



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

Promotion : **2009-2010**

Le projet d'accompagnement personnalisé des personnes âgées prises en charge par un service de soins infirmiers à domicile :

un enjeu social, stratégique et managérial pour le directeur

Evelyne BERENGUIER

Responsables pédagogiques :

Karine LEFEUVRE-DARNAJOU,
Professeur au département
SHS-CS et

Christelle ROUTELOUS,
Professeur à l'Institut du
Management, EHESP

Responsable de l'atelier

mémoire : Karine Chauvin

Remerciements

Je remercie le directeur de l'EHPAD de m'avoir permis de poursuivre mon parcours de formation. Je remercie également Karine CHAUVIN, responsable de l'atelier mémoire pour ses judicieux conseils dans le cadre d'un accompagnement qui s'est fait à distance.

Merci aussi à Sylviane et Maïté pour leur soutien tout au long de la construction de ce travail d'analyse et de réflexion ; à Gilles et à Jean-Jacques pour le regard critique qu'ils y ont apporté.

Merci aux usagers du service pour lesquels cet exercice a pris du sens.

Merci enfin à mon entourage familial qui a su faire preuve de patience et de compréhension car, ces derniers mois, j'ai davantage passé de temps sur mon ordinateur qu'en leur compagnie.

Mémoire de Mme BERENGUIER Evelyne

DE « Directeur d'EHPAD et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : 2009-2010

Le projet d'accompagnement personnalisé des personnes âgées prises en charge
par un service de soins infirmiers à domicile :

Un enjeu social, stratégique et managérial pour le directeur

ERRATUM

Page 6 : ... les fiches de suivis ...pas de e à suivi.

Page 6 : ... données à caractères personnels ... s à personnel

Page 8 : dernière ligne « Je n'ai pas retrouvé d'enquête ...pas de e à retrouvé

Page 11 : ... « Pour ce faire » et non pour se faire

Page 18 : « Hubert FALCO avait confié la mission ...pas de e à confié

Page 18 : ... cette optique et non cet optique

S o m m a i r e

INTRODUCTION	1
<u>1^{er} PARTIE</u> : UN SERVICE SANS REELLE IDENTITE NI PROJET DE SERVICE	3
1.1 Une localisation rurale, un contexte et un environnement très concurrentiel ...	3
1.1.1 Une activité en baisse	3
1.1.2 Un budget non maîtrisé	4
1.2 Une instabilité de l'équipe d'encadrement	5
1.2.1 Un turn-over de l'équipe infirmière.....	5
1.2.2 Un suivi des prises en charge peu formalisé et un manque de traçabilité...	5
1.3 Une organisation et un effectif sur lesquels on peut pourtant s'appuyer.....	6
1.3.1 Une équipe ancienne qui n'a pas été accompagnée pour se restructurer régulièrement	7
1.3.2 Une équipe démotivée qui se dit « laissée pour compte »	7
1.4 Une activité de plus en plus orientée vers les affections neurologiques et des personnes la plupart du temps isolées	8
1.4.1 Les pathologies les plus souvent rencontrées : maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés	8
1.4.2 Un besoin des personnes non pris en compte : le lien social	8
1.5 Le projet de vie : une notion abstraite pour les acteurs	9
1.5.1 Le projet de vie des personnes âgées : une définition	9
1.5.2 Lorsque le projet prend du sens et devient un accompagnement social personnalisé	10

<u>2^{ème}</u> PARTIE : LES ACTIONS STRATEGIQUES A METTRE EN ŒUVRE POUR DEVELOPPER UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE AUTOUR DU LIEN SOCIAL	11
2.1 La place centrale de la personne prise en charge par un SSIAD	11
2.1.1 Une démarche nécessairement participative	11
2.1.2 L'écoute au cœur de la démarche d'accompagnement personnalisé	12
2.2 Acquérir une culture commune de l'accompagnement personnalisé de la personne âgée	12
2.2.1 Une représentation de la vieillesse et un sens des valeurs à partager	12
2.2.2 Donner du sens au travail grâce à l'accompagnement personnalisé	13
2.3 Une nécessaire réorganisation du service	14
2.3.1 L'enjeu de l'organigramme	14
2.3.2 Accepter l'idée d'investir du temps	15
2.4 Fédérer l'équipe autour d'un projet de service	15
2.4.1 Aboutir à des prises de décisions négociées	16
2.4.2 Accompagner l'équipe grâce à une politique de formation et d'évaluation	16
2.5 L'animation à domicile : clef de voûte d'un accompagnement social	17
2.5.1 L'animation : une prise en charge innovante des personnes âgées	17
2.5.2 L'animation à domicile : un accompagnement social personnalisé	18
CONCLUSION	19
Sources et bibliographie	21
Liste des annexes	I
NOTES D'OBSERVATION	VII

Liste des sigles utilisés

AGGIR	:	Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
AMI	:	Actes Médicaux Infirmiers
ANESM	:	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
AS	:	Aide-Soignant(e)
ARS	:	Agences Régionales de Santé
CA	:	Conseil d'Administration
CDD	:	Contrat à Durée Déterminée
CDI	:	Contrat à Durée Indéterminé
CLIC	:	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	:	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	:	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRERA	:	Comité de Réflexion Ethique et de Reconnaissance des Aînés
CSV	:	Comité des SSIAD Varois
CVS	:	Conseil de Vie Sociale
CTE	:	Comité Technique d'établissement
DGCS	:	Direction Générale de la Cohésion Sociale
EHPAD	:	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FNADEPA	:	Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées
GMP	:	GIR Moyen Pondéré
HAD	:	Hospitalisation A Domicile
IDE	:	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IDEC	:	Infirmier (e) Diplômé(e) d'état Coordonnateur.
IDEL	:	Infirmier (e) Diplômé(e) d'état Libéral.
JORF	:	Journal Officiel de la République Française
PACA	:	Provence Alpes Côte d'Azur
PASA	:	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
RTT	:	Réduction du Temps de Travail.
SMAF	:	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
SSIAD	:	Service de Soins Infirmiers A Domicile
UNASSI	:	Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers

INTRODUCTION

C'est un sujet d'actualité : la population vieillit et la dépendance des personnes âgées augmente inexorablement. Le manque de places disponibles et adaptées à leurs besoins (notamment en accueil de jour), le coût élevé en institution sont des problèmes cruciaux. La médiatisation des situations de maltraitance et leur juridiciarisation dans le secteur social et médico-social, ont cependant contribué à l'introduction de la qualité dans le secteur gérontologique.

L'amélioration de la prise en charge de la personne âgée accueillie et/ou accompagnée est ainsi renforcée avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹. Le respect de sa dignité, de son autonomie, de sa vie privée, de son libre choix de vie sont des droits qui mettent désormais en exergue son individualité avec l'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux d'offrir un accompagnement individualisé² ; de la reconnaître en tant qu'individu, sujet de droits et de libertés lui conférant une pleine citoyenneté. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées³ favorise également le développement de cette démarche.

Or, ce n'est pas le cas au sein du site de notre étude : un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) où, le projet d'accompagnement personnalisé de la personne âgée est en balbutiement.

Pour poser ce diagnostic, un travail d'investigation a été mené portant tout à la fois sur sa localisation, son histoire, ses missions, son activité. Ma démarche a dans un premier temps consisté à consulter les documents administratifs du service. Mon étude s'est ensuite portée sur son environnement. Une approche de son existant m'a ainsi permis de m'interroger sur sa mise en œuvre dans un contexte de turbulence.

Pour ce faire, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels et des familles, permettant une analyse stratégique du comportement des acteurs. Un questionnaire de satisfaction⁴ dont les résultats soutiennent ma réflexion, a également été distribué à l'ensemble du personnel. Il a permis de mettre en évidence à quel point la notion de projet de vie restait abstraite pour la majorité des agents malgré leur volonté d'y adhérer (mais également pour les personnes prise en charge, leur entourage) et combien la

¹ JORF, 3 janvier 2002, n°2, p.00124.

² Article L .311633 du Code de l'Action sociale et des Familles (CASF)

³ JORF, 12 février 2005, n°36, p.02353 .

⁴ Annexe n°1.

représentation de la vieillesse pouvait différer de l'un à l'autre. Enfin, l'observation directe a été utilisée pour repérer les décalages entre les discours tenus et la réalité observable « sur le terrain », à domicile.

Un carnet de bord a par ailleurs été utilisé pour noter les éléments recueillis tout au long de cette enquête et lors de réunions organisées avec l'équipe en place.

L'analyse de ce recueil d'informations a abouti au constat que l'accompagnement personnalisé n'était effectivement, pas développé au sein de ce service.

Il était dès lors judicieux de rencontrer les directeurs, référents, responsables et infirmiers coordonnateurs des SSIAD alentours, de se rapprocher du CSV (Comité des SSIAD varois) et du CRERA (Comité de réflexion éthique et de reconnaissance des aînés). J'ai participé à des travaux de groupes s'interrogeant sur le sujet et échangé sur les pratiques professionnelles de chacun. J'ai ainsi pu bénéficier d'une véritable plate-forme de réflexion éthique. C'est par le biais de cette approche, alimentée parallèlement de recherches bibliographiques, que des hypothèses de travail seront développées pour répondre à la problématique soulevée.

Elles porteront sur deux axes intimement liés :

- un axe managérial et relationnel pour d'une part faire face aux résistances aux changements.
- un axe stratégique, pour d'autre part fédérer l'ensemble des acteurs sociaux et médicaux-sociaux autour d'un projet : celui de l'accompagnement personnalisé de la personne prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile.

1^{er} PARTIE : UN SERVICE SANS REELLE IDENTITE NI PROJET DE SERVICE

1.1 Une localisation rurale, un contexte et un environnement très concurrentiel

Créé en décembre 1991 c'est un des premiers SSIAD ouverts dans la région PACA. Il se situe dans un milieu rural et, dépend administrativement d'un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui regroupe deux bâtiments distants de cinq cent mètres. L'un, au sein duquel, les locaux du service sont implantés, est vétuste. Un nouveau bâtiment est d'ailleurs en construction. Il comprend **13 places d'accueil protégé** et **2 places d'accueil de jour**.

L'autre bâtiment est une ancienne structure vieille d'une vingtaine d'années avec la particularité d'offrir 4 lits réservés à un **hébergement temporaire**.

Un projet de réhabilitation prévoit son réaménagement avec la création d'un PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés), sa mise aux normes, ainsi que la probable délocalisation du SSIAD en son sein ou à proximité.

1.1.1 Une activité en baisse

La capacité du SSIAD est passée de 60 à 65 places le 24 août 2005 (arrêté préfectoral).

Cette augmentation correspondait à un besoin de prise en charge sur le secteur et s'est réalisée à effectif constant.

