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

Promotion : **2009-2010**

Le Directeur garant du respect des droits des résidents en EHPAD : l'enjeu d'un projet personnalisé par et pour le résident.

Geneviève DREYER

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 : K. CHAUVIN

Remerciements

Mes remerciements à Monsieur Philippe PARET, Directeur,
pour son soutien tout au long de cette formation et nos échanges sur ce projet,

à Madame Hélène NOT Cadre supérieur de santé pour ses conseils avisés,

à Madame Eliane WOESSNER Cadre de santé pour son implication

et à l'ensemble des agents de l'établissement
pour leur travail au quotidien auprès des personnes âgées.

« Bâtir chaque jour une belle journée »[1]

[1] *Concept de la maison CARPE DIEM – Trois rivières CANADA*

S o m m a i r e

Introduction

PARTIE 1 : PRESENTATION ET CADRE JURIDIQUE

1.1. Présentation de l'établissement

1.2. Le public accueillit : des résidents âgés à forte dépendance

1.3. Le projet d'établissement et le projet de vie institutionnel

1.4. Des valeurs partagées en équipe

1.5. L'entourage familial : un allié dans la prise en charge

PARTIE 2 : LE PROJET PERSONNALISE : UN CONCEPT A DEVELOPPER OU UNE OPTION LEGIFEREE ?

2.1. La situation actuelle du projet personnalisé au sein de l'établissement : une première démarche engagée

2.1.1. Les premiers contacts : le début d'une vie commune

2.1.2. Une seconde étape : la rencontre pluridisciplinaire

2.2. Mon analyse : points forts et constats

2.3. Donner un sens au projet : la clé vers un nouveau regard sur la personne âgée.

PARTIE 3 : L'ENGAGEMENT DU DIRECTEUR AUX COTES DE SES EQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

3.1. La mobilisation des acteurs :

3.1.1. Le directeur : l'instigateur d'une démarche dynamique

3.1.2. le résident et ses proches au cœur du dispositif

3.1.3. les professionnels en lien avec le résident : vers un nouveau regard.

3.1.4. le référent : un interlocuteur privilégié

3.2. La conceptualisation d'une démarche pleine de sens : 6 phases pour une démarche pas à pas.

Phase 1 : Premiers contacts et premier recueil des attentes de la personne

Phase 2 : Analyse partagée de la situation avec objectivation des éléments d'analyse

Phase 3 : Co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes

Phase 4 : Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations, moyens alloués au projet

Phase 5 : Mise en œuvre, bilans, intermédiaires, et ajustements pour répondre aux évolutions

Phase 6 : Co-évaluation du projet personnalisé pour procéder à une réactualisation

3.3. Les supports du projet personnalisé.

CONCLUSION

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Analyse gérontologique groupe iso-ressources

AFNOR : Association française de normalisation

AMP : Aide médico-psychologique

ANFH : Agence nationale pour la formation des hospitaliers

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

AS : Aide-soignant(e)

ASH : Agent des services hospitaliers

CAE : Contrat d'accompagnement à l'emploi

CVS : Conseil de la vie sociale

DIPC : Document individuel de prise en charge

EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

ETP : Equivalent temps plein

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : Gir moyen pondéré

IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'état

Introduction

La révolution de la longévité est en marche : en un siècle nous avons gagné plus de 30 ans d'espérance de vie et selon les derniers chiffres les plus de 85 ans passeront de 1 à 2 millions dans les 10 années à venir[2]. Ce vieillissement n'est pas sans conséquences, la principale étant la perte d'autonomie et l'entrée en institution de personnes âgées de plus en plus dépendantes.

Face à ce défi démographique, les établissements hébergeant des personnes âgées ont connus des mutations importantes depuis une trentaine d'années : de la période d'humanisation consistant à construire et rénover dans l'objectif de développer le confort et la prestation hôtelière, aujourd'hui il est question de qualité de vie, de bientraitance, de respect des droits et de libertés individuelles et d'individualisation des prises en charge.

