



EHESP

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

Promotion : **2017- 2018**

<Maintenir le lien social
en préservant et favorisant la liberté
d'aller et venir >

<Eric VALLEE>

Responsable pédagogique :
Arnaud CAMPÉON, Enseignant-
chercheur au département SHS,
EHESP

Responsable de l'atelier
mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Je tiens à remercier les résidents, usagers, professionnels et collègues qui m'ont apporté leur participation, aide et appui, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Je remercie également Monsieur Arnaud CAMPEON, Madame Karine CHAUVIN pour leur accompagnement et leurs conseils quant à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie aussi l'ensemble des personnes que j'ai sollicité au cours de ce travail, pour leur disponibilité, leur écoute et grâce à qui la réalisation de ce mémoire a été possible, ainsi que mes collègues de promotion pour la qualité de nos partages d'expériences, de pratiques et les agréables moments que nous avons partagés ensemble.

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
1 PARTIE I : Lien social et liberté d'aller et venir: deux éléments à préserver	- 3 -
1.1 Le lien social	- 3 -
1.1.1 Qu'est-ce que le lien social ?.....	- 3 -
1.1.2 Le lien social chez la personne âgée	- 4 -
1.1.3 Le lien social en EHPAD	- 5 -
1.2 La liberté d'aller et venir.....	- 6 -
1.2.1 La liberté d'aller et venir :un droit individuel.....	- 6 -
1.2.2 La liberté d'aller et venir en EHPAD.....	- 6 -
1.2.3 La sécurité en EHPAD	- 7 -
1.2.4 La responsabilité de l'EHPAD.....	- 7 -
1.3 Des enjeux à préserver pour la qualité de vie.....	- 8 -
1.3.1 L'EHPAD doit veiller au recueil du consentement du résident.....	- 8 -
1.3.2 L'EHPAD doit veiller à l'information du résident tout au long de son séjour -	9 -
1.3.3 Liberté d'aller et venir en unité fermée	- 9 -
1.3.4 L'EHPAD doit veiller à la promotion de la vie sociale et familiale des résidents-	10 -
1.3.5 Recommandations de bonnes pratiques.....	- 11 -
2 PARTIE II : Une Relation multi acteurs résidents, professionnels, institution.....	- 11 -
2.1 Méthodologie	- 12 -
2.1.1 Textes, recommandations	- 12 -
2.1.2 Missions et responsabilités des professionnels	- 13 -
2.1.3 Articulation vie privée/liberté d'aller et venir.....	- 14 -
2.1.4 Attentes et responsabilités des usagers et de leur entourage.....	- 16 -
2.1.5 Ma journée d'observation et observations en UVP	- 18 -
2.1.6 Entretiens avec les différents acteurs.....	- 19 -
2.2 La prise en charge proposée en UVP	- 20 -
2.2.1 Comment est appréciée la liberté d'aller et venir de la personne accueillies en UVP	- 20 -

2.2.2	Principes généraux de l'UVP	- 20 -
2.2.3	Un accompagnement individualisé	- 22 -
2.3	Freins et contraintes du respect de la liberté de circuler du résident	- 22 -
2.3.1	Les conditions requises pour admettre cette restriction	- 23 -
2.3.2	Le recours à un dispositif de fermeture réservés aux unités protégées	- 23 -
2.3.3	L'engagement institutionnel de supprimer tous les dispositifs de contention physique-	24 -
2.3.4	Le recours exceptionnel à la contention chimique	- 24 -
3	PARTIE III : Ouverture de l'UVP sur le monde extérieur, facteur de développement des libertés	- 24 -
3.1	Un projet multi acteurs et plusieurs axes.....	- 24 -
3.2	Faire évoluer la prise en charge en UVP.....	- 25 -
3.3	La réponse éducative	- 25 -
3.4	La prescription adaptée des médicaments.....	- 25 -
3.5	La Formation des équipes	- 26 -
3.6	Le contrôle des allées et venues.....	- 26 -
3.7	Les outils de géolocalisation	- 27 -
3.7.1	L'objectif.....	- 27 -
3.7.2	Le contenu	- 27 -
3.7.3	Consentement et respect du consentement des personnes	- 27 -
3.7.4	Information et évaluation des dispositifs.....	- 28 -
3.8	Le projet noctambule.....	- 28 -
3.8.1	Constat	- 28 -
3.8.2	L'objectif.....	- 29 -
3.8.3	Les activités proposées	- 29 -
3.8.4	Evaluation.....	- 30 -
3.8.5	Evolution, perspective 2019 du projet	- 31 -
	Conclusion.....	- 33 -
	Bibliographie	- 35 -
	Liste des annexes.....	I
	ANNEXE 1 – Note d'observation.....	II
	ANNEXE 2 – Grille d'observation.....	VIII

ANNEXE 3 – Grille d’entretien des résidents et usagers.....	IX
ANNEXE 4 – Grille d’entretien des professionnels et bénévoles.....	X

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen
CNBD	Comité National de la Bien traitance et des Droits
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREX	Comité de Retour d'Expérience
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
DIPC	Document Individualisé de Prise en Charge
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
HAS	Haute Autorité de Santé
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
GPS	Global Positioning System
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
PE	Projet d'Etablissement
PAP	Projet Accompagnement Personnalisé
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Introduction

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont effectué de nombreuses transformations durant ces dernières décennies. De l'hospice à l'EHPAD, ils ont vu leurs missions se développer et les exigences à leur égard se renforcer en lien avec les évolutions sociales et la prise en compte de potentialité de la personne. L'allongement de la durée de vie évolue continuellement grâce à l'amélioration des conditions de vie, des actions de prévention et des progrès de la médecine.

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

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

Le directeur d'établissement est garant de la réponse apportée aux résidents face à cette évolution de l'accompagnement et aux exigences développées qui sont en lien avec l'entrée en institution. L'exigence des tutelles ARS, Département, des familles, rend nécessaire une réelle implication des professionnels, une organisation du travail réfléchie en fonction des besoins, attentes et rythmes des résidents ainsi qu'une politique d'établissement forte.

La Résidence Augé Colin est un EHPAD qui est en en direction commune avec le Centre Hospitalier Universitaire de Reims, le Centre Hospitalier d'Epernay, l'Hôpital Local de Montmirail, deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le Hameau Champenois à Epernay et la Résidence Jean Collery à Aÿ dans le département de la Marne. Elle fait partie du Groupement Hospitalier Universitaire de champagne qui comprend 15 établissements.

Elle a une capacité autorisée de 94 lits, 90 lits permanents, 4 lits d'accueil temporaire dont une unité de vie protégée de 14 lits (UVP) et un accueil de jour de 8 places sur une surface de onze mille mètres carrés et c'est le lieu où j'exerce la fonction de directeur opérationnel. L'EHPAD s'inscrit dans une « filière gériatrique » en collaboration avec les autres

établissements médico-sociaux de la direction commune et les différents partenaires du territoire du secteur social et médico-social.

L'établissement a la particularité d'accueillir des personnes issues principalement du canton. La moyenne d'âge est de 85 ans pour une population composée à 80% de femmes, le Gir Moyen Pondéré (GMP) est de 762 et une durée moyenne de présence de 1 an, 7 mois et 27 jours en 2017, hors UVP.

Au cours de mes différentes expériences professionnelles et de ma journée d'observation sur un autre EHPAD, dans les unités et l'UVP de la Résidence, j'ai pu constater que la liberté d'aller et venir peut avoir un effet sur le lien social. C'est à partir de ce postulat que j'ai choisi d'étudier en quoi la liberté d'aller et venir d'une personne âgée admise en EHPAD peut influencer sur les liens sociaux et quelles actions ou adaptations pourrais-je mettre en œuvre pour la préserver voire la favoriser.

Pour répondre à mon interrogation, j'ai en premier lieu, fait des recherches documentaires et bibliographiques traitant les sujets du lien social. J'ai également exploré l'aspect réglementaire relatif au droit des usagers en étudiant les différentes lois et textes d'application, les plans nationaux, les rapports officiels, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Par ailleurs, mes investigations ont porté sur différents documents institutionnels tels que le projet d'établissement, le projet de vie, le contrat de séjour, le livret d'accueil, le règlement intérieur et de fonctionnement, les comptes-rendus et la plaquette de présentation du Conseil de la Vie Sociale, le rapport d'activité, les rapports des évaluations internes et externes.

En outre afin de recueillir l'avis des différents intervenants en EHPAD sur les sujets choisis, j'ai mené 12 entretiens semi-directifs auprès de 4 résidents, 2 familles et 5 professionnels à partir de grilles distinctes, puis à l'issue de l'analyse de ces entretiens, j'ai pu dégager les principaux axes de travail. Enfin, les retours d'expérience des différents intervenants au cours de la formation à l'EHESP m'ont aidé dans ma réflexion.

Pour répondre à ma question de départ «la liberté d'aller et venir influence-t-elle sur le lien social en EHPAD», j'ai dans un premier temps mis en avant la prise en compte du lien social en EHPAD tant par la société que par l'établissement où j'exerce. Ensuite, pendant mes différentes investigations, j'ai pu appréhender les raisons pour lesquelles l'admission en EHPAD peut influencer ou pas sur le lien social des résidents. Conscient du fait qu'enrichir le quotidien des résidents en favorisant le lien social dépend de la volonté des professionnels, des différents intervenants dans l'EHPAD, il n'en demeure pas moins que le directeur se doit d'impulser la dynamique et à cette fin je proposerai différentes actions.

1 PARTIE I : Lien social et liberté d'aller et venir: deux éléments à préserver

1.1 Le lien social

1.1.1 Qu'est-ce que le lien social ?

Le lien social définit l'ensemble des relations qu'entretient un individu avec les autres membres d'un groupe social et repose sur plusieurs types de relation : familiale, politique, solidarité, sociabilité, marchand. Il ne se fait pas uniquement au niveau des institutions mais aussi au niveau le plus quotidien qui est celui des relations de voisinage, amicales, ou amoureuses.

Serge Paugam distingue quatre grands types de liens sociaux :

- le lien de filiation, biologique ou adoptif qui fonde l'appartenance sociale et l'identité de l'individu ;
- le lien de participation élective qui se construit sur une base affinitaire au sein de groupes divers (voisins, amis, communautés locales, institutions religieuses, sportives, culturelles...) ;
- le lien de participation organique qui renvoie à l'intégration de l'individu dans le monde du travail ;
- le lien de citoyenneté qui reconnaît aux membres de la nation des droits et devoirs et en fait des citoyens à part entière.

Ces quatre types de liens complémentaires et entrecroisés apportent à l'individu la protection et la reconnaissance, deux dimensions essentielles pour être relié aux autres.

Dans son ouvrage « Le lien social » Serge Paugam¹ présente les liens sociaux et leurs possibles faiblesses.

Les individus apprécient d'avoir plusieurs appartenances, pour ne pas être lié par un lien unique. Le lien social serait composé d'une multitude de fils plus ou moins solides.

Les relations horizontales tissées entre individus au travers de la famille, du voisinage, du travail ou de l'amitié tendent à se développer grâce à la modernisation et à faciliter l'accès et l'utilisation des moyens de communication (téléphonie mobile, tablette, skype, snapchat).

¹S. Paugam 2013 « Le lien social », Paris, collection que sais-je, Presse Universitaire de France

Le lien social se constitue donc avec ce que nomment les sociologues, « les liens forts » à l'instar des liens familiaux ou amicaux et « les liens faibles » comme les liens professionnels ou contacts numériques (facebook).

La cohésion d'une société est donc le fait de liens sociaux prenant plusieurs formes qui coexistent et recouvrent partiellement les relations communautaires, sociétaires et des institutions.

