



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire et
Social Public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Le développement des projets de vie
personnalisés en EHPAD : un défi
managérial pour le directeur**

Elodie BADET

Remerciements

Je remercie Monsieur TYGREAT, Directeur de l'Hôpital local de Grand-Fougeray, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien tout au long du stage.

Je remercie également les résidents, les familles, les professionnels et les bénévoles pour leur accueil et l'intérêt qu'ils ont portés au projet

Sommaire

Introduction	1
PARTIE 1 De nombreuses difficultés à surmonter pour développer les projets de vie individualisés malgré un contexte enclin à l'accompagnement personnalisé des personnes âgées	5
1 Un environnement favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents.....	5
1.1 Un contexte législatif et réglementaire centré sur la promotion de la personne accueillie	5
1.2 Un contexte institutionnel propice à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de vie personnalisés	11
2 De nombreux obstacles à surmonter pour développer les projets de vie individualisés	18
2.1 La délicate conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge	18
2.2 Les contraintes liées aux pratiques professionnelles.....	23
PARTIE 2 Les leviers d'actions stratégiques au développement des projets de vie personnalisés	29
1 Reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement.....	29
1.1 Développer une démarche participative	29
1.2 Assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident.....	35
2 Acquérir une culture commune de l'accompagnement personnalisé.....	41
2.1 S'appuyer sur les outils performants de gestion des ressources humaines pour améliorer les pratiques professionnelles	41
2.2 Mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé.....	46
Conclusion.....	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANESMS	Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
AS	Aide-soignant
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
CA	Conseil d'Administration
CAE	Contrat d'Accompagnement à l'Emploi
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
GMP	Gir Moyen Pondéré
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
JORF	Journal Officiel de la République Française
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

L'entrée en institution de personnes âgées de plus en plus dépendantes et la difficulté d'offrir une prise en charge adaptée au degré d'autonomie de chaque résident incitent les directeurs d'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) à proposer un accompagnement personnalisé, répondant aux besoins et aux attentes des personnes accueillies.

L'information au public de nombreuses atteintes portées aux droits et aux libertés de la personne âgée vivant en institution (actes de maltraitance) a, également, incité les directeurs d'EHPAD à promouvoir la bientraitance, dont l'accompagnement individualisé du résident est un des enjeux. Force est de constater que les médias ont, en effet, un rôle primordial dans le développement des démarches d'accompagnement personnalisé des résidents. Ils se font le relais de tout dysfonctionnement de l'institution médico-sociale. En témoignent les nombreux reportages sur la maltraitance en EHPAD. **Mieux informées**, les personnes accueillies et leur famille formulent des exigences en terme de qualité de prise en charge. Cette exigence est d'autant plus élevée que la vie en institution représente un coût conséquent, tant pour le résident, et le cas échéant pour ses obligés alimentaires, que pour les autorités de tarification et de contrôle. Les EHPAD s'inscrivent, en outre, dans un **environnement concurrentiel**, les incitant à offrir des prestations de qualité. Ainsi, la société française exige une qualité dans la prise en charge des personnes âgées accueillies en institution, de plus en plus importante, accrue avec le vieillissement de la population et l'accroissement de la dépendance des personnes âgées.

Face à cette demande sociale croissante, les pouvoirs publics se sont engagés dans une **réflexion législative**, garantissant la qualité de la prise en charge des résidents. L'introduction du concept de qualité est ainsi apparue, dans le secteur médico-social, avec l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite¹ et renforcée avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale². Si la notion de projet de vie personnalisé ne figure pas explicitement dans la loi, la législation impose, toutefois, aux EHPAD d'offrir aux personnes accueillies « un accompagnement individualisé de qualité »³. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁴,

¹ Journal Officiel de la République Française (JORF), 27 avril 1999, n°98, p.06256.

² JORF, 3 janvier 2002, n°2, p.00124.

³ Article L.311-3 3° du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

⁴ JORF, 12 février 2005, n°36, p.02353.

favorise, également, le développement d'une démarche d'accompagnement personnalisé.

La procédure de conventionnement tripartite accorde, également, une place fondamentale à la qualité de la prise en charge. Cette exigence est renforcée avec la procédure d'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux et la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESMS).

Dans ce contexte d'essor de la qualité en EHPAD, les établissements vont développer des projets de vie individualisés, consistant à proposer à chaque résident un accompagnement personnalisé, en réponse à ses besoins et à ses attentes. La démarche de projet de vie personnalisé ou individualisé consiste, en effet, à se centrer sur la personne accueillie. Elle se fonde sur le respect des droits et des libertés de la personne et de son autonomie, ainsi que sur la prise en considération de sa parole. Le résident est **acteur de son projet de vie**. Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de son projet de vie, avec l'aide de sa famille et des professionnels. Egalement, « le projet de vie individualisé c'est l'idée, surtout, que c'est à l'institution de s'adapter à la singularité de chaque usager et non le contraire »⁵. Les projets de vie personnalisés représentent, ainsi, de véritables enjeux pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Ils sont un enjeu d'actualité et d'avenir pour les EHPAD en ce qu'ils constituent une réponse aux besoins et aux attentes de la société, en matière de qualité de la prise en charge.

Malgré les enjeux, peu nombreux sont les établissements qui développent des projets de vie personnalisés. « En Ille-et-Vilaine, la majorité des EHPAD a moins de 20% de projets de vie individualisés »⁶. L'hôpital local de Grand-Fougeray est un établissement public autonome, à vocation sanitaire et sociale, situé en Ille-et-Vilaine. Il assure des missions d'hébergement et de soins de proximité. Il compte cent treize lits, répartis de la façon suivante : quinze lits de médecine (dont deux lits de comas végétatifs chroniques), trois lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et **quatre-vingt-quinze lits d'EHPAD** dont trois lits d'hébergement temporaire. Le développement des projets de vie personnalisés est un des objectifs du projet de vie de l'établissement. Il est prévu, en outre, d'annexer le projet de vie individualisé de la personne accueillie à son contrat de

⁵ MORATA S., « Deux logiques pour penser le projet dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Les Cahiers de l'Actif*, dossier : Du projet institutionnel au projet personnalisé ou comment accompagner le changement dans la complexité, mai/août 2007, numéro double 372/375, p.100.

⁶ CONSEIL GENERAL d'ILLE-ET-VILAINE, Pôle action sociale, « bilan AQUALIE 35, amélioration de la qualité en établissements », *Les Cahiers techniques de l'action sociale*, octobre 2007, n°176, p.25.

séjour. Plusieurs outils de l'accompagnement personnalisé sont utilisés pour évaluer les besoins et les attentes des personnes accueillies (fiche de recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne, fiche de recueil des goûts alimentaires, etc.). Toutefois, l'établissement ne développe pas de projets de vie personnalisés.

L'accompagnement personnalisé présente de nombreux enjeux. Or, le développement des projets de vie personnalisés est rare dans les EHPAD. L'Hôpital local de Grand-Fougeray s'inscrit dans ce cadre. Ainsi, **pourquoi est-il difficile de développer les projets de vie individualisés ?** Il convient de comprendre les raisons de ces difficultés, d'identifier les obstacles au développement des projets de vie personnalisés afin de proposer, ensuite, des solutions appropriées.

Plusieurs **hypothèses de travail** ont été formulées pour encadrer l'analyse sur les difficultés liées au développement des projets de vie individualisés. D'une part, parce qu'il existe une dichotomie entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la dimension individualisée du projet de vie. D'autre part, parce que l'organisation du travail et les habitudes des professionnels vont parfois à l'encontre de l'individualisation de la prise en charge. Enfin, parce que l'individualisation modifie significativement la gestion du temps du personnel et nécessite une attitude d'écoute.

Ainsi, pour comprendre les difficultés liées au développement des projets de vie personnalisés et vérifier les hypothèses formulées, un **travail d'investigation** a été mené. La démarche a consisté à étudier l'environnement dans lequel s'inscrivent les projets de vie personnalisés, tant le contexte législatif et réglementaire que le contexte institutionnel. Des recherches juridiques et bibliographiques sur le sujet ainsi que la consultation des documents internes à l'établissement (projet d'établissement, procès-verbaux du conseil de la vie sociale, etc.) ont, ainsi, été effectuées. Des entretiens ont, également, été réalisés auprès de résidents, de familles et de professionnels. Ces entretiens ont, notamment, permis une analyse stratégique du comportement des acteurs. Un questionnaire de satisfaction a, en outre, été adressé à l'ensemble du personnel de l'établissement afin, notamment, d'identifier les obstacles au développement des projets de vie personnalisés. L'observation directe a, également, été utilisée afin de repérer les décalages entre le discours des acteurs sur leurs pratiques et la réalité observable de ces pratiques. Un carnet de bord a, en outre, été utilisé afin de noter les données recueillies sur le sujet lors de réunions et de rencontres informelles avec les résidents, les familles et les professionnels.

Le directeur se doit, en effet, de comprendre et d'analyser une situation avant de prendre une décision. L'analyse des obstacles au développement des projets de vie personnalisés permet, ensuite, de proposer des solutions adaptées à la problématique de

terrain. La démarche des projets de vie individualisés permet, en outre, de développer des compétences managériales et relationnelles, de surmonter les difficultés liées au changement et de développer une stratégie d'actions s'appuyant sur une analyse de la situation. Elle permet, également, de fédérer autour d'un projet, l'ensemble des acteurs de l'établissement : les familles et les professionnels, avec une place centrale accordée à la personne accueillie. Le développement des projets de vie personnalisés est, ainsi, un défi managérial pour le directeur.

De nombreuses difficultés sont à surmonter pour développer les projets de vie individualisés, malgré un contexte enclin à l'accompagnement personnalisé des personnes âgées (partie 1). Cependant, des leviers d'actions stratégiques sont possibles pour développer les projets de vie personnalisés (partie 2).

PARTIE 1 De nombreuses difficultés à surmonter pour développer les projets de vie individualisés malgré un contexte enclin à l'accompagnement personnalisé des personnes âgées

Malgré un environnement favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents (1), de nombreux obstacles sont à surmonter pour développer les projets de vie individualisés (2).

1 Un environnement favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents

L'environnement est favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents puisque le contexte législatif et réglementaire est centré sur la promotion de la personne accueillie (1.1) et que le contexte institutionnel apparaît propice à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de vie personnalisés (1.2).

1.1 Un contexte législatif et réglementaire centré sur la promotion de la personne accueillie

Le contexte législatif et réglementaire est axé sur la promotion de la personne accueillie dans la mesure où, d'une part, les droits et les libertés de la personne ainsi que le respect de son autonomie sont affirmés (1.1.1) et que, d'autre part, la parole de l'utilisateur est réellement prise en compte (1.1.2).

1.1.1 L'affirmation des droits et des libertés de la personne et le respect de son autonomie

Les pouvoirs publics se sont engagés dans une réflexion sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies en établissement et en service social et médico-social et, notamment, sur le respect des droits et des libertés de la personne et sur le développement de son autonomie. Cet engagement résulte d'une forte demande de la société. Le vieillissement de la population et l'accroissement de la dépendance des personnes âgées, le manque de places disponibles et adaptées aux besoins, le coût élevé de la vie en institution, l'information sur les situations de maltraitance en établissement et la montée de la judiciarisation dans le secteur social et médico-social ont

participé à l'introduction de la qualité dans le secteur gérontologique. A ceux-ci s'ajoutent le manque de transparence et la déshumanisation des établissements ainsi que le développement d'une attitude consumériste des résidents et de leur famille. Parallèlement, les autorités de tarification et de contrôle sont attachées à ce qu'une contrepartie, en terme d'amélioration de la qualité du service rendu, soit apportée à leur contribution financière. Autant de facteurs qui ont favorisés l'apparition des démarches qualité dans le secteur social et médico-social et la revalorisation du statut de l'utilisateur.

La loi du 24 janvier 1997 relative à l'institution d'une prestation spécifique dépendance⁷ prévoit, ainsi, que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le Conseil général et l'autorité tarifaire compétente pour l'Assurance Maladie. Cette convention, appelée aujourd'hui convention pluriannuelle tripartite, a notamment pour objectif de définir, pour une durée de cinq ans, les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies. En outre, des recommandations visant à garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées sont précisées par **l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle**⁸. Ces recommandations servent de base de négociation et abordent tous les aspects relatifs à la qualité de vie de l'établissement. La qualité de la prise en charge est notamment appréciée au regard du respect des droits et des libertés de la personne, de la satisfaction des résidents et de leur famille ainsi que des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies est renforcée avec **la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**⁹. Elle place la personne accueillie en établissement social et médico-social au centre du dispositif. **Ses droits sont définis**¹⁰ : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, la confidentialité et l'accès à l'information, notamment sur les droits fondamentaux et les voies de recours ainsi que le droit à une vie familiale. L'ensemble de ces droits insiste sur l'individualisation de la prise en charge de la personne accueillie. La notion d'individualité est encore plus prégnante avec la reconnaissance pour l'utilisateur de deux autres droits. D'une part, le « droit à une prise en charge et à un accompagnement

⁷ JORF, 25 janvier 1997, n°21, p.01280.

⁸ JORF, 27 avril 1999, n°98, p.06256.

⁹ JORF, 3 janvier 2002, n°2, p. 00124.

¹⁰ Article L.311-3 du CASF.

individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché ou, à défaut, celui de son représentant légal »¹¹. D'autre part, le « droit de participer directement, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement »¹². Ces différents principes font référence aux libertés fondamentales. L'affirmation des droits et des libertés de la personne traduit non seulement une volonté du législateur de garantir une qualité de prise en charge, mais également de reconnaître la personne accueillie en tant qu'individu, sujet de droits et de libertés et de lui conférer, ainsi, une pleine citoyenneté.

Des instruments sont également prévus pour assurer la mise en œuvre de ces droits¹³ : le livret d'accueil, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, l'intervention d'un médiateur en cas de litige et la mise en place d'un conseil de la vie sociale (CVS). La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale impose, également, l'obligation d'élaborer un projet d'établissement, d'une durée de cinq ans, comportant la définition des objectifs de l'établissement, notamment en matière d'évaluation de ses activités et de la qualité des prestations délivrées. Le projet d'établissement doit obligatoirement comprendre un projet de vie. La création et la mise en œuvre de ces outils traduisent la place centrale qu'occupe la personne accueillie au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. Elle est au cœur de la réflexion et des actions de l'institution. Les établissements doivent, ainsi, se recentrer sur l'usager, personne disposant de droits et de libertés, et interroger sur le fonds leurs pratiques, leur organisation et la légitimité de leur intervention.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale garantit le respect des droits et des libertés de la personne et de son autonomie par une double obligation d'évaluation. D'une part, une évaluation interne, réalisée par l'établissement, portant sur ses activités et sur la qualité des prestations délivrées, au regard du référentiel qualité ANGELIQUE. Cette autoévaluation permet de définir les objectifs d'amélioration de la qualité de l'établissement et les modalités de leur évaluation. Elle a lieu tous les cinq ans. D'autre part, une évaluation externe réalisée par un organisme extérieur habilité. La loi prévoit, également, que « le renouvellement des autorisations est exclusivement

¹¹ Article L.311-3 3° du CASF.

¹² Article L.311-3 7° du CASF.

¹³ Articles L.311-4 à L.311-8 du CASF.

subordonné aux résultats de l'évaluation externe »¹⁴. L'évaluation est non seulement devenue une obligation légale mais, également, la condition de renouvellement des autorisations. La loi du 2 janvier 2002 repose, ainsi, sur une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes, notamment afin de garantir le respect de leurs droits et de leurs libertés et le développement de leur autonomie.

L'affirmation des droits et des libertés de la personne et du respect de son autonomie se prolonge avec **l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance**. Le développement de la bientraitance montre, en effet, l'engagement des pouvoirs publics de garantir l'effectivité des droits et des libertés de la personne. Cet engagement est renforcé avec la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESMS), chargée de promouvoir la culture de la bientraitance et de l'évaluation dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, notamment par l'élaboration, la validation et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques professionnelles.

Ainsi, l'affirmation des droits et des libertés de la personne et du respect de son autonomie témoigne d'un contexte législatif et réglementaire centré sur la promotion de la personne accueillie et ce d'autant plus, que le législateur accorde une réelle prise en compte à la parole de l'utilisateur.

1.1.2 Une réelle prise en considération de la parole de l'utilisateur

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale favorise l'expression et la participation de la personne accueillie. Le législateur a, en effet, créé plusieurs outils qui prennent en considération la parole de l'utilisateur et permettent, ainsi, un équilibre entre l'individualisation et le fonctionnement de la structure collective. Si la notion de projet individuel n'y figure pas explicitement, l'individualisation de la prise en charge est symbolisée par l'élaboration d'un **contrat de séjour** entre la personne accueillie, ou son représentant légal, et le représentant de l'établissement. La loi du 2 janvier 2002 prévoit, en effet, qu' « un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement »¹⁵. La personne accueillie doit donc participer à l'élaboration de son contrat de séjour et exprimer son consentement, soit directement, soit par l'intermédiaire

¹⁴ Article L.313-1 du CASF.

¹⁵ Article L.311-4 du CASF.

de son représentant légal. Cet outil concrétise, ainsi, l'expression et la participation de la personne accueillie et le droit à un accompagnement adapté et individualisé.

