi des éléments essentiels contribuant au bien-être des résidents, outre le fait de personnaliser leur espace privatif. Des espaces communs conviviaux participent également du bien-être. A l'Institution, avec les familles/proches et les représentants des usagers, de rendre la chambre et les espaces conviviaux les plus agréables possible pour favoriser l'inclusion et l'intégration des résidents dans leur lieu de vie.

La qualité de la restauration est fondamentale. Assurer une cuisson juste et apporter de bonnes saveurs procurent du plaisir au quotidien, lors des week end et lors d'évènements spéciaux, au cours desquels des repas améliorés sont à réfléchir ; le « bien manger » procure aux résidents un plaisir oral les maintenant psychiquement vivants<sup>34</sup>.

Quant au traitement du linge, nombreux sont les EHPAD à proposer de prendre en charge l'hygiène des vêtements des résidents.

Enfin, l'animation au sein des EHPAD est règlementaire mais l'Institution doit rester vigilante quant à la passivité des personnes âgées.

Une politique forte de l'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la Cité maintient les résidents dans leurs rôles sociaux. Mettre l'accent sur la dimension projet permet aux résidents de rester acteurs de leur vie. Cette vision représente un levier fort dans la culture du « se sentir chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé.

---

<sup>34</sup> Annexe 2 V

## 2.1.2 Garantir la sécurité des résidents

Les obligations réglementaires de sécurité que sont les normes incendie, d'hygiène et alimentaire, rendent parfois difficile la construction d'un « chez soi ».

### A La Sécurité incendie

L'EHPAD de Quintin est rattaché à un Etablissement de santé et donc soumis à la réglementation incendie des Etablissements Recevant du Public de type « U »<sup>3536</sup>. Contrairement aux EHPAD autonomes où s'applique la réglementation de type « J », le « classement U » impose des règles de fonctionnement plus contraignantes comme l'interdiction de fermer les chambres à clé sauf sur dérogation du Directeur après avis du CVS et du CTE et, à moins que le personnel dispose d'un pass; l'interdiction de tout appareil électrique dans la chambre à moins d'être approuvé par le service technique mais les plaques de cuisson restent formellement interdites ; l'interdiction de fumer dans la chambre, bien que certains Directeurs l'autorisent sous conditions : le résident doit être autonome psychologiquement et en possession de ses facultés cognitives, se situer au rez-de chaussée et proche d'une sortie.

Aussi, le mobilier, les revêtements (sols, murs, plafonds), les rideaux et la literie doivent répondre à des exigences de comportement au feu.

Ces règles de fonctionnement contraignantes de type « U » doivent être explicitées dans le règlement intérieur et être expliquées aux résidents, au personnel ainsi qu'aux familles.

Bien que ces exigences en matière de sécurité incendie soient nécessaires pour assurer la protection des personnes accueillies, et engageant la responsabilité du Directeur à défaut de leur respect, elles montrent que la jouissance pleine de l'espace privatif n'est pas assurée et restreint de fait le sentiment d'être « chez soi ».

Paradoxalement cette restriction est également induite par les familles/proches, très exigeantes en matière de sécurité ; elles se montrent de plus en plus procédurières à la recherche du risque zéro et de la protection maximale de leur parent.

---

<sup>35</sup> Tetu C. Etre « chez soi » en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, réflexion menée au sein des hôpitaux locaux de Forcalquier et Banon, décembre 2009

<sup>36</sup> Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public

Cette exigence ne doit pourtant pas aboutir à une restriction injustifiée de la liberté d'aller et venir<sup>37</sup>. Le Directeur a donc la responsabilité de veiller au juste équilibre entre sécurité et liberté.

## **B La sécurité relative à l'hygiène**

Les EHPAD sont aussi soumis à des contraintes en matière d'hygiène des soins, des locaux et de l'environnement.

Les personnes âgées représentent une population fragile à haut risque infectieux. Elles souffrent souvent de plusieurs pathologies. La vie en collectivité favorise la transmission de nombreuses infections compte tenu du nombre élevé de résidents, de la multitude des activités pratiquées en commun (repas, animations...), ainsi que du fait que ce soit un lieu ouvert à de nombreuses personnes extérieures (familles, médecins libéraux, bénévoles, intervenants extérieurs...). Les 2 types prédominants d'infection en EHPAD sont respiratoires et urinaires.

Les épidémies sont également fréquentes, d'origine virale (grippe, gastroentérite), bactérienne (pneumonie) ou parasitaire (gale) ; c'est pourquoi une politique vaccinale au bénéfice des résidents et des personnels est organisée.

Si les EHPAD sont des lieux de vie, le Directeur doit mener une politique d'hygiène des soins quasi semblable à celles des Etablissements de santé afin de protéger les résidents. Les mesures sont prises en matière d'hygiène des mains (lavage et désinfection à la solution hydroalcoolique), le personnel porte une tenue professionnelle, des gants, parfois des masques, tenues semblables à celle du secteur hospitalier peu favorable au « chez soi ». Il arrive aussi que les modalités de fonctionnement aillent à l'encontre des habitudes des résidents. Par exemple des douches sont dispensées tous les jours ou systématiquement le matin alors que les résidents n'en prenaient qu'une par semaine ou le soir.

L'ensemble de l'environnement des résidents doit également répondre à des normes d'hygiène rigoureuses. Pour entretenir les espaces communs et privés, le nettoyage répond à des protocoles et méthodes de nettoyage formalisés (produits détergents et désinfectants et type de matériel à utiliser, ordre des locaux et leurs parties à nettoyer).

Cette rigueur d'entretien laisse peu de marge de manœuvre aux résidents qui voudraient s'occuper de leur chambre.

---

<sup>37</sup> Conférence de consensus organisée par l'ANAES et la FHF « liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité » 24 et 25 novembre 2004

Toutefois certains Etablissements mettent à disposition un balai, une pelle et une balayette. Le fait de disposer de ce petit matériel permet aux résidents de rester en possession de leur environnement et contribue *a minima* à se sentir « chez soi ».

L'environnement des résidents est également protégé par la mise en place d'un circuit des déchets à risque infectieux (DASRI) répondant à des normes strictes.

Enfin, le circuit de l'eau est rigoureusement contrôlé afin de prévenir la prolifération des légionelles pouvant être létale.

## **C La sécurité alimentaire**

La prévention du risque alimentaire est tout aussi fondamentale, la méthode HACCP<sup>38</sup> est mise en œuvre. Les cuisines sont régulièrement soumises à des contrôles bactériologiques effectués par des organismes indépendants ou par les services vétérinaires. Les cuisines sont donc des lieux « propres » où seuls sont autorisés les personnels habillés d'une tenue professionnelle. Si des intervenants extérieurs y pénètrent, ils doivent être protégés par un tablier, un bonnet et des chaussons, jetables.

Les résidents autonomes n'y ont plus accès pour aider à la confection des repas ou au portage des chariots dans les services comme cela se pratiquait il y a une trentaine d'années. Selon le mode de préparation des repas en liaison froide ou chaude, certaines préparations perdent en qualité gustative. Par exemple les gratins supportent mal le réchauffage en chariot.

Cette restriction d'accès aux cuisines pour les résidents peut être néanmoins partiellement compensée par l'utilisation de la cuisine de l'animation si ce service en dispose. Cependant, certains ingrédients sont proscrits comme par exemple les produits frais à base de lait cru. Les œufs frais sont en principe remplacés par des œufs liquides lorsqu'un EHPAD est rattaché à un CH. Ces restrictions ne contribuent pas au sentiment d'être « chez soi » et suscite parfois la colère des résidents. Ce paradoxe interroge sur l'accompagnement que l'on souhaite proposer aux personnes âgées.

Néanmoins, en EHPAD autonome, l'utilisation de ces produits est plus souple. Il est difficile de concevoir que les résidents utilisent des œufs liquides en bouteille lorsqu'ils participent à la confection de gâteaux, tartes et autres crêpes faits maison.

Les ressources de la cuisine de l'Etablissement et la traçabilité des produits utilisés, permet d'assurer la sécurité alimentaire.

---

<sup>38</sup> Hazard Analysis Critical Control Point : lors de la confection des repas, mise en évidence des points critiques où des risques alimentaires peuvent se présenter, définition et mise en œuvre des procédures de contrôle et des actions correctives de ces points critiques, vérification et suivi de l'efficacité des procédures mises en œuvre

Les obligations réglementaires ne se limitent pas à la garantie de la qualité des prestations et de sécurité. Elles comprennent également la qualité de l'accueil, l'exercice des droits et libertés<sup>39</sup>, la prise en soin et l'accompagnement des résidents. Des outils réglementaires et des politiques au service des personnes accueillies permettent d'impulser le sentiment du « chez soi. Quels sont-ils ?

## **2.2 Les outils permettant de recréer un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé**

Le projet d'Etablissement, le projet médico-social, la politique d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur l'extérieur ainsi que les organisations de travail sont les outils clés de la construction d'un « chez soi ».

### **2.2.1 Le Projet d'Etablissement**

Pour chaque structure ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'Etablissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'Etablissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'Etablissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Le projet d'Etablissement ou de service est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation<sup>4041</sup>.

---

<sup>39</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>40</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>41</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 – art 58 (V) relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Le projet d'Etablissement en EHPAD définit le cadre de référence de l'action des professionnels, du projet de vie et du projet de soin. Il définit les missions, les orientations, les valeurs sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur action quotidienne.

Au-delà des responsabilités juridique et financière, des contraintes et des obligations légales, la direction a également une responsabilité morale à l'égard des personnes accueillies et de leurs proches.

Le projet d'Etablissement est une contrainte par la loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale qui renforce les droits des usagers et en référence au décret d'avril 1999 relatif au conventionnement des EHPAD.

Dans ce cadre, doivent être formalisés un livret d'accueil, la Charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie, un règlement de fonctionnement, un règlement intérieur, un contrat de séjour, un projet de vie, un projet de soin, un conseil de vie sociale (CVS)<sup>42</sup>.

Le projet d'Etablissement (PE) est élaboré en concertation avec le conseil d'administration de l'établissement qui détermine les politiques, les objectifs et les missions de l'Etablissement. Le PE traite de l'histoire et du projet de l'organisme gestionnaire, du public accueilli ou suivi, de la relation avec la famille et l'entourage, de la nature de l'offre de service et son organisation, des principes d'intervention, des professionnels et des compétences mobilisées, des objectifs d'évolution, de progression et de développement.

« Le PE trace le chemin que l'on va emprunter pour 5 ans, il donne la direction dans laquelle les professionnels s'engagent, il donne le sens à l'accompagnement des résidents »<sup>43</sup>.

Si le PE est règlementaire et un outil administratif formalisé, il traduit la vision stratégique du Directeur quant à l'accompagnement des personnes accueillies dans l'Etablissement qu'il dirige.

Cette stratégie s'appuie sur les valeurs du Directeur qui guident les professionnels dans leur pratique quotidienne. Dans cette perspective de créer un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé, ma vision est d'assurer la dignité de chaque résident en maintenant ses droits et libertés et son autonomie, tout en le protégeant en lui assurant qualité et sécurité quel que soit son degré de vulnérabilité. Déclinés sur 5 ans, les moyens matériels et humains tendent vers cet objectif.

---

<sup>42</sup> [www.agevillagepro.com](http://www.agevillagepro.com)

<sup>43</sup> Directeur de l'EHPAD Les jardins de Castel (35)

## **2.2.2 Le Projet Médico-Social**

En quête d'un « chez-soi », d'un espace spécifique qui procure un sentiment de bien-être et de protection physique et psychique, il faudrait en premier lieu que puisse s'y jouer l'intimité, à l'abri de possibles effractions venant de l'extérieur.

Le projet médico-social est élaboré, outre le maintien de l'autonomie, autour de la construction d'un espace organisé permettant l'expression de la personnalité, respectant l'identité du sujet, l'exercice des habitudes et des relations avec les autres, de chaque résident.

Dans cette perspective l'équipe soignante n'a-t-elle pas à accepter certains risques et à négocier un accompagnement respectant les désirs des résidents, qui peuvent être « rester chez soi » et ne pas être transférés en bâtiment médicalisé même si cela est nécessaire ? Solution qui s'avère pourtant plus sécurisante et plus pratique pour les soignants.

Or le sentiment d'avoir bien fait son travail pour les équipes soignantes peut aussi passer par là mais nécessite de nombreux groupes de travail et de réflexion éthique. Pourtant ce travail garantit le respect de l'identité de la personne dans ce « chez-soi ».