L'intégration de la reconnaissance des droits des malades et des usagers s'est donc faite progressivement pour aboutir à deux lois fondamentales en date du 2 janvier 2002 (loi N°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale) et en date du 4 mars 2002 (loi 2002-203 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). L'objectif des politiques publiques est de promouvoir un accompagnement individualisé qui réponde aux choix, aux besoins aux désirs et aux attentes des personnes afin qu'elles restent actrices de leur propre vie le plus longtemps possible.

Mais comment ces notions d'accompagnement individualisé peuvent elles être mises en œuvre au sein d'une structure hébergeant des personnes âgées dépendantes ? Comment personnaliser une prise en charge dans un environnement et une organisation collectifs ? Comment adapter les pratiques professionnelles quotidiennes pour répondre aux souhaits individualisés ? Comment faire adhérer l'ensemble des équipes ? Pourquoi cette obligation d'écrire et de formaliser un projet de vie ? Quel impact cette contractualisation peut elle avoir sur le fonctionnement et les moyens à mettre en œuvre ?

Ce questionnement est omniprésent au sein de l'équipe de direction de l'établissement ou je suis en fonction. La volonté de répondre individuellement aux besoins de ses résidents est clairement traduite au sein de son projet d'établissement élaboré en concertation avec l'ensemble du personnel courant 2009, néanmoins la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement personnalisé reste difficile et laisse à l'ensemble des acteurs un sentiment d'insatisfaction.

---

[2] *source agevillage : http://www.agevillage.com/sousTheme-240-demographie-et-vieillissement.html*

Attaché d'administration hospitalière, j'occupe depuis le 1er décembre 2009 le poste d'adjointe au directeur au sein d'un EHPAD de 87 lits d'hébergement et 15 places d'accueil de jour Alzheimer dans le cadre d'une direction commune avec un hôpital local. Dans le cadre de cette fonction j'assure la direction opérationnelle comprenant la gestion quotidienne mais également la mise en œuvre des projets institutionnels. Dès les premiers mois de ma prise de fonction je me suis retrouvée confrontée à des interpellations et des problématiques inhérentes à la prise en charge des personnes âgées. Ce domaine étant pour moi une nouveauté, il m'aura fallut le temps du questionnement, de l'observation, de la formation, des échanges avec les équipes et d'autres professionnels, pour analyser et comprendre les réalités du terrain.

Ce « mémoire projet » s'inscrit dans cette démarche ainsi que de mon évolution personnelle dans la fonction de directrice d'EHPAD. Après une brève présentation de l'établissement et de son organisation dans la première partie, je m'intéresserai ensuite plus particulièrement à la situation du projet personnalisé et des difficultés d'appréhension pour terminer par ma stratégie et mon engagement pour mettre en œuvre un projet personnalisé par et pour le résident.

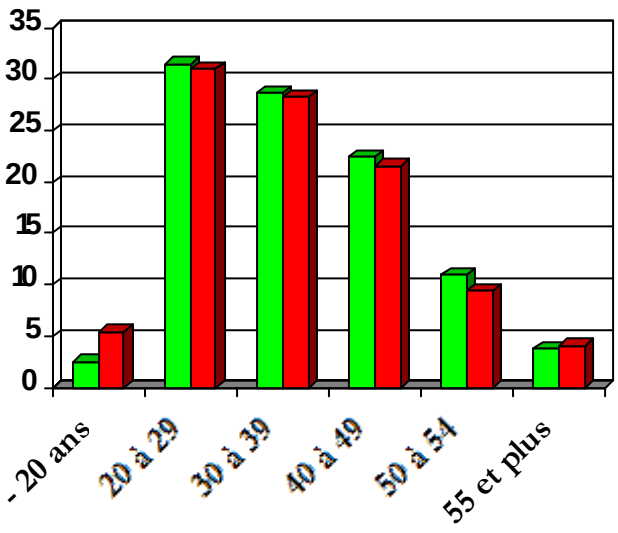
PARTIE 1 : PRESENTATION ET CADRE JURIDIQUE