D'autre part, « afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation »¹⁶. La création du **conseil de la vie sociale**, par la loi du 2 janvier 2002, témoigne de l'engagement des pouvoirs publics de favoriser non seulement la participation et l'expression des usagers mais également un meilleur équilibre entre individuel et collectif. Cette nouvelle instance doit permettre, en effet, d'associer les résidents, les familles et les professionnels au fonctionnement de l'établissement. D'une part, de par sa composition et, d'autre part, de par l'obligation de consulter cette instance lors de l'élaboration et de la modification du **projet d'établissement** et du **règlement de fonctionnement**. Le conseil de la vie sociale n'émet, certes, qu'un avis consultatif. Toutefois, la création de cet outil montre la volonté du législateur de prendre en considération la parole de l'utilisateur et de favoriser l'équilibre entre l'individualisation et le fonctionnement de la vie en collectivité.

Les pouvoirs publics favorisent également l'expression et la participation de l'utilisateur au fonctionnement de l'établissement en prévoyant, « outre l'institution de groupes d'expression et l'organisation de consultations des personnes accueillies sur toutes les questions relevant du fonctionnement de l'établissement ou du service, la participation des usagers peut s'exercer par la mise en œuvre d'**enquêtes de satisfaction** »¹⁷.

En outre, la **Charte des droits et libertés de la personne accueillie**¹⁸ prend en considération la parole de l'utilisateur. Elle favorise, en effet, l'expression et la participation de la personne par l'affirmation de ses droits et de ses libertés. Elle s'impose comme un engagement moral pour l'établissement et constitue un recueil de valeurs dont l'ensemble des acteurs peut se prévaloir. Elle est annexée au **livret d'accueil**, avec le règlement de fonctionnement. La loi du 2 janvier 2002 a, également, prévu la possibilité pour l'utilisateur de recourir à une **personne qualifiée** en cas de litige. Elle a pour rôle d'écouter les parties et de proposer une solution à leur différend. Dès lors, cette médiation constitue un outil d'expression et un moyen pour le résident de faire valoir ses droits.

Ces différents outils permettent d'individualiser l'accompagnement et de cesser de parler au nom de l'utilisateur. Il convient donc non plus de faire « pour » l'utilisateur mais de faire « avec » lui. Le résident devient alors **acteur** et non plus seulement bénéficiaire de

¹⁶ Article L.311-6 du CASF.

¹⁷ Article D.311-21 du CASF.

¹⁸ Article L.311-4 du CASF.

sa prise en charge. Ainsi, il est nécessaire de recueillir sa parole, d'identifier ses besoins, ses attentes, ses désirs et ses souhaits, de connaître son avis concernant tous les actes et les projets élaborés ainsi que sur toutes les décisions prises quant à son quotidien et d'évaluer sa satisfaction sur les prestations proposées. En reconnaissant enfin que l'usager est capable de donner son avis, la démarche fait basculer le secteur « d'une culture de la prise en charge à une culture de la prise en compte »¹⁹.

Cette prise en compte de la parole de l'usager, par le législateur, est bienvenue. D'une part, le recueil de sa parole est nécessaire car il permet d'identifier ses besoins et ses attentes afin de lui offrir un accompagnement personnalisé. D'autre part, un établissement ne peut exister et être efficient s'il n'a pas d'utilité pour l'usager. C'est, en effet, pour lui que fonctionne la structure et c'est lui qui conditionne son existence. Le recueil de sa parole est donc essentiel pour déterminer ses attentes et y répondre au mieux, d'autant plus dans un secteur concurrentiel. Enfin, « améliorer la qualité sans tenir compte de l'avis des usagers, c'est se condamner à une vision partielle de nos actions »²⁰. Leur avis invite, en effet, l'institution et les professionnels à s'interroger sur le sens de leurs pratiques et de leurs actions et à recueillir des axes pour améliorer la qualité des prestations. L'avis des familles et des amis des résidents doit, également, être recueilli dès lors qu'il est considéré comme un élément d'appréciation supplémentaire et qu'il ne se substitue pas à la parole du résident. Par conséquent, il est nécessaire de favoriser l'expression et la participation de la personne accueillie, de recueillir sa parole et d'en tenir compte.

C'est la « fin du client muet »²¹, comme l'explique A.O. HIRSCHMAN. L'individu peut avoir quatre comportements possibles dans une organisation pour exprimer son mécontentement : rester dans l'organisation ou en sortir. Il peut, également, choisir de se taire ou de parler. Longtemps, les personnes accueillies en établissement social et médico-social restaient et se taisaient, voire elles partaient de l'organisation mais sans rien dire. Désormais, les personnes accueillies restent ou partent de l'organisation mais elles en expriment les raisons. Cette modification de comportement s'explique, notamment, par la place centrale désormais accordée à l'usager au sein de l'institution.

Ainsi, l'environnement est favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents de par un contexte législatif et réglementaire centré sur la promotion de la

¹⁹ LAFORCADE M., « Enquête de satisfaction, les usagers en question(s) », *Directions*, janvier 2008, n° 48, p.23.

²⁰ FAUGERAS S., *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, Paroles d'usagers et démarche qualité*, Paris : Editions Seli Arslan, 2007, p.13.

²¹ HIRSCHMAN A.O., *Défection et prise de parole*, Paris : Editions Fayard, collection « L'espace du politique », 1995.

personne accueillie mais, également, par un contexte institutionnel propice au développement des projets de vie personnalisés.

1.2 Un contexte institutionnel propice à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de vie personnalisés

Le contexte institutionnel est propice au développement des projets de vie personnalisés dans la mesure où la personnalisation de la prise en charge des résidents est un engagement fort du directeur (1.2.1). Cette volonté doit être étendue à l'ensemble des acteurs (1.2.2).

1.2.1 Un engagement fort du directeur de personnaliser la prise en charge des résidents

Conformément aux orientations de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'Hôpital local de Grand-Fougeray souhaite individualiser la prise en charge des personnes accueillies en proposant, notamment, à chaque résident, l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de vie personnalisé. Toutefois, développer des projets de vie personnalisés n'est pas aisé. Afin de mieux comprendre le contexte institutionnel dans lequel s'inscrit la démarche, il convient, dans un premier temps, de présenter l'établissement ainsi que sa situation par rapport au projet de vie individualisé.

L'Hôpital local de Grand-Fougeray dispose de **quatre-vingt-quinze lits d'EHPAD dont trois lits d'hébergement temporaire**. L'EHPAD se décompose en trois unités fonctionnelles (U1, U2 et U3). Le taux d'occupation annuel, depuis 2005, est de 100% en hébergement permanent. Il est de 92%, en 2007, pour l'hébergement temporaire. L'établissement est situé dans le secteur gériatrique de Redon. L'établissement accueille des personnes d'Ille-et-Vilaine, essentiellement de Grand-Fougeray et des communes avoisinantes, mais également des personnes résidant hors du département. La moyenne d'âge des résidents accueillis est de quatre-vingt-cinq ans. Le Gir Moyen Pondéré (**GMP**) est de **751,26** et il reste stable au cours des trois dernières années. En septembre 2007, la majorité des résidents de l'établissement (83%) sont en GIR 1 (27%), 2 (30%) et 3 (26%), soit des résidents très dépendants²². Selon les données transmises au Conseil général, en novembre 2007, dans le cadre du suivi de l'amélioration de la qualité en EHPAD, soixante résidents nécessitent une aide au repas et quatre-vingt-onze

²² Rapport annuel de gestion de l'exercice 2007 de l'Hôpital local de Grand-Fougeray.

résidents requièrent une aide à la toilette. Vingt-trois résidents ont un diagnostic établi de pathologie démentielle (maladie d'Alzheimer et apparentée).

Pour les cent treize lits, l'établissement dispose de **80,65 emplois rémunérés** en 2007 **en équivalent temps plein**. Soit un ratio de 0,71 agent par usager hors contractuels. L'effectif est composé d'un directeur, six administratifs, un cadre de santé, une animatrice, une aide médico-psychologique, 0,50 de psychologue, 0,50 de kinésithérapeute, deux agents au service technique, un responsable de restauration et cinq personnes à la cuisine, deux agents à la blanchisserie ainsi que le personnel soignant (12,25 infirmières dont une infirmière référente, 27,65 aides-soignants et 19,75 agents des services hospitaliers qualifiés) réparti dans chaque service (service de médecine-SSR et les trois unités de l'EHPAD) en fonction du nombre d'usagers et de la charge de travail de chaque service, afin de répondre au mieux aux besoins des usagers. Auxquels s'ajoutent, hors tableau des effectifs, 0,25 d'aumônier, 0,40 de pharmacien praticien hospitalier et 0,50 de pharmacien gérant ainsi que 5,75 personnes en contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE). Par contre, l'établissement n'a pas de médecin coordonnateur. L'âge moyen du personnel est de quarante et un ans et l'ancienneté moyenne du personnel dans l'établissement est de treize ans et demi.

En outre, sur l'ensemble du personnel, quatre-vingt agents ont pu bénéficier d'une **formation** en 2007, sachant que plusieurs agents ont participé à plus d'une action de formation (droit des usagers, prise en charge de la douleur, etc.)²³.

Des **travaux d'humanisation et de restructuration** de l'ensemble de l'établissement sont engagés depuis septembre 2003 afin d'offrir des espaces collectifs et privatifs adaptés aux personnes accueillies, à leur famille et aux professionnels. A la fin des travaux (juin 2009), l'établissement disposera notamment de quatre-vingt-quinze chambres individuelles.

Enfin, l'EHPAD s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis l'autoévaluation réalisée dans le cadre de la **Convention pluriannuelle tripartite**, signée en juillet 2006.

Il n'existe pas de **projet de vie individualisé formalisé** au sein de l'établissement. Cependant, la personnalisation de la prise en charge des résidents est une volonté institutionnelle. **Un des objectifs du projet de vie** est, en effet, de développer les projets de vie individualisés. D'autre part, plusieurs outils sont utilisés afin d'évaluer les besoins et les attentes des personnes accueillies. L'entrée en EHPAD est suivie d'un **entretien**

²³ Plan de formation de l'exercice 2007 de l'Hôpital local de Grand-Fougeray.

avec le résident accompagné d'un membre de sa famille ou de son représentant légal, le cas échéant. Cet entretien, mené par la psychologue, porte sur l'histoire et sur les habitudes de vie de la personne ainsi que sur les circonstances de son arrivée en maison de retraite. L'objectif de cet entretien est de « connaître la personne et de faciliter son intégration au sein de l'établissement »²⁴. Une synthèse de l'entretien est réalisée puis insérée dans le « kardex »²⁵ afin que le personnel soignant en ait connaissance. Une **fiche de recueil des goûts alimentaires** est également réalisée avec le résident, à son entrée dans l'établissement. Une **fiche d'autonomie** de la personne est, en outre, remplie à son arrivée. Cet outil permet d'identifier ses besoins (aide à la toilette, au repas, etc.) dans l'objectif de maintenir et de développer son autonomie. L'évolution de ses besoins et de ses attentes en cours de séjour est formalisée dans le kardex, sur la fiche des transmissions. Chaque résident a, également, un **référént** au sein de l'établissement.

D'autre part, les outils prévus par la loi du 2 janvier 2002 pour favoriser le respect des droits et des libertés de la personne accueillie, son expression et sa participation, existent. Un **contrat de séjour** est conclu entre la personne accueillie, ou son représentant légal, et le représentant de l'établissement. Il prévoit notamment qu'« un projet de vie individualisé est conclu avec la personne accueillie. Il précise les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Ceux-ci sont actualisés chaque année ». Le contrat de séjour prévoit, en outre, que « le projet de vie individualisé est annexé au contrat de séjour ». Afin d'associer les résidents, les familles et les professionnels au fonctionnement de l'établissement, un **conseil de la vie sociale** a été créé en 2005. Il se réunit deux à trois fois par an. Un **projet d'établissement** a été élaboré en 2006, comprenant un projet de vie, un projet d'animation, un projet du système d'information, un projet médical, un projet de soins, un projet social et un projet architectural. Un **livret d'accueil** est remis à la personne accueillie, auquel sont annexés la **Charte des droits et libertés de la personne accueillie** et le **règlement de fonctionnement**.

Il n'existe pas de **questionnaire de satisfaction** à destination des résidents et de leur famille. Toutefois, le projet de vie de l'établissement prévoit le recours à cette procédure de consultation des usagers.

Le recueil de ces données de terrain montre un contexte institutionnel propice à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de vie individualisés. Il y a un engagement fort du directeur de les développer. Cette volonté doit être, également, poursuivie par l'ensemble des acteurs.

²⁴ Propos recueillis lors d'un entretien réalisé avec la psychologue le 15 juin 2007.

²⁵ Le « kardex » est un classeur comportant, par unité fonctionnelle, l'ensemble des informations relatives aux résidents de l'unité.

1.2.2 Une volonté à étendre auprès de l'ensemble des acteurs

L'engagement du directeur de développer les projets de vie personnalisés doit être poursuivi par l'ensemble des acteurs (résident, famille et professionnel). Il convient donc de les associer à la démarche.

L'**entretien**, technique d'enquête dont les mérites ont notamment été démontrés par l'école des relations humaines lors de l'expérience menée par E. MAYO, F.J. ROETHLISBERGER et W.J. DICKSON dans l'usine Hawthorne de l'entreprise Western Electric dès 1928²⁶, est la méthode retenue pour associer les acteurs à la démarche et pour analyser les difficultés liées au développement des projets de vie personnalisés. La **population** concernée par les entretiens se décompose en deux groupes. Les entretiens vont porter, dans un premier temps, sur le triptyque suivant : le cadre de santé, la psychologue et l'animatrice, puis, dans un second temps, sur les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), les aides-soignants (AS), et les infirmières diplômées d'Etat (IDE). Chaque groupe intervient dans la population globale à des titres distincts. Le cadre de santé, la psychologue et l'animatrice sont interrogés en tant que personnes ressources, relais de la démarche des projets de vie individualisés au sein de l'établissement. Les autres membres du personnel sont interrogés en tant qu'acteurs opérationnels de la personnalisation de la prise en charge.

Les **critères de choix** de la population à interroger se fondent, ainsi, sur la **position** des acteurs au sein de l'établissement et sur leur **rôle** dans la démarche des projets de vie individualisés. Pour répondre à des contraintes temporelles, les personnes ressources ont fait l'objet d'**entretiens individuels**, à la différence des autres membres du personnel qui donnent lieu à des **entretiens collectifs** par unité fonctionnelle. Compte tenu du temps imparti, les entretiens collectifs n'ont pu avoir lieu. Trois entretiens ont donc été réalisés auprès du cadre de santé, de la psychologue et de l'animatrice, à raison d'une heure en moyenne par entretien. Il convenait, également, de s'entretenir avec des résidents et leur famille pour connaître leur position sur les projets de vie personnalisés. Des entretiens individuels ont, ainsi, été réalisés auprès de sept résidents et de leur famille, d'une durée d'une heure, également, en moyenne. Au total, dix-sept entretiens ont, ainsi, été réalisés.

²⁶ BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., *Le Socio-Manager, Sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 2004, pp.23-39.

Afin de mener à bien les **entretiens « semi-directifs »**, un **guide d'entretiens**, comportant la formulation d'une consigne et la constitution d'un guide thématique formalisé, a été élaboré. Il se présente de la façon suivante :

Consigne initiale :

« Pouvez-vous me raconter ce que vous savez des projets de vie individualisés au sein de l'établissement ? »

Guide thématique :

- Atouts et faiblesses des projets de vie individualisés
- Obstacles et contraintes à la personnalisation de la prise en charge
- Respect des droits et libertés de la personne et de son autonomie
- Respect des rythmes et des habitudes de vie de la personne accueillie

L'**objectif de l'enquête** est d'analyser les obstacles au développement des projets de vie individualisés pour, ensuite, proposer des solutions adaptées. Plus précisément, il s'agit d'identifier les atouts et les faiblesses des projets de vie individualisés ainsi que les obstacles et les contraintes à la personnalisation de la prise en charge, de connaître les actions mises en place pour respecter les droits et libertés de la personne accueillie, son autonomie, ses rythmes et ses habitudes de vie et les difficultés rencontrées pour y parvenir.

Une conclusion sur chaque entretien par rapport aux hypothèses de travail a, ensuite, été rédigée. L'analyse consistant à passer en revue les thèmes abordés par chaque sujet séparément pour en faire, ensuite, la synthèse sous la forme d'une conclusion de l'ensemble des entretiens. L'identification des thèmes et la construction de la grille d'analyse ont été effectuées à partir des entretiens et des hypothèses de la recherche. La **grille d'analyse thématique** est, ainsi, la suivante : respect des règles d'hygiène, articulation des espaces et des rythmes du résident avec la vie communautaire, organisation du travail et habitudes professionnelles, rapport au temps et attitude d'écoute.