Aussi le fait de se sentir « chez soi » dans un milieu collectif, soit en EHPAD, est de garantir la participation sociale. Or qu'en est-il de sa réelle mise en œuvre ? Les résidents sont-ils réellement acteurs voire coauteurs des projets, des dispositifs et des politiques qui leur sont destinés ? Sont-ils réellement associés au fonctionnement de l'établissement ?

Autant de questionnements à poser avec les résidents, les équipes et les familles. Le Directeur donnera alors le cap dans la construction de ce projet médico-social.

A l'heure actuelle, 4 points me semblent fondamentaux sur le chemin à emprunter par les professionnels pour 5 ans : l'accueil, le PVP, la politique d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la Cité, les organisations de travail.

### **A Les Conditions d'accueil**

Lorsque l'Institution accueille, une condition essentielle est de porter l'attention sur la mise en place d'un compromis entre la singularité de la personne et le cadre institutionnel. Il est fondamental de porter les réflexions collégiales sur les projets de soins et de vie individualisés mais également sur les moyens mis en œuvre afin de maintenir un équilibre entre le respect des libertés individuelles et les règles institutionnelles.

« Un accueil de qualité se prépare et s'anticipe. Cet accueil consiste à recevoir chaleureusement le résident et/ou ses proches dans un espace convivial.

Dans un second temps l'équipe pluridisciplinaire intervient auprès du résident et de ses proches pour faciliter son intégration : *Ecouter, observer, mettre en confiance et accompagner est la devise à adopter par tous* »<sup>44</sup>.

Cette devise s'applique aussi bien aux Administratifs, aux ASHQ, AS, IDE, animateurs, services techniques, cadres de santé, cadre supérieur de santé.

Cette culture, aujourd'hui acquise à Quintin, a été un long de travail de 8 ans mené chaque jour auprès des équipes par les cadres de santé, portée par la cadre supérieure de santé et soutenue par la Direction.

De bonnes conditions d'inclusion pour espérer une intégration du résident dépend pour beaucoup d'un accueil réussi. Pour être réussi cet accueil doit répondre à quelques règles essentielles. Anticiper, pour que les professionnels administratifs et soignants puissent préparer l'arrivée d'un nouveau résident. Instaurer une procédure de pré-admission permet de préparer le résident et ses proches à sa future venue. A Quintin, un agent administratif reçoit lors d'un premier rendez-vous, le futur résident et ses accompagnants. Un dossier d'inscription leur est remis après que les démarches à entreprendre leur soient présentées et expliquées.

Lorsque la décision est prise d'intégrer l'EHPAD, le résident et ses proches sont reçus, lors d'un second rendez-vous, par le cadre supérieur de santé ou le cadre de santé, en présence du médecin-coordonnateur.

Ils présentent les prestations et expliquent le fonctionnement de la structure. Une visite du lieu de vie est ensuite organisée. Aussi des documents de présentation de la structure d'accueil ainsi que des journaux internes sont remis au résident et à ses proches.

L'attractivité de l'Etablissement (site internet, flyers, livret de présentation, articles de presse) est également travaillée et soignée, notamment à travers le site internet de l'Etablissement, pour donner envie d'y vivre, même lorsque l'admission est contrainte. Les photos et les valeurs sont affichées, autant d'éléments qui participent à la réussite d'un accueil.

*« Plus nous pouvons travailler en amont l'arrivée d'une personne âgée en EHPAD, plus il est possible d'envisager en quoi l'entrée en Institution fait et prend sens pour chacun des protagonistes. Le sens permet de se préparer au changement généré par le placement »*<sup>45</sup>.

D'autres règles essentielles d'un accueil réussi sont formalisées par une procédure : Programmer l'arrivée de la personne afin que les professionnels soient disponibles –

---

<sup>44</sup> Groupe de travail Projet de vie EHPAD de Quintin « Accueillir/intégration », 2010-2011

<sup>45</sup> Psychologue, EHPAD Blanche de Fontarce, Châteauroux (36)

Avoir une attitude chaleureuse, prévenante pour recevoir le nouveau résident afin qu'il se sente attendu – Etre attentif à l'état d'esprit du résident, à son comportement – Veiller à s'adresser au résident en adaptant sa communication – Repérer le niveau d'information du résident : sait-il où il se trouve ? – Repérer son niveau de consentement – Préparer cette arrivée, le rôle du référent soignant est essentiel notamment dans la préparation du dossier et pour les informations qu'il va transmettre à l'équipe – s'adapter au niveau résident<sup>46</sup>.

Cette procédure d'accueil est structurée en 3 points : La rencontre, le premier contact et les présentations (1) – Un moment de convivialité autour d'une table ou dans la chambre (2) – Transmettre, organiser et planifier (3).

Le point 1 traite de la rencontre avec le résident et du premier contact avec le nouvel environnement. Pour un accueil réussi, il est essentiel que les professionnels se présentent à la personne accueillie et à ses proches en adoptant une attitude bienveillante et en leur donnant des repères : transmettre et afficher le trombinoscope dans la chambre facilite la reconnaissance des soignants. Quant au contact avec le nouvel environnement, le fonctionnement de la structure sera expliqué, en particulier celui de la chambre (TV, télécommande, points lumineux, numéros de la chambre...). Toutefois, le personnel et tout particulièrement le référent soignant, veille à ne pas surcharger d'informations le résident, sidéré par la rupture avec son domicile.

Les professionnels s'adaptent en continu aux capacités psychiques et physiques des résidents. L'EHPAD doit s'inscrire comme une « solution » dans laquelle tout le monde reste acteur et non pas comme une expérience douloureuse imposée au résident et à sa famille.

Le point 2 est fondamental à travers le rôle du référent soignant ; il accompagne le résident dans les démarches administratives et recueille les premières données sur les habitudes de vie. Le référent soignant vérifie le degré d'autonomie du résident pour adapter sa prise en soin et débiter son accompagnement. Si la présentation des différentes prestations est nécessaire, le soignant doit rester dans une écoute active et ne pas être dans un formalisme. L'humain doit être au cœur des préoccupations en allant au rythme de ce que le résident peut assimiler ce jour là. La collation de bienvenue, la présentation des voisins de chambre et des attentions particulières (carte de bienvenue, fleurs, douceurs...) permettent d'introduire de la chaleur et de ne pas bousculer le résident par le recueil des nombreuses informations.

---

<sup>46</sup> Groupe de travail Projet de vie EHPAD de Quintin « Accueillir/intégration », 2010-2011

L'empathie est fondamentale pour un accueil réussi. La Charte de Bientraitance de Quintin illustre la force avec laquelle les professionnels s'engagent dans le respect de la dignité des résidents<sup>47</sup>.

Le point 3 traite de l'importance de transmettre les informations aux différentes équipes soignantes qui se relaient dans la prise en soin. Un travail transversal avec les équipes de nuit et les animateurs permettra de coordonner leurs actions pour un accompagnement personnalisé du résident.

## **B Le Projet de Vie Personnalisé (PVP)**

L'accompagnement personnalisé est formalisé par un Projet de Vie Personnalisé, outil de la loi du 2 Janvier 2002. Si cet outil est règlementaire il doit cependant aller au-delà d'une simple procédure. Le PVP garantit la reconnaissance de la singularité et le respect de la dignité de chaque résident. Les professionnels doivent s'en saisir pour le faire vivre afin de permettre au résident de rester acteur de sa vie par le maintien de son autonomie pour une bonne qualité de vie au quotidien.

### **1) Le contenu règlementaire**

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, pose l'obligation légale, pour les établissements sociaux et médico-sociaux de réaliser un projet personnalisé pour chaque résident. L'arrêté relatif aux EHPAD du 13 Août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999, fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, mentionne un «projet personnalisé» pour chaque résident présentant une détérioration intellectuelle, afin de déterminer les activités visant à maintenir ses capacités relationnelles. Ce texte précise essentiellement la qualité de la prise en charge qui repose sur le « respect de la personne, de ses choix et de ses attentes, pour l'aider à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique »<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Charte de Bientraitance, les dix engagements respectueux envers le résident, Groupe de travail « Droits, libertés et sécurisation du résident », octobre 2016, Annexe 4 IX

<sup>48</sup> Sampaio Sacadura Carla, *Projet de vie personnalisé Mise en place d'un référent* Diplôme Universitaire d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD et SSIAD, Année universitaire 2014- 2015

Selon l'ANESM, le projet personnalisé est constitué par la démarche et les procédures permettant de confronter les analyses et les attentes des personnes, de leurs proches ainsi que celles des professionnels ; cette démarche, entamée dès la pré-admission, se poursuit tout au long du séjour. Le document formalise les informations aux principales étapes de la démarche : objectifs, modalités de mise en œuvre, suivi et évaluation. Le projet personnalisé intègre les différents volets de l'accompagnement : vie quotidienne, sociale, citoyenne, soins, soutien psychologique, accompagnement de fin de vie...

La maladie, la perte d'autonomie, la période de fin de vie n'empêchent pas le projet personnalisé, car les personnes continuent d'avoir des sensations et des sentiments, des attentes, des souhaits, des envies. Le projet personnalisé permet de poser clairement les termes de la négociation dans l'accompagnement entre le respect de la liberté de choix des personnes accueillies et la mission de protection des personnes par l'institution.

La démarche consiste en un recueil des attentes des personnes, et souvent, de leur famille ; une évaluation des besoins et des réponses possibles par les professionnels ; une première réunion de projet permettant de poser des objectifs et des modalités d'accompagnement validés par la personne ; des réunions régulières d'équipe pluriprofessionnelle, ciblées sur les faits saillants ; une évaluation et une révision du projet personnalisé au moins annuelle et/ou lors de modifications importantes de la situation de la personne.

Le PVP permet d'organiser l'expression de la personne et de ses proches. Parfois, les personnes elles-mêmes sont nettement moins consultées que leurs familles. Il convient donc de rappeler que ce sont elles les usagers. Cette participation à son propre projet est un droit pour la personne, et non une obligation. En revanche, c'est une obligation pour les professionnels d'inviter la personne à participer aux différentes décisions qui vont émailler son séjour<sup>49</sup>.

## **2) Le contenu personnalisé**

La personnalisation est la prise en considération du caractère propre et singulier de chaque résident en se nourrissant de son histoire, de son vécu, en respectant ses habitudes de vie, en suivant, dans la limite du fonctionnement collectif, ses désirs et son évolution. Le résident est acteur de sa vie, les professionnels ont la responsabilité de l'accompagner afin qu'il le reste. L'accompagnement se fait par l'ensemble des professionnels (soignants, psychologue, animateurs) dans l'interdisciplinarité, voire la transversalité, à chaque étape de sa vie. Il est d'abord une personne avec un chemin de vie et des projets, avant d'être un résident<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet1)  
De l'accueil de la personne à son accompagnement, décembre 2010

<sup>50</sup> Projet de vie EHPAD de Quintin 2011-2015

Les objectifs principaux du PVP vont être de préserver et de maintenir l'autonomie de la personne âgée dépendante ou non, afin de pouvoir lui assurer une qualité de vie en prenant en compte ses besoins en soins et socioculturels. Il est bien dit dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée que la qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral de la personne doivent constituer l'objectif constant, quel que soit le lieu d'accueil.

Il s'agit pour le résident de trouver sa place au sein de l'EHPAD et de s'adapter à cette nouvelle vie : « La personnalisation va passer par le questionnement du sujet sur sa possibilité de s'adapter à son environnement autant que dans les moyens donnés à la structure de s'adapter à la personne. Pour cela, ce projet va permettre de garder autant que faire se peut les habitudes de la personne âgée en tentant un consensus du côté institutionnel (collectif) et du côté du résident (individuel). « Il permet à l'équipe pluri-professionnelle de mieux connaître la personne âgée, de suivre son évolution, de transmettre des informations la concernant et de valoriser chaque acteur. Les projets de vie personnalisés comprennent les objectifs concrets et réalistes évalués une fois par an au minimum »<sup>51</sup> concernant les aptitudes à communiquer et à être en relation avec les autres, les activités de la vie quotidiennes (toilette, habillage/déshabillage, repas/goûts/dégoûts, se déplacer, dormir), la vie sociale, la personnalisation du lieu privatif, la gestion des objets personnels (argent, objets de valeur, documents administratifs), la religion/spiritualité, les dernières volontés.

Le PVP est élaboré par le référent soignant avec le résident et ses proches en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Si le référent soignant est un interlocuteur privilégié il n'est pas l'unique. Le PVP est validé par le résident ou son représentant en cas d'incapacité cognitive. S'il est refusé un nouveau PVP est élaboré.