Le compte administratif 2009 laisse toutefois apparaître une diminution sensible du nombre de prises en charges et un « rétrécissement » de son secteur d'intervention. En effet, l'origine géographique de ses usagers ne couvre plus que quatre communes dans un rayon de 7 à 10 kilomètres, alors qu'à son ouverture, elle en recouvrait plus de douze. Ceci s'explique par le fait que depuis quatre ou cinq ans, deux nouveaux SSIAD ont été créés ; ils couvrent des besoins sur le même secteur avec aujourd'hui des difficultés pour notre service à s'implanter au delà de son canton.

On observe aussi une très forte emprise de l'exercice libéral renforcé ces dernières années (notamment avant 2008) par l'ouverture d'un nombre conséquent de cabinets d'infirmiers libéraux. Ainsi, la file active du service est à ce jour fortement tributaire des infirmiers diplômés d'états libéraux (IDEL) qui sont la plupart du temps à l'origine de l'admission des usagers et qui, malgré les conventions signées, perçoivent davantage le SSIAD comme

un concurrent que comme un partenaire. Il y a enfin, très peu de coordination entre les intervenants paramédicaux qui n'acceptent pas qu'on empiète sur leur secteur, qu'on ait un regard sur la qualité et le suivi des soins prescrits aux patients conjointement pris en charge.

1.1.2 Un budget non maîtrisé

Les comptes administratifs et les budgets prévisionnels 2008, 2009 et 2010 dévoilent une bonne dotation budgétaire. Cela s'explique par l'ancienneté du service et ses charges relatives aux dépenses en personnel qui suivent l'évolution statutaire des carrières des agents. Ses ressources reposent sur un forfait global⁵ alloué annuellement. Elles viennent équilibrer ses dépenses mais on constate que le coût des actes infirmiers facturés dépasse de 10 000 voire 20 000 euros le budget prévisionnel de ce compte.

En effet, les soins prescrits par les médecins traitants sont majoritairement effectués par les IDEL qui restent au libre choix du patient pour peu qu'ils aient signé une convention avec le service. Les actes leur sont alors directement payés par le SSIAD, sans passer par la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie). De plus, ils prennent la liberté de « conserver » des soins pouvant être effectués par les AS (Aides Soignants). L'infirmière du service ne le découvre souvent que lors de la facturation car les usagers n'informent pas systématiquement le service des nouvelles prescriptions médicales établies (contrairement à ce que prévoit le **règlement de fonctionnement**).

Les limites de prises en charge n'étant pas clairement expliquées lors de l'admission, les soins lourds et complexes restent aussi trop longtemps à la charge du service alors qu'un relais pourrait être envisagé avec l'HAD (Hospitalisation à domicile) par exemple.

Ce surcoût a, jusqu'à l'an dernier, été comblé par un excédent dans lequel le service a puisé lors de l'affectation des résultats. Il a entièrement été utilisé à ce jour.

C'est un service qui fait de l'activité, sans réel projet de service à la clef. D'ailleurs, malgré son ancienneté, il n'est pas connu du public, des services sociaux, peu considéré par les médecins et les IDEL. Il n'est rattaché à aucun CLIC (Centre Local d'Information et de coordination).

⁵ CHAPELET N., avril 2010, « *Un nouveau modèle de tarification des SSIAD* », Bulletin UNASSI, pp. 4 -5. Un nouveau modèle de tarification des SSIAD est à l'étude. Cette réforme devrait reposer sur une dotation mixte ; une dotation totale terrain divisée par la somme de scores patients et une dotation totale structure prenant en compte les contraintes géographique du service.

1.2 Une instabilité de l'équipe d'encadrement

1.2.1 Un turn-over important de l'équipe infirmière

Le tableau des emplois du SSIAD⁶ comprend deux postes infirmier(e)s placés sous la responsabilité hiérarchique du directeur de L'EHPAD. Leur mission est de coordonner et suivre les soins effectués auprès des **patients** à domicile sans réelle distinction dans la répartition de leurs tâches ni de leur travail.

Or, l'un de ces deux postes n'a que rarement été concrètement pourvu, ou qu'épisodiquement.

En effet dans l'attente du renouvellement de sa convention tripartite⁷ (arrivée pourtant à échéance en octobre 2007) et de la création de postes, l'EHPAD a régulièrement sollicité l'un de ces deux agents pour assurer la continuité du service, faire face à des difficultés de fonctionnement. De ce fait depuis plus de cinq ans, on assiste à un turn-over important des infirmiers affectés au SSIAD qui peinent à se positionner et à réellement s'impliquer sur ce poste. Quatre se sont ainsi succédés, la plupart du temps des contractuels qui, quoiqu'en CDI, ont préféré partir vers d'autres horizons. Seule une infirmière recrutée par voie de mutation et donc titulaire de son poste affiche une ancienneté de quatre ans dans le service ; service qu'elle manage pratiquement seule depuis près de trois ans ce qui a fortement limité ses interventions sur le terrain.

Elle a du mal aujourd'hui à retrouver ses repères, à dynamiser l'équipe, dit manquer de reconnaissance⁸ et souhaite obtenir sa mutation.

1.2.2 Un suivi des prises en charge peu formalisé et un manque de traçabilité

Les temps de transmissions sont conduits par l'infirmière du service du lundi au vendredi au retour des soignants partis en tournées. C'est elle qui fait le lien entre les agents et se déplace si nécessaire à domicile en fonction des problèmes soulevés.

⁶ Annexe n° 2 .

⁷ Accord signé pour 5 ans entre un EHPAD, les services de l'Etat et le Conseil général du département dans lequel il se situe. Cette signature permet à l'établissement de bénéficier de financements et concrétise l'engagement des partenaires dans une démarche qualité.

⁸ Propos recueillis lors d'un entretien semi-directif le 15/01/2010

Les transmissions écrites, sont faites sur un cahier de liaison sans réel suivi. Aucun « espace » n'est prévu pour y répondre et on n'en retrouve pas systématiquement la trace dans le dossier individuel de chaque personne prise en charge.

Le logiciel utilisé est : **Apozème**. C'est un logiciel largement utilisé au sein des SSIAD mais, il est peu renseigné malgré l'ancienneté du service. On y retrouve des données administratives mais rien sur l'histoire, les habitudes de vie de la personne ni sur le suivi de sa prise en charge. Les coordonnées des intervenants sont également incomplètes ; plus de 50 % des dossiers ne sont pas à jour.

Les « dossiers patients partagés » laissés à domicile, sont constitués d'un classeur et de fiches de suivies permettant la traçabilité des éléments relatifs à la prise en charge de la personne. Leur couverture est sale. Les transmissions (lorsqu'elles existent) ne sont pas structurées, banales ou redondantes du style : « soin fait » ce qui ne reflète pas le professionnalisme du service et nuit à son image. Il est pourtant recommandé⁹ qu'un dossier concernant chaque usagé soit formalisé pour en outre, permettre aux professionnels de se familiariser avec ses habitudes et ses besoins spécifiques dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables aux données à caractères personnel.

1.3 Une organisation et un effectif sur lesquels on peut pourtant s'appuyer

L'organisation du travail est basée sur le déroulement de huit tournées qui se déclinent soit en horaires continus dits « blocs », soit en horaires coupés.

Compte tenu du tableau des emplois du service, de l'effectif présent et du **calcul de l'effectif requis**¹⁰ pour faire face à cette organisation, il s'avère que le nombre de soignants « disponibles » permet de faire face à l'organisation « type » actuelle.

Un AS est sur un poste aménagé : il assure la permanence administrative et est par ailleurs, régulièrement sollicité par le service « animation » de l'EHPAD.

Le temps de repas n'est pas pris en compte dans le temps de travail.

Les infirmières coordinatrices n'ont pas d'horaires imposés et gèrent librement leur temps en fonction des nécessités de service. L'histoire du service fait que ces agents ne sont pas

⁹AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, 2009, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Missions du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*, art L312-1 et L312-1-1 du CASF, pp. 1-59.

¹⁰ Annexe n°2.

soumis au compte d'heures mais considérés comme personnel d'encadrement et bénéficie de ce fait d'un forfait de jours de réduction de temps de travail ou RTT.

1.3.1 Une équipe ancienne qui n'a pas été accompagnée pour se restructurer régulièrement

On observe que la moyenne d'âge des aides soignants est de 45,6 ans, que la moitié de l'effectif est composé par un personnel présent depuis l'ouverture du service (soit 1991), les autres, hormis les agents en CDD (Contrat à durée déterminée) y travaillent depuis plus de cinq ans. C'est donc une équipe « ancienne », caractéristique dont il faudra tenir compte dans le contexte de l'ancrage des habitudes.

L'enquête de satisfaction fait cependant apparaître que le personnel apprécie son travail au sein du service, qu'il aimerait participer à la mise en œuvre d'un projet basé sur l'accompagnement personnalisé de la personne prise en charge à domicile ; qu'il est prêt à s'impliquer dans cette démarche même si cela entraîne des changements dans ses habitudes de fonctionnement.

Hormis les insatisfactions dues à l'obligation pour un service de soins à domicile d'avoir des horaires coupés pour faire face aux demandes de prises en charge matin et soir, il n'y a pas de revendications majeures quant aux plannings prévisionnels soumis aux agents.

Il apparaît toutefois que la majorité du personnel affirme ne pas être satisfait des entretiens annuels d'évaluation, ne pas avoir fait l'objet d'objectifs à atteindre. Le travail pour la plupart est devenu routinier. Les agents ont la fierté de penser cependant, qu'ils savent très bien ce qu'ils ont à faire vu qu'ils connaissent les patients depuis plusieurs années.

Or, il s'avère que **l'observation effectuée** laisse apparaître un travail basé sur de l'affect avec un décalage certain, entre les propos tenus et la réalité du terrain.

1.3.2 Une équipe démotivée qui se dit « laissée pour compte »

Les résultats du questionnaire de satisfaction nous apprennent aussi que 95 % de l'équipe est en attente de reconnaissance, de considération et de soutien. Les agents déplorent le peu de liens existant entre le SSIAD et l'EHPAD. Ils se sont donc construits un monde à part, se contentant de faire un travail basé sur du nursing. Ils ne cessent toutefois de dire que « le

côté relationnel » qu'ils développent auprès des usagers en est le principal intérêt sans véritablement pouvoir le définir.

Or, on s'aperçoit souvent que l'absence de mouvement provient **d'un déficit de sens, de reconnaissance ou de compétences**¹¹. Cette équipe, est en fait dans l'expectative d'un changement managérial.

1.4 Une activité de plus en plus orientée vers les affections neurologiques et des personnes la plupart du temps isolées.