L'enquête par entretien a permis de rencontrer les acteurs de l'établissement, d'instaurer un climat de confiance, de les sensibiliser à l'individualisation de la prise en charge et de les intégrer à la démarche. La méthode retenue a, également, permis de connaître les représentations des différents acteurs sur les projets de vie personnalisés, d'analyser les obstacles à leur développement et de vérifier les hypothèses de travail. L'analyse thématique des entretiens a, en outre, favorisé une **analyse stratégique des**

comportements des acteurs²⁷. Cette analyse a, en effet, servi à comprendre les logiques d'action des acteurs et, ainsi, à mieux conduire la démarche des projets de vie personnalisés. Cependant, l'entretien est conçu comme un **outil complémentaire**. L'entretien est pour l'enquêté une succession de dévoilements qui peut s'accompagner de résistances, dues au « processus d'objectivation »²⁸. L'objectivation renvoie au fait que lorsqu'il parle, l'interrogé ne livre pas un discours déjà constitué mais le construit en parlant. Devant expliciter ce qui n'était encore qu'implicite, il peut préférer ne pas parler. L'entretien ne peut, ainsi, être l'unique source d'information.

Ce travail d'investigation a été complété par un **questionnaire de satisfaction du personnel**²⁹, d'administration directe. **L'échantillon** est constitué de l'ensemble des professionnels de l'établissement dans la mesure où chacun est concerné par la personnalisation de la prise en charge. L'élaboration et la mise en œuvre des projets de vie individualisés génèrent, en effet, des changements dans les méthodes de travail et l'organisation qui ne peuvent être envisagés qu'après une consultation de l'ensemble du personnel. L'enquête a ainsi été réalisée auprès de l'ensemble des professionnels, à l'exception des stagiaires, travaillant dans l'établissement en qualité de titulaire ou de contractuel. Quarante-deux professionnels ont donc été sollicités. Le personnel de tous les secteurs d'activités de l'établissement a, ainsi, été interrogé : le personnel soignant de médecine-SSR, de l'EHPAD et le personnel de nuit, les professionnels de l'administration, de la vie sociale, de la pharmacie, le personnel technique, de la restauration, de la lingerie et du pool ménage.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer la satisfaction des professionnels et d'identifier leurs attentes et les difficultés rencontrées dans leur travail. Les réponses apportées par les professionnels concernant leur poste de travail, leurs conditions de travail ainsi que le dialogue et le climat social au sein de l'établissement ont également permis d'identifier des obstacles au développement des projets de vie personnalisés.

Le personnel de l'établissement a été informé de cette enquête lors des différentes réunions de services qui ont précédées sa diffusion. Parallèlement, une note d'information a été affichée dans les différents services de l'établissement. Le questionnaire est anonyme. Il a été envoyé avec le bulletin de salaire. Une période d'un mois a été donnée aux professionnels pour y répondre. Une « boîte aux lettres » a été prévue afin de faciliter le taux de retour des questionnaires.

²⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, 1977.

²⁸ BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan Université, 2001, p.29.

²⁹ Annexe n°1.

Sur les 96 professionnels de l'établissement, 63 ont répondu et retourné le questionnaire. Le taux de réponse est de **65,62%**. Les **résultats de l'enquête** ont été présentés au Comité Technique d'Etablissement (CTE) qui a suivi la période de l'enquête. Cette présentation a permis aux membres du CTE d'apporter des précisions au rapport, avant sa diffusion, afin de répondre au mieux aux attentes du personnel. Elle a, également, été l'occasion de recueillir leur opinion sur la qualité du questionnaire (termes utilisés, modalités de réponses) et d'élaborer un plan d'amélioration des conditions de travail. Le rapport sur l'enquête de satisfaction du personnel a été remis à chacun des membres titulaires du CTE et mis à disposition de l'ensemble des professionnels. Une note d'information a été réalisée afin de les informer de la possibilité de prendre connaissance du rapport.

L'**observation directe**, technique qui consiste à recueillir directement l'information par la vue et/ou l'écoute, a également été utilisée afin de repérer les décalages entre le discours des acteurs sur leurs pratiques et la réalité observable de ces pratiques. Un **carnet de bord** a, en outre, été utilisé afin de noter les données recueillies sur le sujet lors de réunions et de rencontres informelles avec les résidents, les familles et les professionnels.

La combinaison de ces différents outils permet d'associer l'ensemble des acteurs à la démarche et, ainsi, d'appréhender les difficultés liées au développement des projets de vie individualisés.

L'environnement est favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents puisque le contexte législatif et réglementaire est centré sur la promotion de la personne accueillie dans la mesure où, d'une part, les droits et les libertés de la personne ainsi que le respect de son autonomie sont affirmés et que, d'autre part, la parole de l'utilisateur est réellement prise en compte. Le contexte institutionnel est également propice à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de vie personnalisés dans la mesure où la personnalisation de la prise en charge des résidents est un engagement fort du directeur et que cette volonté a été étendue à l'ensemble des acteurs. Cependant, malgré un environnement favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents, de nombreux obstacles sont à surmonter pour développer les projets de vie personnalisés.

2 De nombreux obstacles à surmonter pour développer les projets de vie individualisés

De nombreux obstacles sont à surmonter pour développer les projets de vie personnalisés. La démarche est, en effet, freinée par la délicate conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge (2.1) ainsi que par les contraintes liées aux pratiques professionnelles (2.2).

2.1 La délicate conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge

La conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge est délicate du fait, d'une part, de l'articulation difficile des espaces et des rythmes du résident avec la vie communautaire (2.1.1) et, d'autre part, de l'organisation du travail et des habitudes des professionnels (2.1.2).

2.1.1 L'articulation difficile des espaces et des rythmes du résident avec la vie communautaire

La personne âgée, vivant en établissement, doit pouvoir se sentir chez elle. L'institution doit donc faciliter l'émergence de ce sentiment en respectant les espaces et les rythmes de vie du résident. Toutefois, l'articulation des espaces et des rythmes de la personne avec la vie en communauté apparaît difficile, constituant ainsi un obstacle au développement des projets de vie personnalisés.

Les entretiens avec les différents acteurs ont mis en évidence leur perception sur les projets de vie personnalisés ainsi que les difficultés liées à leur mise en oeuvre. L'animatrice explique, en effet : « le projet de vie personnalisé consiste notamment à faire en sorte que la personne se sente chez elle, ce qui n'est pas le cas dans les chambres à deux lits ». Les **chambres doubles** apparaissent, ainsi, être un obstacle au développement de l'accompagnement personnalisé. Le personnel s'accorde, en effet, sur la difficulté de « parler » de projets de vie personnalisés alors que certains résidents n'ont pas de chambre individuelle.

La majorité du personnel soignant de l'EHPAD (52%) estime, d'ailleurs, ne pas travailler dans des locaux adaptés du fait des travaux actuels et des chambres doubles³⁰.

³⁰ Annexe n°2.

La **difficulté des chambres doubles** est évoquée, tant par le **personnel** que par les **résidents** et les **familles**. Les résidents et les familles rencontrés ont, en effet, exprimé l'importance d'être en chambre individuelle et les contraintes liées aux chambres doubles. Elles sont, notamment, une source de tensions entre les résidents. Certaines personnes n'ont aucun lieu où elles peuvent être seules, entraînant des **relations conflictuelles** entre résidents. L'animatrice explique, en effet : « certaines résidentes sont désorientées et vivent ensemble. Chacune se croit chez elle et ne comprend pas qu'une autre personne puisse être dans sa chambre, créant ainsi des conflits ». Les chambres doubles ne facilitent pas, en outre, l'expression du **droit à l'intimité**. Elles sont, également, génératrices de difficultés pour l'ensemble des acteurs lors d'une **fin de vie** d'un résident. Le développement des projets de vie personnalisés est, ainsi, freiné par l'articulation difficile des espaces avec la vie communautaire.

Une place importante est accordée à la chambre du résident par l'ensemble des acteurs, expliquant l'obstacle que représente la chambre double au développement des projets de vie personnalisés. La **chambre** est considérée comme l'**espace privatif du résident**. Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour de l'établissement prévoient, ainsi : « la personne accueillie peut, dans la limite de la taille de la chambre, amener des effets et du mobilier personnel si elle le désire (fauteuil, table, chaises, photos, etc.). Il peut être remis au résident, contre caution, une clé de sa chambre ». Le personnel est respectueux de cet espace. La reconnaissance de l'espace personnel du résident, par les professionnels, se manifeste par leur comportement (autorisation d'entrer, explication de l'objet de la visite, etc.). Ainsi, l'existence de chambres doubles apparaît difficilement conciliable avec le développement des projets de vie personnalisés.

D'autre part, le développement des projets de vie individualisés se heurte à la délicate conciliation des **rythmes du résident** avec la vie communautaire. L'établissement doit s'adapter au résident et non l'inverse. Les rythmes de vie individuels sont donc repérés, à l'entrée du résident, lors d'un entretien portant sur le **recueil de son histoire et de ses habitudes de vie** (heure du lever et du coucher, fréquence de la toilette, etc.). Les informations sont ensuite communiquées au personnel soignant lors des transmissions. Malgré le recueil de ces données, la diversité des rythmes de vie est difficilement favorisée : horaire fixe des repas, toilette journalière systématique. Le personnel soignant explique, cependant : « pour les toilettes, on commence tantôt d'un côté du couloir, tantôt de l'autre pour ne pas que ce soit toujours les mêmes résidents qui soient levés en premier ». Ce mode de fonctionnement repose, toutefois, davantage sur un principe d'égalité entre les personnes accueillies que sur une adaptation de l'établissement aux rythmes de vie individuels.

Le respect des rythmes de vie du résident apparaît, ainsi, difficile en pratique. L'animatrice évoque, en effet, cette difficulté : « On est en institution. Il y a donc des horaires de repas à respecter. On ne peut pas demander, à chacun, l'heure à laquelle il souhaite manger. Il y a des règles instaurées qui sont obligatoires. C'est irréalisable que ce soit à l'établissement de s'adapter. Il faut des règles ». Toute institution est effectivement constitutive de normes. Le **règlement de fonctionnement** définit, d'ailleurs, « les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement »³¹. Par conséquent, les rythmes institutionnels peuvent constituer des obstacles aux rythmes individuels.

Le respect des rythmes individuels est, également, difficile du fait de **l'impact des normes issues de cette vie communautaire**. Toute **déviance** de la personne, par rapport à la règle, est stigmatisée. Le cadre de santé explique, en effet, au sujet d'une résidente qui déambule toute la journée dans les espaces collectifs : « la déambulation permet de réduire son anxiété. Sa déambulation est salutaire alors qu'elle est mal perçue par le personnel et par les résidents. Dès qu'on a un écart de normalité, cela devient un problème ». Ainsi, la personne se retrouve devant trois alternatives : « réduire sa différence, s'écarter ou être mise à l'écart du groupe »³². Le respect des rythmes individuels se heurte, par conséquent, aux normes du groupe mises en place. L'articulation des rythmes du résident avec la vie communautaire apparaît, ainsi, difficile.

Ainsi, le développement des projets de vie personnalisés est freiné par l'articulation difficile des espaces et des rythmes du résident avec la vie communautaire. Il l'est, également, par l'organisation du travail et par les habitudes des professionnels.

2.1.2 L'organisation du travail et les habitudes des professionnels : obstacles importants au développement des projets de vie personnalisés

La démarche des projets de vie personnalisés doit permettre d'accompagner chaque personne, en s'adaptant à ses besoins et à ses attentes. Elle suppose, notamment, que l'établissement ait les moyens de les connaître et d'y répondre. Le **manque de moyens humains** est fréquemment évoqué pour expliquer les difficultés de mise en œuvre de la démarche. Toutefois, des contraintes organisationnelles sont également constatées. L'organisation du travail et les habitudes des professionnels sont des obstacles importants au développement des projets de vie personnalisés.

³¹ Article L. 311-7 du CASF.

³² AMYOT J.J., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris : Dunod, 2007, p.998.

La difficulté des établissements à proposer un accompagnement personnalisé aux résidents est liée, notamment, à **l'organisation du travail**. La journée est rythmée par le lever, la toilette, le repas, l'animation et le coucher. Ces différents temps institutionnels donnent des repères aux **résidents**, mais ils ne permettent pas de s'adapter à eux car ils sont fonction de l'organisation du travail. L'animatrice explique, en effet : « certains résidents font la sieste l'après-midi. C'est à nous de s'adapter à eux mais on ne peut pas car, autrement, il faudrait passer les activités à quinze heures au lieu de quatorze heures et demie. Le problème est que certains résidents sont couchés à seize heures ». Elle souligne, également : « le matin, pour la lecture du journal, deux ou trois personnes sont présentes au lieu de six. Ce n'est pas faute de demandes mais parce que la toilette n'a pas été faite ». Certains résidents rencontrés ont, en outre, émis le souhait d'être prêts plus tôt. L'organisation du travail a, également, des conséquences sur la présence des **familles** dans l'établissement. L'existence d'horaires de visite, tenant compte de l'organisation du travail, ne facilite pas leur participation à la vie du résident. Ainsi, l'organisation du travail est un frein au développement des projets de vie individualisés.

En outre, l'organisation du travail ne prévoit pas de **temps de mise en commun**, en dehors des transmissions. Il n'y a pas, en effet, un temps de travail pluridisciplinaire, défini, permettant de prendre en considération les besoins et les attentes du résident et de sa famille. Cette situation peut, notamment, s'expliquer par l'absence d'un médecin coordonnateur et par la difficulté d'impliquer les médecins libéraux au fonctionnement de l'établissement. Le passage aux 35 heures n'a également pas facilité les rencontres formelles entre les différents professionnels intervenant dans l'accompagnement du résident. D'autre part, il est constaté un **cloisonnement d'équipe** fonctionnant par service et l'isolement de certains professionnels lorsqu'ils sont les seuls représentants de leur fonction. L'animatrice explique, en effet : « c'est un établissement où c'est chacun son travail. Ce n'est pas un travail d'équipe de A à Z. C'est très sectorisé ». Ce cloisonnement peut, notamment, s'expliquer par le fait que chacune des catégories socio-professionnelles de l'établissement possède sa **culture** et sa **logique** : soignante, médicale, sociale, hôtelière. Par conséquent, travailler ensemble ne va pas de soi. Ce cloisonnement peut, également, s'expliquer par le fait que le travail en équipe bouleverserait leurs **zones d'incertitudes**³³. En effet, les acteurs détiennent du **pouvoir**, notamment grâce à la possession de compétences propres dans un service déterminé et à la détention d'informations sur un secteur donné. Partager ces compétences et ces informations bouleverserait ces zones d'incertitudes sur lesquelles se construisent justement les relations de pouvoir. L'absence d'un temps d'échanges entre les différents

³³ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, 1977.

acteurs, dans l'organisation du travail, constitue ainsi un obstacle à la démarche d'accompagnement personnalisé.

Les **habitudes des professionnels** sont également un frein au développement des projets de vie individualisés. Le cadre de santé évoque, en effet, au sujet du personnel : « comme il connaît le résident, il fait par habitude. Les habitudes des professionnels sont une difficulté au développement de l'autonomie du résident ». Ces habitudes se traduisent par la mécanisation et la répétition des actes au détriment du développement de l'autonomie de la personne, de la dimension humaine et du respect de ses droits et de ses libertés. Elles ne permettent pas, en outre, de tenir compte de l'évolution des besoins et des attentes des résidents. Les habitudes des professionnels peuvent être simplement liées à des facilités de travail. Elles expriment, également, une **perte de sens du travail** liée à l'**augmentation de la dépendance des résidents**, de la **charge de travail**, de l'**organisation du travail** et à un **manque de reconnaissance**. 59% des professionnels de l'établissement, tous services confondus, ont le sentiment que leur travail n'est pas suffisamment reconnu. Ce sentiment est fortement ressenti par le personnel soignant de l'EHPAD (83%)³⁴. Selon le personnel, il est fortement lié à l'organisation du travail et à la charge de travail jugée « trop lourde ». Les difficultés du personnel soignant en gérontologie sont, en effet, notables : « L'augmentation de la dépendance et de la poly-pathologie des personnes âgées accueillies, suivie d'une faible augmentation de moyens humains, la réduction du temps de travail qui s'est faite avec des moyens compensatoires insuffisants, le personnel se trouvant devoir faire plus d'actions en moins de temps »³⁵.

Le sentiment de considération perçu par le personnel est donc un élément déterminant. Cette approche avait d'ailleurs été soulignée par l'école des relations humaines (E. MAYO)³⁶. Le manque de reconnaissance peut créer chez le personnel un sentiment d'épuisement et de démotivation qui va se traduire par une certaine routine, une mécanisation des actes, à procéder par habitude. Dans ce contexte, la démarche des projets de vie personnalisés peut être ressentie par les professionnels comme une **contrainte supplémentaire**, favorable au résident et méprisant leurs difficultés. Ce sentiment peut, en outre, être renforcé par la multiplication de ces projets en autant de résidents présents. Ainsi, les habitudes des professionnels sont un obstacle au développement des projets de vie individualisés.

³⁴ Annexe n°2.

³⁵ HERVY B., *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Rennes : Editions ENSP, 2003, p.66.

³⁶ BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., *Le Socio-Manager, Sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 2004, pp.25-26.

Le développement des projets de vie individualisés est freiné par la délicate conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge du fait, d'une part, de l'articulation difficile des espaces et des rythmes du résident avec la vie communautaire et, d'autre part, de l'organisation du travail et des habitudes des professionnels. Il l'est, également, par les contraintes liées aux pratiques professionnelles.