1.1.2 Le lien social chez la personne âgée

Le maintien de liens sociaux joue un rôle majeur dans le « bien vieillir » et dans la prévention de la perte d'autonomie. Aussi, d'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'isolement est un facteur de risque important quant à la détérioration de l'état de santé : il augmenterait par quatre le risque d'EDC (épisode dépressif caractérisé), par deux la détresse psychologique et par cinq les pensées suicidaires. "Le fait de vivre seul multiplie par quatre chez les hommes et par deux chez les femmes, la probabilité de survenue d'un épisode dépressif au cours des douze derniers mois. Le fait de ne pas avoir eu d'activité de groupe ou de loisirs au cours des huit derniers jours, multiplie par deux la probabilité chez la femme d'être en détresse psychologique", souligne l'INPES dans son baromètre santé des 55-85 ans.

"Bien vieillir et être en bonne santé n'a de sens pour les seniors que s'ils sont en relation avec les autres. Les liens sociaux jouent un rôle majeur dans le bien vieillir au sens physique comme psychologique, et il peuvent être un complément efficace aux médicaments.

Avec l'avancée en âge, les occasions de créer du lien se réduisent. Il est plus difficile de nouer de nouveaux liens. Les personnes âgées de 80 ans ou plus, sont plus souvent en contact avec leurs enfants mais aussi avec les commerçants près de chez eux, leurs voisins, le facteur et l'auxiliaire de vie. Selon le baromètre de TNS Sofres 2015 , 65% des 71-80 ans (et 64% des plus de 80 ans) donnent au facteur un rôle prépondérant (contre 45% chez les 55-60 ans) et 70% d'entre eux citent les auxiliaires de vie.

Selon une étude de la Fondation de France ², une personne âgée sur quatre, 25 % des personnes âgées souffrent d'isolement social et les liens sociaux s'amenuisent plus particulièrement dans les villes et grosses agglomérations alors que la densité de la population y est plus élevée. Plus de 50% des personnes âgées n'ont peu ou pas de réseau amical actif et plus de 50% ont des contacts réduits ou inexistant avec leur famille.

Les différentes études démontrent que le lien social évolue dans le temps en fonction du contexte notamment. En ce qui concerne la personne âgée, les différentes formes de liens qui existent se transforment avec l'âge et l'admission en EHPAD peut accentuer cette transformation.

1.1.3 Le lien social en EHPAD

Les conditions de prise en charge des personnes âgées en établissement ont connu de profondes mutations sous l'impulsion des pouvoirs publics depuis ces 40 dernières années.

L'entrée en institution est souvent ressentie comme une épreuve qui induit un changement de vie radical pour la majorité des personnes âgées. Vivre ensemble dans un milieu institutionnel peut être un cap difficile à passer pour les personnes âgées qui ont vécu en dehors pendant de longues années. Pour une bonne intégration des résidents, une connaissance de leurs habitudes de vie, de leurs conditions de vie est nécessaire pour que cela ne soit pas vécu comme une séparation ou un abandon.

L'EHPAD doit veiller à la promotion de la vie sociale et familiale des résidents, respecter la liberté personnelle et ainsi permettre aux résidents accueillis de pouvoir circuler librement à l'intérieur et à l'extérieur, de ne pas être isolés de leurs familles et amis, de continuer à être un citoyen au sein d'un territoire.

Depuis 2002, les usagers des EHPAD voient leurs droits et prérogatives réaffirmés par la loi du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce texte vise notamment «à une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social». L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, dans son article 6 indique expressément le maintien des liens familiaux. L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM)³ vient accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe. L'ANESM dans ses recommandations de bonnes pratiques, apporte une attention toute particulière à la vie sociale des résidents en EHPAD. En effet, dans le guide « Qualité de vie » volet 3, différentes actions sont proposées aux responsables des structures afin de favoriser les relations sociales antérieures ou nouvelles des résidents.

² Fondation de France, Enquête « Conditions de vie et Aspirations », les solitudes en France 2016,

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

1.2 La liberté d'aller et venir

1.2.1 La liberté d'aller et venir :un droit individuel

La liberté d'aller et venir est le droit de circuler librement, elle fait partie de la liberté personnelle qui inclu notamment le droit de choisir son mode de vie et d'avoir une vie sociale pour tout individu.

C'est un droit protégé par la Constitution française et par les conventions internationales. Il est donc placé au sommet de la hiérarchie du droit français mais il n'est pas absolu et il peut être valablement limité sous certaines conditions.

La liberté d'aller et venir est un élément de la liberté personnelle fondée sur les articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.

La liberté de circulation est affirmée dans l'article 2 du protocole n° 4 de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950.

La liberté et la sécurité sont protégées par les articles 9 et 12 du Pacte International relatif aux Droits civils et politiques de 1966.

1.2.2 La liberté d'aller et venir en EHPAD

La liberté d'aller et venir est le droit de circuler librement dans un EHPAD à l'intérieur et à l'extérieur, de respecter la liberté personnelle des résidents, c'est enfin respecter leur dignité, c'est-à-dire les accompagner dans tous les actes de la vie quotidienne avec bienveillance et les considérer comme des êtres humains à part entière, des adultes capables de faire des choix, de décider, d'être acteurs de leur vie, quelque soit leur handicap ou leur dépendance physique, psychique et cognitive.

Le code de l'Action Sociale et des Familles (loi du 28/12/2015) : « L'exercice des droits et libertés individuels, garantit à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, pour lui assurer le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité... ».

L' article L 311-4-1 : « le contrat de séjour peut comporter une annexe dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévus par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir.

Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus...»

L'arrêté du 8 septembre 2003 et la charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie en institution émanant de cet arrêté affirme les droits des usagers, dans le respect de leur liberté, et de leur sécurité.

1.2.3 La sécurité en EHPAD

La sécurité peut être définie comme une situation de tranquillité dans laquelle se trouve une personne pour laquelle les risques d'atteinte à son intégrité sont identifiés et prévenus. Elle se traduit par une obligation contractuelle de moyens faite à chaque EHPAD d'assurer la sécurité de ses résidents.

Le droit à la sécurité fait partie des droits et libertés garantis expressément à l'utilisateur pris en charge dans les établissements médico-sociaux (article L.311-3 du CASF). Les directeurs tentent de trouver des compromis pour satisfaire l'obligation de sécurité qu'ils doivent aux résidents et la nécessité de respecter leur liberté d'aller et venir. Toutefois cette liberté peut être limitée pour des raisons de sécurité liées au comportement d'une personne désorientée, démente, suicidaire, à la protection des tiers ou à la sécurité des lieux.

1.2.4 La responsabilité de l'EHPAD

Au vu de ces définitions et de la valeur juridique de ces deux droits, il semble que la liberté d'aller et venir doit être privilégiée sur la sécurité.

En effet, pour que la responsabilité de l'EHPAD soit engagée, trois conditions doivent être réunies et c'est à la partie adverse d'en apporter la preuve :

- l'existence d'un dommage certain et non hypothétique (une réelle atteinte à l'intégrité physique ou morale du résident)
- l'existence d'une faute de l'EHPAD qui n'a pas limité la libre circulation du résident, un manquement grave, un dysfonctionnement majeur, un défaut de surveillance réel
- l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le dommage (c'est parce que l'EHPAD a commis une faute que le dommage s'est réalisé)

Il est donc possible pour un résident ou sa famille d'engager la responsabilité contractuelle d'un EHPAD pour faute consistant en un manquement de ce dernier à son obligation de sécurité.

Les seules condamnations sont liées aux circonstances dans lesquelles le juge considère que l'EHPAD aurait dû limiter la libre circulation du résident pour éviter sa fugue, sa chute ou l'agression d'un tiers.

Le juge retient une faute quand l'étude des circonstances montre que l'EHPAD était en mesure d'identifier un risque d'atteinte à l'intégrité du résident, risque élevé au niveau criticité et occurrence si on maintenait sa libre circulation et qu'il était nécessaire de la limiter.

1.3 Des enjeux à préserver pour la qualité de vie

L'EHPAD se définit comme un lieu de vie et d'accompagnement de personnes âgées dépendantes. Il doit encourager la liberté personnelle des résidents et indiquer ce choix dans les valeurs éthiques énoncées dans son projet d'établissement et dans son projet de service des unités protégées.

Un EHPAD est un lieu de vie dans lequel on doit entrer par choix. Il se distingue ainsi des établissements pénitentiaires et psychiatriques dans lesquels on peut entrer sous contrainte judiciaire ou médicale.

L'EHPAD doit promouvoir la liberté personnelle du résident. Pour cela, l'EHPAD doit veiller :

- au recueil du consentement du résident à son entrée et tout au long de son séjour,
- à l'information du résident tout au long de son séjour,
- à la libre circulation du résident,
- à la promotion de la vie sociale et familiale des résidents

C'est promouvoir une entrée en institution qui respecte le consentement de la personne âgée d'ordre personnel (égalité, liberté, sûreté et dignité de la personne...), et préserve l'exercice de ses droits.

1.3.1 L'EHPAD doit veiller au recueil du consentement du résident

L'EHPAD doit s'assurer du consentement du résident à son entrée dans l'établissement et au maintien de ce consentement tout au long de son séjour.

Pour cela il est nécessaire :

- d'avoir une trace du recueil du consentement du résident à l'entrée
- de faire signer au résident son contrat de séjour
- de remettre au résident un règlement de fonctionnement

Face à un majeur protégé, le principe reste le même. Le consentement du résident doit être recherché s'il est en capacité de l'exprimer. En outre, le consentement de son représentant (tuteur légal ou curateur) devra également être recueilli.

Lorsqu'un résident n'est pas en mesure de manifester sa volonté, qu'il n'exprime pas de refus catégorique et qu'il n'a pas de représentant légal, il peut être de bonne pratique de recueillir l'assentiment des membres de sa famille à son entrée ou au cours de son séjour.

En cas de refus catégorique du résident majeur (ou futur résident) ou de conflit familial empêchant d'obtenir un consentement éclairé du résident (ou futur résident), ce dernier ne peut être admis ou rester en EHPAD. Lorsque l'utilisateur n'est pas apte à exprimer un consentement éclairé, la loi du 2 janvier 2002 renvoie aux règles de la protection juridique des majeurs. À défaut d'aptitude de fait de la personne prise en charge par un établissement médico-social à exprimer sa volonté et de participer à la décision, le consentement de son représentant légal est recherché. La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection des majeurs légalise l'assistance à la personne. Elle pose expressément le principe d'autonomie du majeur pour toutes les questions touchant sa personne, tout en organisant son assistance ou sa représentation en cas de volonté défaillante.

Néanmoins, lorsqu'une protection juridique pourrait apparaître nécessaire au regard de la situation du majeur, le directeur peut saisir le Procureur de la République. Le Procureur pourra décider de l'opportunité de demander au juge des tutelles l'ouverture d'une mesure de protection (curatelle ou tutelle).

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement réforme principalement le cadre juridique des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes.

Elle s'inscrit dans le prolongement des législations antérieures en instaurant des mécanismes permettant une garantie effective des droits de ce public accueilli en structure.

1.3.2 L'EHPAD doit veiller à l'information du résident tout au long de son séjour

Dans la mesure du possible, le résident est décisionnaire et acteur de sa vie pendant toute la durée de son séjour. Il doit être en capacité de participer et signer son Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), réunir le Conseil de la Vie Sociale (CVS) composé de représentants des usagers et des familles au minimum 3 fois par an.

1.3.3 Liberté d'aller et venir en unité fermée

Il doit être ouvert et accessible à tous, toute l'année. Pour les « unités protégées » qui accueillent des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie assimilée dans un secteur fermé au sein des EHPAD. Ces unités n'ont aucune existence juridique en ce sens qu'aucune loi n'a prévu leur existence ni organisé leur fonctionnement hors les recommandations du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 -2012. Par conséquent,

en principe, le maintien d'une personne en secteur fermé nécessite son consentement, lequel doit être un consentement éclairé.