1.1. Présentation de l'établissement

Il s'agit d'un EHPAD de 87 lits et 15 places d'accueil de jour Alzheimer. L'établissement a ouvert ses portes en 1990, il se situe à la périphérie d'une grande ville. Il s'agit d'un établissement public ayant signé une convention tripartite en 2005 et en attente de son renouvellement. Depuis septembre 2009 cet EHPAD fonctionne en direction commune avec un Hôpital Local de 110 lits et distant d'une vingtaine de kilomètres. L'établissement est engagé dans une démarche qualité des Normes NF Service AFNOR 386 et X 50-058 Services des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Pour répondre à ses missions de soins et d'hébergement l'établissement dispose d'un personnel de qualification diverses :

CATEGORIE	ETP
Direction, administration	3,8
Services généraux	1
Animation	1
Psychologue	0,7
ASH	20,8
AS/AMP	22
IDE	4
Infirmière référente, faisant fonction de cadre de santé	1
Médecin	0,3
Personnel de remplacement	1,16
CAE	2,66
Cuisine (sous traitance)	4,75
TOTAL	63,17



La pyramide des âges indique que le personnel est plutôt jeune.

1.2. Le public accueillit : des résidents âgés à forte dépendance

Les personnes accueillies sont des personnes âgées dépendantes, en perte d'autonomie, vulnérables et pour lesquelles la vie à domicile n'est plus envisageable. Ils sont originaires essentiellement d'une zone urbaine ou périurbaine.

L'âge moyen est de 83 ans, les tranches d'âge les plus représentées sont :

75 à 79 ans : 36,04 %

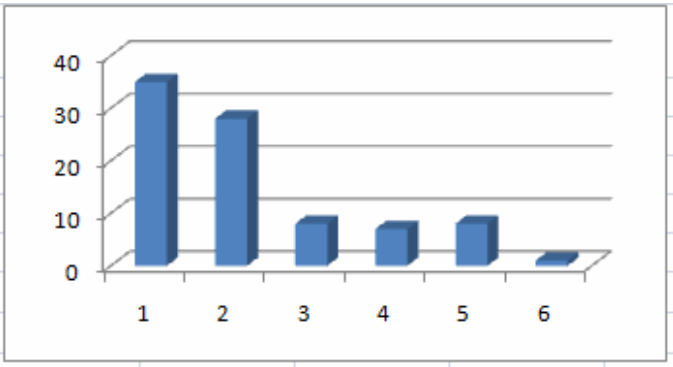
80 à 84 ans : 31,39 %

85 à 89 ans : 36,04 %

Plus de 90 ans : 12,79 %

Selon la grille AGGIR, le niveau de dépendance des résidents est le suivant :

NBRE PERSONNES	POINTS GIR	GMP
35	35000	
28	23520	
8	5280	
7	2940	
8	2000	
1	70	
87	**68810**	**790.92**



Les caractéristiques :

80 % des résidents présentent des altérations des fonctions supérieures : maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Le taux d'occupation depuis le début de l'année 2010 est de 95.24%.

1.3. Le projet d'établissement et le projet de vie institutionnel

Le projet d'établissement a été approuvé par les instances fin 2009. Il définit la stratégie de l'établissement pour les 5 prochaines années.
Ses missions[3] sont déclinées dans le projet et consistent à :

- Assurer aux résidents les soins pour les gestes de la vie courante, les soins médicaux et techniques et les soins relationnels ;
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes ;
- Elaborer un projet de vie personnalisé pour chaque résident dans le souci de sa qualité de vie ;
- Assurer l'accompagnement des familles et des proches.