1.4.1 Les pathologies les plus souvent rencontrées : maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP)¹² du service s'élève à 679,25 en 2009 contre 646,21 en 2008, signe que le degré de la dépendance des usagers augmente. Leur âge moyen est de 82 ans (20% ont 90 ans et plus). On remarque la présence de seulement deux patients adultes handicapés vieillissants de moins de 60 ans (3%).

On observe que les affections neurologiques, maladies d'Alzheimer ou apparentées, sont en 2009 les pathologies les plus fréquemment rencontrées soit, 31,84% des patients pris en charge. Cette tendance se confirme car depuis le début de l'année 2010, 80% des admissions sont représentées par des personnes présentant ce type de pathologie¹³.

1.4.2 Un besoin des personnes non pris en compte : le lien social

Une enquête de satisfaction¹⁴ effectuée en 2008 par une infirmière du service et remplie à 53,12% par l'utilisateur et sa famille, fait ressortir que les personnes prises en charge et leur entourage sont très satisfaits des prestations offertes. De façon plus informelle, il ressort un besoin de stimulation dans les propos rapportés par l'enquêtrice. Par ailleurs, la solitude, l'abandon, sont des termes qui reviennent fréquemment. Le SSIAD est toutefois perçu comme un élément temporel régulier, repéré, attendu, souvent la seule visite de la journée. Je n'ai pas retrouvée d'enquête de satisfaction pour l'année 2009 mais les observations

¹¹ VAN DEN BULKE P., MONEME I., 1995, *Le management relationnel, Manager et managés sont dans un bateau*, Paris : Dunod, Collection « Progrès du management », p. 50.

¹² Le GMP correspond au niveau moyen de dépendance des résidents ou usagers d'un établissement.

¹³ Ce qui devrait être intégré dans le nouveau modèle de tarification des SSIAD ; un score additionnel devant être obtenu pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (score patient).

¹⁴ Consultée le 15 janvier 2010.

faites sur le terrain et les entretiens tenus auprès des personnes à domicile confirment que l'absence ou le peu de lien social est pour la plupart d'entre elles une réelle souffrance. Il est à constater par ailleurs que les personnes présentant des troubles de la mémoire auraient besoin d'une stimulation cognitive que les soignants n'ont pas le temps de leur offrir lors de leurs trop brefs passages.

Qu'en est-il alors, d'une possibilité d'offrir à la personne des réponses à ses aspirations de vie sociale, alors que de façon unanime, les intervenants à domicile nous disent avoir tout juste le temps d'aller à l'essentiel ?¹⁵

Enfin, à cette réelle solitude s'ajoute l'impuissance éprouvée et exprimée par « les aidants familiaux » ce qui alimente le débat¹⁶ sur la place de l'entourage des personnes malades dans notre système de santé.

Dans ce contexte, la personnalisation d'un projet à domicile¹⁷ tendrait donc à orienter ses premiers indicateurs sur l'environnement de la personne et son aptitude à répondre à la fois qualitativement et quantitativement, à des demandes implicites ou explicites, de conserver **un lien social**.

1.5 Le projet de vie : une notion abstraite pour les acteurs

1.5.1 Le projet de vie des personnes âgées : une définition

Le personnel n'a qu'une notion très abstraite du projet de vie. Je remarque que si « un projet institutionnel de vie » est un outil de progression dans les établissements et repose sur une idée globale répondant à la fois à la personne âgée, à l'équipe tout entière et à l'institution, la notion de « projet de vie », abordée quant à elle au sein d'un service à domicile, y est plus obscure, complexe et hasardeuse. D'où la difficulté, pour l'équipe de se l'approprier et de lui donner un sens.

La « **charte des droits et des libertés de la personne âgée** » est par contre, me semble t'il, un bon support de réflexion et de construction du « **contrat individuel** » d'une personne prise en charge à domicile puisqu'il doit en définir les objectifs et la nature :

¹⁵ HERVY B., SHAFF JL., VERCAUTEREN R., 2009, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*, Enjeux et méthodes, Paris : Editions Erès, p. 46.

¹⁶ Evolution du statut des aidants : 400 décideurs du monde la santé mobilisés aux Assises nationales de la proximité formulent 10 recommandations, publié le 16 avril 2010, Agevillage (visité le 11.07.2010). Disponible sur internet : <http://www.agevillage.com>

¹⁷ HERVY B., SHAFF JL., VERCAUTEREN R., op. cit. p. 48.

pierres angulaires d'un projet de vie. Or, il apparaît¹⁸ une différenciation très nette entre la prise en charge (qui relève du champ médical) et l'accompagnement (qui relève plutôt du champ social). Ce dernier fait émerger des objectifs à atteindre avec, à **l'origine du projet : la personne.**

Il ne s'agit donc pas de faire pour faire mais de poser des actes et des attitudes de façons construites, efficaces, en réponse à ses attentes, en y recherchant toujours son **accord** ou celui de son représentant légal.

La démarche amenant à la construction du projet de vie d'une personne âgée est donc bien une démarche de co-construction du projet, basée sur les attentes, les compétences de la personne et la capacité des équipes professionnelles à y répondre.

1.5.2 Lorsque le projet prend du sens et devient un accompagnement social personnalisé

L'accompagnement comme concept se définit, non pas comme un assistanat, mais autour, effectivement, d'une construction d'échanges entre une population aidante et l'autre aidée sans hiérarchie. Cela signifie que l'accompagné a un pouvoir d'accepter ou de refuser ce sur quoi il est conduit. « Si, l'accompagnement social présenté dans les années 1980 comme un levier d'insertion sociale n'a rien à voir avec la vieillesse, nous sommes pourtant proches, sur le principe, de la reconnaissance de la vieillesse à travers la considération qui lui est portée dans le sens de l'accompagner. Profondément différente de la « prise en charge » souvent rencontrée, cette logique de « **prise de considération** » permet à la personne âgée de développer un autre type de lien avec son environnement et ceux qui l'accompagnent. Sur cette base, ils vont naturellement personnaliser leurs actes et les projets qu'ils vont mener¹⁹ ». C'est effectivement ce qui ressort des débats auxquels j'ai participé par le biais du C.S.V²⁰. Les coordonnateurs sont unanimes : « la notion d'accompagnement » est plus concrète pour les agents que celle de « projet de vie » qui, sur le fond, les renvoie trop à l'idée de la mort et non à celle de l'accompagnement de la vie. « Quel sens donner en effet à un projet personnalisé au domicile personnel qui ne se focaliserait pas préférentiellement sur la possibilité de diversifier et de densifier les relations autour d'une personne restant chez elle »²¹ si on pense qu'elle y attend la mort ?

¹⁸ article 311.4 de la loi 2002.2

¹⁹ HERVY B., SHAFF JL., VERCAUTEREN R., op. cit. pp. 65-66.

²⁰ Groupe de travail du CSV du 10 juin et du 16 septembre 2010 sur « la parole de l'utilisateur ».

²¹ op. cit. p. 47.

Un besoin autre que le soin, émerge donc de nos investigations supposant une opportunité de **restructuration** pour le service en réponse à la « crise » qu'il traverse.

En effet, dans ce contexte de concurrence, il peut être intéressant de développer une conduite du changement. Ainsi, revoir l'organisation du travail pour développer **une activité plus diversifiée, plus attractive, recentrée sur les besoins de l'utilisateur** pourrait être un enjeu stratégique et managérial pour le directeur.

Alors, comment dans un tel contexte, mettre en oeuvre un projet d'accompagnement personnalisé autour du lien social ?

C'est la question à laquelle je vous propose d'apporter des éléments de réponse dans la 2^{ème} partie.

2^{ème} PARTIE : LES ACTIONS STRATEGIQUES A METTRE EN OEUVRE POUR DEVELOPPER UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE AUTOUR DU LIEN SOCIAL

Afin de développer les projets d'accompagnements personnalisés, le directeur doit s'appuyer sur des leviers d'actions stratégiques.

Pour se faire, il devra reconnaître la place centrale de la personne prise en charge au sein du service, favoriser l'acquisition d'un langage et d'une culture commune basée sur **l'écoute de l'autre**.

2.1 La place centrale de la personne prise en charge par un SSIAD

Reconnaître la place centrale de la personne est donc un levier stratégique sur lequel s'appuyer. Il suppose le développement d'une démarche participative.

2.1.1 Une démarche nécessairement participative

La démarche des projets de vie repose sur la capacité du directeur à mobiliser l'ensemble des acteurs internes et externes à l'établissement. Pour y parvenir, il devra donc dérouler **un plan de communication** et mobiliser l'ensemble des acteurs.

Il peut envoyer un courrier à chaque personne et ou famille, les rencontrer. Il peut aussi utiliser **le livret d'accueil, le document individuel de prise en charge, le règlement de fonctionnement** comme supports d'informations. Il peut ainsi faire de

« l'accompagnement personnalisé » un élément essentiel du **projet de service** qu'il souhaite développer au sein du SSIAD.

Cette information devra être apportée aux instances de l'établissement (CA, CTE...). Il devra également soutenir et s'appuyer sur des **personnes ressources**, rassurer un personnel toujours frileux lorsqu'il s'agit d'ajouter une tâche à une charge de travail qu'il juge déjà suffisamment conséquente. Il devra également **valoriser les essais** et communiquer sur les **valeurs du service**.

C'est en ce sens qu'il devra **favoriser par ailleurs l'expression de tous les acteurs**.

2.1.2 L'écoute au cœur de la démarche d'accompagnement personnalisé

L'expression et la participation de l'ensemble des acteurs sont induites par les outils de la loi du 2 janvier 2002.

Favoriser la circulation de la parole de l'ensemble des acteurs en instaurant des **lieux de paroles, des moments d'échanges et d'écoute** est primordial. Ainsi des réunions avec les usagers, les familles et le personnel devront être programmées à périodicités définies, des **questionnaires de satisfaction** régulièrement envoyés.

Pourquoi d'ailleurs, ne pas intégrer les usagers et leurs représentants au CVS (Conseil de vie sociale) de l'EHPAD ?

Ces lieux d'échanges (de groupe ou réduit à une cellule familiale) devraient permettre d'anticiper et d'aborder les sujets sensibles tel que l'accompagnement de fin de vie, les **directives anticipées**, le choix de **la personne de confiance** ; mais également **les limites de la prise en charge** de la personne à domicile, **l'accompagnement social proposé**.

Il appartiendra ainsi au directeur de rassembler, soignants, intervenants extérieurs et usagers vers une vision communément partagée du **lien social à maintenir ou à recouvrir** en fonction des **attentes exprimées** et ce, **grâce à un accompagnement personnalisé**.