2.2 Les contraintes liées aux pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles sont une contrainte à la démarche d'accompagnement personnalisé. D'une part, l'impératif d'hygiène fait obstacle à la dimension individualisée du projet de vie (2.2.1) et, d'autre part, la singularité du rapport au temps et de l'attitude d'écoute dans les pratiques professionnelles freine l'élaboration et la mise en œuvre des projets de vie personnalisés (2.2.2).

2.2.1 L'impératif d'hygiène dans les pratiques professionnelles : frein notable à la dimension individualisée du projet de vie

Les EHPAD doivent être des **lieux de vie** avant d'être des lieux de soins et doivent proposer à chaque résident un accompagnement personnalisé. Toutefois, en pratique, les logiques du soin, fondées sur l'hygiène, font obstacles au développement des projets de vie individualisés.

Lors des différentes rencontres avec le personnel, les aides-soignants rappellent l'**importance de la toilette** dans leur quotidien, laissant apparaître peu de place au développement des projets de vie personnalisés : « on fait la toilette chaque jour car on est soignant, même si c'est vrai que c'est une génération qui ne se lave pas tous les jours ». Le soin et, notamment, la toilette apparaissent ainsi prioritaires dans l'organisation de la journée. Le cadre de santé explique, en effet : « quand il y a la possibilité d'occulter la toilette car le résident est fatigué, cela les choque que l'hygiène passe en second. Pour un jour, c'est la catastrophe ». Alors que les documents internes à l'établissement (projet d'établissement, contrat de séjour, etc.) favorisent un accompagnement personnalisé et le développement des projets de vie individualisés, le personnel soignant privilégie le soin corporel, l'hygiène, au détriment du respect des attentes du résident et du soin relationnel.

D'autre part, le personnel reconnaît l'**intérêt des projets de vie individualisés**, de développer la dimension relationnelle, notamment lors de la toilette, et de favoriser l'autonomie de la personne. Or, en pratique, il en est différemment. Le cadre de santé explique, en effet, au sujet d'une résidente : « on ne fait pas assez attention aux désirs du

résident, par exemple, au fait qu'il peut se lever pour aller se laver au lavabo. On fait la toilette au lit. Au départ, je pensais que cette résidente ne marchait pas, que c'était la raison pour laquelle on lui faisait la toilette au lit. Or, après, je l'ai vu se lever toute seule pour aller à la salle de bain ». La toilette des résidents semble ainsi être réalisée de manière uniformisée par le personnel, sans tenir compte des attentes et des besoins de la personne.

Pour comprendre ce **décalage entre le dire et le faire**, les **résistances** de la part du personnel soignant à individualiser la prise en charge, il convient d'**analyser les enjeux perçus**³⁷ par les acteurs du soin à personnaliser la toilette. Les **gains** sont nombreux : amélioration des relations avec le résident lors de la toilette, mieux-être de la personne âgée, reconnaissance de la part du résident. Une toilette personnalisée, reposant notamment sur l'écoute et sur le recueil des besoins et des attentes de la personne, permettra d'apaiser les conflits entre certains résidents et le personnel, d'améliorer leurs relations et, ainsi, de travailler dans un climat dépourvu de tensions et de culpabilité. Le personnel soignant s'accorde, en effet, sur : « la difficulté à gérer des personnes agitées, agressives ». Le cadre de santé exprime, également, cette situation : « les agents sont en difficulté quand le résident dit « non », quand il n'est pas coopérant. Ils ne savent pas quoi faire. Cela devient vite compliqué ». Les difficultés relationnelles avec certains résidents expliquent, notamment, les résistances du personnel soignant à personnaliser l'accompagnement, à se concentrer sur la technicité de l'acte plutôt que sur la recherche de l'autonomie et sur le développement d'une écoute quotidienne du résident, à privilégier l'hygiène au détriment du relationnel. Quant aux **pertes**, elles sont importantes : remise en question de leurs pratiques professionnelles et désorganisation du travail. Elles permettent, également, d'expliquer le comportement des professionnels.

En s'intéressant au **système d'action concret**, le comportement du personnel soignant, consistant à privilégier l'hygiène au détriment du relationnel, semble être lié au comportement du groupe auquel il appartient. Plusieurs professionnels ont, en effet, exprimé : « quand on passe davantage de temps auprès d'un résident, on nous le fait remarquer ». Le développement des projets de vie personnalisés est, donc, également fonction de **la norme de groupe** mise en place.

En outre, l'inflation législative et réglementaire explique, également, l'importance accordée par le personnel soignant à l'hygiène. Le **règlement de fonctionnement de l'établissement** prévoit, d'ailleurs : « une stricte hygiène corporelle est de règle dans

³⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, 1977.

l'établissement. Chacun est tenu de l'appliquer ». Le personnel va, ainsi, être vigilant sur les aspects techniques de la fonction au détriment du relationnel pour ne pas voir sa responsabilité engagée. La montée de la judiciarisation des familles favorise, également, la place centrale de l'hygiène dans le quotidien. Un agent a, ainsi, exprimé : « Que va penser la famille si le résident n'est pas propre, qu'il est mal coiffé et mal habillé car on l'a laisser faire lui-même ? ».

L'importance consacrée à la toilette peut, d'autre part, s'expliquer par le **rôle** et par la **culture professionnelle** des aides-soignants. Ces professionnels ont reçu une formation axée sur les soins d'hygiène. La difficulté étant de mettre en place une démarche d'individualisation des projets de vie avec des acteurs qui ont une forte culture sanitaire.

Si le développement des projets de vie personnalisés est freiné par l'impératif d'hygiène, il l'est également par la singularité du rapport au temps et de l'attitude d'écoute dans les pratiques professionnelles.

2.2.2 La singularité du rapport au temps et de l'attitude d'écoute dans les pratiques professionnelles

Elaborer et mettre en œuvre des projets de vie personnalisés suppose de modifier le rapport au temps et de développer une attitude d'écoute dans les pratiques professionnelles. Ces changements ne sont toutefois pas aisés à opérer, constituant ainsi un obstacle à l'accompagnement personnalisé du résident.

Le « **manque de temps** » est unanimement évoqué par les professionnels, ne favorisant pas ainsi le développement des projets de vie personnalisés. Même si le personnel reconnaît l'intérêt de la démarche et la nécessité de développer la dimension relationnelle, il explique ne pas avoir le temps d'effectuer d'autres tâches que techniques. Cette pratique est qualifiée de « valeur refuge »³⁸. Le personnel préférant généralement s'en remettre à des tâches traditionnelles plutôt que d'y adjoindre d'autres dimensions.

Tous services confondus, le personnel reconnaît **faire à la place du résident**. Ce comportement, contraire au maintien de l'autonomie, a donc été analysé. Le personnel explique faire à la place du résident pour gagner du temps. L'animatrice affirme, ainsi : « même en animation, il arrive de faire à leur place pour gagner du temps au lieu de prendre le temps de les laisser faire ». Ce **rapport au temps** constitue un obstacle au développement des projets de vie individualisés. Un des objectifs de l'accompagnement

³⁸ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations*, Paris : Editions Eres, 2004, p.97.

personnalisé étant de favoriser l'autonomie du résident. Aussi, il convient de comprendre les raisons de ce comportement. Cette attitude est liée à un **sentiment de culpabilité**. Le personnel explique, en effet : « on fait à leur place car on éprouve de la culpabilité à passer davantage de temps auprès d'un résident au détriment d'un autre. Quand on s'occupe d'un résident, on sait qu'un autre résident attend derrière celui dont on s'occupe».

Toutefois, le sentiment de culpabilité, bien que réel, ne semble pas être l'unique raison de ce comportement, à l'opposé de la démarche d'accompagnement personnalisé. Cette attitude apparaît également liée à la **représentation du personnel sur la vieillesse**. La vieillesse peut être pensée avant tout comme un état de pertes et de grande vulnérabilité, nécessitant de faire à la place du résident. Il semble, également, que ce comportement traduise une **volonté de distanciation** à l'égard de la personne âgée. En faisant à la place du résident, le personnel se concentre sur l'acte à réaliser et évite ainsi une réelle rencontre avec la personne âgée. Les échanges verbaux observés entre les professionnels et les résidents sont, en effet, essentiellement centrés sur l'action et non sur la personne. La confrontation à la vieillesse, à la dépendance et à la mort ainsi que la perte de sens dans le travail peuvent expliquer cette mise à distance de la personne âgée. Rencontrer une personne âgée, c'est « prendre le risque de regarder son propre vieillissement »³⁹. Or, « l'accompagnement doit s'entendre comme une recherche permanente de la personne »⁴⁰.

Une rencontre entre la parole du résident et celle du professionnel, centrée sur « l'être » et non sur « le faire », est nécessaire pour favoriser un accompagnement personnalisé. Plusieurs résidents rencontrés ont d'ailleurs émis le souhait de pouvoir parler davantage avec le personnel. Cet échange suppose que les professionnels développent **l'écoute**. Or, la mise en œuvre de cette pratique présente des difficultés. D'une part, l'écoute suppose que **le résident** puisse s'exprimer. Le personnel rencontré a, ainsi, évoqué son impuissance à établir un réel échange avec des personnes qui ont des difficultés de communication. Il se peut, également, que la personne ne souhaite pas prendre la parole, notamment par crainte de vexer le personnel et d'indisposer sa famille. D'autre part, comme le souligne F. DUBET : « la prise de parole est d'autant plus difficile dans les institutions où la toute puissance n'a pas facilité l'expression des usagers »⁴¹. En outre, les résidents rencontrés qui ont souhaités s'exprimer ont émis peu de souhaits et de désirs mais ils ont apprécié l'échange. Ils ont davantage exprimé des regrets sur ce

³⁹ MANOUKIAN A., *Les soignants et les personnes âgées*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2004, p.5.

⁴⁰ AMYOT J.J., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris : Dunod, 2007, p.991.

⁴¹ DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Paris : Editions Le Seuil, 2002.

qu'ils ont perdus : leur domicile, leur conjoint, leur autonomie, etc. Ces pertes successives expliquent, notamment, la demande de relations par la personne âgée.

D'autre part, pratiquer l'écoute suppose d'entendre **la famille** du résident. La famille est garante de l'histoire du résident et de son identité. Elle permet, notamment, d'obtenir des informations sur le résident quand celui-ci a des difficultés de communication. Or, des résistances peuvent intervenir de la part de la famille. Elle peut, en effet, avoir une attitude de fuite ou d'agressivité. Ces comportements observés, liés à un sentiment de culpabilité, ne favorisent pas l'écoute. Les rencontres avec les familles ont, en outre, permis de constater leurs attentes. Elles portent essentiellement sur ce qui renvoie à l'identité de la personne (hygiène, détérioration et perte du linge personnel). Les familles ont également évoqué la difficulté de l'entrée en institution. Elles se sentent, en outre, démunies face à leur proche, notamment quand celui-ci a des difficultés de communication.

L'écoute suppose d'entendre la parole du résident et de sa famille. Il n'est, toutefois, pas toujours aisé pour **les professionnels** d'adopter ce comportement. Des résistances peuvent ainsi être émises par le personnel, liées à un sentiment de méfiance et de frustration de ne pas être **reconnu par le résident et par sa famille**. Il peut être également difficile, pour les professionnels, d'écouter quand eux-mêmes souffrent d'un manque d'écoute et d'une reconnaissance de leur parole. Or, par manque d'écoute, d'absence de rencontre et de connaissance de la personne, le résident ne sera pas considéré en tant qu'individu mais assimilé au groupe de personnes âgées de l'établissement et perdra, ainsi, progressivement son **identité**. Le manque d'échanges et de communication aura, en outre, pour risque l'isolement et la solitude, le repli sur soi, voire l'agressivité pour attirer l'attention.

Malgré un contexte enclin à l'accompagnement personnalisé des personnes âgées, de nombreux obstacles sont à surmonter pour développer les projets de vie individualisés. La démarche est, en effet, freinée par la délicate conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge ainsi que par les contraintes liées aux pratiques professionnelles.

Cependant, des leviers d'actions stratégiques sont possibles pour développer les projets de vie personnalisés.

PARTIE 2 Les leviers d'actions stratégiques au développement des projets de vie personnalisés

Afin de développer les projets de vie personnalisés, le directeur doit s'appuyer sur des leviers d'actions stratégiques que sont, d'une part, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement (1) et, d'autre part, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé (2).

1 Reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement

Reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement est un levier d'action stratégique au développement des projets de vie personnalisés. Pour y parvenir, il est nécessaire de développer une démarche participative (1.1) et d'assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident (1.2).

1.1 Développer une démarche participative

La reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement suppose, nécessairement, de développer une démarche participative. Informer et communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés pour impulser et maintenir une participation active des acteurs (1.1.1) et favoriser leur expression (1.1.2) sont les deux leviers permettant de développer une démarche participative.

1.1.1 Informer et communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés pour impulser et maintenir une participation active des acteurs

La démarche des projets de vie personnalisés repose, notamment, sur la capacité du directeur à **mobiliser l'ensemble des acteurs internes et externes à l'établissement**. Soit, les résidents, les familles, l'encadrement des secteurs d'activités et les professionnels de toute catégorie socio-professionnelle et de tous les secteurs d'activités, ainsi que les intervenants libéraux et les bénévoles. Ainsi, il convient de les informer et de communiquer sur la démarche des projets de vie individualisés afin de les mobiliser.

La participation des acteurs n'est pas évidente. Les différentes contraintes rencontrées en sont l'illustration : manque de reconnaissance du personnel, difficulté de communication de certains résidents, comportement de fuite ou d'agressivité de certaines

familles, charge de travail du personnel jugée « trop lourde », etc. La difficulté est d'autant plus grande que, comme l'explique E. MAYO, « les individus n'ont pas forcément envie de participer pour ne pas participer à leur propre domination »⁴². Par conséquent, le directeur doit intégrer, à sa stratégie, l'élaboration d'un **plan de communication** afin de mobiliser l'ensemble des acteurs.

Une **affiche** peut être réalisée à destination des résidents, des familles, du personnel et des intervenants extérieurs (professionnels libéraux et bénévoles) pour les informer de la démarche des projets de vie personnalisés. Elle doit être positionnée à un endroit stratégique (hall d'accueil, salles de restauration des résidents et du personnel, salle d'animation). Toutefois, si l'affiche est un bon support de communication à destination du personnel et des intervenants extérieurs, il en est autrement à l'égard des résidents et des familles. Il semble, en effet, plus approprié de **rencontrer individuellement les résidents** pour les informer sur la démarche et leur en expliquer le sens et les enjeux. Ce moyen de communication requiert davantage de temps mais il s'inscrit dans la logique de la démarche d'accompagnement personnalisé et répond, en outre, à une attente de la personne accueillie de pouvoir échanger avec le personnel. Le directeur peut **déléguer** cette mission à l'animatrice. L'affiche ne semble pas, également, un support pertinent à destination des familles. Certaines familles sont, en effet, peu présentes dans l'établissement. Afin de les informer de la démarche des projets de vie personnalisés, un **courrier** peut être **adressé à chaque famille**. Ce moyen de communication présente, certes, un coût mais il permet à chaque famille de recevoir l'information. Ainsi, afin de mobiliser l'ensemble des acteurs, le directeur doit être vigilant sur le choix du support de communication. Ce choix doit s'opérer en tenant compte, notamment, de la cible visée.

En outre, il est important d'informer et de communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés au niveau des différents **outils institutionnels**, afin de favoriser la participation des acteurs. Une information peut, ainsi, être délivrée dans le contrat de séjour, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement ainsi que dans le projet de vie de l'établissement. Les projets de vie personnalisés ont, en effet, vocation à alimenter le projet de vie de l'établissement. L'information doit également être délivrée au niveau des différentes **instances** de l'établissement et, notamment, du conseil de la vie sociale. Les membres du conseil de la vie sociale peuvent représenter d'excellents relais de transmission de l'information sur lesquels le directeur doit s'appuyer pour mobiliser l'ensemble des acteurs.

⁴² BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., *Le Socio-Manager, Sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 2004, p. 26.

Il est également important de communiquer sur **les différentes phases de la démarche** et, notamment, d'expliquer à l'ensemble des acteurs que les projets de vie personnalisés seront réalisés de manière progressive. La difficulté est de déterminer les premiers résidents pour lesquels un projet de vie individualisé va être élaboré et mis en oeuvre. La priorité peut être accordée aux résidents qui ont signés leur contrat de séjour dans les six derniers mois.

D'autre part, Il est essentiel de communiquer sur **les actions mises en œuvre et sur leurs résultats**. La valorisation des actions menées est essentielle. Elle participe à la reconnaissance et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Toutefois, le secret professionnel doit être respecté. Aussi, les actions réalisées dans le cadre d'un projet de vie personnalisé, et non dans le cadre de la démarche globale des projets de vie personnalisés, devront être uniquement communiquées au résident ainsi qu'à sa famille et aux professionnels concernés, avec l'accord de celui-ci. Les actions menées dans le cadre de la démarche globale des projets de vie personnalisés peuvent être communiquées dans le journal interne ainsi que sur le site Internet de l'établissement. Le directeur peut, également, solliciter les médias pour favoriser une participation active des acteurs.