En théorie, les unités protégées devraient donc nécessiter une intervention des juges des libertés et de la détention pour valider l'accueil de chacun de leurs résidents. Quand ces unités existent dans la pratique au sein des EHPAD, il est préconisé de veiller à y respecter deux conditions :

- que ces unités soient limitées aux résidents dont la pathologie ne permet pas un accueil en unité classique,
- privilégier en leur sein, la libre circulation des résidents.

L'entrée en unité protégée doit être décidée et validée en équipe pluridisciplinaire et réévaluée régulièrement (article L311-4-1 du code de l'action sociale et des familles).

Elle doit bénéficier d'aménagements intérieurs qui facilitent les déplacements des personnes âgées, sensibiliser les soignants sur l'importance de la mobilité des résidents, proposer des dispositifs d'aide au déplacement (déambulateur, etc.), et favoriser des ateliers d'aide à la marche.

Les recommandations de la conférence du consensus de 2004 préconisent « la réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine (maintien du contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement), organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) et architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces, de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels ; limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables. »

1.3.4 L'EHPAD doit veiller à la promotion de la vie sociale et familiale des résidents

Respecter la liberté personnelle dans un EHPAD, c'est aussi permettre aux résidents accueillis de pouvoir faire des sorties à l'extérieur, de ne pas être isolés du monde, de continuer à être un citoyen au sein d'un territoire, par la présence d'animateurs diplômés (ou de référents animation), et l'existence d'un projet d'animation qui promeut la vie sociale et familiale du résident.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

1.3.5 Recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles traitant du lien social et de la liberté d'aller et venir des résidents d'EHPAD se multiplient.

L'HAS et l'ANESM ont élaboré à l'attention des EHPAD des recommandations au travers de rapports et de conférences pour la bientraitance des personnes âgées dépendantes. Il s'agit de repères, d'orientations pour l'action destinés aux professionnels du secteur médico-social pour faire évoluer leurs pratiques et améliorer la qualité des prestations rendues aux résidents. Elle sert de support pour la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne.

Les recommandations l'ANESM sont élaborées à partir des grands axes de la politique publique médico-sociale comme par exemple le plan Alzheimer. Les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas des dispositions réglementaires, ni le recueil des pratiques les plus innovantes. Elles fixent pour les établissements des objectifs à atteindre comme le respect des droits des usagers tout en laissant la liberté aux professionnels pour les mettre en œuvre.

Les recommandations sont nécessaires pour les évaluations. Elles constituent les principaux critères d'appréciation. L'article L 312-8 du CASF précise : « les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques. »

Les bonnes pratiques concourent à la bientraitance (Veiller au Bien) qui englobe tout ce qui favorise l'épanouissement de la personne, s'adapte à ses besoins divers (psychologiques, physiologiques, affectifs...) et permet un développement harmonieux.

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service, elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur.

2 PARTIE II : Une Relation multi acteurs résidents, professionnels, institution.

Les personnes âgées entrées en institution semblent coupées du monde, centrées sur elles-mêmes et expriment peu d'intérêt à ce qui les entoure. Elles ne cherchent pas à entrer en contact avec d'autres résidents ou d'autres personnes. La dissolution de ce lien social peut-il être influencée par certains facteurs ?

Pour répondre à cette question, j'ai orienté mes recherches sur l'intérêt du lien social pour les résidents et répondre ainsi à ma question de départ : la liberté d'aller et venir influe-t-elle sur le lien social des résidents, et plus particulièrement sur les unités de vie protégées ?

Problématique à laquelle je compte répondre en m'appuyant sur l'établissement dans lequel je suis en poste.

La notion de liberté d'aller et venir pour une personne accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements, mais aussi comme le droit de prendre ses décisions elle-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a choisi. L'exercice de cette liberté repose, après délivrance d'une information compréhensible et adaptée, sur le recueil de l'approbation consciente de la personne, recherchée par tout moyen en cas de troubles du discernement.

2.1 Méthodologie

La méthodologie employée est basé sur des observations qui ont pour objectif de faire des propositions pour offrir une vie sociale plus riche aux résidents de l'unité de vie protégée au sein de l'établissement.

Pour réussir cette démarche j'ai utilisé la méthodologie suivante:

- observation dans l'unité, constat ;
- entretien avec différents acteurs (usagers, bénévoles, professionnels,..) ;
- s'appuyer sur les textes, recommandations des droits des résidents;
- missions et responsabilités des professionnels ;
- prise en charge proposée en UVP;
- freins et contraintes du respect de la liberté de circuler en UVP ;
- réussir le projet d'ouvrir l'UVP sur le monde extérieur ;

2.1.1 Textes, recommandations

L'objectif des textes et recommandations n'est pas de restreindre les libertés des personnes accueillies, mais celui de les préserver et de faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et venir dans le cadre des nouvelles contraintes induites par l'allongement de la vie humaine et l'accroissement de la vulnérabilité et de conserver le lien social.

Lorsque la limitation met en cause la qualité et les conditions de vie, la réalisation d'une activité souhaitée par la personne et le maintien de ses relations familiales et sociales, elle représente une restriction à la liberté d'aller et venir. Le trouble du discernement et le trouble mental ne peuvent pas et ne doivent pas être mis sur le même plan que le handicap moteur ou sensoriel car ils ne nécessitent pas les mêmes réponses en termes de soins, d'éducation, de soutien et d'accompagnement

Dans les établissements médico-sociaux, le projet de vie doit rester la préoccupation centrale. L'organisation interne des établissements doit s'appuyer sur :

- la souplesse de l'organisation du travail et des règles de vie collective ;
- le sens et la valeur de l'accompagnement comme condition d'exercice de la liberté de la personne ;
- un projet d'équipe dynamique favorisé par des méthodes de travail selon un mode collégial pour évaluer les situations et aider la prise de décision ;
- les formations des professionnels et leur contenu, de même que les types de métiers présents dans ces établissements pour accueillir et accompagner les personnes dans l'exercice de leur liberté ;
- la mobilisation et la responsabilisation des familles et des proches ;
- l'ouverture des lieux à l'extérieur (familles, proches, bénévoles) et sur l'extérieur dans un but d'intégration et de participation des personnes à la vie sociale ;
- un règlement intérieur qui codifie les éventuelles restrictions à la liberté d'aller et venir et une information des personnes.

Pour accompagner l'utilisateur et son entourage par un travail d'équipe, en sollicitant une participation active sans jugement de valeur, en respectant son identité et en restant attentif à la cohérence des actions mises en œuvre.

2.1.2 Missions et responsabilités des professionnels

Il est indispensable que les pratiques professionnelles soient fondées sur un travail d'équipe qui s'appuie sur des valeurs, les lois, textes, et recommandations, la chartre de bientraitance pour :

- définir des principes qui ont notamment comme finalité la préservation de la dignité de la personne accueillie et qui permettent une prise de décision selon un schéma validé au préalable ;
- garder pour toute décision une trace écrite dans le dossier du résident ;
- assurer une collégialité dans la prise de décision en recherchant un consensus de l'équipe à travers des réunions de synthèse pluri professionnelles régulières;
- réévaluer périodiquement les modalités d'exercice de la liberté d'aller et venir. En cas de restriction motivée, la réévaluation est systématique et à périodicité la plus brève possible ;
- désigner un référent qui doit veiller à ce que la mise en œuvre de la liberté d'aller et venir soit effective, individualisée et non uniformisée. Il a en outre un rôle de lien entre la personne et sa famille et/ou son entourage d'une part, l'équipe d'autre part, en

particulier en cas de désaccord. Il peut faire partie de l'équipe, être intégré dans l'établissement ou être issu d'une association d'usagers ;

- En plus des infirmiers et des aides-soignants, une diversification des métiers (aides médico-psychologiques, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, éducateurs, art-thérapeute, etc.) doit être recherchée pour favoriser l'exercice de la liberté d'aller et venir en terme de compensation des déficits, d'acquisition de nouvelles compétences avec un accompagnement et des aides techniques adaptées, de maintien du contact avec la personne, de compréhension du sens donné à son déplacement, de participation et d'intégration à la vie sociale.

2.1.3 Articulation vie privée/liberté d'aller et venir

En assurant une vigilance constante sur la qualité de vie et de prise en charge des personnes accueillies, les autorités administratives et les services de l'Etat dans les régions et les départements proposent, lorsque cela est nécessaire, des solutions pour améliorer la qualité de la vie quotidienne et de la prise en charge des personnes accueillies. Des outils de sensibilisation sont mis à disposition pour accompagner et soutenir les établissements dans cette démarche.

Il s'agit de mener des actions à moyen et long termes visant à modifier le regard porté sur les personnes vulnérables et à améliorer leurs conditions de vie en institution (ou à domicile), en accompagnant les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une politique active de bienveillance.

Le respect de la vie privée doit inspirer les modes d'organisation, les configurations architecturales, les règlements internes, les modes d'intervention des professionnels et ce dans le souci de parvenir au plein épanouissement de la personne dans sa vie quotidienne au sein de l'établissement.

- L'Etablissement étant éloigné du centre ville, il faut encourager une proximité avec les établissements accueillant des publics d'âge différents : crèche, école pour favoriser l'échange entre générations, introduction de services, acteurs et animations venant de l'extérieur ;
- Aménagements pour le respect de l'intimité et la protection des biens : porte d'entrée de la chambre, placards ou autres meubles personnels fermant à clé ; coffre pour objets de valeur, accessible par les personnes accueillies sur une grande plage horaire quotidienne ;
- Circulations horizontales (contraste de couleur entre les mains courantes et mur, mur et porte, porte et poignée) dans le respect des normes de circulation adaptées aux personnes à mobilité réduite ;

- Circulations verticales : adaptation des ascenseurs aux personnes à mobilité réduite, mal voyants, déficients sensoriels (indications élaborées en braille, annonce verbale, chiffres en gras et couleur contrastée, etc.), continuité de la main courante après la fin des escaliers.
- Ameublement de la chambre et individualisation des espaces disponibles : objets et effets personnels, cabinet de toilettes adapté, possibilité d'apporter son mobilier (une commode et 1 fauteuil), personnalisation de l'espace, notamment par une décoration de son choix ;
- Mise à disposition des ressources et biens personnels en toute liberté.
- Création d'espace de convivialité : salle de musique, télévision, salle d'activités manuelles (tricot, peinture, conte, fêtes d'anniversaire, décoration en fonction des saisons, etc.) ;
- Présence d'un salon de coiffure, esthétique, pédicure ou possibilité pour les usagers de faire appel à ces professionnels ;
- Espaces de vie privés communs à deux usagers (chambre communicante) ;
Lieux de restauration pour famille, amis et usagers (salon des familles) ;
- Activités personnalisées : 1 usager, 1 encadrant ;
- Téléphone adapté aux capacités visuelles, auditives, manuelles ;
- Mise à disposition régulière des informations sur la vie culturelle, sociale et associative locale sur supports adaptés ;
- Construction avec la personne d'un projet de vie ou d'un projet éducatif pour les temps libres pour donner un sens à ces sorties : maintien du lien social, rencontre d'amis, achats dans des commerces, etc. ;
- Mise à disposition de véhicules adaptés et de personnel d'accompagnement : salariés et bénévoles ;
- Mise à disposition en nombre suffisant de déambulateurs, fauteuils roulants adaptés aux possibilités de déambulation de la personne ;
- Collaboration des professionnels pour la réalisation d'un projet de vie et/ou de soins et/ou éducatif de qualité, avec l'aide de kinésithérapeute, animateur, psychologue, assistant social, art-thérapeute.