### **C La politique d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la Cité**

Plus que de simples occupations des résidents, le service d'animation idéalement décloisonné, travaille en étroite collaboration avec l'équipe soignante ; les animateurs peuvent intervenir dans la prise en soins pour apaiser certains résidents. Les réunions de travail autour du soin impliquent à la fois les soignants mais également les animateurs représentés par la coordinatrice du service (fonctionnement du CH de Quintin). L'implication des soignants dans les actions d'animations permet de sortir d'une approche hospitalo-centrée pour évoluer vers un réel accompagnement de vie.

---

<sup>51</sup> Sampaio Sacadura Carla, *Projet de vie personnalisé Mise en place d'un référent* Diplôme Universitaire d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD et SSIAD, Année universitaire 2014-2015

Pour tendre vers un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé, l'animation deviendra une réelle politique de la vie sociale avec ouverture sur l'extérieur et la ville. Pilier du projet d'Etablissement, cette politique fera vivre le projet de vie (PVP, projet de vie sociale, animation, participation sociale) en faisant le lien avec l'ensemble des professionnels et en impulsant une harmonisation des pratiques pour répondre aux besoins, souhaits et habitudes de vie des résidents. Le projet « animation » vit à travers les Commissions d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur l'extérieur, au même titre que les instances réglementaires de l'établissement (CA/CS, CVS, Commissions des menus...).

A Quintin « l'animation crée une dynamique qui donne une âme à la structure. Elle contribue à conserver l'identité propre des résidents au sein de la vie collective. Elle permet aux personnes âgées accueillies de se projeter dans l'avenir. La diversité du potentiel humain et matériel de l'Etablissement est mise au service du résident. La volonté des animateurs est de rendre acteur le résident en lui proposant différents projets d'activités en tenant compte de ses capacités pour répondre au mieux à ses besoins, attentes et désirs. Ces projets d'activités permettent d'entretenir des liens avec la famille, la société pour favoriser le maintien de la vie sociale et l'ouverture sur l'extérieur »<sup>52</sup> ; c'est pourquoi le service d'animation organise des projets internes et externes à la structure. Après avoir formalisé le projet d'animation en y incluant les partenariats avec des associations, des écoles ou des intervenants thérapeutiques, les animateurs favorisent la communication des actions en interne dans le dossier de soins des résidents et en externe en publiant dans la presse. Ces actions permettent de faire évoluer l'image des structures d'accueil pour personnes âgées. Impliquer l'équipe pluridisciplinaire et les familles/proches dans les actions d'animation permet bien sûr aux résidents de maintenir leurs liens sociaux mais, renforce également l'estime de soi par la valorisation de leurs acquis, leurs savoirs et leur histoire de vie. Rendre acteurs les résidents à travers les activités d'animation permet de préserver leur autonomie, d'entretenir leurs capacités, de renforcer leur sentiment d'utilité et le désir de participation. L'animation est très importante dans les structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes. Elle permet d'atténuer les deuils occasionnés lors de l'entrée en Institution (perte des repères, bouleversements des relations sociales, familiales...). L'animation comme médiation, permet aux résidents de s'approprier leur nouveau lieu de vie et de se projeter dans l'avenir.

---

<sup>52</sup> Projet de vie EHPAD de Quintin 2011-2015

## **D Les organisations de travail**

Très imprégnées de la culture sanitaire, les pratiques professionnelles gagneront à évoluer de l'hospitalo-centrisme en partie expliqué par les formations aux soins techniques, vers un accompagnement de vie, une véritable culture à impulser par une dynamique projet.

Le lien entre les soignants et les animateurs prend tout son sens, il est à développer, renforcer et consolider. Pour répondre du mieux possible aux habitudes de vie des résidents et pour leur apporter un bien-être, les personnels soignants gagneront, également pour leur bien-être, à évoluer d'une activité professionnelle par tâche vers une activité d'accompagnement. Les professionnels ne resteront plus dans la simple exécution de tâches bien délimitées dans une fiche de tâches, ils s'adapteront aux possibilités du résident au moment présent. Cette souplesse d'exercice telle que par exemple réaliser une toilette l'après-midi au lieu du matin; modifier le jour des douches; réaliser un soin infirmier l'après-midi qui était prévu le matin... permet de préserver la conscience des personnels qu'ils sont au service du résident. Cette vision centrée sur l'accompagnement permet de donner ou de garder le sens au travail.

La vision « projet d'accompagnement » n'est pas innée, il s'agit d'un long travail d'acculturation. La formation, les groupes de réflexion, les recadrages, portés par les cadres de santé et soutenus par la Direction, permettent d'inscrire les soignants dans une culture centrée sur la personne, le vocable Accompagnement prenant tout son sens. Les professionnels développeront un savoir-être bienveillant centré sur une vision globale de la personne accueillie.

Si les outils de la loi du 2 Janvier 2002 sont une avancée majeure dans la qualité et la sécurité des résidents, contribuent-ils pour autant à se sentir pleinement « chez soi » ? Si ce concept suppose une forte dimension psychique et que certains résidents ne recréeront jamais un « chez soi », il est néanmoins intéressant de suivre des pistes pour contribuer ou renforcer ce sentiment dans un lieu de vie collectif partagé subjectivement non choisi.

### **3 Renforcer le sentiment du « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé**

Le sentiment du « chez soi » peut être renforcé en développant une politique d'Etablissement centrée sur une vision pleine de l'accompagnement des résidents à l'intérieur et à l'extérieur de la structure d'accueil.

### 3.1 Une vie interne à la structure d'accueil

L'accompagnement du résident reposera sur une culture projet au bénéfice des professionnels et des résidents, ainsi que sur des organisations de travail adaptables.

#### 3.1.1 Développer la culture projet pour les soignants

«Les aides-soignants (AS) et les agents de service hospitaliers (ASH) ont une vision de leur rôle souvent restreinte à la satisfaction des besoins corporels, leur activité étant perçue comme une succession de tâches à accomplir s'expliquant en partie par leur formation sanitaire où l'approche technique du soin prédomine. La personne âgée est placée en objet passif de soins et non en tant que partenaire de la relation. De ce travail, où le rythme du patient est peu pris en compte, le personnel AS et ASH peut ressentir un sentiment d'insatisfaction»<sup>53</sup> ; c'est pourquoi il est nécessaire d'amener les soignants à une « culture projet » afin de donner ou redonner du sens au travail. Il s'agit de décentrer les soignants de l'exécution simple des tâches pour mieux accompagner le résident car « le manque de culture médico-sociale fragilise et isole les personnes<sup>54</sup>. Or à tout âge il est possible d'acquérir et de progresser, même dans la vulnérabilité. Les désirs sont toujours présents bien que parfois enfouis. L'Institution a la responsabilité de maintenir ou potentialiser ces possibilités en s'inscrivant pleinement dans une vision d'accompagnement.

La culture projet commence à mon sens par faire connaître mieux l'établissement aux soignants en leur expliquant ou rappelant, par exemple une fois par an, les attendus d'un EHPAD en s'appuyant sur le cadre réglementaire.

---

<sup>53</sup> Cairn info : *Le respect de la personne âgée dépendante en institution* par Michel Bauer, 2005, Infirmier référent, EHPAD du centre hospitalier de La Ciotat (Bouches-du-Rhône) diplômé d'études supérieures spécialisées en gérontologie et ingénierie sociale de Marseille

<sup>54</sup> TETU C., 2009. *Etre chez soi en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, réflexion menée au sein des hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon*, Mémoire, EHESP, promotion 2008-2009, Audit réalisé à l'hôpital local de Forcalquier en 2007

Les missions, les valeurs, la vision stratégique du Directeur et les évolutions du secteur médico-social seront exposées en séance plénière ou en groupe restreint dans les unités de vie suivant la configuration de la structure d'accueil, afin de rappeler que tous les professionnels sont au service de la personne accueillie, personne âgée en l'occurrence, qui ne fait que poursuivre sa vie d'adulte sous-entendant qu'elle a une trajectoire de vie reposant sur une histoire et des habitudes de vie. En prendre conscience ou raviver cette conscience permet de ne pas perdre le sens du travail accompli.

La culture projet dans le sens où « j'accompagne une personne âgée dépendante dans le respect de sa dignité » (respect des Droits et libertés, répondre le mieux possible aux habitudes de vie, aux volontés et aux désirs tout en assurant protection), se construit également sur une représentation positive du vieillissement. Changer le regard sur la personne âgée passe par la valorisation de ses possibilités physiques, psychiques, sociales et culturelles. La mise en place ou la continuité des groupes de réflexion éthique et l'organisation de groupes de paroles animés par un psychologue spécialisé en gérontologie ou encore des jeux de rôle organisés par des troupes théâtrales comme par exemple *Le Bataclown*<sup>55</sup>, concourent à mieux concilier la rencontre entre la manière dont la vieillesse est vécue par chacun et la manière dont elle est socialement représentée. « L'approche du *Bataclown* est adaptée pour répondre à la demande d'entreprises et d'Institutions désireuses de développer l'empathie, l'ajustement, la communication, l'humour, l'esprit d'équipe, le potentiel créateur des salariés »<sup>56</sup>.

La culture projet se développe aussi à partir du plan de formation annuel de l'Etablissement qui inclut des formations ponctuelles et spécifiques aux problématiques du grand âge pour les soignants et l'équipe d'animation comme La nutrition, Les soins palliatifs, Faire face à la mort, La sexualité des personnes âgées, La toilette évaluative... et des formations plus longues comme La Bienveillance, démarche répondant à une prise en charge globale du patient ou de l'usager et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance. La promotion de la Bienveillance est un enjeu majeur pour le système de santé aujourd'hui. Elle favorise l'implication des usagers dans leurs soins, dimension centrale de la qualité et de la sécurité des soins ; la qualité de vie au travail en se centrant sur le sens du travail ; le développement de la démocratie sanitaire<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> <http://www.bataclown.com/> Les Bataclowns, pour les professionnels de l'éducation, de la santé, des milieux de soins, de l'animation dans le cadre des OPCA (formation permanente)

<sup>56</sup> <http://www.bataclown.com>

<sup>57</sup> Haute Autorité de Santé, Promouvoir la Bienveillance

D'autres approches comme Humanitude, Carpe Diem, l'Haptonomie, ou la méthode Montessori centrées sur le respect de la dignité et le maintien de l'autonomie, dispensées tous les ans, renforcent la culture projet.

Humanitude est une approche des soins fondée sur l'adaptation du soignant au patient, qui doit toujours être considéré comme une personne.

C'est aussi une philosophie du lien, du soutien et de l'accompagnement dans laquelle chacun est considéré comme quelqu'un d'autonome à vie, qui peut faire ses propres choix et sait ce qui est mieux pour lui. Il s'agit d'une méthodologie fondée sur un certain nombre de principes comme le regard, tendre ; la parole, indispensable lors de l'exécution d'un soin même si le patient ne peut répondre ; le toucher est également un appel d'Humanitude comme «confirmation de notre présence au monde», particulièrement important lorsque la parole n'est plus là ; la verticalité, la station debout est celle qui distingue l'humain : les bénéfices sont tant psychologiques que physiques pour la personne, et ce à tout âge. Une personne âgée peut et doit vivre «debout». Le sourire est considéré comme essentiel dans cette philosophie du soin qui est enfin régie par un principe de Bientraitance fondamental : le « zéro soin de force<sup>58</sup>.

L'approche Carpe Diem accorde la priorité à la relation humaine, à l'écoute des personnes et à la compréhension de leurs besoins spécifiques. Cette approche mise sur les forces et les capacités des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Il s'agit d'une approche centrée sur la mise en confiance entre l'aidant et l'aidé. La relation de confiance est une relation dans laquelle une personne fournit à une autre les conditions nécessaires à la satisfaction de ses besoins fondamentaux et à la mise en place d'un climat favorable à sa réalisation personnelle. « Malgré des atteintes intellectuelles graves, la personne vivant avec la maladie d'Alzheimer demeure en relation affective intense avec son entourage. Elle doit, par ailleurs, avoir la possibilité de se sentir utile et acceptée, ce qui lui permettra de vivre un sentiment de satisfaction à travers des interactions sociales et une maximisation de son autonomie. Pour ce faire, la personne doit pouvoir compter sur l'acceptation inconditionnelle, la compréhension empathique et la considération positive de son entourage, qui sont toutes au coeur de l'accompagnement proposé à Carpe Diem »<sup>59</sup>.

L'Haptonomie se décrit comme une « science de l'affectivité par le toucher. Elle instaure un échange affectif rassurant et bénéfique entre le soignant et le résident.