Il convient, en outre, de communiquer sur **les valeurs de l'établissement**, définies dans le projet d'établissement et, notamment, dans le projet de vie. Ces valeurs, telles que le respect des droits et libertés de la personne et de son autonomie, guident la démarche des projets de vie personnalisés. Cette référence, commune aux différents acteurs, apporte une information transparente sur l'éthique de l'accompagnement que l'établissement souhaite promouvoir, en lien avec une certaine conception de la vieillesse. Ce cadre éthique permet d'impulser et de maintenir la participation des acteurs. Il donne, en outre, du sens aux pratiques professionnelles. Il oriente l'action quotidienne. Il est donc important d'informer et de communiquer sur les valeurs communes, posées, partagées et validées par les différents acteurs. Il apparaît opportun de transposer ces valeurs dans des cas concrets et de les communiquer afin qu'il y ait, d'une part, une appropriation de ces valeurs dans l'organisation et dans les pratiques et, d'autre part, une participation active des acteurs. Ainsi, faire à la place du résident au lieu de l'accompagner est une atteinte à son autonomie.

Ainsi, afin de développer une démarche participative, il est essentiel d'informer et de communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés. Favoriser l'expression de l'ensemble des acteurs est, également, un levier pour développer une démarche participative.

1.1.2 Favoriser l'expression de l'ensemble des acteurs

L'**écoute** est au cœur de la démarche des projets de vie individualisés. La mise en œuvre de cette pratique suppose, toutefois, que le résident et sa famille puissent s'exprimer et que les professionnels entendent leur parole. Ainsi, le directeur doit favoriser l'expression de l'ensemble des acteurs pour permettre un accompagnement personnalisé du résident.

L'expression et la participation de l'ensemble des acteurs sont facilitées par la mise en œuvre des **outils prévus par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** : le contrat de séjour, le conseil de la vie sociale, le livret d'accueil, auquel sont annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement, ainsi que l'élaboration d'un projet d'établissement. L'ensemble des acteurs doit pouvoir s'approprier ces outils. Pour cela, le directeur doit les élaborer sur la base d'une démarche participative, associant l'ensemble des acteurs, dont le résident. La démarche participative permet, en outre, de donner du sens au travail et de créer du lien entre les acteurs. Ainsi, il peut être opportun de s'appuyer sur la charte des droits et des libertés de la personne accueillie pour s'interroger sur le sens réel des actions, sur ce qui fait obstacle à la reconnaissance des droits et des libertés de la personne, à leur mise en œuvre et sur les difficultés à prendre en compte l'autonomie. L'établissement peut ainsi élaborer, en parallèle, sa propre charte en interne avec la participation de l'ensemble des acteurs.

D'autres moyens d'expression et de participation, complémentaires, peuvent également être envisagés tels que le **questionnaire de satisfaction**. Cet outil doit pouvoir être mis en œuvre dans les établissements, aussi bien à destination du résident, de sa famille et du personnel. La réalisation de cet outil et l'exploitation des résultats sont une preuve d'écoute et de reconnaissance de la parole de ces différents acteurs. Cette reconnaissance est d'autant plus importante si les résultats font l'objet d'une communication et que des actions d'amélioration sont ensuite envisagées. Ainsi, un questionnaire de satisfaction du personnel peut être suivi d'un plan d'amélioration des conditions de travail, présenté en CTE.

L'**entretien** est également un moyen opportun pour favoriser l'expression et la participation des acteurs. Il permet, d'une part, d'établir une relation souhaitée par les résidents et, d'autre part, d'obtenir des informations que le questionnaire de satisfaction ne peut apporter. L'entretien permet, ainsi, de connaître la personne accueillie, notamment par le recueil de ses besoins et de ses attentes réalisés à son entrée dans l'établissement. Il permet, également, d'associer les familles à la vie du résident et favorise, ainsi, leur intégration. Un entretien avec la famille offre, en effet, la possibilité

d'obtenir des informations sur la personne accueillie lorsque celle-ci est dans l'impossibilité de les communiquer. Il permet, également, d'écouter et de rassurer les familles qui expriment des difficultés liées à l'entrée en institution. L'entretien participe, ainsi, au développement de l'expression et de la participation des usagers. Des entretiens doivent pouvoir, également, être réalisés en cours de séjour pour s'adapter à l'évolution des besoins et des attentes du résident et maintenir une participation active des personnes accueillies et des familles. Le directeur peut confier la responsabilité des entretiens à la psychologue, formée à cette technique. L'entretien permet, en outre, de changer le regard porté sur les personnes âgées. Il est, ainsi, souhaitable que d'autres professionnels (animatrice, personnel soignant) participent à ces entretiens. Toutefois, cette préconisation suppose, d'une part, de former les professionnels à l'écoute et, d'autre part, de dégager du temps pour la conduite de ces entretiens.

Une autre préconisation peut être envisagée pour favoriser l'expression et la participation de l'ensemble des acteurs. Il peut être opportun de constituer des **groupes de travail** associant les résidents, les familles, les professionnels de toute catégorie socio-professionnelle et de tous services confondus, ainsi que les intervenants extérieurs (intervenants libéraux et bénévoles). Ainsi, il appartient au directeur d'intégrer à sa stratégie la constitution de groupes de travail, portant sur les différentes étapes de l'accompagnement personnalisé : l'accueil, la protection des résidents (respect des droits et libertés de la personne, prévention et gestion des risques), la restauration, l'animation et la vie sociale, l'hôtellerie, les soins et l'accompagnement en fin de vie. Le directeur doit désigner, parmi les personnes ressources de l'établissement, formées à la conduite de réunions, un pilote pour chaque groupe de travail chargé d'animer les réunions. Il appartient au directeur de formaliser cette **délégation de responsabilités**. Cette démarche participative a, notamment, pour objectif de dresser un diagnostic de la situation en s'appuyant sur l'ensemble des démarches engagées dans l'établissement (état de réalisation des objectifs du projet d'établissement et de la convention tripartite, auquel s'ajoutent les attentes des participants) afin de proposer, ensuite, des actions d'amélioration. Elle permet, également, de favoriser l'expression de l'ensemble des acteurs et de **réfléchir sur la place et sur le rôle de chacun dans la démarche d'accompagnement personnalisé ainsi que sur le statut de la personne accueillie dans l'établissement**. Elle permet d'aborder la question du regard sur la vieillesse, des valeurs et de la place respective du soin et de la vie. Elle contribue, en outre, à donner du sens au travail et à favoriser l'émergence d'un sentiment de reconnaissance par une meilleure compréhension des uns et des autres. Elle pose, également, des questionnements sur les contraintes liées à la vie en collectivité et sur les pratiques professionnelles. La constitution de groupes de réflexion, permettant l'expression de l'ensemble des acteurs, apparaît ainsi opportune.

Ces différents outils permettent de favoriser l'expression et la participation de l'ensemble des acteurs. Toutefois, ils sont peu appropriés aux résidents qui ont des difficultés de communication. Plusieurs propositions peuvent, ainsi, être envisagées pour faciliter leur expression et leur participation. Un questionnaire de satisfaction peut leur être distribué et rempli avec l'aide de la famille ou de la psychologue. Toutefois, le risque est que le questionnaire reflète davantage l'opinion du professionnel ou de la famille plutôt que celle du résident. Il apparaît, ainsi, opportun de recourir à l'**observation** en s'attachant à repérer les sentiments et les émotions que les personnes expriment ainsi que leurs manifestations. J.J. AMYOT propose une grille d'observation, remplie en équipe pluridisciplinaire, pouvant servir de support à ce travail⁴³. L'analyse des réponses pourra se faire aussi bien au niveau des groupes de personnes concernées que des projets de vie individualisés. D'autre part, il apparaît également opportun de créer un **carnet de liaison**, entre le personnel et la famille, retraçant notamment les comportements de la personne accueillie, afin de faciliter les échanges entre le résident et sa famille.

Afin de favoriser la circulation de la parole de l'ensemble des acteurs, il convient, également, de créer des **lieux d'écoute et d'échanges**. Des réunions entre la direction, les résidents, les familles et le personnel doivent ainsi être organisées, à périodicité définie, en complément des réunions des instances (Conseil d'administration, CTE, CVS, etc.). En dehors de ces temps formels, le directeur doit savoir se rendre disponible et montrer l'exemple en étant à l'écoute au quotidien. Par conséquent, le directeur doit développer un **management participatif**. Il ne s'agit pas, en effet, d'affirmer la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement pour que l'ensemble des acteurs adhère à cette démarche. K. LEWIN, qui s'est intéressé à l'influence des styles de commandement sur le comportement des individus, exprime, en effet, « la supériorité du commandement démocratique, fondé sur la participation, la communication, l'écoute et la confiance »⁴⁴.

Ainsi, afin de reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement, il est nécessaire de développer une démarche participative. Informer et communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés auprès de l'ensemble des acteurs et favoriser leur expression sont deux leviers permettant de développer une démarche participative. Cependant, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement suppose, également, d'assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident.

⁴³ AMYOT J.J., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris : Dunod, 2007, p.1021.

⁴⁴ BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., *Le Socio-Manager, Sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 2004, p. 47.

1.2 Assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident

Afin de reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement, il convient d'assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident. Cet assouplissement se traduit, d'une part, par un aménagement des espaces du résident (1.2.1) et, d'autre part, par une modification de l'organisation du travail pour s'adapter aux rythmes individuels (1.2.2).

1.2.1 Aménager les espaces du résident

L'articulation des espaces individuels avec la vie communautaire est difficile, constituant un obstacle au développement des projets de vie personnalisés. La difficulté des chambres doubles est ainsi évoquée, tant par le personnel que par les résidents et leur famille (conflits entre résidents, atteinte au droit à l'intimité, fin de vie). Une place importante est, en outre, accordée à la chambre du résident par l'ensemble des acteurs. Il relève, ainsi, de la responsabilité du directeur d'aménager les espaces du résident afin de permettre un accompagnement personnalisé.

Il est essentiel d'élaborer un **projet architectural** lorsque l'établissement n'apparaît plus adapté aux besoins des personnes. Les contraintes architecturales doivent pouvoir, en effet, être surmontées afin de permettre l'expression des droits et des libertés de la personne. Ainsi, afin d'offrir des espaces privatifs et collectifs adaptés aux personnes accueillies, à leur famille et au personnel, des travaux d'humanisation et de restructuration de l'ensemble de l'établissement sont engagés. A la fin des travaux, l'établissement disposera, notamment, de quatre-vingt-quinze chambres individuelles avec salle de bain privative. Mener un projet architectural suppose, toutefois, de respecter quelques préalables essentiels auxquels le directeur doit être vigilant. Il convient, notamment, de ne pas se contenter d'envisager les aspects matériels (respect des normes) mais de tenir compte, aussi, des aspects sociaux, culturels et symboliques des espaces. L'élaboration d'un projet architectural doit, en outre, s'appuyer sur une démarche participative associant les résidents, les familles, les professionnels et les intervenants extérieurs. La participation de l'ensemble des acteurs, et notamment du résident, est d'autant plus importante que les travaux auront un impact sur le prix de journée, à la charge de la personne accueillie. Le projet architectural doit, également, s'appuyer sur le projet de vie de l'établissement. Ainsi, l'élaboration d'un projet architectural est essentielle pour améliorer la qualité des espaces. Toutefois, il s'agit d'une solution sur le long terme et qui doit faire l'objet d'une négociation avec les autorités de tarification et de contrôle.

Les difficultés liées aux chambres doubles restent posées, lors des travaux d'humanisation, auxquelles le directeur se doit de répondre. Plusieurs propositions peuvent, ainsi, être envisagées afin de pallier aux problèmes des chambres doubles. Il peut être suggéré que les chambres doubles ne soient occupées que par une seule personne. Cette proposition, consistant à laisser un lit vide en chambre double, est souhaitée par l'ensemble des acteurs. Toutefois, cette solution est difficile à envisager compte tenu des contraintes budgétaires. Diminuer le taux d'occupation, c'est réduire l'activité et, par conséquent, les ressources. Quant aux charges, notamment de personnel, elles sont toujours présentes et doivent pouvoir être financées pour maintenir une situation financière saine de l'établissement. Les personnes en chambre double doivent donc continuer à vivre ensemble. Il convient, par conséquent, d'aménager cet espace.

La cohabitation en chambre double est difficile. Elle est, notamment, source de conflits entre les résidents et elle ne facilite pas l'expression du droit à l'intimité et du droit à la vie privée. Pour améliorer la qualité de vie dans ces espaces, des solutions doivent être envisagées. D'une part, il peut être suggéré de proposer les chambres doubles aux résidents qui ont des affinités. Cette proposition présente, toutefois, des contraintes. Il est, en effet, difficile pour une personne âgée de quitter sa chambre, son « chez soi » pour une autre chambre, quelque soit son amitié pour d'autres résidents. Le changement pour les personnes âgées, généralement associé aux différentes pertes survenues dans leur vie, n'est pas évident. D'autre part, il peut être envisagé de mettre en place un **rideau télescopique** entre les lits. Cette solution permet de délimiter l'espace privatif de chaque personne et de favoriser le respect de leur intimité et de leur vie privée. Les règles relatives à la chambre du résident, prévues dans le règlement de fonctionnement et dans le contrat de séjour, doivent également être applicables aux chambres doubles. Une information doit, en outre, être délivrée à l'ensemble des acteurs sur la délimitation de cet espace privatif et des règles applicables. Cette solution, temporaire, peut être retenue. Toutefois, elle ne résout pas les contraintes liées à la fin de vie en chambre double.

La fin de vie d'une personne en chambre double est difficile à vivre, tant pour le personnel que pour les résidents et leur famille. Afin d'accompagner au mieux les personnes dans ce moment, une solution doit, ainsi, être envisagée. Il apparaît nécessaire que les personnes puissent se retrouver seules, en chambre simple, lors d'une fin de vie. Cette proposition est souhaitée par l'ensemble des acteurs rencontrés. Toutefois, cette solution n'est pas sans poser des difficultés. Compte tenu des contraintes budgétaires, il apparaît délicat de laisser une chambre vide en EHPAD, réservée à cet effet. Ainsi, il peut être envisagé, lors d'une fin de vie, de **transférer le résident dans le**

service de médecine de l'établissement si, d'une part, le résident le souhaite et que, d'autre part, une chambre individuelle est disponible.

Cette solution suppose, au préalable, que la question soit posée au résident à son entrée dans l'établissement. Une information claire doit lui être délivrée, à ce sujet, ainsi qu'à sa famille, lorsque la personne entre dans l'établissement en chambre double. Il convient, ainsi, de l'informer de cette possibilité et des conditions à remplir (chambre disponible, recueil de son consentement, etc.). Informer et communiquer auprès du résident, sur le choix de sa fin de vie en chambre double, c'est **anticiper** d'éventuels difficultés et conflits ultérieurs. Cette solution permet, également, de respecter le choix du résident. Toutefois, cette solution est difficile, tant pour le résident que pour le personnel. Le résident peut accepter cette solution à son entrée dans l'établissement. Se sentant « chez lui », il peut ensuite se rétracter. Cette possibilité doit lui être laissée et précisée à son entrée. Cette solution est également difficile pour le personnel soignant qui a le sentiment de ne pas accompagner le résident « jusqu'au bout ». La démarche des projets de vie personnalisés est ainsi l'occasion de réfléchir avec l'ensemble des acteurs sur la place du résident dans l'établissement, sur le respect de ses droits et de ses libertés, sur l'importance de se recentrer sur le résident, afin de l'accompagner au mieux. D'autre part, la possibilité d'héberger les familles des résidents en fin de vie doit être envisagée.

Il paraît, en outre, nécessaire de réfléchir sur les **espaces collectifs**, notamment sur la place et sur les droits des personnes accueillies et des professionnels au sein de ces espaces, de manière à ce que chacun puisse être préservé et que les écarts individuels ne soient pas sanctionnés. Ces espaces collectifs doivent, également, faire l'objet d'une réflexion pour concilier liberté et sécurité des personnes accueillies. Cette réflexion pourra, en outre, être l'occasion de s'interroger sur l'ouverture d'une unité pour personnes âgées désorientées.

Assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident, par l'aménagement des espaces, est nécessaire pour reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'institution. Cet assouplissement se traduit, également, par une modification de l'organisation du travail pour s'adapter aux rythmes individuels.

1.2.2 Modifier l'organisation du travail pour s'adapter aux rythmes individuels

Le développement des projets de vie personnalisés se heurte à la délicate conciliation des rythmes du résident avec la vie communautaire. Malgré l'existence d'un recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne accueillie (heure du lever et du coucher, fréquence de la toilette, etc.), réalisé à son entrée dans l'établissement, ainsi que la

communication de ces informations au personnel soignant lors des transmissions, la diversité des rythmes de vie est difficilement favorisée. Le directeur doit, par conséquent, en collaboration avec l'encadrement de proximité (cadre de santé, infirmière référente), modifier l'organisation du travail afin de s'adapter aux rythmes individuels.