Pour soutenir ces actions, plusieurs outils et structures d'appui ont été mis en place.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Créée en 2007, l'ANESM a pour objectif de développer une culture de la bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables. Elle a élaboré plusieurs recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des procédures

d'évaluation interne et externe, afin de soutenir l'amélioration de la qualité des prises en charge et la promotion de la bientraitance dans le secteur social et médico-social.

Par ailleurs, elle accompagne les établissements et services dans une démarche régulière d'autoévaluation de leurs pratiques en matière de bientraitance, afin de sensibiliser les équipes à cette approche et d'en mesurer les progrès.

La Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables

Cette commission est composée d'experts et de représentants de tous les secteurs concernés notamment des ministères des Solidarité et de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur et des Personnes handicapées, des Agences régionales de santé, des Conseils départementaux. Elle est chargée de proposer des mesures de protection en direction des personnes vulnérables en raison de leur âge ou d'un handicap, que ce soit à domicile ou en établissement.

L'installation de cette commission, prévue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement doit permettre d'améliorer la connaissance d'un phénomène longtemps tabou. Elle doit mettre en place des moyens pour faciliter le repérage, le signalement et le traitement de situations de maltraitance, promouvoir la bientraitance et l'accompagnement des acteurs dans le quotidien. Elle veillera notamment à promouvoir la pleine représentation et l'expression des personnes concernées.

Dans le registre de ses missions, le Département est en charge de la politique gérontologique. Au terme de la loi il est même le chef de file d'une action qui au fond concerne les collectivités territoriales, certes, mais aussi l'État, les organismes de sécurité sociale, les caisses de retraite et de nombreuses mutuelles. Le Département est coordonnateur d'un dispositif d'initiatives publiques et privées qui concourent au bien-être des personnes les plus âgées de notre société.

Pour traduire cette aspiration en dynamique publique, le schéma gérontologique départemental prévu par la loi du 22 juillet 1983, évalue les besoins et détermine les priorités.

La durée d'un schéma est, selon la loi, de 5 ans mais sa prolongation de durée est pertinente lorsqu'elle permet de finaliser la mise en œuvre des actions préconisées et de parachever les créations d'établissements et de services.

2.1.4 Attentes et responsabilités des usagers et de leur entourage

Institué par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007, le projet personnalisé précise que la qualité de prise en charge d'un EHPAD repose sur le respect de la personne, de ses choix, de ses attentes, afin de conserver son autonomie sociale, physique et psychique. Il s'agit d'une démarche participative et collective afin de donner du sens à la vie de la personne accueillie.

Le projet de personnalisé est un engagement par lequel un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante s'engage à prendre en compte la singularité de la personne accueillie pour adapter son accueil et ses services. C'est une démarche dynamique de co-construction du projet de vie et de soins du résident.

Pour chaque personne accueillie, le développement ou la préservation de sa liberté d'aller et venir, du lien social et de ses corollaires (dignité, intimité) doivent être précisés dans le projet individuel. Toute restriction individuelle de cette liberté qui serait supérieure aux restrictions collectives doit être déclarée, motivée, expliquée et révisée régulièrement.

Il est nécessaire d'associer la famille à l'élaboration du projet individuel de la personne, de la mobiliser et la responsabiliser et de rechercher systématiquement son aide ainsi que celle de l'entourage pour permettre l'exercice de la liberté d'aller et venir.

Le résident doit être informé dès son admission de ses droits et de ses devoirs dans sa vie quotidienne en établissement, notamment en ce qui concerne sa liberté d'aller et venir.

Si des réglementations internes à l'établissement peuvent prévoir à titre exceptionnel, pour des raisons tenant à la sécurité des personnes, une limitation dans l'espace des déplacements de l'usager, elles doivent impérativement poser comme principe cardinal leur liberté fondamentale d'aller et venir.

Les règlements de fonctionnement et les règlements intérieurs doivent être élaborés en tenant compte de l'avis des représentants des résidents, du monde associatif, des professionnels œuvrant dans l'établissement mais aussi des bénévoles qui concourent à son fonctionnement. Ils sont rédigés en des termes accessibles à tous (y compris à ceux qui sont privés du langage et de sa compréhension par une mise en image adaptée). Ils doivent être communiqués à l'usager dès son arrivée, mais aussi affichés et diffusés largement dans tous les lieux de l'établissement.

Le conseil de vie sociale est une instance élue par les résidents et les familles d'un établissement médico-social. Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, le conseil de la vie sociale donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie... Son rôle est consultatif.

Le conseil de la vie sociale a été créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de renforcer les droits des résidents hébergés dans des établissements médico-sociaux : foyers pour personnes handicapées, EHPAD...

Le conseil de la vie sociale favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

Le conseil de la vie sociale donne son avis sur tout ce qui concerne la vie de l'établissement. Il peut faire des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des résidents. Il se réunit au moins 3 fois par an.

Le conseil de la vie sociale peut donner son avis et fait des propositions sur :

- les projets de travaux,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- la mise en place de nouveaux services,
- les modifications de la prise en charge ayant un impact sur les résidents,
- le programme des animations,
- l'organisation intérieure et la vie quotidienne...
- les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants.

Les représentants des résidents et des familles élus au conseil de la vie sociale sont les interlocuteurs privilégiés des résidents et familles qui n'y siègent pas. Ils apportent des informations et des conseils aux résidents et à leurs familles. Avant la tenue d'un conseil, ils peuvent passer les voir et recueillir leurs remarques pour en faire part lors de la réunion.

Le conseil de la vie sociale doit obligatoirement être consulté sur des documents importants, dans le cadre de leur élaboration ou de leur révision : le règlement de fonctionnement de l'établissement et le projet d'établissement.

Le rôle du conseil de la vie sociale est uniquement consultatif. La direction de l'établissement doit tenir compte des avis du conseil de la vie sociale mais elle reste responsable des décisions relatives à la gestion de la structure.

2.1.5 Ma journée d'observation et observations en UVP

J'ai réalisé une journée d'observation dans un autre EHPAD que mon établissement, dans lequel j'ai pu observer le quotidien des résidents pendant une journée. J'ai construit en amont de cette journée une grille d'observation (annexe 2) qui m'a permis d'effectuer la rédaction d'une note de synthèse (annexe 1). La rédaction de ce document a nourri ma réflexion pour accomplir l'observation dans mon établissement.

Pour prendre connaissance de la vie quotidienne des résidents de l'UVP, j'ai procédé à des observations tout au long de la journée afin de saisir tous les instants d'échange, de participation, de partage entre les résidents, avec leurs familles, les bénévoles, et les professionnels.

Et d'observer ainsi les liens sociaux dans l'unité entre les différents acteurs.

2.1.6 Entretiens avec les différents acteurs

Pour recueillir des données, j'ai construit deux grilles d'entretiens : une grille pour les professionnels et bénévoles et une deuxième pour les résidents et les familles.

Ces entretiens ont été effectués auprès d'un panel de dix professionnels, résidents, familles et bénévoles.

Parmi les professionnels, j'ai choisi de rencontrer, le médecin coordonnateur, la psychologue, la cadre de santé, une IDE, et un AMP. Pour ce qui concerne les usagers, je me suis entretenu avec deux résidents, la fille d'un résident, le fils et la femme d'une résidente, et une bénévole de l'association intervenant dans la structure.

Les grilles pour les interviews des résidents et familles sont centrées autour du thème de la vie sociale, d'habitudes de la vie quotidienne à leur domicile et dans l'établissement. Quant aux grilles pour les professionnels elles sont plus axées sur les pratiques, difficultés rencontrées, leurs liens avec les résidents, familles.

La concaténation des éléments contenus dans ces grilles doit conduire à cerner les besoins, et les attentes des résidents de leurs familles, d'apporter un éclairage sur la situation actuelle de l'unité, et d'identifier les risques et les opportunités à l'amélioration de la prise en charge, et quel facteur contribue au développement de liberté.

Lors des entretiens avec les résidents les éléments les plus cités « je vois toujours les mêmes gens », « on ne sort pas beaucoup ici », « et pourquoi on ne vient pas plus nous voir ».

Pour les familles le plus récurrent « vous ne pouvez pas les laisser aller dans l'établissement rencontrer leurs anciens amis il serait content de revoir Ginette ».

Pour les professionnels « M. Pierre et Mme Ginette il veulent toujours aller voir les autres résidents », « on ne fait pas pour un résident mais on fait avec ses envies »

Tous ces recueils convergent vers une volonté de maintenir du lien social avec l'extérieur, et d'autres personnes.

La Philosophie partagée par les professionnels exerçant à l'unité de vie se caractérise par une acceptation respectueuse des personnes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette acceptation se manifeste par un accueil et un accompagnement individualisé prenant en compte les attentes et les besoins particuliers et spécifiques liés aux troubles de la maladie.

La douceur, la patience, l'empathie et l'adaptabilité sont des qualités requises érigées en valeurs fondamentales dans la relation aux patients.

2.2 La prise en charge proposée en UVP

2.2.1 Comment est appréciée la liberté d'aller et venir de la personne accueillies en UVP

L'unité de Vie Protégée a pour mission de répondre aux objectifs du Plan Alzheimer et aux recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM en assurant la meilleure qualité de vie possible aux personnes accueillies, en leur conservant leur place de sujet à part entière et leur dignité.

Ainsi, pour les personnes atteintes de ces maladies, être accueilli dans une petite unité de vie et de soins protégée permet de recevoir une approche personnalisée et adaptée à leurs besoins. Le personnel formé à la présence auprès de ce public, y est attentif et tente d'apporter collégialement un accompagnement particulièrement adaptée à chacun.

Le projet de vie et de soins de cette unité s'inscrit en complémentarité du projet de l'ensemble de l'établissement.

Les situations sont différentes en fonction des individus dépendants avec une prise en compte des variables suivantes :

- les caractéristiques des personnes : les personnes ne pouvant pas exercer seules leur liberté d'aller et venir mais à même d'exprimer en conscience leur volonté d'aller et venir et les personnes souffrant de troubles du discernement ou de troubles rendant l'expression de leur consentement difficile ;
- les types de séjours : les séjours de courte durée ou de longue durée, nécessitant un projet de vie dans l'établissement ;
- les étapes du séjour : l'entrée dans l'établissement, puis le temps du séjour.

L'accueil peut se faire à différents stades de la maladie, de ses premiers symptômes aux phases plus avancées, à l'exception des personnes dont la mobilité du corps est très réduite sans évolution favorable à long terme. Cette mobilité sera réévaluée régulièrement.

Au cours du séjour, une chronicisation de la dépendance et l'incapacité prolongée à se mouvoir, entrainera le transfert du résident dans un service plus adapté.

L'accueil d'un résident peut être remis en cause si celui-ci ou celle-ci ne parvient pas du tout à s'adapter, s'il refuse durablement sa situation, ou s'il ne peut tirer aucun bénéfice de l'accompagnement proposé dans l'unité de vie.

2.2.2 Principes généraux de l'UVP

Le choix de l'UVP pour un résident est guidé seulement par les besoins. L'entrée en unité protégée est décidée et validée en équipe pluridisciplinaire et réévaluée régulièrement (article

L311-4-1 du code de l'action sociale et des familles). Dans tous les cas, toute restriction de liberté à l'admission ou pendant le séjour, est expliquée et le consentement ou la participation de la personne à la décision est recherché par tout moyen le plus en amont possible. Lorsque la personne n'est pas en mesure de faire elle-même la demande et de donner son consentement à l'admission, les procédures suivies pour aboutir à l'approbation de la personne et de sa famille sont explicitées. L'annexe au contrat de séjour issue du décret 2016-1743 du 15 décembre 2016 est formalisée et joint au dossier du résident.

Les motifs médicaux de restriction à la liberté d'aller et venir sont rares et doivent être des exceptions (par exemple risque de contagion). Justifiés le plus souvent sur une courte période et dans le cadre des hospitalisations de court séjour, ils sont expliqués à la personne et à son entourage.