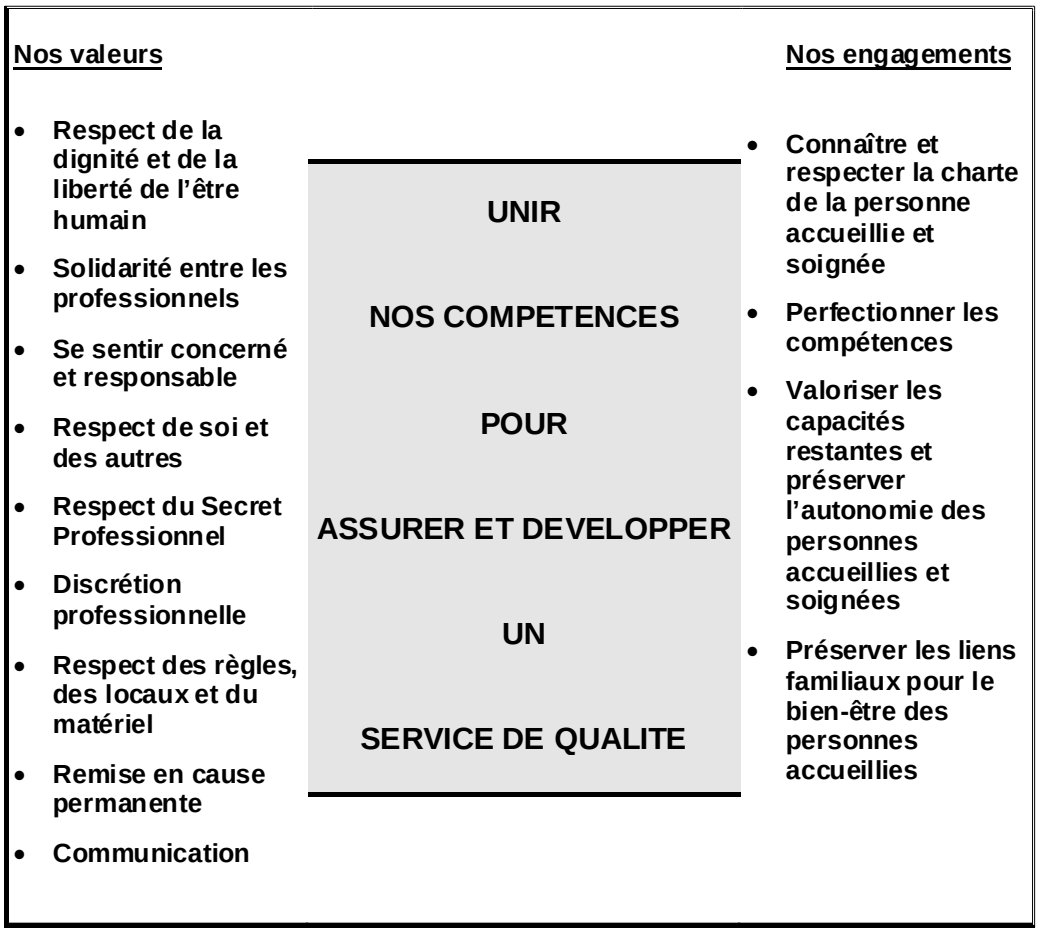
Le projet de vie institutionnel fait partie intégrante du projet d'établissement à côté du projet de soins dont il est le complément. Il a été travaillé en groupe de travail pluridisciplinaire et vise à améliorer le quotidien des personnes âgées, quelles que soient leurs capacités, les reconnaissants sujets de droit, acteurs de leur vie.
Chaque objectif est décliné en plan d'action comprenant un responsable ainsi qu'une échéance de réalisation, l'ensemble est intégré au plan d'amélioration continue de la qualité.

1.4. Des valeurs partagées en équipe

Un groupe pluridisciplinaire dont les missions ont consisté à définir les axes stratégiques et les objectifs du projet de vie, de soins et d'animation a travaillé sur l'élaboration des valeurs indispensables à un prendre soin gérontologique de qualité : *« …le prendre soin c'est respecter la personne dans son intégrité en lui inspirant un sentiment de confiance et de sécurité : c'est être à l'écoute, répondre à ses besoins et ses envies, sans l'infantiliser et respecter sa pudeur en toutes circonstances, c'est l'appeler par son nom (précédé de M. ou Mme) et la vouvoyer, c'est respecter son vécu et ses souhaits… »*

Les valeurs retenues et partagées par tous les professionnels, qui guident l'accompagnement des résidents et de leurs familles, et donnent du sens à l'action, sont déclinées comme suit :

[3] *Projet d'établissement 2010-2014*



Ces valeurs et cette conception du prendre soin gérontologique ont été transmis à l'ensemble des équipes lors de réunions pluridisciplinaires.

1.5. L'entourage familial : un allié dans la prise en charge

Les relations avec l'entourage familial et les représentants légaux sont favorisées au sein de la structure. Lors de son admission dans l'établissement l'encadrement et l'équipe met tout en œuvre afin d'instaurer des relations cordiales et de confiance mutuelle avec les familles.