Il convient d'identifier les rythmes de vie de chaque résident, notamment, l'heure du lever et du coucher ainsi que du repas, la fréquence de la toilette et la possibilité d'une sieste l'après-midi. Ce recueil va permettre de comparer les attentes des résidents avec les réponses proposées par l'établissement. L'écart constaté va ainsi permettre de déterminer les besoins en personnel dans la journée, en fonction des rythmes du résident. Cette solution exige, au préalable, l'existence d'un outil permettant de mettre en mémoire les rythmes de vie de chaque résident et accessible d'une équipe à l'autre. Ainsi, l'organisation du travail pourra être différente entre les unités fonctionnelles de l'établissement puisqu'elle sera fonction des rythmes individuels et non plus des rythmes institutionnels. L'objectif n'est pas de cloisonner les unités de l'EHPAD entre elles mais de s'adapter, au mieux, aux rythmes des résidents. Ainsi, **modifier les horaires de travail du personnel** pour s'adapter aux rythmes du résident est une solution à envisager. Les horaires de travail du personnel pourront, donc, être différents entre les unités fonctionnelles de l'établissement car ils seront établis en fonction des rythmes individuels. Ainsi, les agents des unités fonctionnelles, dans lesquelles certains résidents ont émis le souhait d'être prêts plus tôt, pourront voir leurs horaires de travail modifiés. Pour illustrer ce propos, les horaires de travail de l'unité fonctionnelle « U2 » ont été modifiés compte tenu des attentes des résidents d'être levés plus tôt. Au lieu d'avoir un seul horaire « M1 » (6h30-11h30/ 12h00-14h30) le matin, il y a désormais deux horaires « M1 » et l'horaire « M2 » (7h00-12h30/ 13h00-15h00) a été supprimé dans cette unité. Un changement de trente minutes dans l'organisation du travail a permis de répondre aux attentes des résidents et de s'adapter à leur rythme de vie.

En outre, afin de s'adapter aux rythmes individuels et de dégager du temps, le matin, auprès du résident, il est également possible de **déplacer certaines tâches** entre les équipes. Ainsi, à titre d'exemples, les pichets d'eau des résidents sont désormais remplis par l'équipe de nuit et non plus par l'équipe du matin. La préparation des médicaments a également été revue. Les médicaments sont désormais préparés par l'infirmière de nuit au lieu de l'infirmière du matin. Ce déplacement de tâches entre équipe de jour et de nuit permet de dégager du temps à l'équipe du matin pour la toilette des résidents et de s'adapter aux rythmes de vie des personnes accueillies.

En outre, l'existence d'horaires de visite, tenant compte de l'organisation du travail et non des rythmes individuels, freine la participation des familles à la vie du résident.

L'**aménagement des horaires de visite** pour les familles des résidents en fin de vie, prévu dans le règlement de fonctionnement de l'établissement, est opportun mais il serait intéressant de ne pas prévoir un assouplissement de la règle uniquement dans ce cas. Certains établissements ne prévoient pas, en effet, des horaires de visite. Cette démarche permet une reconnaissance de la place du résident dans son groupe familial. Les familles peuvent, ainsi, participer à la vie du résident lors des repas. Cette solution peut, toutefois, présenter des difficultés lors de la toilette du résident. Il convient, au préalable, d'informer les familles sur la nécessité de respecter le droit à l'intimité du résident et donc de sortir de la chambre lors de la toilette. Cette information peut être délivrée à l'entrée du résident et consignée dans le règlement de fonctionnement. Les visites doivent pouvoir avoir lieu toute la journée et si une restriction à cette liberté est envisagée, se doit être uniquement pour protéger le résident et non pour faciliter l'organisation du travail. L'organisation du travail doit, en outre, faciliter les sorties du résident en famille.

Toutefois, la mise en œuvre de ces solutions n'est pas sans poser des difficultés. Ce changement doit, avant tout, être accompagné pour pouvoir être accepté par le personnel. Si on souhaite, en effet, que les personnes accueillies soient entendues et soutenues dans leurs difficultés, le même principe doit être appliqué à l'égard des professionnels. Plusieurs propositions doivent, ainsi, être envisagées par le directeur et par l'encadrement de proximité. Il convient, au préalable, d'**évaluer la charge de travail** du personnel. Les professionnels de l'établissement, tous services confondus, ont en effet le sentiment que leur travail n'est pas suffisamment reconnu et, notamment, le personnel soignant de l'EHPAD. Selon eux, ce sentiment est fortement lié à l'organisation du travail et à la charge de travail jugée « trop lourde ». Par conséquent, chaque responsable de service doit évaluer la charge de travail de son équipe et établir **des fiches de tâches**. L'évaluation de la charge de travail permet, en outre, d'adapter les horaires du personnel suivant les fiches de tâches établies. Ainsi, le cadre de santé pourra établir, en collaboration avec l'infirmière référente et le personnel soignant, des fiches de tâches, réalisées en fonction des besoins et des attentes des résidents de chaque unité (aide à la toilette, aide au repas, heures du lever et du coucher, etc.). Ces fiches de tâches pourront, ainsi, être différentes entre les unités fonctionnelles. Une fois établies, elles devront ensuite être actualisées à périodicité définie. L'évaluation de la charge de travail permet, en outre, d'identifier les marges de manœuvre possibles pour s'adapter aux attentes et aux rythmes de vie des résidents.

D'autre part, il convient également de revoir l'organisation du travail et, notamment, les **plannings** qui n'apportent pas satisfaction au personnel soignant (manque de

consultation du personnel dans l'élaboration des plannings, délai de communication des plannings insatisfaisant)⁴⁵. Il convient, par conséquent, de consulter le personnel soignant dans l'élaboration des plannings et de les lui communiquer dans un délai raisonnable. Le directeur et l'équipe d'encadrement doivent prêter attention aux plannings car c'est une marque de reconnaissance à l'égard des professionnels. Le planning est le « reflet de leur travail ». L'attention portée aux plannings permet d'accompagner, au mieux, les changements dans l'organisation du travail. Ainsi, le planning prévisionnel est désormais communiqué un mois à l'avance afin de consulter les professionnels dans l'élaboration du planning. Le planning définitif est communiqué le quinze du mois précédent afin de respecter un délai raisonnable.

La mise en oeuvre de ces actions tient compte des difficultés du personnel et contribue, ainsi, à favoriser le sentiment de **reconnaissance**. Ce sentiment de considération, perçu par le personnel, facilitera la mise en oeuvre des projets de vie personnalisés. Il convient d'impliquer le personnel dans la démarche, de les associer à la réalisation de ces actions, pour que le changement ne soit pas subi mais coécrit. La réalisation de ces actions doit pouvoir faire l'objet d'une concertation. Des **réunions mensuelles entre l'équipe d'encadrement et le personnel** doivent être organisées. **Des réunions trimestrielles entre la direction et les responsables de service** (soins, vie sociale, restauration, etc.) doivent, également, être envisagées. Les changements liés à l'organisation du travail ont un impact sur les différents services de l'établissement. Une concertation est, ainsi, nécessaire. Ces réunions permettent, en outre, une meilleure circulation de l'information et un décloisonnement entre les services. Les modifications liées à l'organisation du travail devront, également, être présentées au CTE. Accompagner les changements liés à l'organisation du travail permet, en outre, une réflexion sur la place du résident au sein de l'établissement.

Le développement des projets de vie personnalisés doit s'appuyer sur des leviers d'actions stratégiques tels que, d'une part, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement. Il est nécessaire de développer une démarche participative pour reconnaître la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement. Informer et communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés auprès de l'ensemble des acteurs et favoriser leur expression sont les deux leviers permettant de développer une démarche participative. Cependant, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement suppose, également, d'assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident

⁴⁵ Annexe n°2.

par l'aménagement des espaces du résident et par une modification de l'organisation du travail pour s'adapter aux rythmes individuels.

D'autre part, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé est également un levier d'action stratégique au développement des projets de vie personnalisés.

2 Acquérir une culture commune de l'accompagnement personnalisé

Acquérir une culture commune de l'accompagnement personnalisé est, également, un levier d'action stratégique au développement des projets de vie personnalisés. Pour y parvenir, il convient, d'une part, de s'appuyer sur les outils performants de gestion des ressources humaines (2.1) et, d'autre part, de mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé (2.2).

2.1 S'appuyer sur les outils performants de gestion des ressources humaines pour améliorer les pratiques professionnelles

Former les acteurs à la démarche d'accompagnement personnalisé (2.1.1) et développer la mobilité professionnelle (2.1.2) sont des outils performants de gestion des ressources humaines sur lesquels il convient de s'appuyer pour améliorer les pratiques professionnelles et favoriser, ainsi, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé.

2.1.1 Former les acteurs à la démarche d'accompagnement personnalisé

Le développement des projets de vie personnalisés est freiné par les pratiques professionnelles. L'impératif d'hygiène ainsi que la singularité du rapport au temps et de l'attitude d'écoute dans les pratiques professionnelles font obstacles à l'accompagnement personnalisé. Il appartient au directeur de développer une **politique de formation** du personnel afin de faire évoluer ces pratiques.

La place centrale accordée à l'hygiène par les professionnels est, notamment, liée aux difficultés relationnelles avec certains résidents lors de la toilette, à l'importance de l'hygiène pour les familles et à la culture professionnelle des soignants. Des actions de formation sont, ainsi, nécessaires pour faire évoluer les pratiques. Plusieurs propositions peuvent être envisagées. D'une part, il apparaît opportun d'inscrire, au **plan de formation de l'établissement**, une formation sur l'accompagnement personnalisé. Toutefois, afin de

modifier les pratiques professionnelles, plusieurs préalables sont requis auxquels le directeur doit être vigilant. Il apparaît, en effet, nécessaire de former un maximum de personnes sur ce thème afin d'optimiser les chances de voir évoluer les pratiques. Une formation ciblée sur quelques personnes ne paraît pas opportune pour **harmoniser les pratiques professionnelles** et favoriser l'émergence d'une nouvelle **norme de groupe**, davantage axée sur le soin relationnel. En outre, il convient de cibler les formations lors de l'élaboration du plan de formation. Si la diversité des formations à l'avantage d'accroître les connaissances des professionnels, elle présente plusieurs difficultés. D'une part, les professionnels doivent pouvoir faire partager leurs connaissances acquises, notamment par la diffusion d'un compte-rendu de formation. Or, le passage à la culture de l'écrit n'est pas forcément évident pour l'ensemble des professionnels. D'autre part, une formation est utile si la possibilité est, ensuite, offerte de pouvoir mettre en pratique les connaissances acquises. Or, plus il y aura de formations diverses, plus il sera difficile d'en assurer leur mise en œuvre et leur **suivi**. Il semble, en outre, souhaitable que la formation sur l'accompagnement personnalisé découle d'un **projet de service**. Un projet de service, élaboré par les professionnels, facilitera ainsi leur adhésion à la démarche. En interaction avec le projet d'établissement, le projet de service permet, également, de répondre aux objectifs institutionnels et de garantir, ainsi, une cohérence dans la mise en œuvre des actions de formation.

Deux formations, complémentaires, semblent être indispensables. Une **formation sur les droits et les libertés de la personne accueillie** doit pouvoir être proposée aux professionnels. Cette formation est ainsi dispensée, chaque année, au personnel soignant dans le cadre du plan de formation. Il serait d'ailleurs opportun de l'élargir à l'ensemble du personnel de l'établissement. Il apparaît, en outre, pertinent de s'intéresser à la **formation sur la méthode de soins Gineste-Marescotti, dite « Humanitude »**. Cette formation apparaît, en effet, être une réponse appropriée aux difficultés rencontrées : importance accordée, dans les pratiques professionnelles, à l'hygiène et à la toilette au détriment de la dimension relationnelle, de l'écoute, du respect des besoins et des attentes de la personne, de ses droits et de ses libertés et de son autonomie. Des difficultés relationnelles avec certains résidents agités lors de la toilette, l'absence d'une réelle rencontre entre la personne âgée et le personnel, l'impuissance à établir un réel échange avec des personnes désorientées ont, également, été soulignées. Cette formation, reconnue par la secrétaire d'Etat à la Solidarité⁴⁶, s'appuie sur les techniques du « prendre soin » telles que, le « vivre et mourir debout », « l'auto-feed-back » (pour

⁴⁶ F.G., Valérie LETARD reconnaît l'Humanitude dans les soins parmi les approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, *Agevillage* [en ligne], 24 juin 2008 [visité le 24.06.08]. Disponible sur Internet : <<http://www.agevillage.com>>.

maintenir une communication continue avec la personne), le « toucher tendresse », la « capture sensorielle »⁴⁷. Cette formation propose, notamment, une approche de la toilette centrée sur la dimension humaine et y intègre l'autonomie personnelle. Elle permet, également, de développer l'écoute et d'apprendre à communiquer par les sens avec les personnes désorientées. Elle contribue, en outre, à l'émergence d'une autre représentation de la vieillesse, pensée comme une somme d'acquis et non plus uniquement comme un état de pertes. La formation est, également, l'occasion pour les professionnels de s'interroger sur leurs pratiques et de repérer les possibilités effectives du résident d'exprimer ses souhaits, celles de refuser et d'être entendu dans son refus afin de travailler, ensuite, sur les espaces d'autonomie possibles pour chaque résident. En outre, la formation permet aux professionnels de comprendre l'intérêt de l'accompagnement personnalisé afin de l'intégrer, ensuite, dans leur rôle. La toilette apparaît être un moment privilégié pour l'écoute car c'est un acte d'intimité et de proximité. Le soignant est seul avec la personne.

La formation est, ainsi, un outil performant de gestion des ressources humaines sur lequel le directeur doit s'appuyer. Elle favorise l'amélioration des pratiques professionnelles et contribue à la reconnaissance des professionnels. Les besoins en formation doivent, donc, être repérés. L'**entretien annuel d'évaluation** doit, notamment, être l'occasion de vérifier l'adéquation des compétences du professionnel par rapport à son poste de travail, à l'aide de sa **fiche de poste** et de sa **fiche métier**⁴⁸ et d'identifier, ainsi, les besoins en formation continue et qualifiante. Les écarts de compétences constatés doivent pouvoir donner lieu à une formation dispensée dans le cadre du plan de formation de l'établissement.

L'inscription au plan de formation de l'établissement, d'une formation sur les droits et les libertés de la personne accueillie et d'une formation sur « l'Humanitude », apparaît ainsi être une solution opportune. Toutefois, l'accompagnement personnalisé concerne l'ensemble des professionnels internes à l'établissement, de toute catégorie socio-professionnelle et de tous les services, ainsi que les intervenants libéraux. Les résidents, les familles ainsi que les bénévoles doivent pouvoir, également, être sensibilisés. Une action de formation peut, ainsi, être engagée à destination de l'ensemble des acteurs, complémentaire à celles prévues au plan de formation. Par conséquent, une **journée de promotion de la bientraitance** peut être organisée au sein de l'établissement afin de

⁴⁷ GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris : Editions Armand Colin, 2007, pp. 226-275.

⁴⁸ MINISTERE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SANTE, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes : Editions ENSP, 2004.

sensibiliser l'ensemble des acteurs sur la démarche d'accompagnement personnalisé et sur le respect des droits et des libertés de la personne accueillie. Cette journée peut être, également, une opportunité pour décloisonner les services. Un groupe de travail, composé de résidents, de familles, de professionnels et de bénévoles, a été constitué pour analyser, au sein de l'établissement, les risques portant atteinte à la démarche d'accompagnement personnalisé et aux droits et libertés des personnes accueillies⁴⁹. Une **charte des comportements bientraitants**⁵⁰ a ensuite été réalisée à partir des dysfonctionnements constatés, propres à l'établissement, puis présentée lors de cette journée. Cette charte est, en outre, remise à chaque nouveau professionnel, à la signature de son contrat de travail.

Cet évènement doit avoir lieu à un endroit stratégique de l'établissement, par exemple dans le hall d'accueil, et faire l'objet d'une traçabilité (émargement des acteurs ayant reçu l'information sur la feuille de présence) afin d'assurer le suivi et l'évaluation de la démarche. La difficulté est de déterminer le support d'information approprié à cette journée. Il paraît intéressant de transmettre l'information à travers des **affiches** posées sous forme de réponses aux questions que peuvent se poser les acteurs. Afin de faciliter leur élaboration, ces affiches peuvent être réalisées à l'aide de l'outil QQQQCP⁵¹. Ces affiches doivent être simples, ludiques et pédagogiques car l'essentiel est de transmettre une information claire, à l'ensemble des acteurs. Il semble judicieux de les présenter sous forme d'un circuit. Les acteurs peuvent ainsi recevoir une information complète et solliciter les participants en cas d'interrogation. Ces affiches doivent, notamment, informer les acteurs sur le concept de bientraitance en donnant une définition commune, afin que les acteurs aient une vision partagée de la bientraitance. Il est également indispensable de définir les responsabilités et d'expliquer le sens et les enjeux de la démarche. Un **DVD**⁵² a, en outre, été diffusé, donnant accès à des expériences positives, valorisantes et accessibles afin de montrer que chacun peut initier et soutenir des solutions. Il a, ensuite, donné lieu à un échange entre les participants.

Ainsi, la formation des acteurs à la démarche d'accompagnement personnalisé est un outil performant de gestion des ressources humaines sur lequel il convient de s'appuyer

⁴⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, *Gestion des risques de maltraitance en établissement, repères, outils, méthodes*, 2007.

⁵⁰ Annexe n°3.

⁵¹ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*, Paris : ANAES, juillet 2000, pp.95-96.

⁵² FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, *Alzheimer l'accompagnement en actions*, DVD Shifter Production, 2007.

pour améliorer les pratiques professionnelles. Le développement de la mobilité professionnelle favorise, également, l'amélioration des pratiques professionnelles.