---

<sup>58</sup> [www.humanitude.fr](http://www.humanitude.fr)

<sup>59</sup> Fondation Maison Carpe Diem Canada

Adaptée à tous les domaines du soin et de la santé, l'approche thérapeutique de l'haptonomie valorise le contact, la relation... ce qu'il y a de plus humain en nous. Le toucher est le sens de l'affectivité, de l'amour, celui qui rassure.

Il est celui par lequel passe notre besoin très humain de contact, il est notre sens social par excellence.

Pour les personnes résidentes des EHPAD, le toucher de l'haptonomie, permet de retrouver cette sensation unique d'être bien présent dans le monde, et surtout, d'être bien en vie.

« Par les techniques d'haptonomie, le personnel soignant peut instaurer une relation de collaboration, de réciprocité, autour des gestes du quotidien, des soins, ou encore des activités. Sentir un soutien, c'est aussi essentiel pour les personnes en fin de vie, pour qui l'haptonomie représente un guide, un vrai rappel de son existence : la vie est encore là »<sup>60</sup>.

La méthode Montessori conçue pour des enfants a été adaptée par le Pr Cameron Camp pour les personnes ayant la maladie d'Alzheimer. Cette méthode propose un accompagnement de ces personnes en se fondant sur des idées humanistes fortes et en particulier sur trois valeurs indéfectibles : le respect de la personne (qui elle est et quels sont ses choix), de sa dignité et un principe fondamental d'égalité. L'élément central est de réattribuer à ces personnes le contrôle sur leur vie à travers notamment les notions de choix et de liberté pour leur permettre de retrouver progressivement une dynamique active et positive. « La méthode Montessori redonne le contrôle sur ce que vivent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par des choix proposés tout au long du quotidien, en s'appuyant sur leurs capacités »<sup>61</sup>.

Une meilleure connaissance de l'Etablissement et la formation régulière des soignants à la dynamique projet d'accompagnement, permet aux professionnels d'intégrer que le résident reste une personne avec une histoire de vie et qui continue sa vie d'adulte en ayant toujours des désirs et des projets. Cette vision qui deviendra progressivement une représentation interne et une culture dans l'Etablissement, permet aussi de valoriser le travail des soignants auprès de la personne âgée qui n'est pas considéré comme gratifiant à l'inverse du travail réalisé par le personnel paramédical hospitalier dit « technique ». Former les soignants en les amenant ou en renforçant la culture de l'accompagnement centré sur la personne les amènera à intégrer une vision bienveillante pour le bien-être du résident.

---

<sup>60</sup> *L'haptonomie ou la science de l'affectivité* » dans Hop, le magazine d'information de la MNH, n°192 mai, 2016

<sup>61</sup> *Troubles cognitifs des personnes âgées : la méthode Montessori, à la recherche des capacités préservées*, EHPADIA, juillet 2016

Se décentrer des tâches à accomplir pour intégrer une réelle vision d'accompagnement est source de motivation et donc de qualité de vie au travail parce que les soignants sont placés dans une perspective d'avenir, parfois restreint, pour les résidents. Cette vision permet de donner ou de garder le sens du travail, il en découlera un respect renforcé de la dignité des personnes vulnérables et une meilleure réponse aux habitudes de vie des résidents contribuant au sentiment d'être « chez soi ».

### **3.1.2 Développer la culture projet pour les résidents**

Afin que les résidents puissent s'approprier l'Etablissement comme un lieu de vie, je préconise de créer des groupes de résidents autonomes référents de chaque unité de vie, qui portent la parole des autres résidents quant à leur vie quotidienne.

Par exemple la qualité des repas (saveurs et quantités), le confort de l'espace privatif (ampoules à changer, accrochage de tableaux et de photos, mobilier à réparer ou à déplacer...), le renouvellement du mobilier, seront portés par les groupes référents auprès des soignants et de la Direction. La constitution de ces groupes sera démocratique par appel à candidature et élection. Les groupes de résidents référents seront institutionnellement reconnus et portés à la connaissance des différentes instances et des familles/proches.

Ce modèle permet aux résidents de s'inscrire pleinement dans la participation sociale et de véritablement co-décider avec les professionnels des politiques qui leur sont destinés. Il existe certes le CVS où les résidents peuvent s'exprimer, directement ou par la voix de représentants des usagers, mais cette instance reste formelle et ne libère pas la parole des résidents. Pour favoriser l'émergence de la parole, l'animatrice-coordinatrice de l'EHPAD de Quintin a mis en place une sous-commission dans le cadre de la commission de préparation du CVS qui s'intitule « *Y en a marre !... de quoi ?* ». Ici les résidents s'expriment plus facilement mais leur parole reste confinée dans cette instance et est portée lors du CVS par l'animatrice-coordinatrice. Les résidents ne s'expriment donc pas directement et restent dans le formalisme.

Or les groupes de résidents référents s'exprimeront directement auprès des soignants et de la Direction dans une relation de proximité. Lors d'un renouvellement de mobilier par exemple, les résidents choisiront directement avec le responsable Achats le type, la forme et la couleur du mobilier qui leur sont destinés, après avoir consulté l'ensemble des résidents de l'unité ou leurs représentants légaux. Ces choix sont ensuite portés au CVS et autres instances.

Ce modèle de fonctionnement permet d'impliquer fortement les résidents dans la vie de l'Etablissement en étant pleinement acteurs et véritablement co-décideurs dans leur lieu de vie concourant à créer un « chez soi ».

Recréer une vie de quartier au sein de l'Etablissement est une autre piste pour tendre vers un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé. Donner la possibilité aux résidents de se retrouver dans un espace commun aménagé spécifiquement pour eux dans une ambiance bistrot crée une atmosphère chaleureuse et familière. Ce lieu serait aménagé dans un décor citadin ou villageois suivant la localité du lieu de vie. Ce « bistrot » serait ouvert aux familles et proches et pourquoi pas aux citoyens.

Il serait géré dans la gestion courante et quotidienne par les résidents et leurs proches (distribution des boissons et collations, rangements, nettoyage, vaisselle). En revanche, la gestion financière et logistique serait portée par une association locale.

Plus modestement l'installation de salons de convivialité dans des espaces plus restreints que les salles à manger, joliment aménagés avec du mobilier de couleur, aux revêtements chaleureux et doux, décorés de bibelots et fleurs, permettraient de retrouver un « chez soi » où seront accueillis les proches, d'autres résidents, avec qui seront partagées une boisson et des douceurs comme cela se faisait au domicile.

Aussi, associer plus fortement les familles à toutes les étapes de l'inclusion des résidents renforcerait le sentiment du « chez soi ». Lors de l'accueil du résident dans son nouveau lieu de vie (pré-admission et admission), le résident et ses proches recevraient le même niveau d'information cependant adaptables au résident, sans confondre la personne accueillie avec sa famille ou ses proches.

Les familles seraient plus impliquées dans la vie de l'Etablissement par une communication régulière à leur intention sur les prestations et les projets en cours au bénéfice des résidents (prise en soin, achat de mobilier, aménagement paysager...). Les journaux internes permettent de diffuser ce type d'information mais reste générale et n'est pas spécifique de chaque résident. Le Directeur peut aussi organiser une réunion trimestrielle après un CVS par exemple, destinée aux familles afin de les informer des projets en cours, dans une atmosphère conviviale en organisant un goûter.

En outre, les familles seraient invitées aux voeux du Directeur lorsqu'il les présentera aux résidents.

Pour des évènements singuliers le Directeur mettrait à la disposition des familles la cuisine de l'animation et la salle polyvalente (si elles existent) pour organiser des repas de famille réguliers (repas du dimanche en famille), des fêtes de familles comme des anniversaires de mariage ou autres occasions spéciales.

L'association forte des familles aux projets de l'Etablissement au service des résidents permet de valoriser l'image de l'EHPAD et de la personne âgée dépendante.

Associer plus fortement les proches constitue aussi un levier contre les incompréhensions, les revendications voire les plaintes, car les familles ont une meilleure connaissance de l'Etablissement et de ce qui est réalisé pour le bien-être de leur parent.

### **3.1.3 Des organisations de travail adaptables**

Dans les services de gériatrie, le travail est particulier. Il va entraîner une charge mentale importante pour l'équipe qui devra assurer une présence et une disponibilité continue.

Le dialogue entre les membres du personnel étant parfois restreint, l'émotion n'a ni le temps, ni l'espace pour s'exprimer, les moments d'isolement pour la réflexion étant rares également. Alors le personnel, avec cette lourde charge va peut-être présenter ce qui est appelé l'épuisement professionnel ou *burn-out*.

Ce phénomène, outre un risque de maltraitance, fait perdre de vue le sens du travail construit par la culture projet.

L'épuisement professionnel est un syndrome qui survient à la suite d'une pénibilité du travail. Il y a plusieurs facteurs tels que l'ambiance d'équipe, les conditions de travail difficiles avec une pénibilité physique, un manque de soutien entre collègues et de par la hiérarchie, des horaires insatisfaisants. « La première dimension est la déshumanisation de la relation à l'autre ou la perte d'empathie. Pour se protéger, le soignant met une distance avec l'autre, la personne soignée est réduite à un numéro de chambre voire à un organe dont on s'occupe. Le patient est traité comme un objet.

La seconde dimension recouvre l'épuisement émotionnel tant physique que psychique. Le soignant se sent vidé intérieurement et ressent des difficultés à entrer en relation avec l'autre. Le repos n'atténue en rien sa fatigue, son malaise peut se traduire par des attitudes explosives (crises de larmes, colère), une froideur, un désintérêt, un hypercontrôle de ses émotions par réaction de défense.

La troisième dimension est le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel. Elle est la conséquence des deux premiers symptômes et fait souffrir le soignant qui éprouve un sentiment d'échec douloureux. Celui-ci réalise qu'il ne fait plus du bon travail ; il commence à ressentir des frustrations, à se dévaloriser, à culpabiliser et à être démotivé. Il peut alors avoir deux attitudes : la fuite avec un absentéisme répété, un manque de rigueur, des attitudes inadaptées envers le patient ; ou bien un acharnement au travail sans pour autant être efficace »<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Cairn info : *Le respect de la personne âgée dépendante en institution* par Michel Bauer, 2005, Infirmier référent, EHPAD du centre hospitalier de La Ciotat (Bouches-du-Rhône) diplômé d'études supérieures spécialisées en gérontologie et ingénierie sociale de Marseille

Des organisations de travail plus souples et moins hospitalo-centrées telles qu'un ordre bien établi dans l'exécution des tâches à accomplir (toilette le matin, soins infirmiers le matin...) contribuerait à prévenir les risques psycho-sociaux et à mieux accompagner le résident dans son parcours de vie.

Elargir le rôle des référents soignants introduirait de la souplesse dans les organisations de travail.

De par la fonction d'interlocuteur privilégié dans l'élaboration du PVP avec le résident et ses proches, le référent soignant connaît ses besoins, envies et projets ; la fonction du référent pourra être élargie à la coordination des membres de l'équipe soignante, outre l'action en amont de l'admission ; entre les deux rendez-vous de pré-admission le référent soignant eut se rendre au domicile du résident avec le médecin coordonnateur afin de mieux le connaître, se familiariser avec son environnement et faire connaissance avec ses proches, ce qui pourra faciliter l'élaboration du PVP.

Puis, lorsque le résident est accueilli dans son nouveau de lieu de vie, de par la visibilité privilégiée des habitudes de vie mentionnées dans le PVP, le référent soignant élaborera pour les autres soignants, un plan de tâches à réaliser et fera le lien entre les différentes équipes du matin, de l'après-midi et de nuit. Définir pleinement ce rôle de coordination du référent soignant le responsabilise et permet aux équipes de sortir d'une action routinière puisque les tâches accomplies seront adaptées à l'accompagnement personnalisé qui est une dynamique, c'est-à-dire ce qui est préconisé sur une période sera différent à d'autres temps.

Cette souplesse d'activité, permet de placer naturellement les équipes soignantes dans une organisation de tâches diversifiées puisqu'elles s'adapteront aux besoins et envies des résidents au cours de la journée ou au cours de périodes plus longues. Par exemple, un résident ayant besoin d'aide, qui d'habitude se lève tôt et souhaite que sa toilette soit réalisée tôt le matin, mais qui un jour de la semaine souhaite rester couché tout en prenant son petit-déjeuner, le soignant réalisera la toilette plus tard, voire l'après-midi, et s'occupera de préparer le petit-déjeuner ou aidera le résident à mettre en ordre sa chambre. Cet exemple simple et pragmatique illustre le fait que les tâches des soignants peuvent être inversées. Elles pourront également être transversales en associant les soignants au projet d'animation et de la vie sociale en participant à l'élaboration des activités et à l'accompagnement des résidents lors des sorties. Un lien renforcé entre équipes soignantes et équipe d'animateurs concourent à des tâches transversales et décloisonnées dans l'accompagnement des résidents. Les Assistants en Soins Gériatriques (ASG) ayant une formation à la fois technique et plus centrée sur la relation humaine que les AS ou les ASHQ, sont déjà dans cette dynamique.