2.2 Acquérir une culture commune

2.2.1 Une représentation de la vieillesse et un sens des valeurs à partager

La plupart des définitions recueillies sur le questionnaire de satisfaction renvoient la vieillesse à la notion de « perte » et de « dépendance ». Seulement 20% des agents, la définissent comme « la dernière période de la vie », « une étape de la vie où nos capacités diminuent ». Les discussions menées sur ce thème au sein du service font pourtant ressortir

une représentation s'éloignant du modèle « pathologique », la recentrant sur la place respective du soin et de la vie. L'occasion en fait pour les acteurs de « **repenser le maintien à domicile** »²² dans sa définition la plus simple : rester chez soi, éventuellement en dépit de l'âge, pour y mener sa vie avec tous les risques inhérents à ce choix, en conservant autant que la personne²³ le peut et le veut, sa place dans le milieu qui a été le sien. Maintenir une personne qui le souhaite à son domicile c'est donc bien lui permettre de rester sur le long terme chez elle, avec ses habitudes de vie. Il convient donc, de continuer à l'accompagner, la soutenir, la stimuler dans son autonomie et toutes ses **compétences résiduelles aussi bien physiques que psycho-sociales**.

A ce propos, CONNANGLE S²⁴ est le porteur en France d'un outil pertinent qui trouve son origine au Québec : **le SMAF**. C'est un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle qui permet de répondre à la demande **globale** de chaque personne, mais également de dresser **un plan d'intervention adapté** qu'il serait probablement intéressant d'utiliser et qui s'affiche comme le véritable pendant de la grille AGGIR.

2.2.2 Donner du sens au travail grâce à l'accompagnement personnalisé

Pour faire vivre cette représentation de la vieillesse : « la vie d'un individu qui se poursuit », et en faire le « slogan » d'un accompagnement personnalisé il est toutefois indispensable de **bien connaître la personne dans son « individualité »**. Pour cela, il est nécessaire de **lui consacrer du temps**. Or, cette notion du temps qui fait défaut est unanimement abordée par les agents. Ils en font souvent une « **valeur refuge** »²⁵ préférant s'en remettre à des tâches traditionnelles plutôt que d'y adjoindre d'autres dimensions. Ils sont aussi parfois dans l'attente de pouvoir passer du souhait au projet à condition qu'on leur en donne les moyens.

Afin de donner un sens au travail grâce à l'accompagnement personnalisé et ce, au delà de la **culture sanitaire** des aides soignants axée sur les soins d'hygiène, il sera donc nécessaire de transformer l'équilibre entre logique des tâches et logique de vie en remettant la personne âgée au centre de la préoccupation du service, ce qui en suppose une nécessaire réorganisation.

²² ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod, p. 33 .

²³ La loi 2007-308 du 5 mars 2007 reconnaît d'ailleurs, le droit « à l'autonomie de la volonté » des majeurs vulnérables et marque une évolution fondamentale dans les droits à la citoyenneté des majeurs protégés.

²⁴ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, de la relation aux motivations*, Paris : Editions Eres, p.112.

²⁵ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., op. cit. p. 97.

2.3 Une nécessaire réorganisation du service

Les missions du SSIAD recouvrent globalement **deux volets** : un volet **sanitaire** et un **volet** social inhérent au fait qu'en intervenant à domicile on s'immisce nécessairement dans l'intimité et la vie sociale des gens.

Aussi, afin d'assurer un meilleur suivi de la qualité de ses prestations, il convient de **renforcer l'encadrement**, revoir la **répartition des tâches et la fiche de poste** des deux IDE amenées à travailler ensemble depuis peu au sein du service.

L'une devra davantage suivre et participer aux tournées pour mieux encadrer les AS mais également suivre les soins en cours (ce qui jusqu'à présent n'était pas le cas et créait un handicap lors de la validation des cotations des actes infirmiers) l'autre, orientant sa fonction vers une prise en charge et **un suivi plus social**. C'est tout l'enjeu de l'organigramme.

2.3.1 L'enjeu de l'organigramme

Organiser régulièrement des visites de l'encadrement à domicile est une des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM²⁶ et relève de la **responsabilité** du directeur.

Cette mission confiée à l'**infirmière référente** entretiendrait **un contact direct sur le terrain** qui depuis plusieurs années fait défaut au service, et permettrait d'appréhender plus finement l'évolution de la situation de l'usager. Elle contribuerait au repérage et à l'analyse des signes d'alertes dans les relations intra-familiales ou autres, pouvant être génératrices de **maltraitance**, ainsi qu'au suivi des projets mis en œuvre. Ce travail viendrait compléter celui de sa collègue qui, positionnée, comme « **coordonnateur de projet** », serait plus particulièrement chargée d'animer le service (admissions des usagers, organisation, gestion du temps, suivi budgétaire jusqu'alors inexistant en son sein).

Il appartient donc au directeur de formaliser cette **délégation de responsabilité** lui permettant de se reposer sur une personne ressource.

Faisant le lien avec l'EHPAD ce « coordonnateur » accompagnerait par ailleurs, la délicate question du passage du domicile à l'accueil de jour, l'hébergement temporaire ou définitif en assimilant l'établissement à **une véritable plate-forme de répit** dont le SSIAD ferait partie intégrante. Cette approche paraît opportune pour **décloisonner les services** et cohérente dans le cadre d'un accompagnement social.

²⁶ op. cit. p. 6.

On rejoint ici l'idée de B HERVY, J.L SHAFF et R VERCAUTEREN qui, à côté de l'infirmier coordonnateur des soins, suggèrent de créer une fonction de « **coordonnateur social** »²⁷ ayant pour mission principale la construction du projet personnel de la personne, basé sur son écoute, ses attentes et ses besoins sur le plan psycho-social.

Il faudra donc lui définir **une fiche de poste**²⁸ allant en ce sens car ses missions sont à construire.

2.3.2 Accepter l'idée d'investir du temps

La répartition des tâches ainsi définies il conviendra de **modifier l'organisation du travail** afin de **dégager du temps**, actualiser les recueils de données relatifs à l'histoire et aux habitudes des usagers. Pour cela il importe que des « **référents** » désignés parmi les agents en aient la **responsabilité** et prennent le temps d'**écouter la personne**.

Les **plannings**, qui outre les horaires coupés n'apportent pas d'insatisfactions majeures, pourraient cependant être repensés en équipe avec pour objectifs de maintenir plus de régularité dans les visites, favoriser la relation de confiance entre « aidants » et « aidés » et positionner « le référent » comme **l'interlocuteur privilégié** de la personne.

S'adapter aux rythmes de vie en société est un autre challenge. La création d'un horaire de travail de 9 à 17 heures permettrait tout à la fois de **déplacer des tâches** (en mettant par exemple l'accent le matin sur les soins de confort) et de pouvoir proposer, l'après-midi, des **activités ciblées** dans le cadre **d'un projet d'accompagnement social**.

Afin de coordonner cette démarche, il paraît indéniable de revoir aussi **la procédure d'admission**, de **formaliser la tenue des dossiers** ainsi que les transmissions attendues avec, par exemple la mise en place de « **transmissions ciblées** ».

Ainsi, la mise en oeuvre d'actions concertées tenant compte des difficultés observées ou exprimées, contribuerait à parallèlement favoriser le sentiment de reconnaissance du personnel et à fédérer l'équipe autour d'un projet de service.

2.4 Fédérer l'équipe autour d'un projet de service

Il importe donc au directeur d'associer le personnel à la démarche, à la réalisation des actions pour que le changement ne soit pas subit mais co-écrit.

²⁷ op. cit., *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, Enjeux et méthodes*, p. 132.

²⁸ Annexe n°3

Le sentiment d'**appropriation** par le personnel facilite en effet la mise œuvre des projets. Il est cependant reconnu, qu'une équipe ancienne, n'ayant pas été accompagnée pour se restructurer régulièrement, constitue un handicap sérieux dans la création d'un projet d'équipe mais, qu'à l'inverse, cela peut devenir un atout grâce aux complicités nées dans le travail.

Dans notre cas, la problématique de management devra donc être fondée sur la reconstruction de motivations autour de la prise de conscience d'un travail évolutif²⁹ et négocié en équipe quant à la concrétisation d'un accompagnement personnalisé.

2.4.1 Aboutir à des prises de décisions négociées

« Accompagner la personne âgée consiste donc à l'aider à vivre, à préserver ou à recouvrer son autonomie, à lui redonner la capacité et le goût de faire, à lui laisser encore un pouvoir de décision aussi infime soit-il...Les adaptations à chacun des « cas » qui se présente au personnel doivent donc être discutées en équipe »³⁰et supposent une **réflexion pluridisciplinaire**. Il est donc primordial d'**organiser des réunions de travail**.

Mais, **la coopération**, le travail en réseau et en partenariat aboutissant à la signature de **conventions**, ne va, par contre, pas de soi. Un travail de communication de longue haleine, impliquant les intervenants médicaux, para-médicaux, les prestataires de service, les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux de proximité, y contribuerait.

Ainsi, **l'accompagnement social à domicile serait le fil conducteur, la valeur ajoutée d'un service portée en son sein par une politique de formation et d'évaluation.**

2.4.2 Accompagner l'équipe grâce à une politique de formation et d'évaluation

Le projet d'établissement de l'EHPAD prévoit la création d'un PASA³¹ et d'un accueil de Jour. Intégrer la formation d'« **assistant en gérontologie** » dans son **plan pluriannuel de formation**, devrait donc faire partie de son cahier des charges. Occasion pour les AS du SSIAD d'en bénéficier dans le cadre d'une **mutualisation** de moyens. Mais, outre l'éventuelle mise en place de cette nouvelle profession qui valorise le développement de

²⁹ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées*, De la relation humaine aux motivations, Ramonville Saint-Ange : Editions Eres, p.93.

³⁰ op. cit. 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées*, La culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles, Editions Erès, collection « Pratiques gérontologiques », p. 30.

³¹ op. cit. p. 3.

compétences spécifiques³² le directeur, dans un souci de professionnalisation des salariés, devra mettre en œuvre une **stratégie d'adaptation à l'emploi** au regard des populations accompagnées et des supports informatiques à mieux maîtriser³³. Ainsi, l'évolution de la **fiche métier** de l'AS³⁴ met par exemple l'accent sur une **dimension sociale accrue**, une meilleure compréhension du développement du **travail en réseau**. Il devra en être tenu compte dans l'élaboration de sa **fiche de poste** ainsi qu'au cours des **entretiens annuels d'évaluation**, où s'impliquer dans la démarche d'un accompagnement social personnalisé devrait faire partie des **objectifs à atteindre**.

Cette approche « psycho-sociale » du service attendu, nous renvoie par conséquent à **l'approche non médicamenteuse de la prise en charge** qui prend tout son sens lorsqu'il s'agit **d'animer des lieux où il y a encore de l'en-vie**³⁵.