Aucun horaire de visite n'est imposé, l'entourage familial à la possibilité de visiter son proche à tout moment et de l'assister dans les actes de la vie quotidienne (aide au repas par exemple).

Conformément aux dispositions de la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 et au décret n°91-1415 du 31 décembre 1991, un conseil de la vie sociale est institué. Il est composé de 2 représentants des résidents, 3 représentants des familles, 1 représentant du personnel, le Directeur ou son représentant. Ce conseil donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement. Lors de sa création les familles ont été sollicitées pour y participer et les comptes rendus des réunions sont affichés au sein de l'établissement.

Les membres des familles sont également sollicités pour leur participation à la commission des menus qui est organisée mensuellement.
Depuis 2010 une réunion annuelle à laquelle sont conviées les résidents et leurs proches a lieu, cette réunion est l'occasion de restituer les enquêtes de satisfaction, de présenter les projets de l'EHPAD et leurs avancées. Elle est suivie d'un buffet, qui est également un moment d'échange convivial avec et entre les familles.
Ma présence quotidienne et l'implantation géographique de mon bureau au centre de l'institution me permet de rencontrer bon nombre de familles et d'échanger avec elles sur la prise en charge de leur proche. Un registre des plaintes existe, toute plainte fait l'objet d'une analyse, d'une rencontre avec les plaignants d'une réponse écrite et d'une information au CVS.

PARTIE 2 : LE PROJET PERSONNALISE : UN CONCEPT A DEVELOPPER OU UNE OPTION LEGIFEREE ?

2.1. La situation actuelle du projet personnalisé au sein de l'établissement : une première démarche engagée

La mise en œuvre du projet personnalisé au sein de la structure a démarré depuis plus d'une année à l'initiative de la direction et de la cadre de santé et suite aux séances de travail sur le projet d'établissement.

2.1.1. Les premiers contacts : le début d'une vie commune

Le résident a la possibilité d'apporter un minimum de petits meubles, de photos et d'effets personnels qui vont lui permettre de se rassurer, de se raccrocher à des petits bonheurs et de garder un contact avec son ancienne vie.
Lors de l'admission une soignante référente est nommée par la cadre de santé, elle assiste le résident et ses proches lors de son installation et recueille les informations relatives à l'histoire de vie du résident, à ses souhaits et désirs pour son quotidien (heure de réveil, souhaits pour le petit déjeuner, habitudes alimentaires, participations aux animations…). La référente participe au repas d'accueil pris dans la salle à manger collective avec le résident et ses proches. Ce moment convivial instaure la confiance et facilite les échanges. La soignante référente transmet les informations recueillies à toute l'équipe lors des transmissions suivantes et retranscris les informations dans le dossier patient informatisé.

2.1.2. Une seconde étape : la rencontre pluridisicplinaire

Dans cette seconde étape une réunion pluridisciplinaire est organisée au cours de laquelle sont rédigés les projets appelés aujourd'hui « projet de vie ». Le choix des résidents pour cette 2ème étape est souvent motivé par une problématique particulière (difficulté de prise en charge, problèmes avec la famille, difficultés de communication…). Les personnes sont informées oralement par la cadre de santé qui leur fait part du concept de projet de vie.

Lors de cette réunion les informations sont recueillies sous forme de questions diverses non formalisées, il s'agit plus d'un échange convivial sans ligne directrice précise.

La rédaction est faite en direct sur un ordinateur portable par la cadre de santé ou la psychologue dans le dossier patient informatisé, ce support permet la lecture des informations dès le lendemain par l'ensemble de l'équipe.

Le groupe présent est important : autour de la table le médecin coordonnateur, la directrice adjointe, la cadre de santé, la psychologue, l'infirmière de secteur, la soignante référente, la gouvernante, quelquefois une 2ème personne de l'équipe, soit près de 8 personnes auxquelles se rajoutent le résident et sa famille.

Cette réunion se déroule dans la salle de réunion de la structure, c'est une pièce toute en longueur avec une grande table centrale. Les professionnels s'installent de part et d'autre de la table le résident est placé à l'extrémité en « chef de table ». La durée de la réunion est variable de 1 à 1 heures 30.