Un exemple de tâche transversale et coordonnée est la participation des ASG voire d'un animateur à la toilette d'un résident pour qui ce moment est compliqué. La formation à la relation humaine renforcée, apaise le résident et le soin sera plus facilement réalisé. Pour un accompagnement bienveillant, l'ensemble des professionnels doit concourir aux soins prodigués. Cette culture est portée par les cadres de santé et soutenue par la direction qui formalisera cette approche dans les fiches de postes où seront actées la diversification et la transversalité des tâches.

Des organisations de travail plus souples, moins empreintes de la culture sanitaire, n'impliquent aucun coût financier mais un coût humain. La souplesse dans le travail suppose que les soignants sortent de leur zone de confort. Néanmoins cet effort permet de diversifier les tâches des soignants et de les inscrire dans une approche transversale. Cette vision concourt à lutter contre l'épuisement professionnel par une diminution du fardeau physique et émotionnel. La qualité de vie au travail s'en trouve améliorée.

De plus, cette approche coordonnée, transversale et décloisonnée permet de répondre en partie à des impératifs d'effectifs reposant sur des ratios minimaux de personnels.

Enfin, des compétences transversales et décloisonnées répondent à une adaptation aux habitudes de vie des résidents, fondement du sentiment d'être « chez soi ».

### **3.2 Une vie ouverte sur l'extérieur et la Cité renforcée**

Un animateur disait : « l'Institution coupe de l'extérieur » ; c'est pourquoi il est fondamental que l'Etablissement soit ouvert sur la Cité dans un double sens.

#### **3.2.1 Une ouverture à double sens : intérieur-extérieur**

Les résidents doivent pouvoir sortir de leur lieu de vie, à la fois dans les espaces verts si le lieu de vie en dispose, et à la ville. Mais l'extérieur doit aussi s'introduire dans le lieu de vie des résidents.

##### **A L'intérieur sort**

Afin de se sentir « chez soi », le Directeur veille à ce que son Etablissement soit accessible à l'extérieur notamment aux espaces verts s'il en est doté. Une signalétique efficace, repérable de tous est la première étape dans l'accessibilité. Parfois la signalétique est esthétique mais peu fonctionnelle et non adaptée aux résidents.

C'est le cas pour le CH de Quintin bien que le bâtiment soit neuf. Le CH est configuré sur 2 niveaux en carré où l'on s'y perd. Les pancartes de signalisation sont conçues avec des couleurs non repérables et au format d'écriture trop petit pour des personnes âgées qui plus est sont atteintes de troubles cognitifs. Une piste de progression est d'associer les résidents plus étroitement au projet de construction, de rénovation ou de restructuration de l'établissement. Les groupes de résidents référents des différentes unités de vie tels que décrits précédemment, y ont leur place.

Les espaces verts sont rendus conviviaux et agréables par un aménagement paysager de fleurs, d'herbes, d'arbres et d'arbustes. Certains massifs sont ombragés sous lesquels sont installés des salons de jardins conviviaux de couleur et de matière différente (bois, métal, plastique, tissu). D'autres massifs sont plus exposés, jalonnés de bancs et de chaises. Des endroits à thème pourront être créés (romantique ou pédagogique en y installant des plantes et herbes médicinales par exemple).

Des bassins à poissons ou des fontaines apaiseraient les résidents et leurs proches.

Une aire de jeu rendrait attractives les visites pour les petits enfants qui accompagnent les proches des résidents. Enfin un boulodrome pourrait recréer une ambiance de quartier à l'instar du bistrot installé dans le lieu de vie.

Ces différents aménagements sont à étudier au regard des exigences sécuritaires et des capacités d'investissement de l'Etablissement. Toutefois, ils peuvent se déployer de manière progressive sans nécessité de gros investissements et avec le concours d'associations locales ou d'autres Etablissements qui accueillent des personnes âgées.

Se sentir « chez soi » se construit également par un service d'animation fort permettant des sorties culturelles (visites de Musées, écouter des Conférences/débats publiques, visites de fermes pédagogiques...) et des sorties détentes comme aller au cinéma, au théâtre, faire des promenades en forêt, en bord de mer, aller au marché, prendre un verre en ville. Des séjours vacances seront également organisés.

Ces projets de sorties sont rendus possibles par un budget dédié au service d'animation adossé au budget d'une Association partenaire et par la participation des résidents. Or certains résidents ne peuvent s'offrir ces activités faute de moyens et se contentent des activités internes ou de sorties ponctuelles peu onéreuses. Une piste pour favoriser l'égal accès à la culture et aux loisirs est d'organiser des séjours vacances entre lieux de vie géographiquement distincts. Les deux Etablissements partenaires organisent dans la sécurité l'échange de résidents volontaires. Cet échange permet de découvrir une autre région et d'autres personnes sans frais pour les résidents les sortant de leur quotidien.

Cette expérience enrichissante aussi bien pour les résidents que pour les Directeurs représente un coût maîtrisé puisque les Etablissements se partagent les coûts de transport dans la mesure où l'un achemine ses propres résidents pour repartir avec les résidents de l'Etablissement partenaire et vice-versa.

Chaque structure ne subit aucune perte financière dans la mesure où le tarif journalier est facturé aux résidents « invités » puisqu'ils occupent la chambre du résident habituel.

## **B L'extérieur rentre**

Pour se sentir « chez soi » l'extérieur doit également venir aux résidents d'autant plus lorsqu'ils sont très dépendants ne pouvant sortir de leur lieu de vie.

Les activités et les quelques animations musicales restent insuffisantes. Solliciter des artistes contribue à développer la culture à l'EHPAD. Ils exposeraient leurs œuvres. Des peintures, photos, sculptures feraient connaître les artistes et éveilleraient les sens et les émotions des résidents. Des organisations sous forme de thème pourraient être mises en place. Aussi des vernissages pourraient être organisés dans l'Etablissement. Ils auraient l'avantage d'y faire venir les citoyens, les résidents et leurs proches. Aussi les personnels en profiteraient.

A l'instar des artistes peintres ou autres photographes, des troupes de théâtre, des groupes musicaux, les arts du cirque, viendraient se produire devant les résidents à l'EHPAD. Les concerts, spectacles, pièces de théâtre...seraient ouverts aux citoyens, inscrivant pleinement le lieu de résidence dans une dynamique tournée vers l'extérieur. Des conférences/débats complèteraient l'offre culturelle.

Une autre manière d'amener l'extérieur à l'intérieur pour se sentir « chez soi » est de créer un partenariat formel ou informel avec les commerçants de la Commune, ou la Communauté de Communes pour permettre aux résidents de profiter de la bibliothèque municipale. Des livres seront mensuellement proposés aux résidents afin qu'ils puissent s'évader de leur lieu de vie par la lecture.

Dans la perspective de ce partenariat EHPAD/ville, les résidents pourraient aussi profiter de produits frais locaux. Le marché, traditionnel ou *Bio* s'inviterait dans le lieu de vie, sur les espaces verts, le parking de l'EHPAD ou dans la structure suivant sa configuration. La mise en œuvre de ce projet s'adaptera au contexte local et à la situation géographique de la résidence.

Enfin, un projet cinéma pourrait être développé en partenariat avec la ville. Si un cinéma existe déjà dans la Commune, les séances pourraient se partager entre la ville et l'EHPAD. Le partenariat est à réfléchir et à organiser selon la faisabilité du projet.

Si la ville ne dispose pas d'un cinéma, un tel projet pourrait être installé dans l'Etablissement en partenariat avec d'autres Communes.

Des projections pourraient être rachetées, louées, prêtées voire cédées afin que les résidents puissent en bénéficier. Le cinéma serait ouvert aux familles/proches et aux citoyens qui souhaiteraient s'associer au « cinéma pour tous ».

La dimension d'ouverture est pleine et entière ; elle associe à la fois loisir et culture suivant les thèmes des projections retenus.

L'ensemble de ces projets s'envisage à moindre coût dans la mesure où les frais des spectacles, concerts...seraient partagés entre le budget dédié au service d'animation, et éventuellement le budget de l'Association adossée à l'EHPAD. Les résidents seraient peu voire non sollicités.

Quant au marché, la bibliothèque et le cinéma dans l'EHPAD, ils reposent avant tout sur des partenariats avec la Commune d'implantation et les Communes avoisinantes.

### **3.2.2 Développer un projet thérapeutique et intergénérationnel en se sentant « chez soi »**

Avant d'être inclus dans une structure d'accueil pour personnes vulnérables, en l'occurrence un EHPAD, la vie au domicile à la campagne ou à la ville était jalonnée de moments en lien avec la nature et les animaux. Les résidents cultivaient probablement des plantes et des fleurs, particulièrement en milieu rural où beaucoup travaillaient la terre et élevaient du bétail. En milieu urbain la nature égayait leur quotidien ne serait-ce qu'avec quelques bouquets de fleurs et peut-être un animal de compagnie. Les bienfaits de la nature et des animaux sont bien établis et font partie intégrante du « chez soi » ; c'est pourquoi je préconise de développer un jardin thérapeutique et d'installer un parc animalier.

#### **A Créer un jardin thérapeutique**

Le jardin à visée thérapeutique est un sujet récent en France. Le mot thérapeutique, du grec therapeuein : soigner, veut dire « relatif au traitement, à la guérison des maladies, propre à guérir »<sup>63</sup>. Outre son rôle thérapeutique, ce type de jardin joue un rôle social pour ses utilisateurs. Il favorise les échanges car c'est un lieu de détente, de contemplation et de bien-être. Il a un effet relaxant par la présence du végétal.

---

<sup>63</sup> Dictionnaire Hachette Encyclopédique

En effet, l'accès aux espaces verts et aux jardins contribue directement à la santé publique en réduisant le stress, en améliorant la capacité de concentration, en favorisant l'activité physique, en améliorant le cadre de vie et l'état de santé physique et mentale ressenti. Un jardin bien composé suscite la contemplation et les émotions par ses différentes ambiances, odeurs, couleurs...

Si on ne trouve pas de description sur ce que doivent contenir les jardins thérapeutiques, ils doivent cependant stimuler et préserver les sens, d'autant plus lorsque les personnes âgées évoluent vers la démence. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer se caractérisent par la perte de mémoire progressive, à commencer par la mémoire récente. Elle peut être en partie compensée par la mémoire à long-terme en stimulant la mémoire sensorielle qui réveille dans certaines situations des souvenirs enfouis. L'objectif n'est pas de guérir mais de stimuler les fonctions cognitives des personnes et d'apaiser certains troubles du comportement.

Outre la stimulation cognitive, les jardins permettent aux personnes d'être actives en travaillant la terre, en arrachant les mauvaises herbes, en plantant, en cueillant...et de faire revivre certains gestes et souvenirs qui faisaient partie de la vie d'avant. Le plaisir de jardiner contribue aussi à stimuler et préserver la fonction motrice.

Dans les lieux de vie, en EHPAD, le jardin aura une visée thérapeutique par l'hortithérapie ou jardinage adapté qui s'appuie sur la pratique du jardinage pour stimuler les personnes et les encourager à atteindre un objectif physique et/ou mental. Elle permet d'augmenter l'estime de soi, de favoriser l'ouverture au monde extérieur et de rester relié à la temporalité de par la saisonnalité de la végétation. Procurer des soins aux plantes en prenant du plaisir à les voir s'épanouir accompagne les résidents dans leurs capacités fonctionnelles, se surprenant parfois à réaliser des actes qu'ils pensaient ne plus pouvoir faire.

L'hortithérapie se pratique souvent en bacs surélevés et ergonomiquement adaptés pour permettre la pratique du jardinage en position assise (fauteuil roulant) ou debout<sup>6465</sup>.

Selon les matériaux utilisés et la quantité des bacs, les coûts restent relativement modestes de 1000 à 10000 euros se situant plutôt autour de 4000 euros. L'investissement pourra être progressif. Ils peuvent aussi être fabriqués par l'agent technique à moindre coût.