Une évaluation des capacités, des besoins (soins, aides humaines et techniques, éducation) et des souhaits de la personne, quels que soient son âge et son état de santé est réalisée avant toute décision d'actions.

Cette évaluation a pour but d'améliorer la qualité et les conditions de vie de la personne, la réalisation d'une activité et le maintien de ses relations humaines et sociales. Les actions de préservation et de promotion de la liberté d'aller et venir qui en découlent, facilitent son intégration et sa participation à la vie sociale de l'UVP et de l'extérieur.

L'évaluation des capacités préservées et altérées de la personne est réalisée initialement. Elle est complétée systématiquement par une évaluation en situation afin d'adapter les aides humaines et techniques et pour élaborer et adapter son projet de soins et/ou de vie. La situation de la personne est réévaluée systématiquement lors de tout changement de son état de santé.

Une analyse s'impose également en tenant compte des interactions entre les difficultés rencontrées par la personne et l'environnement sur lequel il est possible d'intervenir. Par exemple, une personne souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ne doit pas se voir interdire systématiquement de sortir seule sauf si la situation présente à l'évidence un danger pour elle. D'une manière générale, l'adaptation de l'environnement diffère selon le type de handicap moteur ou sensoriel, cognitif ou mental.

La famille et l'entourage sont associés à ces différents temps d'évaluation, en particulier pour convenir de l'aide qu'ils pourraient apporter pour permettre l'exercice de la liberté d'aller et venir, en articulation avec les professionnels d'une part, et les intervenants bénévoles d'autre part.

La balance entre les risques réellement encourus par la liberté d'aller et venir dans et hors de l'établissement et les risques d'aggravation de l'état de santé, conséquences du confinement, est évaluée, discutée avec la famille et l'entourage et régulièrement réévaluée.

2.2.3 Un accompagnement individualisé

Une approche spécifique est effectuée pour les résidents ayant des troubles cognitifs, en termes de consentement, de modalités d'hospitalisation et de séjour et de progressivité de la prise en charge.

La situation du résident n'est pas seulement analysée selon une approche par diagnostic médical mais aussi à partir de l'évaluation des capacités préservées et des compensations possibles, notamment avec un accompagnement, une éducation et des aides techniques.

Le projet de vie d'un résident, même quand son état est initialement ou lorsqu'il devient sévèrement altéré, est conçu vers la récupération et en tout cas vers le maintien au maximum de ses capacités, par une mise en exercice par des actions programmées de soutien individuel et collectif, réalisées par les professionnels mais aussi des membres de l'entourage et des bénévoles.

La préservation de la liberté d'aller et venir est fondée sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution générale. Une fois ce risque objectivement identifié et évalué, des réponses concrètes visant à préserver l'exercice de la liberté d'aller et venir sont recherchées en faisant participer la personne ainsi que sa famille et/ou son entourage au partage du risque qui est le plus souvent théorique.

Un accompagnement général (soins et activités) qui répond à des besoins individualisés en matière de maintien de l'autonomie, de stimulation et recherche de bien être.

Un environnement architectural et un aménagement des lieux réfléchi avec des espaces permettant la liberté de circulation interne et externe mais qui protègent les personnes désorientées de danger d'errance.

2.3 Freins et contraintes du respect de la liberté de circuler du résident

Le droit de circuler et de se mouvoir librement peut faire l'objet de restrictions dans le but de privilégier la sécurité du résident. Il est à noter que ces restrictions ne doivent pas aboutir à une privation de liberté (« ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus », article L311-4-1).

Toute restriction d'aller et venir n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté. Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrit sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage.

Il est toléré qu'à titre exceptionnel et de façon subsidiaire, c'est-à-dire après avoir essayé de respecter la liberté de circuler du résident, l'équipe de l'EHPAD soit contrainte de la limiter en vue de privilégier la sécurité.

Aucune atteinte n'est admise au droit au respect de la dignité du résident. Dans ce cadre, l'EHPAD doit également s'efforcer de mettre en œuvre au profit des résidents :

- le droit de choisir son mode de vie
- le droit d'avoir une vie sociale
- le droit à l'information tout au long du séjour en établissement

Lorsque le résident présente des troubles du comportement qui peuvent compromettre sa sécurité et celle des autres, il est recommandé de faire appel à l'expertise de professionnels extérieurs pour évaluer les capacités de l'usager.

2.3.1 Les conditions requises pour admettre cette restriction

Dans les établissements médico-sociaux, la liberté d'aller et venir relève du respect des droits du malade et de l'usager, affirmés par les lois de 2002. Néanmoins ces restrictions sont encadrées et doivent observer les points suivants pour légitimer une situation à savoir :

- l'identification d'un risque élevé d'atteinte à l'intégrité du résident ou d'un tiers
- l'analyse pluridisciplinaire des bénéfices/risques plus favorable à une restriction de la liberté pour privilégier la sécurité du résident
- un choix pluridisciplinaire écrit de la forme de la restriction
- le caractère provisoire de la restriction
- l'explication au résident, à la personne de confiance et à son représentant légal (tuteur) le cas échéant. S'il est d'accord, l'information peut être également délivrée à sa famille ou à ses proches
- une réévaluation régulière programmée

Lors de mes observations j'ai pu constater que ceux sont mis en œuvre en fonction des usagers.

2.3.2 Le recours à un dispositif de fermeture réservés aux unités protégées

Il est toléré l'installation de dispositifs de fermeture de locaux pour accéder aux unités protégées (dispositifs conformes à la réglementation sécurité incendie), sous réserve que l'entrée du résident en unité protégée fasse l'objet d'une décision consentie du résident, et/ou de son représentant légal, et/ou de sa personne de confiance et/ou de sa famille avec l'accord du résident et soit réévaluée au cours du séjour. L'UVP est équipée d'un dispositif par code,

pour l'entrée et la sortie dans l'établissement ainsi que pour l'accès par l'extérieur du portillon du jardin de l'unité.

2.3.3 L'engagement institutionnel de supprimer tous les dispositifs de contention physique

L'institution s'est engagée dans une réflexion éthique visant à n'utiliser aucune contention physique.

La contention physique n'est jamais anodine et il est préconisé, dans la mesure du possible, de se passer de toute contention physique telle que les deux barrières de lit, la ceinture au lit, le fauteuil coquille, la tablette au fauteuil, la ceinture au fauteuil, le sécurit pyjama ; le sécurit drap

Tous ces dispositifs lorsqu'ils sont mis en place, doivent respecter en plus des conditions énoncées précédemment, les recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS) et en particulier l'obligation de faire l'objet d'une prescription médicale renouvelée toutes les 24 heures après réévaluation pluridisciplinaire sauf s'ils sont demandés par le résident lui-même.

2.3.4 Le recours exceptionnel à la contention chimique

Il nécessite comme la contention physique, en plus des conditions énoncées précédemment, une prescription médicale justifiée par l'échec de toutes les autres formes d'accompagnement non médicamenteux qui doivent avoir été privilégiées précédemment. Sa réévaluation régulière est indispensable.

L'infrastructure du service offre un vaste espace libre de circulation agrémenté d'un jardin sécurisé ainsi que des chambres individuelles, l'objectif est de répondre aux besoins des résidents et de promouvoir les valeurs partagées

3 PARTIE III : Ouverture de l'UVP sur le monde extérieur, facteur de développement des libertés

3.1 Un projet multi acteurs et plusieurs axes

Le respect des droits fondamentaux de la liberté d'aller et venir et de maintenir une vie sociale de la personne accueillie dans un établissement ne peut pas reposer sur le seul investissement des professionnels de l'institution.

Les familles et l'entourage doivent être associés. Un véritable partenariat des bénévoles doit être développé, en définissant avec eux le cadre et les limites de leur participation et en leur apportant la formation et le soutien nécessaire.

Les solutions alternatives préconisées dans les recommandations de l'ANAES peuvent être utilisées : modification matérielle (modification, aménagement de l'environnement), approche occupationnelle (activités journalières, animations institutionnelles), approche médicale et infirmière (évaluation des problèmes physiques et socio-psychologiques), approche socio-psychologique (écoute active de la personne et de ses vécus, modification des stimuli relationnels, détermination de point de repères).

3.2 Faire évoluer la prise en charge en UVP

Le directeur est le garant du respect des droits des usagers. Ce projet implique l'ensemble des acteurs concernés, les professionnels, les résidents et leurs familles.

Ce projet vise à compléter une prise en charge individualisée en offrant une ouverture sur le monde extérieur plus importante aux résidents de l'UVP.

L'objectif est de proposer de travailler sur différents axes, de m'assurer de la faisabilité de la mise en œuvre, de la disponibilité des moyens humains, matériels, financiers pour la réussite et la pérennité de ce projet. L'adhésion, l'association au projet de tous les acteurs est un facteur de réussite.

Ce projet sera annexé au projet d'établissement et sera présenté aux différentes instances de l'établissement.

3.3 La réponse éducative

Les personnes aux facultés mentales altérées sont capables d'acquérir de nouvelles compétences avec un accompagnement et des aides techniques adaptées, comme le montrent les projets de la Fondation de France « vivre ses choix : prendre des risques » un droit pour les personnes âgées.

Lorsque la règle collective acceptée est transgressée, la réponse doit être éducative (rappel de la règle, explication) et non répressive, en particulier chez les personnes aux facultés mentales altérées pour lesquelles la réponse doit avoir un sens.

3.4 La prescription adaptée des médicaments

Les médicaments disponibles sur le marché visent à freiner l'évolution de la maladie et à réduire certains troubles du comportement. Les effets sont visibles : les proches comme les

médecins notent une amélioration « modérée mais significative », dans les activités quotidiennes, le langage, le raisonnement, la mémoire... Dans quelques cas, il y a même une amélioration durable de l'attention et de l'autonomie.

3.5 La Formation des équipes

Il est indispensable de développer pour les équipes et pour chaque professionnel, en formation initiale et aussi en formation continue, les compétences nécessaires à :

- évaluer les risques à prévenir sur la base d'éléments objectifs ;
- acquérir la capacité à faire face aux situations qui concernent la préservation de la liberté d'aller et venir : prise de décision collégiale, négociation avec la personne et son entourage, émergence du consentement et des choix, etc. ;
- à maintenir un contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement ;
- à mener des recherches-actions sur les pratiques innovantes qui permettent de préserver la liberté d'aller et venir en établissement sanitaire et médico-social.

La CNSA soutient le développement des compétences et la qualité d'intervention des professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées (ou des personnes handicapées) dans les établissements médico-sociaux (ou accompagnées à domicile) et contribue au financement de la formation de ces personnels. Elle contracte depuis 2005 des conventions avec les organismes paritaires collecteurs des fonds de la formation professionnelle (OPCA) agréés du secteur médico-social.

Les formations qualifiantes soutenues par la CNSA portent sur cinq métiers : aide-soignant, aide médico-psychologique, moniteur éducateur, éducateur spécialisé, infirmier.

3.6 Le contrôle des allées et venues

La réponse à la déambulation et au risque de sorties inopinées doit être de préférence :

- humaine (maintenir le contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement) ;
- organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) ;
- architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces et de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées

désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels ; limitation des accès à une zone contrôlée).

ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables.

3.7 Les outils de géolocalisation

3.7.1 L'objectif

Les nouvelles technologies peuvent en effet permettre de conjuguer les droits et aspirations fondamentales d'autonomie et améliorer sensiblement la qualité de vie et la liberté des personnes vulnérables dans les meilleures conditions de sécurité.

Il s'agit d'augmenter le périmètre de liberté des personnes âgées dépendantes grâce à l'utilisation des dispositifs de géolocalisation.