2.1.2 Développer la mobilité professionnelle

Les habitudes des professionnels sont un frein au développement des projets de vie personnalisés. Un des moyens de surmonter cet obstacle est de favoriser la mobilité professionnelle. Ainsi, le directeur doit intégrer, à sa stratégie, une **politique de mobilité professionnelle**.

La **mobilité professionnelle interne** semble être une solution appropriée pour contrer les habitudes des professionnels. Elle offre, en effet, la possibilité de travailler avec une nouvelle équipe et d'accompagner de nouveaux résidents. Elle permet, ainsi, aux professionnels d'avoir un « regard nouveau » et donc de s'interroger plus facilement sur leurs pratiques. La mobilité des professionnels peut être envisagée entre les unités fonctionnelles de l'EHPAD (U1, U2 et U3) ainsi qu'entre le service de médecine de l'établissement et celui de l'EHPAD. Il est de la responsabilité du directeur d'**organiser** la mobilité professionnelle, en collaboration avec l'encadrement de proximité. Il ne faudrait pas, en effet, qu'elle perturbe les résidents, habitués à certains professionnels. Cette précaution est à prendre pour l'ensemble des résidents et, tout particulièrement, pour les personnes désorientées qui ont besoin de repères. Changer le personnel soignant peut, ainsi, les perturber. En outre, il est important d'en informer, au préalable, les résidents et de les accompagner lors de ce changement. Il convient, également, que le personnel exprime le besoin d'une mobilité professionnelle interne. Il n'est pas, en effet, envisageable que certaines équipes fonctionnant correctement ne le soient plus. Enfin, favoriser la mobilité professionnelle ne signifie pas modifier l'ensemble des équipes. Il convient, en effet, de conserver une certaine stabilité. Ainsi, ce changement doit être progressif, préparé, accompagné et évalué. La politique de mobilité professionnelle doit, également, être présentée et discutée en CTE.

Une autre préconisation est souhaitée. Il s'agit de développer la **mobilité professionnelle externe**, en s'appuyant sur la coopération entre établissements. Il serait intéressant d'organiser avec un, ou plusieurs, établissements de proximité, des rencontres entre les professionnels. Cette solution offre la possibilité aux professionnels de découvrir un autre établissement avec un mode de fonctionnement différent, d'échanger sur leurs pratiques, de regarder ce qui a réussi et de transférer les idées ou les techniques dans son établissement en les adaptant à l'environnement. Les rencontres avec des professionnels d'autres structures participent, en outre, à la reconnaissance des professionnels. Toutefois, cette solution est difficile à mettre en œuvre. La coopération

entre les établissements ne va pas de soi. Il est, notamment, nécessaire que les établissements aient des enjeux et des intérêts en commun. Ainsi, le directeur doit organiser une rencontre avec les directeurs d'établissements de proximité afin d'envisager une collaboration. Organiser des rencontres entre établissements peut, en outre, conduire à la signature de conventions de partenariat portant, notamment, sur une mutualisation des moyens. Compte tenu de la difficulté à recruter un médecin coordonnateur, le rapprochement avec d'autres établissements peut, ainsi, être l'occasion d'envisager un partenariat sur une vacation de médecin coordonnateur.

Former les acteurs à la démarche d'accompagnement personnalisé et développer la mobilité professionnelle sont des outils performants de gestion des ressources humaines sur lesquels il convient de s'appuyer pour améliorer les pratiques professionnelles et favoriser, ainsi, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé. Cependant, pour acquérir une culture commune de l'accompagnement personnalisé, il convient également de mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé.

2.2 Mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé

Coordonner la démarche des projets de vie personnalisés (2.2.1) et favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire par l'organisation de réunions de projets de vie personnalisés (2.2.2) sont deux leviers essentiels pour mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé.

2.2.1 Coordonner la démarche des projets de vie personnalisés

L'entrée en EHPAD est suivie d'un **entretien avec le résident** accompagné d'un membre de sa famille ou de son représentant légal, le cas échéant. Cet entretien, mené par la psychologue, porte sur le **recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne**. Une synthèse de l'entretien est réalisée et communiquée au personnel soignant, lors des transmissions. Une **fiche de recueil des goûts alimentaires** est également réalisée avec le résident, à son entrée dans l'établissement, ainsi qu'une **fiche d'autonomie**. Chaque résident a, également, un **référént** au sein de l'établissement. Ces différents outils sont essentiels pour développer les projets de vie personnalisés. Toutefois, le suivi de ces outils doit être mis en œuvre afin de répondre aux besoins et aux attentes des résidents.

D'une part, ces fiches doivent être actualisées en cours de séjour. Il appartient au directeur de **définir les responsabilités** de chaque professionnel dans l'actualisation de ces différents outils, de les formaliser et de les communiquer. Ainsi, par exemple, la fiche d'autonomie doit pouvoir être régulièrement mise à jour par l'infirmière référente. Cette actualisation peut s'effectuer tous les trimestres, lors de l'évaluation du GIR du résident. Une fiche d'évaluation de l'autonomie doit être prévue, à cet effet. Pour évaluer les besoins de la personne accueillie et déterminer un mode d'intervention approprié, il est également possible de s'appuyer sur une utilisation dynamique de la grille AGGIR, proposée par J.J. AMYOT⁵³.

D'autre part, il semble important de disposer d'**outils adaptés aux personnes désorientées**. Le personnel rencontré a, en effet, évoqué son impuissance à établir un réel échange avec des personnes qui ont des difficultés de communication et, par conséquent, à identifier leurs besoins et leurs attentes. Plusieurs outils peuvent être suggérés, tels que la « **Clé des Sens** », proposée par M. PERRON. Il s'agit d'une « méthode de mobilisation psychique sollicitant le potentiel sensoriel des personnes âgées afin que celles-ci puissent réactiver leur mémoire ancienne. L'objectif de cette méthode est de créer les conditions d'une mise en communication de la personne, avec son entourage »⁵⁴. C. DELAMARRE propose de s'appuyer sur le « **pouvoir personnel** »⁵⁵ pour identifier les besoins et les attentes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et élaborer un projet de vie personnalisé. Les informations recueillies à l'aide de ces outils doivent, toutefois, être complétées par des données objectives, obtenues auprès de la famille.

Il convient, en outre, d'organiser une **visite de pré-admission** au domicile de la personne ou dans l'établissement, en cas d'hospitalisation. Cet outil est essentiel compte tenu, notamment, des difficultés exprimées par les familles de l'entrée en institution et de la nécessité de mieux connaître la personne. Il est de la responsabilité du directeur de préserver l'identité du résident, c'est-à-dire de l'aider à créer, dans l'établissement, un mode de vie quotidien qui ait du sens par rapport à ce qui procède de sa vie propre. Une **procédure d'accueil** doit, ainsi, être formalisée. L'entrée doit se faire à un moment où l'établissement est disponible, de préférence l'après-midi, et où le directeur est présent. Organiser l'accueil permet d'éviter des éventuels conflits futurs et d'accompagner, au mieux, le résident et sa famille. Une **visite de l'établissement** doit être, également,

⁵³ AMYOT J.J., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris : Dunod, 2007, p. 1086.

⁵⁴ PERRON M., *Communiquer avec des personnes âgées, la « Clé des Sens »*, Lyon : Editions La Chronique Sociale, 2005, p.61.

⁵⁵ DELAMARRE C., *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris : Dunod, 2007, pp. 33-54.

prévue pour permettre à la personne accueillie de s'approprier les lieux plus facilement. La famille doit être associée à cette démarche.

Chaque résident dispose d'un **réfèrent**, désigné parmi le personnel soignant, à son entrée dans l'établissement. Toutefois, son rôle et ses missions ne sont pas clairement définis. Il appartient au directeur de formaliser le rôle et les missions du réfèrent afin de coordonner la démarche des projets de vie personnalisés. Cette formalisation peut s'effectuer sur les **fiches de poste** des professionnels. Le réfèrent est l'interlocuteur privilégié de la personne quant à ses besoins et à ses souhaits quotidiens. Il suit le projet de vie de la personne et participe à son évaluation. Il est, également, un relais entre le résident, sa famille et les professionnels. La possibilité de changer de réfèrent, en cours de séjour, doit être offerte au résident. Une liste des référents doit, également, être réalisée, communiquée et actualisée tous les trimestres afin de favoriser la coordination de la démarche des projets de vie personnalisés. Le directeur peut déléguer cette mission à l'infirmière référente.

Afin de coordonner la démarche des projets de vie personnalisés, il semble également intéressant de créer un **dossier individuel**. Chaque résident disposant, ainsi, d'un dossier comportant son projet de vie et son projet de soins personnalisé. Ce dossier individuel doit, par conséquent, comporter l'ensemble des fiches de recueil des besoins et des attentes de la personne. Le directeur doit être vigilant à la construction du dossier individuel, notamment en vue d'une éventuelle informatisation du dossier du résident. L'accès au dossier individuel du résident s'effectuera selon des conditions différentes en fonction de la personne souhaitant le consulter : la personne accueillie, la famille et les professionnels. Il convient donc d'opérer une distinction entre un document transmissible et un document de travail.

Il appartient au directeur de créer une structure chargée de coordonner la démarche des projets de vie personnalisés, dénommée **Comité de pilotage des projets de vie personnalisés**. Elle doit être composée de personnes ressources. Sa composition peut, ainsi, être la suivante : le directeur, le cadre de santé, l'infirmière référente, le médecin coordonnateur, le président du conseil de la vie sociale, l'animatrice, la psychologue, la responsable qualité, le responsable de restauration, le responsable hôtellerie, un représentant des résidents et un représentant des familles. Cette structure est, notamment, compétente pour choisir les outils de recueil des besoins et des attentes des personnes accueillies, améliorer les outils existants, garantir la mise en oeuvre des réunions de projets de vie personnalisés, étudier la faisabilité des actions d'amélioration proposées par les groupes de travail et suivre l'avancement de la démarche des projets de vie personnalisés. Ce comité de pilotage peut se réunir tous les trimestres. Les actions

réalisées par cette structure pourront être communiquées auprès des différentes instances de l'établissement et, notamment, auprès du conseil de la vie sociale. Le directeur doit, en outre, désigner un **coordonnateur de projet**, chargé d'animer les réunions de projets de vie personnalisés et de garantir le suivi de la démarche. Il participe au comité de pilotage des projets de vie personnalisés. Ce rôle peut être attribué à la psychologue, à l'animatrice ou au cadre de santé. B. HERVY, J.L. SCHAFF et R. VERCAUTEREN, proposent d'instaurer à côté du cadre coordonnateur des soins, un coordonnateur social⁵⁶.

Si coordonner la démarche des projets de vie personnalisés est un levier essentiel pour mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé, favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire par l'organisation de réunions de projets de vie personnalisés l'est, également, pour mettre en œuvre le suivi de ces outils.

2.2.2 Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire par l'organisation de réunions de projets de vie personnalisés

L'organisation du travail ne prévoit pas de temps de mise en commun, en dehors des transmissions. Or, un temps de travail pluridisciplinaire, à périodicité définie, est nécessaire pour prendre en considération les besoins et les attentes du résident. Ainsi, le directeur doit impulser la mise en place de **réunions de projets de vie personnalisés**.

Une réunion de projets de vie personnalisés consiste à construire le projet de vie d'un résident, à partir de l'expression de ses besoins et de ses attentes. Selon J.R. LOUBAT, « elle se distingue de la réunion de synthèse »⁵⁷. La réunion de projets de vie personnalisés consiste, en effet, à s'appuyer sur les besoins et les attentes de la personne pour faire émerger des propositions d'actions et débattre de leur faisabilité. Elle doit permettre de définir des objectifs individualisés et d'élaborer un plan d'actions personnalisé, concret et réaliste. Elle doit donc aboutir à une prise de décision négociée. Le tour de table est supprimé car il entraîne une succession de discours par corps. Elle permet, également, de suivre et d'évaluer le projet de vie de la personne. La réunion de projets de vie personnalisés est, en outre, l'occasion de favoriser l'écoute, l'expression et la participation des acteurs. Elle est, aussi, un moyen de décloisonner les services et les équipes par sa pluridisciplinarité. L'articulation des différentes logiques professionnelles (médicale, soignante, sociale, hôtelière) est, en effet, nécessaire pour

⁵⁶ HERVY B., SCHAFF J.L., VERCAUTEREN R., *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, Enjeux et méthode*, Paris : Editions Erès, 2008, p.132.

⁵⁷ LOUBAT J.R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 2005.

construire les projets de vie individualisés des résidents. La réunion de projets de vie personnalisés permet, également, de donner sens et cohérence au travail de chacun en développant les complémentarités nécessaires à une approche globale de la personne.

La réunion de projets de vie personnalisés est **pluridisciplinaire**. Elle est composée du coordonnateur de projet, du cadre de santé, de l'infirmière référente, du médecin coordonnateur, de l'infirmière du service, de la psychologue, de l'animatrice et des responsables des différents services. La présence du résident est souhaitée. Il s'agit de construire le projet de vie avec la personne. En tant qu'acteur de son projet de vie, il doit pouvoir, en effet, participer à cette réunion afin de l'élaborer avec l'aide des professionnels. En cas d'absence de la personne accueillie, les informations devront, toutefois, lui être communiquées. La participation de sa famille est, également, encouragée. Les intervenants libéraux (médecin, kinésithérapeute, etc.) doivent pouvoir être associés à cette réunion. Le référent du résident doit être présent. Il appartient au directeur de **définir les responsabilités** de chacun des participants afin de garantir l'effectivité de la démarche. Une **procédure d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des projets de vie personnalisés**, comportant la définition des responsabilités, doit être élaborée. Le directeur peut déléguer l'animation de ces réunions au coordonnateur de projet.

La réunion de projets de vie personnalisés doit avoir lieu à **périodicité définie** afin de maintenir une participation active des acteurs et d'inscrire la démarche dans le temps. Il apparaît opportun d'organiser une réunion de projets de vie personnalisés tous les quinze jours.

Ce temps de travail pluridisciplinaire permet de **formaliser le projet de vie personnalisé** en s'appuyant sur des documents de travail, contenant des informations relatives au résident. L'existence d'un travail d'équipe pluridisciplinaire interroge, toutefois, sur la place du **secret professionnel** et de la **confidentialité des informations** dans les réunions de projets de vie personnalisés. Ainsi, les informations recueillies de manière formelle, à l'aide d'outils tels que le recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne, doivent pouvoir être communiquées aux professionnels, avec l'accord du résident. Par contre, se pose la question de la communication des informations obtenues de manière informelle (confidences). Il semble opportun de sensibiliser les professionnels sur l'impératif de faire connaître aux autres membres de l'équipe, avec l'accord de la personne, que les éléments susceptibles de faciliter son projet de vie personnalisé. Les informations médicales n'ont pas à être divulguées auprès de l'ensemble des professionnels.

Les projets de vie personnalisés élaborés doivent être **concrets et réalistes** car, dans le cas contraire, cela engendrerait des frustrations chez l'ensemble des acteurs qui auraient pour conséquence un désinvestissement de leur part. La difficulté est de passer du souhait au projet et, plus précisément, de trouver les moyens pour répondre à cette attente. La réunion de projets de vie personnalisés permet de fixer des objectifs individualisés et de proposer un plan d'action personnalisé en réponse à cette attente. La réunion est l'occasion de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour répondre à cette attente (nature et quantité des moyens nécessaires, coût et financement de l'action), les services concernés par cette action, le référent de l'action, l'échéancier et l'indicateur de suivi de l'action. Le plan d'actions personnalisé devra, ensuite, être évalué.

Le développement des projets de vie personnalisés doit s'appuyer sur des leviers d'actions stratégiques que sont, d'une part, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement et, d'autre part, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé.

Conclusion

De nombreuses difficultés sont à surmonter pour développer les projets de vie individualisés, malgré un contexte enclin à l'accompagnement personnalisé des personnes âgées.

L'environnement est favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents puisque le contexte législatif et réglementaire est centré sur la promotion de la personne accueillie dans la mesure où, d'une part, les droits et les libertés de la personne ainsi que le respect de son autonomie sont affirmés et que, d'autre part, la parole de l'utilisateur est réellement prise en compte. Le contexte institutionnel est également propice au développement des projets de vie personnalisés dans la mesure où la personnalisation de la prise en charge des résidents est un engagement fort du directeur et que cette volonté a été étendue à l'ensemble des acteurs.

Malgré un environnement favorable à la personnalisation de la prise en charge des résidents, de nombreux obstacles sont à surmonter pour développer les projets de vie personnalisés. Le développement des projets de vie individualisés est, en effet, freiné par la délicate conciliation entre les contraintes collectives de la vie en établissement et la personnalisation de la prise en charge du fait, d'une part, de l'articulation difficile des espaces et des rythmes du résident avec la vie communautaire et, d'autre part, de l'organisation du travail et des habitudes des professionnels. Le développement des projets de vie personnalisés est, également, freiné par les contraintes liées aux pratiques professionnelles du fait, d'une part, de l'impératif d'hygiène qui fait obstacle à la dimension individualisée du projet de vie et, d'autre part, de la singularité du rapport au temps et de l'attitude d'écoute dans les pratiques professionnelles.