Par ailleurs, le jardin thérapeutique représente une alternative à la prise en charge médicamenteuse notamment psychotrope et antalgique. De par l'effet apaisant des plantes sécrétant naturellement des huiles essentielles outre le plaisir d'en prendre soin, les résidents se sentent mieux et moins anxieux.

---

<sup>64</sup> Jardin de Tara – Association Trace et couleurs

<sup>65</sup> Collectif La Valise/Terraform© - <http://www.jardin-age.qc.ca>

La prise de psychotropes, si elle est à éviter de par l'effet délétère sur la cognition notamment, reste toutefois nécessaire mais, la posologie pourrait être diminuée.

Le gain du jardin thérapeutique s'observe à deux niveaux, pour le résident et pour l'Etablissement dont l'investissement initial s'inscrit dans une logique de maîtrise des coûts à moyen/long-terme.

Le jardin thérapeutique est aussi l'occasion d'associer les soignants à ce projet d'accompagnement des résidents en diversifiant leurs tâches ; ils ne restent pas cantonnés aux tâches de nursing. Coordonnés avec les animateurs, les soignants participent ainsi au projet de vie personnalisé en contribuant à maintenir fonctionnelles les capacités motrices, cognitives et sociales des résidents. Le jardin thérapeutique est donc un levier de qualité de vie au travail.

Ce type de jardin permet aussi de créer du lien intergénérationnel en concluant par exemple une Convention avec des écoles horticoles, ou qui forment aux métiers du social.

Les jeunes aideraient en étant encadrés par les soignants et les animateurs, les personnes âgées à effectuer des tâches de jardinage qui leur seraient difficile à réaliser. En contrepartie le résident expert en culture expliquerait au jeune l'usage des plantations et comment les cultiver (Ex : légumes anciens) en s'appuyant sur son vécu.

Ainsi, le jardin thérapeutique permet de renouer avec des plaisirs naturels, simples, tout en favorisant le maintien de l'autonomie des résidents et en répondant à leurs habitudes de vie contribuant au sentiment du « chez soi ».

Le jardin thérapeutique fait bénéficier les jeunes de l'expérience de vie des résidents dans un lien intergénérationnel.

Ce dispositif s'inscrit dans une logique de maîtrise des coûts notamment médicamenteux, de par les bienfaits des plantes sur la santé.

Enfin, le jardin thérapeutique représente un levier de qualité de vie au travail en inscrivant les professionnels dans la transversalité.

## **B Créer un parc animalier**

L'ergothérapeute de l'EHPAD Le clos des écureuils de Plombières-les-bains (88), explique que « le premier intérêt des animaux est visuel puisqu'un coup d'oeil suffit parfois aux résidents pour les inciter à sortir à la rencontre des bêtes. Une fois le contact établi, certains les cajolent, d'autres les nourrissent ou les surveillent, ce qui peut calmer les angoisses et donner un sentiment d'utilité. La présence des animaux incite aussi davantage les familles à venir en visite avec les petits-enfants.

Surtout, les animaux servent de support à la zoothérapie. Outre l'accompagnement à la marche, le lapin facilite les transferts. Il sert de médiateur lorsque le résident est réticent, en froid avec le lève-malade, ou qu'il existe une barrière avec un soignant.

Une dame très agitée récupère le lapin sur les genoux et se calme instantanément. Une autre, à l'arcade sourcilière écorchée à force de déambuler et de se cogner, s'apaise en laissant courir uniquement ses mains sur l'abri en bois du second lapin.

La nuit, certains résidents apaisés par la présence du chien d'une aide-soignante, ne prenaient plus de somnifères.

L'effet des animaux n'a pas été scientifiquement évalué mais, grâce à cette approche globale, en tenant compte des données de l'assurance maladie, l'Ehpad se situe bien en-dessous des taux de prescriptions de psychotropes, comparé à la Lorraine et au niveau national.

Les animaux reviennent, en frais courants, à 1.000 euros par an. Luc Livet, le Directeur, explique avoir fait en sorte d'alimenter la section d'investissement »<sup>66</sup>.

C'est exemple très concret d'animaux en EHPAD me conforte dans l'idée de créer un parc animalier. Ce projet est à adapter à l'Etablissement, aux capacités d'investissement et à la culture locale après validation aux instances (CA, CTE, CHSCT, CVS).

« Les animaux à intégrer sont choisis en prenant en compte leur compatibilité avec la zoothérapie, leur relative facilité d'entretien et la surface à disposition. Le lapin s'adapte très bien aux humains. Il est facile à manipuler, il a un effet antidépresseur, il apaise, et joue un rôle de confident. La race de lapin bélier est à privilégier en raison de sa taille compatible pour le prendre sur soi. Il est très calme, doux, rassurant et réconfortant et déclenche l'instinct de protection et le besoin de mater. Dans l'idéal, l'EHPAD investira dans trois lapins de couleurs différentes afin de mieux les reconnaître et de favoriser l'attachement à l'un d'eux par exemple. Au-delà de trois, les lapins se désintéressent des personnes âgées. L'âne et/ou le poney, bien que plus imposants, s'adaptent très bien aux personnes. Ils ont besoin d'un fort contact et d'affection qu'ils rendent au centuple. Ils invitent à aller vers eux pour les caresser et à se lier à eux.

La chèvre est un animal qui s'attache volontiers au soigneur. Elle est très curieuse et affectueuse. Si elle est éduquée dès sa naissance, il sera très facile de la rendre responsable dans un programme de zoothérapie »<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> Claire Béziau, *A l'Ehpad du Clos des écureuils, les animaux sont tout-terrain*, Gerontonews, 13 juillet 2017

<sup>67</sup> <http://parcanimalier2015.wix.com/projetproensaia>

Pour ma part je préconise d'investir dans un couple voire trois moutons dans une perspective écologique (le mouton ne supporte pas l'isolement) : le traitement naturel des espaces verts contribue à préserver l'environnement. Aussi, un ou deux cochons pourraient contribuer à recycler les déchets d'ordures ménagères tout comme les poules.

Quels que soient les animaux choisis, appartenant à la liste des animaux domestiques ou non domestiques, l'élevage doit satisfaire les besoins biologiques et le bien-être des animaux.

La mise en place d'un parc animalier doit débuter par l'analyse du type de terrain concerné et des espèces d'animaux envisagées. Leur choix se fait en fonction des attentes des personnes intéressées et dépend des fonctions sociales de chaque espèce. En règle générale, la présence d'animaux favorise l'épanouissement des personnes âgées, leur permettant par exemple de se remémorer leurs souvenirs ou de les inciter à sortir pour se promener, enfin de s'ouvrir aux autres personnes.

Le coût d'installation du parc animalier dépend des espèces, de la surface de l'enclos, des abris, des râteliers, des abreuvoirs, du foin et de la nourriture dont le montant s'élève à l'année à environ 1100 euros). Le coût total pour un EHPAD comprenant la construction de l'enclos, l'abri, les espèces d'animaux, le matériel pour les nourrir, le foin et la nourriture, s'élève à environ 17000 euros<sup>68</sup>.

Quelle que soit l'ambition de ce type de projet, introduire des animaux dans un EHPAD est bénéfique pour les personnes âgées à l'instar du jardin thérapeutique. L'impact est positif sur la prise en charge médicamenteuse et permet aux résidents de maintenir leur autonomie en les faisant participer aux tâches d'entretien du parc et aux soins animaliers. Les personnels soignants et les agents techniques guideraient les résidents. A l'instar du jardin thérapeutique, les soignants diversifient leurs tâches, levier de prévention du fardeau physique et émotionnel qu'engendre le travail particulier en gériatrie.

Un parc animalier, ou plus modestement la présence de quelques animaux dans le lieu de vie, permet de renouer avec des plaisirs tels que prendre soin, materner, créer un lien affectif. La présence d'animaux répond aux habitudes de vie des résidents contribuant à se sentir « chez soi ».

Enfin, un parc animalier permet d'ouvrir l'Etablissement sur la Cité et de créer un lien intergénérationnel via des partenariats avec des écoles et des centres de loisirs. Les aînés apporteraient leur expérience aux plus jeunes, particulièrement s'ils sont issus d'un milieu rural, et les jeunes contribueraient à effectuer les tâches physiquement difficiles à réaliser pour les résidents (nettoyage des cages, enclos, abreuver les animaux...).

---

<sup>68</sup> <http://parcanimalier2015.wix.com/projetproensaia>

Outre les bienfaits pour les résidents, la perspective écologique et l'investissement dans une logique de maîtrise des coûts à moyen/long-terme, le jardin thérapeutique et le parc animalier représentent un levier de Qualité de Vie au travail (QVT).

Le travail en gériatrie engendre une pénibilité physique et émotionnelle importante. Permettre aux soignants de s'ouvrir à des tâches qui ne répondent pas uniquement aux besoins primaires des résidents, les implique dans l'accompagnement par la médiation de l'hortithérapie et par la médiation animale. La diversification des tâches allège le fardeau du quotidien. Les soignants renouent avec le sens du travail ayant une action positive sur la motivation.

Formaliser des fiches de poste dans un objectif de bien-être au travail en associant des tâches de soins techniques avec des tâches d'accompagnement (sorties avec les résidents, aide dans l'hortithérapie, soins aux animaux) représente un outil de levier managérial des risques psychosociaux et donc d'action de lutte contre l'absentéisme qui engendre des coûts directs et indirects pour l'Etablissement.

---

## Conclusion

---

Un lieu de vie collectif partagé se conçoit ici comme un ensemble architectural accueillant des personnes vulnérables où s'opèrent idéalement la conciliation du respect de leur droits et libertés, de la qualité des prestations et de la sécurité, du maintien de leur autonomie par le développement des liens sociaux internes et externes à la structure d'accueil outre la préservation ou la restauration de la santé. Ainsi, le lieu de vie collectif partagé garantit la dignité des personnes accueillies dont l'objectif est de les intégrer dans la structure d'accueil. Le lieu de vie ne doit pas être confondu avec le « chez soi » qui comprend l'espace délimité par les murs de la chambre ou de l'espace environnant investi, et la part d'espace psychique propre à chacun, à recréer sans cesse au rythme des différents événements de vie.

Lorsqu'un citoyen âgé devenu vulnérable, ne pouvant plus rester autonome à son domicile et parce que les aidants sont dépassés, cette personne rentre le plus souvent en Institution, en l'occurrence en EHPAD. Il y a alors rupture avec le domicile car la personne n'est plus maître chez elle où tout est rassemblé, où elle est libre de vivre comme elle l'entend.

Si la possibilité de recréer un « chez soi » dans un lieu de vie différent du domicile originel dépend des capacités de résilience de chacun, l'Institution contribue au processus de deuil en offrant les conditions matérielles et humaines favorables au détachement de ce domicile, en associant les outils de la loi du 2 Janvier 2002.

Toutefois, l'application locale des politiques publiques, les conditions matérielles et humaines, réunies, permettent-elles de créer un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé ? Si la plupart des résidents recrée un espace identitaire et de protection, le sentiment du « chez soi » ne sera jamais plein puisqu'il est limité par le fonctionnement du collectif notamment par l'obligation réglementaire de garantir la sécurité aux résidents (architecturale, incendie, hygiène, alimentaire...).

Une équipe pluridisciplinaire régulièrement formée aux problématiques du grand âge, coordonnée et décloisonnée, fonctionnant dans une organisation de travail souple, en associant les familles/proches et en s'appuyant sur un service d'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur l'extérieur fort, est un levier managérial favorable à la reconstruction d'un foyer digne pour les résidents. Aussi, une ouverture de l'Etablissement sur la Cité à double sens (l'intérieur sort et l'extérieur rentre), associée à la création d'un jardin thérapeutique et d'un parc animalier, sont des projets qui tendent à renforcer le sentiment du « chez soi ».

Outre le fait de renouer avec la vie sociale, la nature et les animaux, ces leviers contribuent pleinement à maintenir l'autonomie des résidents, et offre une qualité de vie au travail pour les professionnels de par la diversification de leurs tâches centrées sur la dimension d'accompagnement. Des agents motivés qui se sentent bien au travail créent un lieu de vie bienveillant favorisant le sentiment du « chez soi » chez les résidents. Le bien-être réciproque des professionnels et des résidents favorise l'inclusion sociale voire l'intégration des personnes accueillies dans leur nouveau lieu de vie.

Toutefois, une inclusion réussie des résidents dépend de l'intégration par les professionnels de la culture projet d'accompagnement centrée sur les besoins et habitudes de vie des résidents. Cette dynamique projet, impulsée par un management de proximité des soignants porté par les cadres de santé notamment par la formation (Bientraitance, Humanitude...), et par la mise en place de groupes de réflexion éthique, doit être soutenue par le Directeur qui partage cette vision et qui donne le cap dans cette direction. Le temps d'acculturation dépend de la force de conviction et de la persévérance des cadres de santé pour amener leurs équipes sur ce chemin. Le contexte local de l'Etablissement est également un facteur déterminant de la mise en oeuvre des projets.