2.2. Mon analyse sur cette mise en œuvre : points forts et constats.

Depuis mon entrée dans l'établissement j'ai assisté à l'élaboration de 4 « projets de vie » contractualisés et réalisés dans les conditions décrites au point 2.1.2.

Les points forts se situent dans l'accueil du résident et de ses proches le jour de son admission. La nomination et la présence d'un soignant référent, véritable personne ressource et repère tout au long du séjour tant pour le résident que ses proches est un véritable atout. Toutes les conditions sont réunies pour faire de l'accueil un moment propice au recueil des habitudes de vie et des premières attentes. La retranscription des informations sur un support informatique partagé par toute l'équipe est positive.

La seconde étape du projet se révèle insatisfaisante. Les résidents et leur famille sont informés de façon orale par la cadre de santé d'une réunion « projet de vie », elle répond aux questions que les personnes peuvent se poser, mais aucun support n'existe et l'information reste succincte. Les résidents sont conviés à cette réunion dans un espace qu'ils ne connaissent pas ou peu : ils arrivent souvent inquiets voir perturbés tant par le changement de cadre que par l'intitulé de la réunion. Le nombre des personnes présentes est trop important et la configuration de la table plutôt intimidant pour le résident et ses

proches. Le déroulement de la réunion est aléatoire, les personnes prennent la parole sans ordre et sans concertation préalable.

Même si le médecin coordonnateur est quelquefois présent (temps de présence dans l'établissement 3 ½ journées par semaine), il n'est pas participatif et n'intervient à aucun moment dans l'élaboration du plan d'action.

J'ai constaté lors de ces réunions que plusieurs résidents ne comprenaient pas ce que l'on attend d'eux, répondre aux questions sur les objectifs de leur « projet de vie » paraît difficile. A ces difficultés d'expression, le groupe répond par des propositions, des questions, des incitations diverses. Le risque de transcription du projet comme une interprétation de l'équipe ou des proches est réel.

Les réponses recueillies montrent les intentions louables des professionnels pour améliorer le quotidien ou l'avenir des personnes dont ils prennent soin, mais il ne s'agit pas forcément du souhait du résident…

Cela met en évidence la difficulté de mise en œuvre d'une telle démarche qui pourrait paraître simple, mais qui se révèle rapidement complexe remettant en question la notion même de projet personnalisé.

2.3. Donner un sens au projet : la clé vers un nouveau regard sur les personnes âgées.

« Donner du sens » peut être interprété sous la forme « donner une direction, s'engager vers une route choisie ». Cela implique de savoir où l'on se trouve et vers où l'on veut aller et donc un choix basé sur une réflexion préliminaire. Dans la situation actuelle le processus est clair : l'entrée en institution choisie ou non d'un résident et le point d'arrivée c'est-à-dire lui apporter un accompagnement respectueux de ses choix de vie et de ses libertés. Il s'agit de détailler le chemin choisi, de le faire connaître, de l'expliquer de le partager pour que chaque intervenant auprès de la personne se l'approprie et en fasse une question personnelle.

Le résultat dépend des valeurs portées par les soignants et l'ensemble du personnel et les représentations qu'ils ont de leur travail et des résidents qu'ils accompagnent. L'image que les uns ont des autres et la reconnaissance que les uns accordent aux autres influent sans aucun doute sur la capacité d'une personne âgée à se projeter. Le concept de bientraitance qui « consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de bien faire pour lui[4] » prend tout son sens.

J'ai l'ambition dans le cadre de ce projet de donner une nouvelle impulsion à la démarche de projet personnalisé, qui doit être une dynamique, une source d'innovation et

[4] *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM juillet 2008*

d'enthousiasme au sein de mon établissement. Redonner implication et dynamisme en proposant à travers telle ou telle initiative demandée par le résident, de travailler différemment, de regarder la personne autrement.
Redéfinir le projet personnalisé comme un fabuleux levier de motivation, qu'il ait un sens pour chacune des personnes qui interviennent auprès des résidents, tel est le défi à relever.