Ainsi, ouvrir l'**animation** aux patients du SSIAD, grâce au contexte favorable entretenu au sein de l'EHPAD, **développer ses valeurs au quotidien auprès de l'utilisateur**, renforcerait **la connotation sociale d'un accompagnement personnalisé à domicile**.

2.5 L'animation à domicile : clef de voûte d'un accompagnement social

2.5.1 L'animation : une prise en charge innovante des personnes âgées

L'animation est un outil incontournable pour reconnaître la personne âgée dans son identité, comme un sujet ayant une histoire qui continue à se construire, pour l'écouter, l'accompagner dans son « chez soi » et se mettre à son service. Elle repose sur trois pôles : la compétence des agents, les valeurs qui la sous-tendent et les compétences de la personne³⁶. Ainsi, une réflexion menée sur « les valeurs de l'animation » avec les membres du personnel³⁷ a contribué à un changement de ses représentations.

En effet, **l'animation est une déclinaison d'activités envisagée à partir de valeurs repérées ; à partir d'une personne donnée**. Une piste de travail pour la rendre plus riche est de créer des projets non pas en partant de l'activité mais **des attentes de la personne âgée**.

³² Les activités d'un assistant en gérontologie visent la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes, concourent à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet personnalisé.

³³ Logiciel de soins et intranet.

³⁴ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2007, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Tome 2, Rennes : Editions ENSP, pp. 35-63.

³⁵ Les instituts GINESTE-MARESCOTTI et Agevillage, Colloque des approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, 3^{ème} édition, les 3-4 novembre 2010 et 2^{ème} édition, 12-13 novembre 2009, Paris. Consulté le 07/09/2010, disponible sur internet : <http://www.agevillage.com>

³⁶ Annexe n°4.

³⁷ Restitution de formation sur l'animation en gérontologie faite le 15/09/2010 dans les locaux de l'EHPAD.

Réfléchir aux « valeurs d'un SSIAD » devrait par ailleurs concourir à l'élaboration d'une « Charte des SSIAD Varois » avec la parole de l'utilisateur au centre de leurs préoccupations.

Ainsi, un changement de représentation alimenté par une réflexion éthique sur le sens donné au travail à domicile devrait permettre, grâce à l'animation, de faire vivre un axe de qualité de vie avec des usagers acteurs de leurs projets.

2.5.2 L'animation à domicile : un accompagnement social personnalisé

B HERVY³⁸, animateur-coordonnateur dans des hôpitaux gériatriques, auquel le secrétaire d'Etat aux personnes âgées en 2003, Hubert FALCO, avait confiée la mission « Vie sociale des personnes âgées », nous conforte dans cet optique. Il pose alors **les enjeux et les fondements d'une politique d'animation et de vie sociale en direction des personnes âgées**. Il met déjà en évidence la faiblesse, voire l'inexistence de la vie sociale à domicile qui, comme nous l'avons évoqué, se résume souvent au seul passage de l'aide à domicile. Dans la proposition n°19 de son rapport, il suggère, à l'instar des règles établies en établissement, de consacrer 90% des moyens et du temps alloué à l'aide à la vie quotidienne et 10% à l'aide à la vie sociale par le biais d'**animateurs** collaborant avec les aides à domicile. Il pense qu'il n'est plus possible d'affirmer qu'aujourd'hui nous ne pouvons pas développer des projets de vie sur ce secteur. D'ailleurs, les **appels à projets** lancés par la CNSA peuvent être un biais pour en concrétiser certains même si le site de notre étude n'y était pas prêt³⁹ jusqu'à présent.

Afin de répondre à l'esprit de la loi, aux différents changements et besoins sociétaux, n'est-il donc pas responsable d'anticiper et de s'adapter ?

C'est en ce sens que les maîtres mots de l'action managériale recouvrent les notions d'adaptation et de créativité, de capacité à imaginer des solutions dont on sait qu'elles ne seront pas forcément productives dans l'immédiat mais qui, à terme, se révéleront innovantes et porteuses de nouvelles façons de penser et de faire.⁴⁰

C'est dans cet esprit que peut se défendre ce projet de service et d'animation à domicile même s'il va à contre courant des idées reçues pour un SSIAD et de celles de l'environnement dans lequel il évolue (équipes, financeurs, familles parfois...).

³⁸ HERVY B., 2003, *Proposition pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Rapport de la mission « Vie sociale et personnes âgées », Rennes : Editions. ENSP, p. 111.

³⁹ Guide méthodologique d'appel à projets, publié le 30 août 2010, ARS (visité le 03.09.2010), disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr>

⁴⁰ EYNARD C., PIOU O , VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie, Principes, méthodes et cas pratiques*, Paris : Dunod, p. 24.

Conclusion

A ce stade de la rédaction, les recueils de données sont en cours d'actualisation, le contenu des dossiers mieux formalisé. Les essais « d'accompagnements personnalisés » ont été encouragés, planifiés, favorisés grâce à des aménagements d'horaires. Une enquête de satisfaction des usagers et de leur entourage est prévue afin d'en analyser l'impact : les premiers retours étant très positifs. Un plan de formation et d'évaluation accompagnera la démarche. Il conviendra toutefois de maintenir la dynamique du service sur les mois à venir et de tâcher de maintenir le cap car, l'une des infirmières du service a obtenu sa mutation au 1^{er} octobre 2010 et ne sera vraisemblablement pas remplacée avant janvier 2011.

L'élaboration d'un échéancier⁴¹ permettra de suivre l'évolution de ce projet qui, s'il me semble viable, ne résoudra pas entièrement, à mon sens, la situation du service qui reste préoccupante. Son activité stagne et, un fonctionnement basé sur un effectif réduit pendant plusieurs mois ne contribuera pas à recouvrer la collaboration des partenaires médico-sociaux, la confiance des médecins libéraux plus enclins à une approche strictement sanitaire. Sans doute faudra t'il aussi réfléchir à la mise en place d'astreintes, étudier leur impact financier ainsi que celui de l'éventuelle transformation d'un poste AS en poste IDE vu, qu'en outre, le coût des AMI⁴² facturés dépasseront les 77.000 euros prévus pour l'année et que nous nous dirigeons vers une réforme tarifaire voulue, à priori, à coût constant. Ce qui inquiète d'ailleurs la plupart des directeurs des SSIAD⁴³.

Dans un tel contexte, qui trace les contours d'un chantier émergent, c'est donc bien la détermination du directeur et la motivation d'une équipe en place qui reste le moteur de la réussite de la prise en charge personnalisée de la personne, à travers l'écoute de son projet mais aussi de son entourage et de la conjoncture économique.

L'intérêt de cette démarche de diversification pour le SSIAD, est de toutefois porter un regard nouveau sur le travail des AS qui font un métier difficile, souvent ingrat, avec un emploi du temps comprenant beaucoup d'horaires coupés. Dans sa dernière publication⁴⁴, l'observatoire de la Bass (branche sanitaire, sociale et médico-sociale) dresse justement le portrait d'une profession en forte croissance, consciente de son utilité sociale mais qui connaît des conditions de travail souvent jugées éprouvantes et conclut à la nécessaire

⁴¹ Annexe n°5

⁴² Actes Médicaux Infirmiers

⁴³ Communiqué de presse de la FNADEPA du 20 septembre 2010.

⁴⁴ Daovannary L., Portrait des aides soignants dans la Bass, publié le 24 septembre 2010, tsa actualité (visité le 28.09.2010), disponible sur internet : <http://www.tsa>

valorisation du secteur médico-social, notamment par la mise en avant du « prendre soin », mission propre à l'aide soignant.

Ainsi, l'**animation**, les **activités transférées à domicile** témoigneront à elles seules que le projet d'accompagnement est un enjeu pour demain, à condition de savoir les comprendre, les **intégrer dans les pratiques professionnelles, les évaluer** et surtout, à condition de ne pas les considérer comme des « annexes » des prises en charges sanitaires⁴⁵.

Il y a dans cette approche un refus de la fatalité du système où la personne âgée n'aurait plus rien à dire, où elle n'aurait qu'à accepter passivement son état de « vieux » tel que la société (la structure ou le service) le conçoit.

Mettre en actions nos pratiques, nos savoirs, consiste donc à apporter des réponses aux attentes formulées, implicitement ou explicitement, par les personnes âgées. Ces repérages d'attentes, comme les réponses apportées, ne sont plus l'exclusive d'une seule catégorie de professionnels mais le résultat d'un travail partagé. La demande est grande sur cette thématique parce que l'animation en gérontologie est arrivée aujourd'hui à une reconnaissance et à une maturité qui permet de la poser concrètement comme une valeur incontournable du « prendre soin »⁴⁶. Cette approche non médicamenteuse de la prise en charge de la personne âgée favorisant ainsi le maintien de ses liens sociaux, de sa qualité de vie, illustre des points que les ARS devront intégrer⁴⁷ dans leur projet régional de santé. Ils figurent d'ailleurs déjà dans la plupart des schémas départementaux et notamment dans celui du site de notre étude.⁴⁸

S'agit-il enfin d'attendre la résolution du chantier ministériel engagé sur le « 5^{ème} risque ⁴⁹ » (alors que le Plan Solidarité Grand âge 2007-2012⁵⁰ peine à se concrétiser) pour y faire écho? Les débats sont ouverts, les différences sont à entendre et à reconnaître, entre domicile et établissement parfois, entre métiers et nouvelles professions assurément, dans un contexte d'évolution des demandes, mais aussi d'évolution des exigences politiques, réglementaires, budgétaires, institutionnelles, culturelles et sociétales.

⁴⁵ FOURCADE S., adjointe au DGCS, 2010, assure que des liens très forts seront établis entre les politiques sociales et les politiques sanitaires et médico-sociales pilotées par les ARS. « Assurer la coordination avec le secteur social », Directions, n°76, p. 27.

⁴⁶ GINESTE Y., PELISSIER J., 2007, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris : Editions Armand Colin, pp. 226-275.

⁴⁷ GRARADJI N., juillet-août 2010, « De la définition des besoins aux projets », Directions, n°76, pp. 22-29.

⁴⁸ CONSEIL GENERAL DU VAR, 2008-2010, Schéma départemental personnes âgées, personnes handicapées, Groupe 6 : Accompagnement des personnes âgées à domicile, p. 84.

⁴⁹ Risque dépendance ou risque perte d'autonomie ; le 5^{ème} risque est un nouveau champ de la protection sociale. Une branche qui s'ajouterait à celles qui couvrent la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites et dont l'objectif serait d'attribuer une compensation personnalisée pour l'autonomie.

⁵⁰ BAS P., ministre délégué la sécurité sociale, aux personnes âgées, personnes handicapées et à la famille, *Plan Solidarité Grand âge* présenté le 27 juin 2006, CNSA (visité le 12.09.2010), disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr>

Sources & Bibliographie

Ouvrages

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Ange : Editions. Eres, 150 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées, La culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles*, Editions Erès, collection « Pratiques gérontologiques », 141 p.

ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod, 278 p.

EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie, principes, méthodes et cas pratiques*, Paris : Dunod, 272 p.

GINESTE Y., PELISSIER J., 2007, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris : Editions Armand Colin, 319 p.

HERVY B., SHAFF JL., VERCAUTEREN R., 2009, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées, Enjeux et méthodes*, Paris : Editions Erès, 175 p.

HERVY B., 2003, *Proposition pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Rapport de la mission « Vie sociale et personnes âgées », Rennes : Editions. ENSP, 159 p.

VAN DEN BULKE P., MONEME I., 1995, *Le management relationnel, Manager et managés sont dans un bateau*, Paris : Dunod, 164 p.

Manuels

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, 2009, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, Missions du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*, art L312-1 et L312-1-1 du CASF, 59 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DU VAR, 2008-2012, *Schéma départemental personnes âgées, personnes handicapées, Groupe 6 : Accompagnement des personnes âgées à domicile*, p. 84.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2007, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Tome 2*, Rennes : Editions ENSP, 326 p.

Revue et périodiques

CHAPELET N., avril 2010, « *Un nouveau modèle de tarification des SSIAD* », Bulletin UNASSI, 12 p.

GRARADJI N., juillet-août 2010, « *De la définition des besoins aux projets* », Directions, n° 76, pp. 22-29.

Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Loi n° 200262 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*, 12 février 2005, n° 36, p. 02353.

Sites internet

AGENCES REGIONALES DE SANTE. *Guide méthodologique d'appel à projets*, publié le 30 août 2010, ARS (visité le 03.09.2010), disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr>

BAS P., ministre délégué la sécurité sociale, aux personnes âgées, personnes handicapées et à la famille, *Plan Solidarité Grand âge* présenté le 27 juin 2006, CNSA (visité le 12.09.2010), disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr>

DAOVANNARY L., *Portrait des aides soignants dans la Bass*, publié le 24 septembre 2010, tsa actualité (visité le 28.09.2010), disponible sur internet : <http://www.tsa>

F.G., *Evolution du statut des aidants : 400 décideurs du monde la santé mobilisés aux Assises nationales de la proximiologie formulent 10 recommandations*, mis à jour le 13 avril 2010, Agevillage (visité le 11.07.2010), disponible sur internet : <http://www.agevillage.com>

Les instituts GINESTE-MARESCOTTI et Agevillage, *Colloque des approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer*, 3^{ème} édition, les 3-4 novembre 2010 et 2^{ème} édition, 12-13 novembre 2009, Paris (visité le 07.09.2010), disponible sur internet : <http://www.agevillage.com>

Support de cours

Mémoire M.I.S.P. 2010 : *La présentation de la bibliographie*, diffusée le 09.03.2010 par l'EHESP dans le cadre du DE.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Extrait du questionnaire de satisfaction du personnel

Annexe n°2 : Organisation du travail, effectif mobilisable et effectif requis

Annexe n°3 : Extrait de fiches de postes

Annexe n°4 : Les « 3 » pôles d'un projet d'animation

Annexe n° 5 : Tableau de bord et échéancier actions du SSIAD

Annexe n°1 : Extrait du questionnaire de satisfaction du personnel.

Dix-huit questionnaires, dont les questions ci-après ne sont que le reflet, ont été distribués mi-janvier avec un retour souhaité pour le 10 février 2010. Ils s'adressaient à tous les agents présents du S.S.I.A.D, étaient anonymes et avaient pour objectifs de cerner leur travail, les difficultés éventuellement rencontrées, mais aussi leurs attentes afin de pouvoir y répondre. Seize ont été retournés. Leurs résultats ont étayé ma réflexion tout au long de ce mémoire et ont fait l'objet d'une restitution lors d'une réunion de service le 30/09/2010.

Fonction :	Ancienneté dans la fonction :	Ancienneté dans le service
1° Quelle définition donneriez-vous de la vieillesse ? (<i>la caractériser en 2 ou 3 mots</i>)		
3° Connaissez vous précisément les tâches à accomplir lors de vos passages à domicile ?		
4° Votre travail, vous apporte t'il des satisfactions ?		
5° Votre travail vous permet t'il de prendre des initiatives ?		
6° Les directives que vous recevez de votre supérieur hiérarchique sont elles claires et précises ?		
7° Avez-vous le sentiment que votre travail est reconnu ?		
Que souhaitez-vous ajouter et quelles sont vos attentes en ce qui concerne votre poste de travail ?		
9° Des réunions de travail sont elles régulièrement organisées ?		
11° Avez-vous facilement accès aux informations relatives à la personne prise en charge?		
13° L'accompagnement personnalisé : est-ce une démarche claire pour vous ?		
14° Etes-vous prêt à vous impliquer dans cette démarche même si elle entraîne des changements dans vos habitudes de fonctionnement ?		
Quelles sont vos attentes quant à l'organisation et les projets du service ?		
15° Votre rythme de travail vous donne t'il satisfaction ?		
20° Vos supports de travail au S.S.I.A.D, vous donnent ils satisfaction ?		
22° Rencontrez-vous des difficultés pour collaborer avec : Les médecins : Les IDEL : Les auxiliaires de vies : Les intervenants para-médicaux :		
23° Rencontrez-vous des difficultés pour impliquer les familles ?		
Que souhaitez-vous ajouter, quelles sont vos attentes en ce qui concerne vos conditions de travail ?		
28° Avez-vous le sentiment d'être écouté par la direction ?		
29° Estimez-vous être bien informé sur la vie de l'établissement en général ?		
32° Pouvez-vous parler librement avec votre supérieur hiérarchique direct ?		
34° Les entretiens d'évaluation vous ont ils satisfaits ?		
35° Dans le cadre de ces entretiens, vous a t'on fixé des objectifs ?		
Que souhaitez-vous ajouter, quelles sont vos attentes à propos du dialogue et du climat social ?		

Annexe n°2 : Organisation du travail, effectif mobilisable et effectif requis.

1. Tableau des emplois.

Postes	SSIAD
Infirmiers Diplômés d'Etat	2
Aides Soignants	16
Adjoint administratif	1

2. Organisation du travail des aides-soignants.

L'organisation du travail est basée sur le déroulement de huit tournées assurées par les AS (sept le dimanche) ; quatre se déclinent en « horaires blocs » du lundi au samedi (de 6h15 à 12h45) pour 6h30 de travail effectif et quatre autres en horaires coupés (de 7h à 12h et de 15h45 à 19h) pour 8h 15 de travail effectif.

Une des infirmières remplace si besoin les agents absents.

3. Calcul de l'effectif AS requis

six jours sur sept : quatre tournées de 6,50 x (365-52) = 8138 heures

sept jours sur sept : quatre tournées de 8.25 x 365 = 12045 heures

Total heures : 20183

20183/1547(temps annuel attendu de travail) = 13.04 ETP x 10% d'absentéisme = 14.35.

Soit un effectif AS requis de 14.35 ETP

4. Tableau de l'effectif des aides-soignants.

Postes AS figurant au tableau des emplois	SSIAD	Effectif SSIAD au 3 ^{ème} Trimestre 2010	Effectif AS Budgétisé en ETP	Effectif mobilisable en ETP
AS	16	7 agents à 100 %	7	7
		6 agents à 80%	4.80	4.80
		1 agent en Congé maladie de Longue Durée jusqu'au 31/12/10 (a demandé sa mise à la retraite).	1	0
		3 agents en Contrat à Durée Déterminée sur maladie, compensation des temps partiels et disponibilité.	3	3
		Total effectif AS mobilisable		14.80
NB : 1 Adjoint administratif	En Maternité	Est remplacé par un AS affecté sur un poste aménagé (Secrétariat + animation EHPAD)	1	
		Total effectif AS Budgétisé	16.80	

Annexe n°3 : Extraits de fiches de postes.

Fonction de l'infirmier référent	L'infirmier référent est diplômé d'état. Il concourt à la coordination des soins des usagers pris en charge par le SSIAD. Il exerce sous la responsabilité de l'IDEC.
Spécificité de la fonction	<ul style="list-style-type: none"> - Participe à l'organisation d'interventions coordonnées permettant le maintien à domicile ou facilite le retour d'hospitalisation de personnes dépendantes ou handicapées. - Assure le suivi des activités des salariés du service, participe à la qualité des soins, leur organisation et leur évaluation, assure l'encadrement des étudiants en stage. - Participe à la bonne tenue des dossiers, la qualité des transmissions écrites et orales. - Assure des activités de soins, liés au décret de ses compétences. - Prévoit la mise en place du matériel médical adapté aux besoins. - Concourt à la coordination du service avec les acteurs sanitaires et médicaux-sociaux. - Assure le suivi des activités des IDEL ayant signé une convention avec le SSIAD, de la cotation de leurs actes en collaboration avec l'adjoint administratif du service.

Fonction de l'IDE coordonnateur	L'IDE coordonnateur est à minima un infirmier, un cadre de santé. Il est responsable du SSIAD et exerce sous l'autorité du directeur de l'EHPAD .
Spécificité de la fonction	<p>Coordonnateur social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il assure l'accueil et la prise en charge de l'utilisateur. - Informe les usagers, les familles, les intervenants médicaux et paramédicaux de l'organisation du service et de ses limites. - Signe le document de prise en charge individualisé (DPCI). - Valide, planifie, coordonne et assure le suivi des projets d'accompagnements personnalisés offerts à l'utilisateur en sollicitant toujours sa participation ou celle de son entourage. - Garantit la mise en œuvre du projet de service, de la qualité du « prendre soin », au sens global du terme ; la mise en place des outils réglementaires issus de la loi 2002-2 et de ses actualisations - Participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des axes stratégiques du SSIAD en lien avec les priorités définies au niveau départemental et régional. - Participe à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. - Assure la coordination du service avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du secteur. - Participe aux réunions avec les autres acteurs du maintien à domicile. <p>Management et suivi budgétaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manage l'équipe afin de satisfaire les besoins et les attentes de l'utilisateur ; élabore et suit la gestion du temps de travail. - Participe au suivi budgétaire du service.