---

## Bibliographie

---

### LOIS

**CADRE INTERMINISTERIEL.** LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (art. 45)

**CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF).** Article L.311-3 §7 du CASF relatif aux Droits et libertés des personnes prise en charge par des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

Article L.311-6 du CASF relatif à la mise en œuvre d'un Conseil de la Vie Sociale

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 – art 58 (V) relative à l'adaptation de la société au vieillissement

**CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.** Article L.6143-2, Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000

### DECRETS

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.**

Décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF).** Article D. 312-155-0 du CASF, issu du décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

### ARRETES

**CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITAT (CCH).** Code de la construction et de l'habitat (CCH), articles L.123-1 à L.123-4, R.123-1 à R.123-55 et R.152-6 à R.152-7, Arrêté du 19 novembre 2001 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP)

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle, modifié par l'arrêté du 13 août 2004; Arrêtés du 1er août 2006 et du 21 mars 2007,

**RÉGLEMENTATION ERP TYPE J.** Arrêtés du 19 novembre 2001 et 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie

**MINISTERE DE L'INTÉRIEUR, DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET DES LIBERTÉS LOCALES.** Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public

### **CIRCULAIRES**

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE.** Circulaire N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la Bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS

**CADRE INTERMINISTERIEL.** Circulaire interministérielle DGUHC n°2007-53 du 30 novembre 2007 et ses annexes I à VIII

**DIRECTIVES EUROPEENNES.** Hazard Analysis Critical Control Point : lors de la confection des repas, mise en évidence des points critiques où des risques alimentaires peuvent se présenter, définition et mise en œuvre des procédures de contrôle et des actions correctives de ces points critiques, vérification et suivi de l'efficacité des procédures mises en œuvre

### **AGENCES**

**ANAES et FHF** CONFERENCE DE CONSENSUS organisée par l'ANAES et la FHF « liberté d'aller et venir dans les établissements sociaux et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité » 24 et 25 novembre 2004

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

**HAS**, Promouvoir la Bientraitance

### **RESEAUX**

Réseau international sur le processus de production du Handicap (RIPPH)

### **OUVRAGES PAR ORDRE DE CITATION DANS LE MEMOIRE**

ARBORIO AM., FOURNIER P., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris : Armand Colin, (coll. 128), 3<sup>ème</sup> édition, p 128.

de SINGLY F., 2008, *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris : Armand Colin, 2<sup>de</sup> édition refondue, 128 p.

BERTHIER N., 2000, *Les techniques d'enquête. Méthode et exercices corrigés*, Paris : Armand Colin, p 254.

Dictionnaire des soins infirmiers AMIEC, 1995

Guide du service infirmier n°1 BO n°85-7 bis

VERCAUTEREN Richard, H. B.-L. (2008). *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées. Enjeux et méthode*. Toulouse : Eres

Le dictionnaire des sciences humaines, 2004, Sous la direction de Jean-François Dortier, éd. sciences humaines

### ARTICLES PAR ORDRE DE CITATION DANS LE MEMOIRE

Ferreira E., psychologue clinicienne, référente Division EHPAD du Collège des psychologues Orpéa-Clinéa, résidence Saint-Rémy, Saint-Rémy-lès-Chevreuse, et Zawieja P., chercheur associé, MINES Paris Tech, *Centre de recherche sur les risques et les crises, Cellule recherche, groupe Orpéa-Clinéa*, *Un « chez-soi » en EHPAD ?* Ces auteurs citent dans leur article publié en 2012 sur Cairn info

BACHELARD, G. 1957. *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2009.

CHARAZAC, P. 2011. *L'aide-mémoire de psychogériatrie*, Paris, Dunod.

EIGUER, A. 2006. « *L'inconscient de la maison et la famille* », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, vol. 2, n° 37, p. 23-33.

EIGUER, A. 2009. *L'inconscient de la maison*, Paris, Dunod, coll. « Psychismes », 2<sup>e</sup> édition.

EIGUER, A. 2010. « *Du corps familial à la maison* », *Le divan familial*, n° 25, p. 31-48.

FREUD, S. 1921. *Psychologie des masses et analyse du moi*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2010.

GILLSJÖ, C. ; SCHWARTZ-BARCOTT, D. 2010. « *A concept analysis of home and its meaning in the lives of three older adults* », *International Journal of Older People Nursing*, n° 6, p. 4-12.

GILLSJÖ, C. ; SCHWARTZ-BARCOTT, D. ; VON POST, I. 2011. « *Home : the place the older adult can not imagine living without* », *BMC Geriatrics*, n° 11.

GOLDBETER-MERINFELD, E. 2006. « *Maisons et liens familiaux* », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, vol. 2, n° 37, p. 35-53.

HOUZEL, D. 2010. *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press, coll. « Concept psy », 2<sup>e</sup> édition.

Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p. 504.

LE DOUJET, D. 2005. « *Entrer en maison de retraite : un voyage aux confins de l'humain ?* », *Gérontologie et société*, n° 112, p. 49-62.

MALLON, I. 2003. « *Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un "chez-soi"* », *Empan*, n° 52, p. 126-133.

MALLON, I. 2005. *Vivre en maison de retraite – Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

Clément, G., Gagnon E, Deshaies MH., 2008, *In Les enjeux éthiques du vieillissement*, vol. 10, n° 2, 168 pages.

NEYRET-CHOMPRES, V. 2002. « *Un groupe de parole en maison de retraite* », *Empan*, n° 48, p. 52-56.

REY, Y. 2006. « *Maison, maisonnée et famille : trouver sa place* », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 37, p. 55-72.

LE RUN, J.L. 2006. « *L'enfant et l'espace de la maison* », *enfances & PSY*, n° 33, p. 27-36.

STRUZYNSKA, E. 2006. « *Les maisons de notre enfance – Les lieux qui nous ont faits* », *enfances&PSY*, n° 33, p. 8-14.

VIGOUROUX, F. 2006. « *Dans la peau de la maison* », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, vol. 2, n° 37, p. 17-21.

TETU C., 2009. *Etre chez soi en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, réflexion menée au sein des hôpitaux locaux de Forcalquier et de Banon*, Mémoire EHESP, promotion 2008-2009

*L'haptonomie ou la science de l'affectivité* » dans *Hop*, le magazine d'information de la MNH, n°192, mai, 2016

*EHPADIA, Troubles cognitifs des personnes âgées : la méthode Montessori, à la recherche des capacités préservées*, juillet 2016

Claire Béziau, *A l'Ehpad du Clos des écureuils, les animaux sont tout-terrain*, *Gerontonews*, 13 juillet 2017

## **DOCUMENTS DIVERS CONSULTÉS**

Directeur de l'EHPAD Les jardins de Castel (35)

Groupe de travail Projet de vie EHPAD de Quintin « Accueillir/intégration », 2010-2011

L'accueil en EHPAD, Psychologue, EHPAD Blanche de Fontarce, Châteauroux (36)

Groupe de travail Projet de vie EHPAD de Quintin « Accueillir/intégration », 2010-2011

Charte de Bienveillance, les dix engagements respectueux envers le résident, Groupe de travail

SAMPAIO SACADURA Carla, *Projet de vie personnalisé Mise en place d'un référent* Diplôme Universitaire d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD et SSIAD, Année universitaire 2014- 2015, sous la direction du Dr Boris APIKIAN

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Qualité de vie en EHPAD (volet1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*, décembre 2010

## SITES INTERNET

www.portail national des informations pour l'autonomie des personnes âgées et de l'accueil de leurs proches

www.cairn info : Le respect de la personne âgée dépendante en institution par Michel Bauer, 2005, infirmier référent, EHPAD du centre hospitalier de La Ciotat (Bouches-du-Rhône) diplômé d'études

supérieures spécialisées en gérontologie et ingénierie sociale de Marseille

www.aidonslesnotres.fr : comment se sentir chez soi en établissement ? Etienne Garrigue, 16 Janvier 2014

www.Institut du bien vieillir Korian : comment se sentir chez soi en EHPAD, 28/09/2016 ; témoignages de 4 séniors, février 2016

Pech T, 2001, « La dignité humaine. Du droit à l'éthique de la relation », *Éthique publique*, vol. 3, no 2, p.95, In *Dignité et indignité de l'hébergement institutionnel* In Clément M., Gagnon E., Deshaies MH., 2008, *Les enjeux éthiques du vieillissement*, vol. 10, n° 2, 2008, 168 pages : <https://ethiquepublique.revues.org/1427>

www.agevillagepro.com

<http://www.bataclown.com/> Les Bataclowns, pour les professionnels de l'éducation, de la santé, des milieux de soins, de l'animation dans le cadre des OPCA (formation permanente)

www.humanitude.fr

<http://www.jardin-age.qc.ca>

<http://parcanimalier2015.wix.com/projetproensaia>

www.solidarites-sante.gouv.fr

---

# Annexes

---

## Annexe 1

### Grille d'entretien « Comment se sentir chez soi en EHPAD » pour les résidents :

Je suis Sophie Schumm Directrice stagiaire. Je travaille sur « Comment se sentir chez soi dans un lieu de vie autre que le domicile ».

J'aimerais que vous me racontiez votre arrivée ici :

#### Thèmes à explorer :

##### **Prise en compte de la personne**

- Vous sentez-vous traité(e) comme une personne
- Qu'est-ce que cela veut dire
- Comment cela se manifeste-t-il ici : vouvoiement/tutoiement – patronyme/prénom - effets personnels – meubles – tableaux – recevoir la famille – emmener son animal...
- Avez-vous des échanges avec les professionnels qui s'occupent de vous ici
- Pensez-vous être traité avec qualité
- Qu'est-ce que la qualité pour vous
- Pensez-vous que les professionnels respectent votre intimité : rentrer dans la chambre en frappant et en attendant un peu avant d'entrer – fermer la porte pendant les soins ...
- Pensez-vous que votre volonté/désirs sont pris en compte/respectés
- Pensez-vous être libre de pouvoir aller et venir comme vous le souhaitez

##### **Responsabilisation du résident**

- Pensez-vous être traité(e) comme une personne à part entière, en adulte
- Vous laisse-t-on la possibilité de faire les choses par vous-même : vous habiller, coiffer, prendre les objets disposés dans la chambre seul(e) – faire le lit lorsque vous le demander
- Avez-vous le sentiment qu'on vous laisse choisir ce que vous voulez pour vous : repas - activités – vêtements – aménagement de votre chambre – faire le lit à votre manière – ranger vos effets personnels comme vous le souhaitez ...

### **Vie sociale et citoyenneté**

- Avez-vous des échanges avec les autres résidents – avez-vous des amis
- Sortez-vous de la chambre pour vous promener – allez-vous en ville – au cinéma – théâtre...
- Partez-vous en famille – en vacances
- Faites-vous des sorties avec le service animation
- Pouvez-vous voter lorsqu'il y a des élections – comment est-ce organisé

### **Se sentir chez soi**

- Vous-sentez-vous chez vous depuis que vous êtes ici
- Qu'est-ce que cela veut dire pour vous se sentir chez soi
- Qu'est-ce qui fait que vous vous sentez chez vous / pas chez vous
- Que faudrait-il faire pour vous sentir chez vous / plus chez vous
- Qu'attendez-vous

### **Eléments biographiques**

- Age :
- Statut marital :
- Profession :
- Niveau scolaire :

### **Grille d'entretien « Comment se sentir chez soi en EHPAD » pour les professionnels:**

Je suis Sophie Schumm Directrice stagiaire. Je travaille sur « Comment se sentir chez soi dans un lieu de vie autre que le domicile ».