Le Comité national de la bientraitance et des droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) a élaboré une charte qui apporte des garanties pour les personnes âgées dans l'utilisation de ces outils.

Le porteur du dispositif peut ainsi se déplacer dans une « zone de vie élargie » définie avec son entourage, autour de son lieu de vie. Il est localisable sur des écrans dans le bureau infirmier l'unité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Lorsque le porteur du bracelet sort de la zone définie, l'équipe le localise et avertit les professionnels qui seront guidés jusqu'à lui. Ainsi le porteur du bracelet et les aidants peuvent conserver leurs habitudes de vie.

3.7.2 Le contenu

La Charte a été soumise à la CNIL et élaborée en lien avec la Chancellerie pour éviter tout risque de « surveillance électronique » qui ne serait pas respectueuse de la personne.

Son utilisation doit être basée sur les principes de subsidiarité et proportionnalité, c'est-à-dire que le périmètre peut varier de 500 mètres à plusieurs kilomètres selon le choix et le niveau d'autonomie du porteur. La géolocalisation ne saurait se substituer aux relations et à la présence humaine et à un accompagnement professionnel adapté.

3.7.3 Consentement et respect du consentement des personnes

Le consentement de la personne est au centre du dispositif : l'avis favorable du médecin est un préalable et le consentement libre et éclairé de la personne concernée doit être recueilli avant la mise en œuvre du dispositif. Lorsque la personne est sous protection juridique, le juge des tutelles prend la décision.

Ainsi, si le médecin s'aperçoit lors d'une consultation que la personne est désorientée, il peut, si cela correspond au projet de vie défini par la personne, donner son avis favorable à la mise en œuvre du dispositif de géolocalisation.

Le respect du consentement demeure primordial même après l'installation du bracelet. Le droit au retrait est constant même s'il n'est pas verbalisé, tout retrait ou tentative de s'en débarrasser est considéré comme un refus et le dispositif doit être retiré.

3.7.4 Information et évaluation des dispositifs

La personne bénéficie d'une information adaptée sur les possibilités de disposer ou non d'un dispositif de géolocalisation en rapport avec sa situation, ses activités et ses aspirations.

Le dispositif est réévalué régulièrement en cohérence avec le projet personnalisé défini avec la personne concernée et les outils seront labélisés suite à leur expérimentation.

3.8 Le projet noctambule

Un dispositif d'accompagnement des résidents le soir, dans le respect des rythmes de vie pour chacun. Ce projet est né d'une réflexion collective de l'ensemble des professionnels du service et de l'établissement que je soutiens en tant que directeur. Il fait l'objet d'une présentation puis d'un vote favorable avant sa mise en œuvre dans les instances de l'établissement CHSCT, CTE.

3.8.1 Constat

Le rythme de vie des résidents est contraint de se calquer sur le rythme de l'institution, source de frustrations et d'angoisses,

Le nombre des résidents atteints d'Alzheimer ou apparentés présentent des troubles du comportement liés au sundown syndrom (syndrome du coucher de soleil), et la réponse chimique est loin d'être satisfaisante.

3.8.2 L'objectif

Un fonctionnement souple dans l'amplitude horaire pour correspondre au plus près de chacun des rythmes des résidents pour :

- Permettre aux résidents d'accéder au sommeil en minorant les angoisses, la déambulation, l'agitation ;
- Créer un sentiment de sécurité ;
- Respecter la liberté « de ne pas obliger à faire » ;
- Occuper le résident et le plonger dans une atmosphère sereine ;
- Limiter les troubles du comportement de nuit ;
- Réduire les chutes ;
- Réduire le recours aux médicaments ;
- Préserver le sommeil des résidents ne souffrant pas de troubles du comportement de nuit ;
- L'UVP doit s'adapter aux besoins des résidents et non le contraire.

3.8.3 Les activités proposées

Les activités doivent, par leurs caractères apaisants, permettre de contenir les angoisses nocturnes, éviter ou apaiser les troubles du comportement et finalement permettre un sommeil de meilleure qualité sans réveil itératif.

Les activités sont proposées aux résidents après décision de l'équipe et avec la construction du projet individualisé.

Exemples d'activités : jeux de sociétés, quizz, temps de « bavardage », lecture, télévision, massage des mains, relaxation, collation....

Le soignant accompagne le résident en chambre et l'aide à se coucher une fois que le sommeil « vient ».

Chaque fois que cela est possible sans mise en danger évidente, la liberté de circuler et de mener les actes de la vie quotidienne sont préservés. Ainsi, le résident reste un citoyen à part entière (sauf restrictions précises liées à des mesures de protection juridique).

Dans ce sens les résidents sont invités à participer à tous les moments de la vie du service et en particulier :

- Les activités faisant l'objet d'une programmation hebdomadaire affichée lisiblement (ateliers cuisine, épluchage, arts plastiques, jeux de mémoire, chants, lecture, boutique, tricot-couture, jardinage, promenades, gymnastique douce, jeux de société, poterie...)

- Les animations exceptionnelles (sorties, p'tits bals, repas à thème, spectacles, anniversaires, cueillettes, voyage, kermesse...)

Le programme est adapté en fonction des circonstances, et susceptible d'être modifié.

Les activités sont proposées sans forcer la personne ni tenter de la raisonner lorsqu'elle refuse d'y participer. Des alternatives peuvent être alors proposées.

Malgré les difficultés relatives aux besoins en personnels qui peuvent être atténuées par le soutien de proches ou de bénévoles, des sorties extérieures sont prioritaires car très bénéfiques. (Magasins, expositions, marchés, vendanges...)

Des rencontres intergénérationnelles sont parfois organisées en particulier autour du chant, de la cuisine et du jardinage.

Certaines animations sont organisées dans d'autres lieux de l'établissement et proposées à l'ensemble des résidents de l'établissement.

3.8.4 Evaluation

Depuis la mise en place le 1 avril 2018, l'équipe pluridisciplinaire, les professionnels du service, ainsi que les familles ont observé une évolution positive sur trois mois.

Sur la diminution des inquiétudes et de l'anxiété liées à d'éventuels dangers extérieurs; réduction du champ d'investigations spatiales et des demandes impérieuses d'explication; récupération des repères jour/nuit et des rythmes veille/sommeil ;

L'équipe pluridisciplinaire constate qu'il est possible de stabiliser des troubles du sommeil à l'aide d'un travail d'équipe coordonné, élaboré et articulant travail de jour et de nuit, menant un temps de sommeil qui s'est allongé et qui semble reposant donc de meilleure qualité.

Ce travail a été possible parce que les soignants de nuit ont la possibilité de développer comme ceux de jour, un temps relationnel qui a permis à un rétablissement des rythmes socialement adaptés.

Sur une amélioration de la qualité du repas du soir, apportant plus de temps, moins de stress tant pour le résident que pour le soignant, permettant plus temps convivial avec déploiement de nouvelles activités autour du repas ; apéritif, anniversaire, barbecue, raclette.

Un moment convivial et privilégié entre résident et soignant, notamment autour du film du soir (plusieurs personnes ne regardent plus la télévision dans leur chambre mais préfèrent venir au salon commun pour échanger autour du film de plus une collation est souvent servie pendant ce moment).

On constate une amélioration de la qualité de l'endormissement, respect du rythme, écoute, mise en sécurité avec un sommeil réparateur qui apporte une répercussion positive sur la journée.

Les professionnels du service sont moins stressés, ils se sentent valoriser avec un retour positif sur les relations avec les résidents ce qui donne du sens à leurs missions.

Sur une nette diminution des traitements de nuit : à ce jour seuls 2 résidents sur 14 ont une prescription d'anxiolytique (résidents arrivés depuis peu de temps, prescription réalisée à leur domicile). Une réévaluation sur la nécessité de poursuivre sera réalisée par le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

Avant la mise en place de cette nouvelle organisation, 10 résidents sur les 14 avaient ces traitements, et une diminution des traitements diurnes de près de 50 % par résident a été constaté par le médecin coordonnateur.

La mise en œuvre de cette nouvelle organisation conduit à une diminution des chutes, des cris, de l'agressivité, de l'anxiété, avec un accompagnement au repos qui est individualisé et s'adapte au rythme de chacun.

Cette évaluation a été faite par les professionnels, l'équipe pluridisciplinaire du service, l'infirmière référente et le médecin coordonnateur.

3.8.5 Evolution, perspective 2019 du projet

L'évolution et les perspectives du projet seraient de développer le noctambule sur les nuits entières jusqu'à l'arrivée des agents de jour à 6h30.

Malgré une nette amélioration, quelques résidents se lèvent ou ne souhaitent pas se coucher à 23h30 ; ils peuvent avoir des comportements gênants pour ceux qui dorment, chuter et développer des angoisses lorsqu'ils se retrouvent seuls.

Après 23 h 30 il n'y a plus la présence d'agents de nuit au sein de l'unité, l'évolution et les perspectives du projet seraient de développer le noctambule sur les nuits entières jusqu'à l'arrivée des agents de jour à 6h30.

Le plus serait aussi de pouvoir développer des soins spécifiques avec des orientations générales et particulière, le soin est un support à la relation.

Il est basé sur l'observation, l'échange, la parole et l'écoute, l'objectif principal des soignants est de maintenir l'autonomie et d'assurer un suivi médical et pluridisciplinaire rigoureux.

Les soins réalisés visent à :

- · Ralentir le déclin de l'autonomie
- · Adapter les attitudes diagnostics et thérapeutiques en vue d'améliorer l'état de santé
- · Evaluer et soulager la douleur
- · Limiter les corrections chimiques et physiques (médicaments et contentions)
- · Veiller aux troubles de l'alimentation
- · Favoriser le sommeil

- · Favoriser la convivialité des repas pour une alimentation équilibrée
- · Favoriser la continence et veiller aux troubles de l'incontinence
- · Encadrer les troubles du comportement
- · Limiter le nombre de chutes
- · Adopter un relationnel adapté (méthodes validation, diversion ...)
- · Répondre aux besoins spécifiques
- · Accompagner les changements (transferts, hospitalisation, fin de vie...)

Pour cela il y a nécessité de recruter car le ratio soignant actuel ne permet pas de réaliser un roulement de nuit.

Ce projet sera soumis aux tutelles suite aux appels à projets et lors des demandes de crédits non renouvelables (CNR).

Conclusion

Les liens sociaux permettent à chaque individu, quel que soit son âge, d'exister en tant que personne dans une relation sociale.

La perte d'autonomie conséquence de la vieillesse, de la maladie vient bouleverser la nature, la valeur des liens sociaux des personnes âgées à leur environnement, qu'ils soient à domicile ou hébergés dans une institution.

Les habitudes de vie des personnes hébergées sont à prendre en compte dans le souci de lutter contre l'isolement, d'améliorer les conditions de vie, et s'inscrire ainsi dans le projet de vie personnalisé.

La loi du 2 janvier 2002 rappelle à tous les professionnels que la réflexion et les actions doivent être recentrées sur la personne âgée tout en privilégiant la relation à partir du projet de vie individualisé.

La mise en place de l'animation sociale et la prise en compte des besoins, le respect de la liberté des résidents permettent de répondre à ces objectifs.

Le métier de directeur d'établissement médico-social a déjà évolué en raison des impacts des lois sur la décentralisation, de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et des différentes réformes touchant les populations prises en charge : loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la réforme de la protection de l'enfance, la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Les personnels des établissements et tout particulièrement les directeurs, sont confrontés à une exigence croissante d'information, d'explication ou d'échange avec les personnes accueillies ou accompagnées et leurs familles.

Le directeur doit également concilier des exigences de cohérence et d'action collective (le projet d'établissement) avec la réponse adaptée aux besoins dans une démarche d'individualisation croissante : projets de vie (éducatif, insertion, soins...) et de diversification des modes de prise en charge globale.