Annexe n° 4 :

Les « 3 » pôles d'un projet d'animation : restitution de formation le 15/09/2010

1. Les compétences des agents et de leur réseau.	Lister les compétences de chacun permet de mettre en évidence le potentiel du réseau de chaque agent. Exemple : Coiffure - Soins esthétiques - Dessin - Chant - Animation d'ateliers mémoire - Ateliers de réminiscence - Tricot - Groupes de paroles - Lecture - Chasse Pêche - Bal musette - Filons pour petits cadeaux - Amicales - Musique...
2. Les Valeurs qui soutiennent les projets d'animation.	Ecoute - Echange - Adapter les activités et les stimulations aux limites des personnes - Valoriser - Stimuler - Etayer le désir - Etayer les capacités - Les personnes âgées sont des êtres en développement jusqu'au bout de la vie - Convivialité - Créer et maintenir le lien social - Narcissisation - Soutenir l'identité - Penser à créer des animations pour chacun et non en fonction de nos affinités - Intergénérationnel - Citoyenneté...
3. Les compétences des usagers.	Dans le premier temps de travail du groupe de formation, il a été repéré à quel point les agents connaissaient peu les individus dans les éléments de leur vie qui les constituent pour ce qu'ils sont. L'approche « animation en gérontologie » s'appuie pourtant sur ce concept de base : la personne âgée est un être en développement qui peut encore faire vivre un potentiel et réaliser de nouvelles expériences. Des pistes autour de certains usagers (ou résidents), ont pu être explorées, permettant de découvrir que lorsque nous partons de la vie des gens, de leurs goûts, de leurs intérêts, de leurs compétences, surgissent plein d'idées de « moments de vie », de « transmissions », de micro-projets individuels et/ou collectifs.

Pistes de travail :

Lorsque l'on travaille avec cette approche, l'**animation** ne devient plus qu'un **prétexte** au service du potentiel de la personne et de ses envies. En effet, il ne s'agit pas de faire pour faire : **l'animation est un moyen pas un but en soit.** Il convient donc, de savoir entendre dans les récits les plaisirs et les désirs, même quand les personnes disent « que c'est du passé...qu'on ne peut plus ». C'est sur ces aspects d'informations que doit reposer un projet d'accompagnement personnalisé qui, dans son élaboration, doit reposer sur son « sens » et les « valeurs » qui le sous-tendent.

Exemple :

Mme X : on en sait peu de choses, si ce n'est qu'elle était femme de ménage, avait de l'attention pour les autres. Elle est grabataire ... Elle n'a jamais vue la mer.

Des idées d'accompagnement personnalisé :

Elle a un grand savoir faire ménager ; pourquoi ne pas retranscrire les recettes de Mme X, ses astuces, confectionner des plats à partir de ses recettes ? Par ailleurs lui consacrer du temps en soins de confort car elle est grabataire et enfin, envisager une sortie à la mer.

Annexe n°5 : Tableau de bord et échéancier actions du SSIAD

	févr-10	mars-10	avr-10	mai-10	juin-10	juil-10	août 2010	sept-10	oct-10	nov-10	déc-10	janv-11	févr-11	mars-11	avr-11	mai-11	juin-11	juil-11	août 2011	sept-11	oct-11	nov-11	déc-11	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12	juil-12	out 2012	sept-12	oct-12	nov-12	déc-12	2013	2014	2015			
Enquête de satisfaction du personnel	■	■											■	■	■																										
Observation et entretiens analyse de l'existant	■	■	■	■	■	■																																			
Actualisations dossiers, procédure d'admission et formalisation de la traçabilité							■	■	■	■	■	■	■																												
Réunions mensuelles ; études cas concrets						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Réorganisation et aménagements d'horaires validés en CTE						■	■	■	■	■	■	■	■	■																											
Concrétisation accompagnements personnalisés à domicile et au sein de l'EHPAD						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboration du plan pluriannuel de formation								■																																	
Evaluation du personnel et objectifs à atteindre							■	■	■											■	■	■														■	■	■			
Communication sur les valeurs du SSIAD, son projet de service (tutelles et partenaires)							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Suivi budgétaire et sensibilisation à la réforme de tarification des SSIAD		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Organigramme SSIAD et fiches de postes IDEC							■																																		
Appel à candidatures et procédure d'embauche IDE référente									■	■	■																														
Encadrement régulier du personnel par IDE référente sur le terrain												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Enquête de satisfaction des usagers									■	■	■															■	■	■									■	■	■		
Formations axées sur l'animation en gérontologie												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Sensibilisation SMAF ?																				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Développement : partenariat ; coordination ; regroupement ?															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Charte SSIAD (CSV)												■	■	■	■	■	■	■																							
Démarche qualité, procédures, protocoles ; évaluations interne ; externe....															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
GEPC (fiches de postes, compétences, écarts...)												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Projet architectural et délocalisation du SSIAD																									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

NOTES D'OBSERVATION

Une journée dans la peau de l'usager

Aujourd'hui, mercredi 15 avril 2010, je suis partie « en tournée » avec une aide-soignante du service... Il est 7h45 et nous arrivons chez Mme Y. Elle habite en dehors du village, à la campagne dans une villa isolée. Le jour se lève. Le portail de sa maison est attaché avec un lacet de chaussure qui se dénoue très facilement sous nos doigts : c'est une piètre mesure de sécurité ! Le jardin est à l'abandon ; un abri de jardin devait dans le temps protéger une voiture. Une porte-fenêtre en contre bas d'une marche, au rez-de-chaussée est ouverte. L'AS que j'accompagne frappe à la vitre, attend qu'on lui réponde et entre. Mme Y attend, elle est seule, paraît heureuse de nous voir et nous accueille avec le sourire. Elle est déjà habillée d'un large tee-shirt et d'un bermuda ; assise sur une chaise en paille à côté d'une table jonchée de petits bouts de papiers qui lui servent apparemment de pense-bête. Elle nous dit avoir déjà pris son petit déjeuner, avoir mal dormi, être fatiguée, avoir fait sa toilette et ne pas avoir envie de prendre de douche. J'apprendrai plus tard que ce n'est probablement pas le cas et qu'il convient parfois d'un peu insister pour veiller à son hygiène. Elle montre les bas de contentions qu'il faut lui mettre et allonge sa jambe sur un tabouret. Elle a des petits pansements sur les mollets et les bras. Elle dit se cogner partout. La pièce où elle nous reçoit est encombrée de meubles. Sa vie paraît y être rassemblée.

A défaut de l'aider à faire sa toilette, l'AS prend le temps de lui masser les jambes et les pieds, les enduire de crème avant de lui glisser les bas et une paire de chaussettes usées. Mme Y dit attendre la podologue qui doit venir à 11 heures ; ses pieds ont effectivement besoin de soins. Elle nous montre le petit bout de papier où elle a noté le rendez-vous et s'assure auprès de nous qu'elle ne se trompe pas de jour. Rassurée, elle dit qu'elle va l'attendre et n'a de toute façon rien d'autre à faire. Dans la minute qui suit, elle réitère la même question à laquelle l'AS répond à nouveau dans le même sens puis note le soin effectué. Mme Y paraît vouloir nous retenir et poursuit la conversation : son aide ménagère « Nathalie » va être en congés mais elle ne souhaite pas qu'elle soit remplacée, elle va se débrouiller. Au moment de partir je lui dis revenir le soir et lui demande ce qu'elle va faire de sa journée. Elle me regarde tristement et d'un geste las me renvoie la question : « que voulez-vous que je fasse ? Vous savez, les journées sont longues depuis que j'ai perdu mon mari, je n'ai pas d'enfant. Avant on voyageait beaucoup, on sortait. Je vais attendre la podologue, c'est bien aujourd'hui qu'elle vient n'est-ce pas ? A ce soir...

L'intervention chez cette dame n'a pas duré plus de 20 minutes.

Il est 8h15, nous revenons vers le centre du village et il n'est pas facile de trouver un emplacement pour se garer. Chose faite, nous devons faire quelques pas avant d'arriver devant la porte de Mme T. L'AS sort un trousseau de clés de sa poche. Il porte un numéro (l'anonymat de la personne est préservé), elle ouvre la porte d'entrée de la maison. Nous sommes dans un couloir obscur ; la porte de gauche est celle de l'appartement de Mme T. L'AS l'ouvre avec la deuxième clé, frappe avant de rentrer sans attendre de réponse car, m'explique t'elle, Mme T ne l'entendra pas. Elle s'annonce en l'appelant familièrement par son prénom. M'introduire ainsi dans un lieu privé me rend mal à l'aise. J'ai l'impression de violer l'intimité de la personne chez laquelle nous pénétrons...Mme T est encore couchée. Je comprends qu'elle ne puisse pas nous entendre arriver car son lit médicalisé est installé dans une alcôve, à l'opposé de la porte d'entrée. Nous montons une marche pour parvenir jusqu'à elle. Elle paraît heureuse de nous voir, ne s'offusque pas de ma présence qu'elle accepte volontiers, répond à son tour familièrement au bonjour qui lui a été lancé : « ça me fait plaisir de te voir, ça fait un moment que je ne t'avais pas vu. L'infirmière est passée, elle m'a donné mon traitement. Je suis réveillée depuis 7h, j'ai envie d'aller aux toilettes ; il était temps que tu arrives ». L'AS la prend donc en charge tandis que je m'éloigne un peu et me perds dans mes pensées...Je suis en effet perplexe de constater à quel point cette personne paraît accepter une situation qui me serait insupportable mais vis à vis de laquelle elle s'est apparemment adaptée. Attendre que « quelqu'un passe » est son lot quotidien me dit-elle fataliste.

Mme T est corpulente ; sa manutention n'est pas facile. Elle doit s'appuyer sur l'AS pour descendre la marche et accéder à la pièce voisine. Elle s'aide d'un déambulateur pour atteindre une chaise percée où elle se soulage devant nous, sans aucune gêne apparente. L'AS procède ensuite à sa toilette ; Mme T se tient debout, les mains sur le bord de l'évier. Elle lui demande à plusieurs reprises si elle n'est pas fatiguée, si elle tient bien sur ses jambes. La toilette est succincte et rapide car peu sécurisée. L'AS lui met une protection avant de lui enfiler une culotte et un pantalon. Je me demande pourquoi lui mettre une protection alors que Mme T est encore en mesure de contrôler ses mictions...Oui, mais pendant combien de temps ? Jusqu'au prochain passage de l'AS...Rien n'est moins sûr... La chaise utilisée ne roule pas. Il faut à nouveau mobiliser Mme T pour rejoindre son fauteuil roulant et l'installer devant la table où elle prendra son petit déjeuner ...Sa prise en charge demande beaucoup de manutention et d'efforts aussi bien pour elle que pour l'AS ; il conviendrait d'y réfléchir... Mme T nous assure qu'elle va maintenant se débrouiller seule. Il est 9h et notre intervention se termine auprès d'elle ; nous reviendrons en fin de matinée pour l'aider à aller aux toilettes.