J'aimerais recueillir votre avis sur la manière dont vous concevez l'accueil des résidents en EHPAD :

Thèmes à explorer :

#### **Prise en compte de la personne**

- Pensez-vous traiter chaque résident comme une personne
- Qu'est-ce que cela veut dire pour vous
- Comment cela se manifeste-t-il: vouvoiement/tutoiement – patronyme/prénom – apport des effets personnels, meubles, tableaux – emmener son animal - recevoir la famille ...
- Les résidents ont-ils des échanges avec les professionnels qui s'occupent d'eux

- Pensez-vous traiter vos résidents avec qualité
- Qu'est-ce que la qualité pour vous
- Pensez-vous que les professionnels respectent l'intimité des résidents: rentrer dans la chambre en frappant et en attendant un peu avant d'entrer – fermer la porte pendant les soins ...
- Pensez-vous que la volonté/désirs des résidents sont pris en compte/respectés
- Pensez-vous que les résidents sont libres de pouvoir aller et venir comme ils le souhaitent

### **Responsabilisation du résident**

- Pensez-vous traiter les résidents comme une personne à part entière, en adulte
- Est-ce que les professionnels laissent la possibilité aux résidents de faire les choses par eux-mêmes : s'habiller, se coiffer, prendre les objets disposés dans la chambre seul(e) – faire le lit lorsque les résidents le demandent ...
- Pensez-vous que les professionnels laissent la possibilité aux résidents de choisir ce qu'ils veulent pour eux : repas - activités – vêtements – aménagement de leur chambre – faire le lit à leur manière – ranger leurs effets personnels comme ils le souhaitent ...

### **Vie sociale et citoyenneté**

- Pensez-vous que les résidents ont des échanges entre eux ; qu'est-ce qui est fait pour favoriser le lien social
- Les résidents sortent-ils de la chambre pour aller se promener – aller en ville – au cinéma – théâtre...
- Partent-ils en famille – en vacances
- Font-ils des sorties avec le service animation
- Les résidents ont-ils la possibilité de voter lorsqu'il y a des élections – comment est-ce organisé

### **Se sentir chez soi**

- Pensez-vous que les résidents se sentent chez eux depuis qu'ils sont dans votre structure
- Qu'est-ce que cela veut dire pour vous se sentir chez soi ; en tant que cadre dirigeant comment concevez-vous l'EHPAD en tant que lieu de vie
- Qu'est-ce qui est fait pour que les résidents se sentent chez eux ; qu'est-ce que vous avez mis en œuvre et comment
- Que faudrait-il faire pour que les résidents se sentent chez eux / plus chez eux

- Que voudriez-vous/faudrait-il développer/améliorer pour créer/renforcer le sentiment d'être chez soi en EHPAD chez les résidents

### Fonction

- Directeur
- Directeur adjoint
- Cadre administratif
- Cadre de santé
- Cadre animateur
- Aide-soignant
- Assistant en Soins Gériatriques
- Animateurs
- Psychologue

### Annexe 2

#### Grille d'analyse de contenu des entretiens avec les résidents :

Valence	+	-
<b>Mots fréquents</b>		
<b>Liberté</b>	<p>12</p> <p><b>Faire ce qu'ils veulent</b></p> <p>Respect d'aller et venir <b>dans et hors de la structure</b></p> <p>Respect de la <b>tranquillité</b> des résidents</p> <p><b>Avoir ses effets personnels</b></p> <p><b>Le positif est contrebalancé par le négatif du fait de la perte d'autonomie sauf pour 2 personnes qui ont choisi d'être en EHPAD</b></p>	<p>10</p> <p>Entravée par la collectivité et pour 1 personne il y a rupture entre la maison et l'EHPAD</p> <p>Entravée par les limitations physiques (et/ou cognitives)</p> <p>Les résidents ne se sentent pas totalement libres pour ces raisons mais ce n'est <b>pas tant d'être en EHPAD qui les prive de la sensation de liberté totale</b> car globalement ils disent tous qu'ils sont « bien ici » <b>mais c'est la perte d'autonomie qui les heurte dans « se sentir chez soi en EHPAD »</b></p>

<b>Respect</b>	<p style="text-align: center;">12</p> <p>Prise en compte en tant que personne responsable même vulnérable, de ce qu'ils demandent :  <b>choisir</b>  <b>Ecoute</b>  <b>Gentillesse du personnel soignant</b>  <b>Etre à l'aise avec le personnel :</b>  <b>« on est considéré »</b></p>	<p style="text-align: center;">0</p> <p>La cadre supérieure de santé appuyée par le Directeur a fait un travail considérable sur les valeurs professionnelles centrées sur le résident en tant que personne:  <b>changement de culture et de l'image du résident en 08 ans (2005-2013) à travers le Projet de Soins et le PVP</b>  élaboré à partir de groupes de travail de soignants sur différentes thématiques</p>
<b>Qualité des repas</b>	<p style="text-align: center;">9</p> <p>Moment rythmant la journée  Convivialité  Plaisir oral les maintenant psychiquement vivants : <b>« tout est bon et on a assez »</b></p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p>Retour négatif sur la qualité des repas : « c'est pas terrible » « on n'a pas assez » « c'est pas cuit »</p>
<b>Lien social</b>	<p style="text-align: center;">12</p> <p><b>Avoir des conversations</b> avec les professionnels, avec les résidents et les familles</p>	<p style="text-align: center;">9</p> <p><b>Pas assez de temps</b> : les résidents aimeraient que les professionnels s'assoient avec eux pour discuter comme on le ferait au domicile ou au café/restaurant</p>

### Entretiens réalisés avec les résidents : 12 au total

Mme O 65 ans résidente depuis mai 2016

Mme G 96 ans résidente depuis avril 2017

Mme GE 78 ans résidente depuis février 2017

Mme L 92 ans résidente depuis octobre 2016

Mme R 97 ans résidente depuis 2015

Mme T 80 ans résidente depuis 2015

Mr J 87 ans résident depuis 2016

Mr K 53 ans résident depuis 2016

Mr L 92 ans résident depuis février 2017

Mr LEM 67 ans résident depuis 2015

Mr LEN 89 ans résident depuis 2016

Mr LEP 80 ans résident depuis 2016

### Grille d'analyse de contenu des entretiens avec les professionnels :

<b>Valence</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
<b>Mots fréquents</b>		
	12	12
<b>Considérer le résident comme une personne</b>	<b>Tenir compte de leurs besoins, goûts, envies</b> en s'appuyant sur leur vie avant l'entrée en EHPAD	<b>Le collectif</b> , le fonctionnement de l'Institution <b>et la perte d'autonomie limitent cette valeur professionnelle</b>
	12	1
<b>Vie sociale</b>	<b>Les liens sociaux sont primordiaux</b> Le service d'animation est un pilier	Un service d'animation peu dynamique est un frein aux liens sociaux
	11	12
<b>Se sentir bien</b>	Permettre la <b>qualité des prestations</b> : l'accréditation et la certification, les groupes de travail et de réflexion ont poussé à l'amélioration continue  <b>Prendre en soin, valeur professionnelle très forte</b> : amener ou renforcer cette culture au niveau des soignants: <b>prise en considération de la personne dans sa globalité</b> (soins infirmiers, d'hygiène,	La <b>qualité</b> des prestations notamment de l'hygiène de la chambre des résidents, et la « bonne » prise en soin sont <b>limitées par les organisations de travail peu souples</b> (horaires fixes, travail centré avant tout sur les tâches, ratios de personnels tendus majorés par l'absentéisme) <b>qui contraignent le temps pour réaliser les tâches et les échanges avec les résidents donc</b>

	accompagner au quotidien, qualité des repas, hygiène environnementale, échanges entre résidents et entre résidents et professionnels, favoriser les liens sociaux, soulager la souffrance, accompagner la fin)	
<b>Liberté et maintien de l'autonomie</b>	12 <b>Laisser la possibilité aux résidents de choisir, décider par eux-mêmes</b>  <b>Culture du maintien de l'autonomie : accompagner en se focalisant sur les capacités préservées : ne pas faire à la place de</b>	12 <b>Cette culture est limitée par les organisations de travail tendues et par le niveau de dépendance</b>
<b>Organisations de travail adaptables</b>	12 <b>Adapter les rythmes de l'Etablissement aux rythmes des résidents</b>  <b>Développer les liens interprofessionnels</b> pour garantir les projets de vie personnalisés (PVP) : implication de tous les corps de métier dans le PVP : <b>transversalité, décloisonnement</b>	12 <b>Organisations de travail très imprégnées de la culture sanitaire et tendues : ratios de personnels minimaux majorés par l'absentéisme</b>  <b>Impossible de calquer une organisation collective (fonctionnement d'un EHPAD) sur des rythmes individuels (résidents)</b>

### **Entretiens réalisés avec les professionnels : 12 au total**

Directeur du CH de Quintin ayant 12 ans d'ancienneté dans la structure: 1

Elève-Directeur représentant la Directrice d'un EHPAD du Nord ayant 8 ans d'ancienneté dans la structure : 1

Psychologue clinicienne du CH de Quintin ayant 8 ans d'ancienneté dans la structure: 1  
Cadre supérieure de santé du CH de Quintin ayant 12 ans d'ancienneté dans la structure: 1  
Cadres de santé du CH de Quintin ayant 10 et 4 ans d'ancienneté dans la structure : 2  
Coordinatrice de l'animation, de la vie sociale et de l'ouverture sur la cité du CH de Quintin ayant 14 ans d'ancienneté dans la structure: 1  
Animateur du CH de Quintin ayant 20 ans d'ancienneté dans la structure: 1  
Aides-soignants du CH de Quintin ayant 8 et 1 an d'ancienneté dans l'Unité de Vie Adaptée de l'EHPAD: 2  
Assistants en Soins Gériatriques du CH de Quintin ayant 10 et 6 ans d'ancienneté dans l'Unité de Vie Adaptée de l'EHPAD: 2

### **Annexe 3**

**Charte des droits et libertés de la personne âgée (2007):** [www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.
2. Cadre de vie Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.
3. Vie sociale et culturelle Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.
4. Présence et rôle des proches Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.
5. Patrimoine et revenus Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
6. Valorisation de l'activité Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.
7. Liberté d'expression et liberté de conscience Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng Fondation Nationale de Gérontologie 49, rue Mirabeau – 75016 PARIS Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr

#### **Annexe 4**

Charte de Bienveillance, les dix engagements respectueux envers le résident, Groupe de travail « Droits, libertés et sécurisation du résident », octobre 2016 :

Vouvoiement, tutoiement, nous utiliserons selon votre souhait.

Le moment du soin est arrivé ! Vous refusez ? Nous n'irons pas contre votre volonté.

Si vous nous interpellez, jusqu'au bout nous vous écouterons. En cas de nécessité, nous nous absenterons mais dès que possible nous reviendrons.

Vous avez besoin de temps pour vous déplacer ? À votre allure nous irons, afin de ne point vous brusquer.

Votre main tendue nous tiendrons. Réconfort nous vous apporterons.

Que vous soyez triste ou gai, du temps, nous vous accorderons.

Vie intime vous aviez, vie intime vous garderez

Votre famille nous entendrons, mais votre avis nous suivrons.

Que vous soyez croyant ou non, votre culture, nous respecterons.

Même après votre dernier souffle, vos volontés, nous honorerons.

SCHUMM	Sophie	08 décembre 2017
<p align="center">Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social Promotion Thérèse-Clerc 2016-2017</p>		
<p align="center"><b>Comment se sentir « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé</b> <i>Réflexion menée au sein de l'EHPAD du site de Quintin Centre Hospitalier du Penthièvre et du Poudouvre (22)</i></p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : aucun</p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Avoir un « chez soi » est le souhait de toute personne. Cet espace symbolique, de dimension temporelle et affective qui intègre ce qu'on y a vécu avec ses proches, théâtre de ses propres évènements, peut être remis en cause par la perte d'autonomie liée à l'âge. Une entrée en Institution est parfois nécessaire, il y a alors rupture avec le domicile car le citoyen devenu vulnérable n'est plus maître chez lui, il ne peut plus vivre comme il l'entend. Pourtant, recréer un « chez soi » dans un lieu de vie collectif partagé est possible. L'Institution peut jouer son rôle de puissance accueillante en développant la culture projet d'accompagnement centrée sur les besoins et les habitudes de vie des résidents, parce qu'à tout âge, sensations, désirs et projets sont présents. La structure d'accueil a la responsabilité de mettre en œuvre des conditions matérielles et humaines favorables à la création d'un espace physique chaleureux où se développera le bien-être des résidents. Des organisations de travail souples, transversales et décloisonnées, concourront également au bien-être des résidents. La souplesse dans le travail permet de diversifier les tâches des soignants et de les inscrire dans une approche transversale. Cette vision tend à lutter contre l'épuisement professionnel par une diminution du fardeau physique et émotionnel. La qualité de vie au travail s'en trouve améliorée. Enfin, des compétences transversales et décloisonnées répondent à une adaptation aux habitudes de vie des résidents, fondement du sentiment d'être « chez soi ».</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Lieu de vie - « chez soi » - EHPAD - dignité - accompagnement - obligations réglementaires - organisations de travail - culture projet - qualité de vie au travail</p>		
<p align="center"><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>		