Le directeur doit inscrire son action dans un contexte législatif et réglementaire évolutif et de plus en plus complexe.

L'ensemble du parcours de la formation du DE m'a permis d'accroître mes connaissances, d'avoir des échanges et des débats constructifs et innovants sur les pratiques de mes collègues et intervenants, et ainsi d'avoir une ouverture et des réflexions à mener sur de nouveaux projets à mettre en œuvre.

Les nouveaux projets s'inscrivent dans l'évolution de la prise en charge de nos aînés, en tenant compte des évolutions technologiques, des changements de pratiques, d'ouverture d'esprit, de formation des professionnels sur les nouvelles méthodes de prises en charge et dans le respect de la liberté des résidents.

Le management des EHPAD ne relève pas d'un management technique mais celui d'un management d'hommes qui accompagnent un public vulnérable.

Bibliographie

FOUCAULT, M. « *Surveiller Et Punir* » Éditions Gallimard 1975

ORWELL, G. « 1984 » Éditions Gallimard 1972

REVILLARD A. Observation directe et enquête de terrain, et HUGHES, E.C. "La place du travail de terrain dans les sciences sociales.", 1996

ARBORIO A.-M., FOURNIER P. L'enquête et ses méthodes. L'observation directe. Éditions Armand Colin, 2014.

GUEDJ J. « Plaidoyer pour les vieux » Tout est politique, Edition JCG, 2013

PAUGAM S. 2013 « Le lien social », Paris, collection que sais-je, Presse Universitaire de France

Textes législatifs et réglementaires

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categ%20orieLien=i>

Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/15/AFSA1614826D/jo/texte>

Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047>

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248>

Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L.311-7 du CASF. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000431059>

Circulaire n°138 DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu par l'article L.311-4 du CASF. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-15/a0151172.htm>

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, portant réforme de la protection des majeurs. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000430707&categ%20orieLien=id>

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Art. 4, Affirmer les droits et libertés des âgés : 4-1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés, 4-2. Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement). Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, art. 4

Déclaration Universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, art. 13

Protocole additionnel n°4, article 2, de la Convention européenne des droits de l'homme, 16 septembre 1963

Pacte des nations unies du 16 décembre 1966 relatif aux droits civils et politiques, art. 12 Constitution du 4 octobre 1958, art. 55

Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation en gérontologie au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles Disponible sur internet :

Codes

Code de l'Action sociale et des familles

Code de la Santé publique

Code Civil

Code Pénal

Rapports

ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé.

ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social.

ANESM, 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 1), De l'accueil de la personne à son accompagnement.

ANESM, 2011, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.

ANESM, 2012, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3), La vie sociale des résidents en EHPAD.

CYNDINEX Evaluation externe 2014, Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD AUGÉ COLIN

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE Avis n° 128 (15 février 2018) Enjeux éthiques du vieillissement

Site internet

HAS. Recommandation de bonne pratique. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/liberte-daller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite

Hazan A. Contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2014. Paris : Dalloz ; 2015. http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf

Recommandations de la Conférence du Consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité, 24 et 25 novembre 2004 Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf

Fondation de France Vivre ses choix, prendre des risques : un droit pour les personnes âgées disponible sur internet : https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/fdf_personnes_agees-30.05.17_bd_page_simple_0.p

La liberté d'aller et venir dans les ESSMS - CREAL Bourgogne disponible sur internet : www.creaibfc.org/uploads/bulletins/archives/2017/360-09-1.pdf

Conseil Départemental de la Marne - Schéma Gérontologique Départemental 2016 – 2021
http://www.marne.fr/sites/default/files/marne_09-2016_schema_gerontologique_2016-2021_0.pdf

Mémoires

Cavelier P. De la contention physique passive à la liberté d'aller et venir de l'utilisateur : réflexions et enjeux du directeur d'EHPAD. Rennes : Mémoire Directeur d'EHPAD et droits des usagers ; 2011.
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/ehpad/2011/cavelier.pdf>

Articles de périodiques

10 questions sur la liberté d'aller et venir dans les établissements. Gazette santé social 2014 ;

Extraits de la lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer n° 27 Juillet 2013 ;

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LA NOTE D'OBSERVATION

ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATION

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN DES RESIDENTS ET USAGERS

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN DES PROFESSIONNELS ET BENEVOLES

ANNEXE 1 – Note d’observation

Dans le cadre de la formation DE « Direction EHPAD et droits des résidents : enjeux, outils, méthodes » il est demandé de réaliser une journée d’observation en se mettant dans la peau d’un résident afin de comprendre comment il vit au quotidien.

J’ai réalisé cette observation en dehors de l’établissement où je travaille pour avoir un regard extérieur. C’est un établissement des années 90 qui héberge dans sa majorité des résidents du bassin.

La résidence est organisée en huit unités :

- 4 unités de 40 lits (Sarments, Bacchus, Tonnelier, Bagnolet)
- 1 unité de 76 lits (Cépages)
- 1 unité SMTI de 30 lits (Millésime)
- et de 2 unités Alzheimer de 14 lits chacune (Vignobles)

Tous les résidents hors les résidents des unités protégées peuvent aller et venir librement de la résidence pour se rendre au centre-ville, à des zones commerciales ou chez de la famille, connaissances ou tout simplement se promener dans les jardins et parcs alentours. Excepté les résidents des unités protégées.

Pour effectuer mon observation, j’ai élaboré en amont une grille sur des points à observer.cf. Annexe.

Mon questionnement pour cette journée se porte sur comment s’organise la circulation du résident à l’intérieur et à l’extérieur de l’Ehpad dans sa vie quotidienne, pour comprendre le ressenti d’un résident avec le regard de celui-ci.

J’ai réalisé ma journée d’observation le mercredi 13 décembre 2017 de 7 h 00 à 19 h 00 à l’EHPAD de l’hôpital.

Je me suis positionné alternativement à des horaires différents en fonction du rythme de vie, à plusieurs points stratégiques de l’établissement:

- dans le salon de détente proche d’une salle à manger
- dans le hall d’entrée (zone collective desservant les unités)
- dans le couloir menant à la salle polyvalente (animation)
- dans la salle d’attente du salon de coiffure
- dans le couloir proche du pasa
- dans le salon des familles proche d’une salle de soins

Mon positionnement à divers endroits m'a permis d'avoir une vue sur un grand nombre d'activités de la structure, d'une part et sur l'espace de vie des résidents, d'autre part.

J'ai pu ainsi appréhender les allées et venues, les faits et gestes des résidents, usagers, familles, bénévoles, et des professionnels.

Dès 7 heures 00 certains résidents sont déjà levés et circulent dans le couloir. Quelques bruits trahissent le début d'une activité dans le service de l'établissement.

Certains résidents réveillés de bonne heure, préparés par l'équipe de nuit, attendent dans le salon de détente contigu à la salle à manger, d'autres viennent se joindre à eux parer encore de leurs habits de nuit et prennent place petit à petit dans la salle, quelques-uns d'entre eux échangent quelques banalités.

Parmi ces résidents, certains aident à la mise en place pour le petit déjeuner en salle pendant que d'autres s'éveillent dans leur chambre. La vie commence à s'animer, certains dans le couloir interpellent d'autres résidents sur leur passage pour savoir s'ils les attendent pour se rendre à la salle du petit déjeuner.

La télévision située dans la salle à manger est allumée par une résidente qui s'empare de la télécommande pour mettre la deuxième chaîne. Se mêlent alors aux échanges des résidents, la diffusion des nouvelles du pays, des communiqués, tout cela entrecoupé de séquences publicitaires et musicales qui font maugréer un résident qui ne semble pas apprécier le programme.

Une ASH apporte son aide et prépare dans l'office les produits et fournitures, boissons chaudes, froides et victuailles pour le petit déjeuner des résidents présents en salle à manger, tandis qu'une de ses collègues s'affaire à préparer le chariot pour les résidents souhaitant déjeuner en chambre.

L'IDE prépare et réalise la distribution des médicaments du matin à prendre au petit déjeuner, échange quelques mots et répond aux sollicitations des résidents.

Pendant ces deux heures de prise du petit, se déroule un ballet de va et vient proche d'une chorégraphie orchestrée et minutée de résidents et professionnels.

A partir de 8 heures 45, l'agent de cuisine débute le nettoyage de la salle tandis que les résidents se dispersent soit vers le salon télé pour certains, soit vers leur chambre pour d'autres afin de se préparer pour les plus autonomes, tandis que l'ASH apporte son aide aux moins autonomes.

Entre 9 h 00 et 9 h 45 les résidents se préparent, les professionnels passent de chambre en chambre pour aider certains résidents à se préparer.

Entre deux chambres, les professionnels échangent des petits mots entre collègues ou avec des résidents ; un médecin traitant visite un résident.

Certains résidents restent dans leur chambre ou se déplacent vers de multiples lieux, coiffeur, pasa, hall d'entrée, salon de détente, tandis que d'autres, accompagnés de membres de leur famille, de professionnels ou de personnel de sociétés de transport (taxi ou sanitaire) se rendent à des rendez-vous extérieurs.

Des médecins traitants réalisent des visites pour les résidents qui le nécessitent.

Ce mercredi, l'animation réalise une activité « Gym et réveil musculaire » le matin à 10 h 30 en salle polyvalente. L'animateur, assisté du kiné, accompagnent certains résidents du bâtiment en passant par le hall et devant le pasa vers la salle polyvalente tandis que d'autres se rendent à la salle par leurs propres moyens. Ils saluent au passage et hêlent d'autres résidents à venir les rejoindre pour participer à la première activité de la journée.

Pendant ce temps, l'éducateur sportif prépare les lieux pour cette activité : mise en place de la sono, et du matériel de sport (ballons, cônes, planche, step...)

Quatre résidents attirent mon attention et je décide d'observer leurs mouvements, leurs relations avec le personnel en poste ce jour-là et avec les autres pensionnaires ou résidents.

10 h 30 heures, la séance débute. Un bon nombre de résidents en tenue sportive est présent suivant leurs capacités. Mme L, Mr J en fauteuils y participent également selon leurs possibilités, à l'inverse de Mr G qui ne semble pas apprécier cette activité. Si Mr G, plutôt discret, aide à la préparation des lieux, il s'en va dès le début des exercices pour se rendre au pasa et participer à une activité de cuisine malgré qu'il soit vêtu de sa tenue de sport, pour préparer des mets qui seront servis lors du repas de midi au pasa.

Alors que l'activité a déjà débuté, un résident chaussures aux pieds, vêtu d'un Blue-jean, pull blanc et son blouson sur le bras, échange avec l'IDE qu'il croise et lui indique qu'il a déjà fait son tour du matin en ville, pris son café avec ses copains et fait son tiercé. Il regarde le groupe de sportifs et repart en direction du hall.

11 heures, fin de l'activité sportive. Une collation est proposée après cette séance. Les résidents se dispersent vers le hall et un vers le pasa, les autres se retrouvent autour du buffet de la collation ; certains se font aider par les professionnels sur place pour regagner leur chambre, le salon de détente ou d'autres lieux de l'établissement.

Mr J manifeste sa joie et sa satisfaction d'avoir participé à cette activité matinale auprès des autres résidents et des professionnels présents tandis que Mme L exprime son envie de regagner le salon de coiffure.

11h30, Mr M qui revient de l'extérieur, traverse le hall, sac à la main. Il se rend dans le salon d'attente du coiffeur et fait sa distribution à Mr J et à Mme L qui s'y trouvent même s'ils n'ont pas de rendez-vous mais ils papotent avec les autres résidents présents qui attendent leur tour.

11 h 45, le hall d'entrée se transforme en une véritable « station de métro » où un fourmillement de résidents, usagers, membres de famille, professionnels se dirigent vers les diverses unités de l'institution.