Le temps de récupérer la voiture, nous contournons l'artère principale du village en respectant le sens unique de la circulation. Nous parvenons ainsi vers 9h10 dans un lotissement au bout duquel habite Mme Th. Cette dernière reste chez sa fille qui l'héberge et vit dans une villa mitoyenne à étages, avec un petit jardin privatif. Lorsque nous arrivons Mme Th est déjà levée ; elle est en chemise de nuit, elle nous attend pour prendre ses médicaments un cigare aux lèvres. Sa fille est là, elle nous a préparé du café. Je me demande pourquoi passer donner un traitement alors qu'elle pourrait le faire. Je n'ai pas besoin de m'interroger très longtemps pour répondre à cette question : Mme Th invective sa fille, la traite de « catin » , dit qu'elle veut la faire enfermer, qu'elle n'attend qu'une chose : « sa mort » pour en être débarrassée, qu'elle veut l'empoisonner...

A l'évidence, sa fille est à bout. Elle lève les yeux au ciel, paraît désespérée. Mme Th prend son traitement (qui était préparé dans un semainier), sans aucun problème puis accepte de se faire laver les pieds. Elle affirme que « pour le reste » elle n'a pas besoin d'aide. Pendant le soin elle nous prend à témoin et déblatère sur le compte de sa fille. Cette dernière finit par riposter ce qui ne fait qu'amplifier la colère de sa mère qui paraît à deux doigts de passer à l'acte. Je ne sais alors s'il faut partir (car la mère a l'air de profiter de notre présence pour extérioriser sa violence) ou rester, au risque de devoir intervenir et ne plus jouer un rôle modérateur...La tension finalement retombe, nous devons continuer notre tournée. Notre visite a été brève ; elle n'a pas duré plus d'un quart d'heure ce qui me paraît bien insuffisant pour développer une prise en charge de qualité face à une telle détresse familiale...

...Il est 11h30 : nous revenons chez Mme T. Elle est assise sur son fauteuil roulant près de la fenêtre ; elle nous attend. Lors de ce deuxième passage, je m'attarde davantage sur l'intérieur de cet appartement. Des photos de famille sont disposées sur tous les meubles. Mme T me les commentent : « là c'est mon petit fils, le fils de ma fille, là c'est ma fille et mon fils...Je vis ici depuis une dizaine d'années. Je suis venue y habiter avec mon mari car il offrait l'avantage d'être en rez-de-chaussée...Mais, maintenant que je suis seule, je ne peux de toute façon en sortir sans être accompagnée et les journées sont longues. Ma fille ne veut pas que j'aie en maison de retraite ».

Pour faciliter l'accès d'une pièce à l'autre, la porte de séparation entre la cuisine et la salle à manger a été enlevée. L'AS dirige Mme T pour l'installer sur sa chaise percée où elle continue à nous parler demandant des nouvelles des uns et des autres. Puis, elle se redresse en s'appuyant et en se penchant sur son déambulateur afin qu'on puisse lui essuyer les

fesses offertes ainsi à la vue de l'aide ménagère qui vient de rentrer dans l'appartement ! Je trouve la position de Mme T dégradante mais elle, ne paraît pas s'en offusquer ; l'aide ménagère non plus d'ailleurs. Elle met table et fais réchauffer le repas alors que l'AS rhabille Mme T. Une odeur de cuisine se mélange à celle des excréments qui sont toujours dans le seau hygiénique. L'aide ménagère est pressée et ne paraît pas satisfaite de devoir attendre que Mme T soit prête pour pouvoir l'installer à table d'autant plus que le kinésithérapeute va bientôt arriver et qu'elle risque de ne pas avoir le temps de manger dit-elle...Il serait judicieux de mieux coordonner nos interventions afin que l'intimité et la dignité de Mme T soit mieux respectée même si elle se laisse faire et paraît s'accommoder d'une situation qui me laisse un goût amer.

12h10, nous sommes maintenant chez Mme Th. Elle est assise dehors et lit une revue, le cigare aux lèvres. Elle sourit à notre arrivée et paraît avoir occulté l'incident du matin. Le temps de lui donner son traitement de midi, de nous assurer qu'elle a de quoi manger (sa fille s'est absentée) et nous voilà déjà parties...L'AS finit son service à 12h45 ; il lui faut encore aller garer la voiture, ramener les clefs au bureau, écrire et faire part de ses transmissions...Elle n'a apparemment pas le temps de beaucoup pouvoir s'attarder...

La « tournée » de l'après-midi commence à 15h45.

Le temps de lire les transmissions et d'aller chercher la voiture au parking, il est 16h15 et nous sommes déjà chez Mme Y.

Elle est toujours assise près de la table et le temps paraît s'être arrêté depuis notre dernier passage : elle est dans la même position, dans la même tenue. Elle nous attend pour enlever ses bas de contentions...Je trouve qu'il est un peu tôt pour ça...Les gestes du matin paraissent se reproduire à l'envers : l'AS lui enlève ses chaussettes usées, les bas, lui enduit les pieds et les mollets de crème. Mme Y se laisse faire...notre visite ressemble à un prétexte, voire un rituel, auquel elle tient. Elle entame la conversation me montrant la photo aérienne de sa maison accrochée au mur, ajoute que c'est son mari qui l'avait construite...Un sourire attendri et nostalgique éclaire son visage...Elle nous dit que la podologue n'est pas venue...Nous sommes en début de tournée, je sens que l'AS n'a pas de temps à perdre en conversation or, c'est ce que Mme Y paraît attendre de notre visite qui en fait ne s'éternise pas plus de 10 minutes...Elle nous raccompagne jusqu'au portail, s'inquiète de savoir « qui » passera demain et nous regarde partir tristement...

...Il est maintenant plus de 18 heures, nous retournons chez Mme Th pour lui donner son traitement du soir. Sa fille est là, elle paraît alcoolisée, elle a le visage fatigué. J'ai le sentiment qu'elle a besoin de répit. Mme T a encore le cigare à la bouche : j'ai l'impression qu'elle ne fait que ça : fumer toute la journée. Elle nous accueille avec le sourire mais a un geste dédaigneux pour sa fille. L'AS sort les médicaments du pilulier et les lui donne. Nous ne nous éternisons pas. Il faut encore aller chez Mme T pour l'aider à se coucher. L'AS finit son service à 19 heures.

18h30, nous avons quitté la voiture et terminons notre tournée » à pieds. Mme T est assise sur son fauteuil roulant, devant la télévision : elle regarde « questions pour un champion ». L'aide ménagère est déjà passée. Mme T a mangé et nous attend pour aller se coucher. L'AS la prend en charge et, le scénario du « lever » se déroule en sens inverse. Il est 18h45 nous quittons l'appartement de Mme T après avoir refermé sa porte à clef.

Il est 19h, ma journée passée auprès de ces trois usagers se termine. J'ai la désagréable sensation d'avoir mis les pieds dans un autre monde : celui du domicile. Un monde fait de non dit et de silence, d'acceptation, de contraintes, d'impuissance, de tristesse, de misère voire parfois de soumission. Je n'y ai pas retrouvé la vie que j'attendais mais j'y ai malgré tout ressenti de l'envie. Cela me conforte dans l'idée, que le maintien à domicile de la personne âgée est à considérer au delà de son approche sanitaire, au risque d'y perdre du sens et de l'intérêt.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Approche méthodologique et objectifs poursuivis par ce travail d'observation

Annexe n°2 : Guide d'observation

Annexe n°1 : Approche méthodologique et objectifs poursuivis par ce travail d'observation

1. Méthodologie :

Passer toute une journée chez un usager à domicile est trop intrusif. Pour répondre cependant à la commande, il m'est apparu intéressant d'adapter ma démarche et de suivre plusieurs tournées (une le matin de 6h30 à 12h45, une autre le soir de 15h45 à 19h), afin d'observer le déroulement de quelques interventions auprès de personnes prises en charge. L'échantillon de la population choisie illustre, à mon sens, des situations régulièrement rencontrées avec l'avantage de pouvoir ainsi les observer à deux ou trois reprises sur la même journée. En effet, les passages chez les personnes ciblées sont prévus sur une même tournée tous les matins puis en fin de matinée pour deux d'entre elles. On les revoit le soir pour une ultime prise en charge.

2. Description succincte des cas ciblés :

1°Mme Y : elle présente des troubles cognitifs, notamment des pertes de mémoire immédiate. Elle vit seule dans une villa. Elle est veuve et n'a pas d'enfant.

2°Mme T : elle vit seule au rez-de-chaussée d'une maison de village. Ses enfants vivent dans la même commune ou à proximité. C'est une personne à mobilité réduite, qui se déplace sur un fauteuil roulant.

3°Mme Th : elle vit avec sa fille dans une villa à étages, située dans un lotissement. Elle présente un stade débutant de la maladie d'Alzheimer. Elle est valide.

3. Objectifs poursuivis par ce travail d'observation :

Mon objectif est de me plonger dans la peau d'un observateur accompagnant un professionnel. Je suis sans à priori sur les situations que je vais rencontrer et le lieu de vie des personnes âgées prises en charge.

Ouverte à tout ce que je pourrais remarquer, mon but est d'analyser le déroulement de l'intervention elle-même, le temps qui lui est consacré, les réactions et les propos tenus par l'usager, son attitude, ses attentes implicites ou explicites ; d'alimenter ma réflexion sur le thème développé dans mon mémoire sur « l'accompagnement personnalisé de la personne âgée prise en charge à domicile ».

Annexe n°2 : Guide d'observation

1. Respect des droits et des libertés de la personne et de son autonomie.

La personne a-t-elle accès aux soins qui lui sont utiles ?

Son intimité est-elle respectée : dès l'entrée au domicile et pendant le soin.

Ses attentes, ses envies ou ses désirs sont-ils exprimés et respectés ?

Rapport au temps et attitude d'écoute ; capacité à entrer en relation, à échanger ?

Le domicile est-il confortable et adapté à l'état de la personne ?

la personne a-t-elle « investi » son logement, a-t-il une âme ? Est-il le reflet d'un choix de vie, de son histoire, de ses croyances ? (aménagement de l'intérieur, photos, meubles).

Liens sociaux et intergénérationnels :

Afin d'évaluer l'existence ou pas de liens sociaux, y associer une question (support d'un entretien semi-directif), du style : qu'avez-vous fait depuis notre départ ?

2. Respect des rythmes et des habitudes de vie de la personne.

L'horaire et le temps d'intervention paraissent-ils satisfaisant ?

Est-ce que la personne nous attend ?

Paraît-elle satisfaite, impatiente de nous voir ?

Paraît-elle souhaiter que l'on s'attarde avec elle ?

Même observation (si la personne ne vit pas seule) vis à vis de l'aidant.

Habitudes de vie : dans la mesure où plusieurs passages sont possibles chez une même personne : repérer sa position, son attitude, ses éventuelles activités (et/ou son plaisir à faire), au départ de l'agent, ainsi qu'à son retour.

Coordination des intervenants : plusieurs intervenants sont-ils présents en même temps ?

Leurs passages paraissent-ils coordonnés ?