Cependant, des leviers d'actions stratégiques sont possibles pour développer les projets de vie personnalisés, sur lesquels le directeur doit s'appuyer. Ces leviers d'actions stratégiques sont, d'une part, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement et, d'autre part, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé.

La reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement est un levier d'action stratégique au développement des projets de vie personnalisés. Pour y parvenir, il est nécessaire de développer une démarche participative. Informer et communiquer sur la démarche des projets de vie personnalisés auprès de l'ensemble des acteurs et favoriser leur expression sont les deux leviers

permettant de développer une démarche participative. Cependant, la reconnaissance de la place centrale de la personne accueillie au sein de l'établissement suppose, également, d'assouplir le poids des contraintes collectives sur la vie du résident par l'aménagement des espaces de la personne accueillie et par une modification de l'organisation du travail pour s'adapter aux rythmes individuels.

L'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé est également un levier d'action stratégique au développement des projets de vie personnalisés. Il convient de s'appuyer sur les outils performants de gestion des ressources humaines que sont, d'une part, la formation des acteurs à la démarche d'accompagnement personnalisé et, d'autre part, le développement de la mobilité professionnelle, pour améliorer les pratiques professionnelles et favoriser, ainsi, l'acquisition d'une culture commune de l'accompagnement personnalisé. Pour acquérir cette culture commune, il convient également de mettre en œuvre le suivi des outils de l'accompagnement personnalisé, en coordonnant la démarche des projets de vie personnalisés et en favorisant le travail en équipe pluridisciplinaire par l'organisation de réunions de projets de vie personnalisés.

Le développement des projets de vie personnalisés en EHPAD est, ainsi, un défi managérial pour le directeur. Cette étude a permis d'analyser les nombreuses difficultés liées au développement des projets de vie individualisés, malgré un contexte enclin à l'accompagnement personnalisé des personnes âgées, et de trouver des leviers d'actions stratégiques sur lesquels le directeur doit s'appuyer pour surmonter ces obstacles. Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur la pérennité de la démarche des projets de vie personnalisés. Des préconisations ont été envisagées pour prévenir le risque d'essoufflement de la démarche. Toutefois, peut-on espérer une mobilisation des acteurs sur le long terme compte tenu, notamment, de l'alourdissement de la charge de travail du fait de l'augmentation de la dépendance des personnes âgées ainsi que des difficultés liées aux problèmes d'effectifs et d'intégration de la réduction du temps de travail ?

Bibliographie

Ouvrages

- AMYOT J.J., AGAESSE M., ARGOUD D., ENNUYER B., HUGONOT R., MARECHAUX Y., MOLLIER A., VILLEZ A., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris : Dunod, 2007, 1456 p.
- BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan Université, 2001, 127 p.
- BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., *Le Socio-Manager, Sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 2004, 373 p.
- CHAVAROCHE P., *Le projet individuel, repères pour une pratique avec les personnes gravement handicapées mentales*, Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, collection « Trames », 2^{ème} Edition, 2007, 132 p.
- CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations*, Paris : Editions Eres, collection « Pratiques gérontologiques », 2004, 147 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, collection « Points essais », 1977, 500 p.
- DELAMARRE C., *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris : Dunod, 2007, 222 p.
- DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Paris : Editions Le Seuil, 2002, 421 p.
- FAUGERAS S., *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, Paroles d'usagers et démarche qualité*, Paris : Editions Seli Arslan, 2007, 272 p.

- GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris : Editions Armand Colin, 2007, 319 p.
- HERVY B., *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Rapport de la mission « Vie sociale des personnes âgées », Rennes : Editions ENSP, 2003, 159 p.
- HERVY B., SCHAFF J.L., VERCAUTEREN R., *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, Enjeux et méthode*, Paris : Editions Erès, collection « Pratiques gérontologiques », 2008, 175 p.
- HIRSCHMAN A.O., *Défection et prise de parole*, Paris : Editions Fayard, collection « L'espace du politique », 1995, 212 p.
- LOUBAT J.R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, collection « Action sociale », 2^{ème} Edition, 2005, 331 p.
- MANOUKIAN A., *Les soignants et les personnes âgées*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, collection « Pratiquer », 2004, 165 p.
- PERRON M., *Communiquer avec des personnes âgées, la « Clé des Sens »*, Lyon : Editions La Chronique Sociale, collection « Comprendre les personnes », 4^{ème} Edition, 2005, 157 p.

Manuels

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*, Paris : ANAES, juillet 2000, 136 p.
- MINISTERE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SANTE, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes : Editions ENSP, 2004, 440 p.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, *Gestion des risques de maltraitance en établissement, repères, outils, méthodes*, Ministère de la Santé et des Solidarités,

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2007, 23 p.

Revue et périodiques

- CONSEIL GENERAL d'ILLE-ET-VILAINE, Pôle action sociale, « bilan AQUALIE 35, amélioration de la qualité en établissements », *Les Cahiers techniques de l'action sociale*, octobre 2007, n°176, p.25.
- LAFORCADE M., « Enquête de satisfaction, les usagers en question(s) », *Directions*, janvier 2008, n° 48, pp. 22-29.
- MORATA S., « Deux logiques pour penser le projet dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Les Cahiers de l'Actif*, dossier : Du projet institutionnel au projet personnalisé ou comment accompagner le changement dans la complexité, mai/août 2007, numéro double 372/375, pp. 99-109.

Textes législatifs et réglementaires

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. - Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} juillet 1975.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. - Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à l'institution d'une prestation spécifique dépendance, *Journal Officiel de la République Française*, 25 janvier 1997, n°21, p.01280.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, n°2, p. 00124.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *Journal Officiel de la République Française*, 12 février 2005, n°36, p.02353.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999. - Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, *Journal Officiel de la République Française*, 27 avril 1999, n° 98, p. 06256.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007. - Instruction ministérielle n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance (texte non paru au *Journal Officiel de la République Française*).

Site Internet

- F.G., Valérie LETARD reconnaît l'Humanité dans les soins parmi les approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, *Agevillage* [en ligne], 24 juin 2008 [visité le 24.06.08]. Disponible sur Internet : <<http://www.agevillage.com>>

DVD

- FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, *Alzheimer l'accompagnement en actions*, Shifter Production, 2007, durée deux heures.

Liste des annexes

Annexe n°1 Questionnaire de satisfaction du personnel, Hôpital local de Grand-Fougeray.

Annexe n°2 Extraits de résultats du questionnaire de satisfaction du personnel de l'Hôpital local de Grand-Fougeray.

Annexe n°3 Charte des comportements bienveillants.

Annexe n°1

Questionnaire de satisfaction du personnel Hôpital local de Grand-Fougeray

Ce questionnaire est remis à l'ensemble du personnel afin que chacun puisse s'exprimer sur ses conditions de travail.

L'objectif est de pouvoir mieux cerner vos attentes et les difficultés que vous rencontrez dans votre travail afin de pouvoir y répondre.

Ce questionnaire est anonyme. Il suffit de cocher la case correspondante à votre opinion. Il est à remettre dans la boîte aux lettres, située dans le salon de thé (face au salon cheminée) avant le vendredi 30 novembre 2007.

- Soins Médecine SSR et personnel de nuit
- Soins EHPAD
- Administration, Vie sociale, Pharmacie
- Technique, Restauration, Lingerie, Pool ménage

I- Votre poste de travail

	OUI	NON	Ne se prononce pas
1/ Estimez-vous travailler dans des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ Les locaux sont-ils adaptés à votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ Le matériel est-il adapté à votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ Connaissez-vous précisément vos tâches à accomplir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Votre travail vous apporte-t-il satisfaction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6/ Votre travail vous permet-il de prendre des initiatives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7/ Les formations proposées correspondent-elles à vos besoins et à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8/ Les recommandations que vous recevez de votre responsable sont-elles claires et précises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9/ Avez-vous le sentiment que votre travail est suffisamment reconnu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10/ Vous jugez votre charge de travail :

- Bonne et équilibrée Assez lourde mais acceptable Irrégulière par à coups
 Trop lourde Ne se prononce pas

Quelles sont vos attentes concernant l'amélioration de votre poste de travail ?

.....
.....

II- Vos conditions de travail

	OUI	NON	Ne se prononce pas
11/ Votre rythme de travail est-il satisfaisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12/ Estimez-vous être suffisamment consulté(e) pour l'élaboration des plannings ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13/ Les plannings vous sont-ils communiqués dans des délais raisonnables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14/ Votre planning correspond-t-il à votre roulement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15/ Vos horaires de travail sont-ils adaptés à votre rythme de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16/ Vos horaires de travail sont-ils adaptés au rythme de vie du patient ou du résident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17/ La planification des congés présente-t-elle des difficultés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18/ Etes-vous stressé(e) au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19/ Constatez-vous des améliorations dans vos conditions de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelles sont vos attentes concernant l'amélioration de vos conditions de travail ?

.....
.....

III- Le dialogue et le climat social au sein de l'établissement

	OUI	NON	Ne se prononce pas
20/ Estimez-vous être suffisamment et bien informé(e) sur la vie et le fonctionnement de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21/ Pouvez-vous discuter librement avec votre supérieur hiérarchique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22/ Avez-vous le sentiment d'être écouté par la direction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23/ Rencontrez-vous des difficultés à communiquer des informations aux intervenants extérieurs (médecins, kiné...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24/ Etes-vous satisfait(e) des relations avec les agents de votre service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25/ Etes-vous satisfait(e) de vos relations professionnelles avec :			
Les services administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services de restauration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services techniques et logistiques (lingerie, pharmacie, entretien, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26/ Appréciez-vous de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des différents projets de l'Hôpital local (projet d'établissement, Convention tripartite, accréditation...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27/ Etes-vous prêt(e) à vous impliquer dans une restructuration interne (suite à la mise en place d'une démarche qualité) même si elle entraîne des changements dans vos conditions et habitudes de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28/ Estimez-vous que des solutions sont fréquemment recherchées et trouvées face aux difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et suggestions :

.....

Merci de votre participation.

La Direction

Annexe n°2

Extraits de résultats du questionnaire de satisfaction du personnel de l'Hôpital local de Grand-Fougeray

2/ Les locaux sont-ils adaptés à votre travail ?

	Médecine- SSR et personnel de nuit	Soins EHPAD	Administration Vie sociale Pharmacie	Technique Restauration Lingerie Pool ménage	Sans indication de service	Tous les services confondus
OUI	78%	30%	100%	57%	50%	63%
NON	11%	52%		29%	25%	23%
N.S.P.P.	11%	18%		14%	25%	14%

Constat : A 63%, les professionnels de l'établissement estiment travailler dans des locaux adaptés à leur travail. La majorité du personnel soignant de l'EHPAD estime, en revanche, ne pas travailler dans des locaux adaptés du fait des travaux actuels, de la vétusté de certains locaux et des chambres doubles.

Proposition d'action d'amélioration : Mener les travaux à terme.

Echéance : Juin 2009.

9/ Avez-vous le sentiment que votre travail est suffisamment reconnu ?

	Médecine- SSR et personnel de nuit	Soins EHPAD	Administration Vie sociale Pharmacie	Technique Restauration Lingerie Pool ménage	Sans indication de service	Tous les services confondus
OUI	17%	4%	55%	29%		21%
NON	61%	83%	18%	57%	75%	59%
N.S.P.P.	22%	13%	27%	14%	25%	20%

Constat : A 59%, les professionnels de l'établissement ont le sentiment que leur travail n'est pas suffisamment reconnu. Ce sentiment est fortement ressenti par le personnel soignant de l'EHPAD. Il est fortement lié à la charge de travail, aux plannings et à l'organisation du travail selon les représentants du personnel.

Proposition d'action d'amélioration : Revoir les tâches du personnel sur 24 heures.

Echéance : 2008.

10/ Vous jugez votre charge de travail

- A. Bonne et équilibrée B. Assez lourde mais acceptable C. Irrégulière par à coups
 D. Trop lourde E. Ne se prononce pas

	Médecine-SSR et personnel de nuit	Soins EHPAD	Administration Vie sociale Pharmacie	Technique Restauration Lingerie Pool ménage	Sans indication de service	Tous les services confondus
A			36%	30%	25%	18%
B	33%	26%	55%	42%	50%	41%
C	56%	17%		14%		18%
D		40%	9%		25%	15%
E	11%	17%		14%		8%

Constat : 41% du personnel de l'établissement estime que la charge de travail est assez lourde mais acceptable. Aucun des professionnels soignants ne juge leur charge de travail bonne et équilibrée. Par contre, si le personnel soignant de Médecine-SSR et de nuit estime que la charge de travail est irrégulière par à coups, les soignants de l'EHPAD la juge trop lourde.

Proposition d'action d'amélioration : Evaluer la charge de travail.

Echéance : 2008.

12/ Estimez-vous être suffisamment consulté(e) pour l'élaboration des plannings ?

	Médecine-SSR et personnel de nuit	Soins EHPAD	Administration Vie sociale Pharmacie	Technique Restauration Lingerie Pool ménage	Sans indication de service	Tous les services confondus
OUI	28%	13%	82%	57%		36%
NON	67%	70%		14%	100%	50%
N.S.P.P.	5%	17%	18%	29%		14%

Constat : 50% des professionnels de l'établissement estiment ne pas être suffisamment consultés pour l'élaboration des plannings, notamment le personnel soignant, dans son ensemble et en majorité. Selon les représentants du personnel, ce résultat est lié au délai de communication des plannings, jugé non satisfaisant.

Proposition d'action d'amélioration : Consulter les professionnels dans l'élaboration des plannings.

Echéance : 2008

13/ Les plannings vous sont-ils communiqués dans des délais raisonnables ?

	Médecine- SSR et personnel de nuit	Soins EHPAD	Administration Vie sociale Pharmacie	Technique Restauration Lingerie Pool ménage	Sans indication de service	Tous les services confondus
OUI	56%	8%	73%	57%	50%	49%
NON	39%	70%		14%	50%	35%
N.S.P.P.	5%	22%	27%	29%		16%

Constat : Seulement 49% des professionnels de l'établissement estiment que les plannings sont communiqués dans des délais raisonnables. La majorité du personnel soignant de l'EHPAD n'est pas satisfait du délai de communication des plannings.

Proposition d'action d'amélioration : Communiquer les plannings aux professionnels dans un délai raisonnable.

Echéance :2008

Annexe n°3

Charte des comportements bientraitants

Cette Charte a été élaborée en tenant compte de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et des pratiques professionnelles. Elle ne vise pas l'exhaustivité mais l'identification des écarts entre la réglementation et les pratiques afin de déterminer des actions d'amélioration. Elles se traduisent par des engagements et des conduites à tenir afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

L'objectif de cette Charte est de sensibiliser sur le respect des droits et des libertés des personnes accueillies et de s'engager à mettre en pratique ces actions.

Cette charte sera remise à chaque nouveau professionnel lors de la signature de son contrat de travail.

Engagement n°1 : Maintenir et développer l'autonomie du résident.

- Aider à faire et non faire à la place de la personne accueillie.
- Privilégier l'accompagnement et l'aide aux sanitaires plutôt que de mettre un change.
- Privilégier l'autonomie de la personne accueillie pour la prise de ses repas lorsque l'aide apportée a pour seul objectif d'éviter au résident de se salir.
- Privilégier l'aide à la marche plutôt que le fauteuil roulant pour les déplacements.

Engagement n°2 : Respecter le droit à l'information et au consentement éclairé.

- Informer la personne accueillie avant tout acte soignant et recueillir son consentement.

Engagement n°3 : Respecter le libre choix de la personne accueillie.

- Laisser le choix à la personne accueillie de s'habiller et de se coiffer comme elle le souhaite.

Engagement n°4 : Communiquer avec la personne accueillie.

- Communiquer avec le résident quelque soit son niveau de dépendance : A chaque fois que nous restons silencieux, nous signifions à la personne un refus de communication, un refus d'entrer en relation avec elle.
- Communiquer par la parole, le toucher et le regard.
- Réaliser les soins en étant tourné vers le visage de la personne, lieu d'expression premier du bien-être et du mal-être.

Engagement n°5 : Respecter le droit à la dignité.

- Vouvoyer la personne accueillie et l'appeler par son nom pour éviter de créer des différences entre les personnes. Le tutoiement ne peut s'effectuer qu'à la demande de la personne accueillie et uniquement par l'agent pour lequel le tutoiement a été accordé.
- Privilégier le maintien de l'autonomie pour la toilette plutôt que l'hygiène : « Dans le cas d'une personne ne pouvant pas accomplir par elle-même toute sa toilette mais qui peut et préfère faire sa toilette intime elle-même. En terme d'hygiène, la toilette intime sera peut-être moins bien faite par la personne que par un soignant. Mais la faire elle-même permet à la personne d'utiliser ses capacités, de se sentir mieux eu égard à son sentiment de pudeur et de dignité, et ne provoque pas de gêne ou d'agitation. Il faut des raisons précises et rationnelles (selles abondantes, etc.) pour faire différemment »⁵⁸ .
- Ne pas mixer ou hacher la viande lorsqu'il n'y a pas de contre indication (fausse route, état dentaire défectueux, etc.).

Engagement n°6 : Se recentrer sur la personne accueillie.

- Identifier ses besoins et ses attentes et y répondre au mieux.
- S'adapter à la personne accueillie et non l'inverse.

⁵⁸ GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris : Editions Armand Colin, 2007, p. 243.