J'observe que Mr J, Mme L et Mr M se rendent ensemble dans la même direction pour regagner leur service et qu'ils échangent avec une autre résidente qui semble avoir des difficultés à se repérer pour regagner son service. Ils sont suivis de Mr G qui leur emboîte le pas en provenance du pasa, accompagné d'une jeune femme avec qui il discute qui semble être une fille de résident.

12 h15, de nombreux résidents convergent vers la salle à manger pour déjeuner alors que certains sont déjà dans la salle et que d'autres patientent dans le salon détente.

Des agents de service s'affèrent pour organiser la mise en place de la salle à manger pour le déjeuner. Une IDE et une aide-soignante sont présentes et préparent les médicaments pour les résidents de midi.

Mr J, Mme L et Mr M arrivent pour déjeuner et se placent à la même table de quatre personnes, Mr M fait la place pour que Mr J en fauteuil se trouve à ses côtés, Mr G arrive ensuite et vient se mettre à côtés de Mme L.

Le repas se déroule dans un joyeux brouhaha collectif, la télévision diffuse un jeu puis les actualités nationales, le tout sous le contrôle de l'aide-soignant et de membres de famille présents.

Le repas terminé, les résidents se dispersent pour regagner le salon de détente, la salle polyvalente pour y faire des jeux ou leur chambre, aidés par les aides-soignants, ou les membres de la famille pour certains.

Mr J, Mme L et Mr M quittent la table ensemble mais Mme L rejoint le salon détente tandis que Mr M raccompagne Mr J à sa chambre puis revient dans le salon détente se positionner à coté de Mme L.

13 h 45, les soignants regagnent la salle de soins pour les transmissions d'équipe, les agents de service finissent de débarrasser les tables du déjeuner et les derniers résidents quittent la salle.

Cet après-midi-là en salle, un loto organisé en collaboration avec des bénévoles de l'association « Age » est proposée aux résidents. Cette animation est complétée par une activité de dessin - découpage pour ceux qui ne veulent pas participer. L'animatrice et l'art thérapeute ont passées rappeler en salle à manger les activités de l'après-midi.

14 h 30, Mr J passe prendre Mme L au salon détente pour se rendre en salle polyvalente.

Arrivés dans le hall, Mr J et Mme L partent vers la salle polyvalente et Mr G et Mr M sortent de l'établissement pour se rendre en ville.

Mr J et Mme L participent à l'activité loto, se mêlent aux autres résidents présents en échangeant sur les lots qu'ils viennent de perdre ou gagner en espérant être plus chanceux au prochain tirage.

Une fille de résidente intriguée par ma présence vient vers moi pour me demander pourquoi je suis là à observer la salle, le couloir, le hall. Je lui indique être en formation et dans ce cadre, réaliser une journée d'observation sur les allées et venues des résidents dans l'établissement.

15 h 45, dans le service les résidents qui n'ont pas voulu participer aux animations se rendent dans la chambre d'autres résidents. Des membres de familles viennent rendre visite à leurs proches, de petits enfants jouent dans le couloir sous le regard amusé de certains résidents tandis que autres paraissent agacés de petits cris étouffés car ils n'entendent pas forcément la télévision de leur chambre ou dans le salon de détente.

Les espaces extérieurs ne sont pas utilisés par les résidents ou leurs familles, les conditions climatiques ne le permettent pas.

16 h 15, le coin cafétéria dans le hall d'entrée se remplit de résidents, usagers et familles, le salon d'attente du coiffeur ne désemplit pas entre les résidents qui ont rendez-vous et ceux qui viennent pour discuter avec les autres. Les professionnels présents sont sollicités par les résidents ou familles pour répondre à des questions ou aider à se rendre et se déplacer vers d'autres lieux pour les résidents les moins autonomes.

La porte d'entrée déverse et reprend son flot d'usagers, membres de familles et quelques résidents.

Vers 17 h 00, bon nombre de résidents dans le hall se dispersent à nouveau pour regagner divers endroits de l'établissement dans les services où ils se trouvent.

Dans le couloir entre la salle polyvalente et le pasa, une IDE accompagne une résidente qui sort du pasa pour regagner sa chambre, un résident qui connaît la résidente en question interroge l'IDE et la résidente sur le pourquoi de ce déplacement. Cette dernière répond qu'elle se sent fatiguée et qu'elle préfère retourner dans sa chambre pour être au calme et se reposer un peu.

Mr J et Mme L quittent la salle polyvalente. En arrivant dans le hall, ils croisent Mr G et Mr M qui échangent avec un résident et sa famille installée dans le coin cafétéria du hall.

Mme L se rend dans le salon d'attente du coiffeur, échange avec les résidents présents et s'installe. Dans les 10 minutes qui suivent, le coiffeur vient la chercher et elle entre dans le salon pour en ressortir 1 h 00 plus tard toute pimpante, les cheveux gonflés.

Pendant ce temps, Mr J a regagné sa chambre ainsi que Mr G et Mr M qui on fait de même mais 45 minutes plus tard, après avoir fini leur conversation avec le résident et sa famille.

Entre 18 heures et 19 heures, le hall, le service se sont vidés peu à peu de leurs occupants intérieurs et extérieurs et des résidents se rapprochent de la salle à manger pour prendre le diner et s'installent dans la salle détente contigu.

Régler comme des horloges, 18 h 45 Mr J, Mme L, Mr G et Mr M sortent de leurs chambres respectives pour converger vers la salle à manger tout en discutant sur leurs activités de l'après-midi.

Et comme au repas de midi, ils reprennent la même table, la même disposition comme un rituel immuable.

Les agents de service, l'AS, et l'IDE préparent le repas, les médicaments pour le repas et échangent quelques mots avec les résidents lors du service. Le diner est servi et les résidents commencent à diner.

En reprenant l'objectif de cette journée d'observation, je perçois qu'en fonction de la typologie des pathologies des résidents, l'institution peut créer un isolement entre les résidents et l'environnement social, bien que l'Ehpad soit implanté dans la ville et que des services de transport en commun peuvent véhiculer les résidents.

Peu ou pas de résidents valides manifestent le souhait de sortir hors les murs de l'Ehpad. Ils se déplacent dans l'institution pour se rendre dans les différents lieux mais rarement pour aller à la rencontre d'autres résidents.

La structure dispose de salons de détente disséminés dans les unités, un coin cafétéria dans le hall d'entrée, une salle polyvalente, un salon d'attente chez le coiffeur où les résidents et familles se rencontrent en dehors des chambres.

Pour les espaces extérieurs, jardin, parcours de santé existants mais les conditions climatiques freinent l'utilisation pour en profiter.

Le point de rencontre en dehors des chambres est le coin cafétéria du hall d'entrée, le salon d'attente du coiffeur, la salle polyvalente lors des animations et un peu les salons de détente.

J'ai observé que le contrôle de l'entrée principale de l'Ehpad peut échapper à la vigilance des professionnels s'ils n'accompagnent pas les allées et venues des résidents.

En conclusion de cette journée d'observation, une question se pose autour du lien social. En quoi la liberté d'aller et venir influence t'elle le lien social ? Le lien social désigne l'ensemble des relations qui unissent des individus faisant partie d'un même groupe social et/ou qui établissent des règles sociales entre individus ou groupes sociaux différents.

ANNEXE 2 – Grille d’observation

Lieu	Décrire l’environnement du lieu	
	Est-ce un lieu ouvert, public ?	
	L’entrée : libre, assistée, contrôlée ?	
	A quel usage le lieu est dédié ?	
	L’activité qu’on y observe correspond-elle à un usage ponctuel ou Habituel de ce lieu ?	
	Quelle est son occupation ?	
	Faire un plan général du lieu	
L’inventaire des objets	A la fois du décor et noter aussi ceux qui sont mobilisés Par les usagers et quel usage en est fait ?	
Les acteurs	Combien de résidents sont là ?	
	Combien de personnel ? leur qualité ?	
	Noter leur position dans l’espace (faire un plan)	
	Comment viennent-ils ? Noter le flux : entres et sorties (avec si possible des marques temporelles, noter l’heure)	
	Concernant les usagers, noter les caractéristiques apparentes.	
	Sexe, âge, tenue vestimentaires, etc..	
	Existe-t-il des liens d’interconnaissances entre les personnes présentes ? Distinguer les « habitués », éventuellement l’accueil aux nouveaux venus (si un nouveau est accompagné, y a-t-il des présentations faites ?	
L’activité ou les activités	Les activités en cours répondent-elles à des règles formelles ?	
	Quelles sont-elles ? (voir grilles « les différentes activités d’animation »)	
	Comparer le déroulement effectif de l’activité à ces règles ?	
	(Règles : projet d’animation institutionnel, charte l’animation en gérontologie, etc.)	
Qui fait quoi	Noter s’il existe <u>une activité centrale</u> (celle qui réunit le plus de monde et/ou qui fait le plus de bruit et/ou vers laquelle les regards sont tournés.	
	<u>Des activités secondaires</u> ?	
	Quels sont les rôles remplis par les différents acteurs (usagers/professionnels/bénévoles ?)	
	Y a-t-il une division du travail ? Selon quels critères ? Age ?? Si interactions verbales : noter les tours de prise de parole, la durée des interventions, la hauteur et le ton de la voix.	

ANNEXE 3 – Grille d’entretien des résidents et usagers

- Pourquoi êtes-vous entré dans cet établissement ?
- Où viviez-vous avant l’entrée en établissement ? maison, appartement, ville, campagne ?
- Comment se déroulaient vos journées ?
- Quels sont vos centres d’intérêts ?
- Êtes-vous membre d’un club ou d’une association ?
- Des membres de votre famille vous rendent ils visites ? qui, quand, fréquemment, occasionnellement
- Rendez-vous visite à des membres de votre famille, amis, résidents, autres, dans la résidence, à l’extérieur ?
- Comment vous sentez vous dans l’Ehpad ?
- Rencontrez-vous des difficultés depuis votre entrée ?
- Comment se passent vos journées ?
- Pensez-vous que l’équipe respecte vos habitudes de vie ?
- Etes-vous satisfait de votre prise en charge dans l’établissement ? (toilette, repas...) pourquoi ?
- Avez-vous des échanges :
 - avec les autres résidents et usagers ? familles ? acteurs de proximité (commerces, loisirs, etc.)
 - les bénévoles
 - avec le personnel?
- Participez-vous
 - à l’animation ?
 - à la vie de l’établissement ?
- Sortez-vous à l’extérieur de l’établissement ?
 - Si oui pour quelles raisons ? familiales, rendez vous spécifique, courses, rencontre amicale, séjour ou autre
 - Quel moyen de transport utilisez-vous ?

ANNEXE 4 – Grille d’entretien des professionnels et bénévoles

Destinée à IDE, AS, AMP, l’animatrice, au médecin coordonnateur, bénévoles

Qu’elle est votre fonction ? depuis quand ?

Quelle est votre ancienneté dans l’établissement ?

Avez-vous fait le choix de travailler dans un établissement pour personnes âgées dépendantes ?

Connaissez-vous ce public (résidents, usagers) ? A-t-il des besoins spécifiques ?

Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien ?

Ont-elles des conséquences sur la vie de l’établissement et vos pratiques professionnelles ?

Avez-vous fait des formations ?

Sur quelles thématiques ?

Vous ont-elles permises de répondre à la spécificité des résidents et usagers ?

Que pensez-vous de l’EHPAD comme lieu de vie ?

Quel est votre définition du lien social ?

Quel est votre vision de la liberté d’aller et venir ?

Selon vous, quel est l’état du lien social dans votre EHPAD ?

<NOM>	<Prénom>	<Date du jury>
Diplôme d'Établissement « Direction d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »		
<TITRE DU MÉMOIRE>		
Promotion <année>		
Résumé : <Saisissez votre résumé>		
Mots clés : <saisissez vos mots clés>		
<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>		