PARTIE 3 : L'ENGAGEMENT DU DIRECTEUR AUX COTES DE SES EQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

3.1. La mobilisation des acteurs :

3.1.1. Le directeur : l'instigateur d'une démarche dynamique

La loi 2002-2 oblige les établissements et services à rédiger selon les cas, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge (DIPC), elle fait également obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement mais n'en détaille pas le contenu.
Le directeur d'établissement se doit de respecter les obligations érigées par la loi, mais il doit également être à l'initiative d'une démarche dynamique et innovante incluant l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne âgée. Le Directeur sera donc le premier à se mobiliser afin de faire entrer la démarche du projet personnalisé dans les pratiques professionnelles quotidiennes, et qui en donne les moyens : responsabilités nouvelles confiées aux agents, organisation des temps de réunion, formations complémentaires proposées au personnel…
Ma première action sera la définition d'une stratégie de mise en œuvre du projet personnalisé : réunion avec les cadres pour préciser les responsabilités et les rôles des acteurs, validation des guides et tableaux de bord, calendrier de mise en œuvre et d'évaluation qui tiennent compte des dates d'arrivée des résidents, modalités d'évaluation.

3.1.2. le résident et ses proches au cœur du dispositif

« Avancer en âge », c'est avancer.
C'est voyager, naviguer entre la fuite et l'exploration de ses limites :
c'est devenir ce que l'on est. »[5]

[5] *Je suis vieille et j'aime ça ! Marie Pittalis – Editions Hébien*

Prendre une direction, implique de savoir où l'on se trouve et vers où l'on veut aller. Cela suppose un choix vraiment personnel basé sur une réflexion préliminaire. Cette démarche induit des questions essentielles : « quelle est ma place ? ou suis-je ? Qu'est ce que j'attends de la situation présente ? ». Il y a donc la nécessité de préparation du résident pour avancer dans cette réflexion.
La famille et les proches sont souvent pour les résidents une ressource affective et un point d'appui très fort, il est donc essentiel de les impliquer dans ce cheminement, mais en aucun cas qu'ils remplacent le résident…
Toutes les conditions doivent être réunies pour recueillir l'expression des attentes : moment le plus favorable, durée optimale, organisation de l'espace, se placer en position de reconnaissance mutuelle…
Pour mener à bien cette approche par le résident je proposerai un guide (voir annexe n°1) qui permettent à la personne et à ses proches de mieux comprendre les principes énoncés et de porter leur réflexion. Ce document sera remis par le référent courant du 1er mois de présence.

L'intention individuelle est une situation précise désirée par la personne, un fait précis dans le sens d'une amélioration de la vie actuelle ou dans un avenir proche. A la suite de cette expression une action à réaliser peut être envisagée, elle doit être concrète et mesurable tout en conciliant le souhaitable et le faisable, les libertés individuelles avec les contraintes institutionnelles. La réalisation d'une action apportera satisfaction au résident mais également satisfaction et reconnaissance au professionnel qui l'aura initié ou réalisé.
Le document « projet personnalisé » proposé en annexe 4 comprendra 2 parties : une partie de recueil des informations et une seconde d'élaboration et de suivi des actions.

Le terme utilisé actuellement au sein de la structure est « projet de vie », la question de la sémantique est importante dans l'appropriation du concept par le résident, l'importance de la compréhension conditionnera sa faculté à se projeter. La sémantique a également son importance pour le personnel qui doit y trouver du sens et s'y reconnaître.
L'utilisation du terme actuel a posé débat au sein de l'équipe de direction : le questionnement des uns sur la décence à proposer à une personne limitée dans le temps et dont le périmètre d'action se limite à une institution de se « projeter dans sa vie », et la position de autres de défendre cette faculté de se projeter jusqu'à la fin de sa vie malgré des capacités limitées. Le problème se situe non pas dans le terme « projet » mais « de vie », « projet » n'étant pas une utopie s'il touche au bien être immédiat de la personne, à la réalisation possible de certaines attentes ou certains désirs.

Il ne s'agit pas de trouver une définition académique mais de trouver un consensus, je proposerai de modifier l'appellation de départ (« projet de vie ») pour l'intituler « projet personnalisé » tel que préconisé par l'ANESM dans sa recommandation « les attentes de la personne et le projet personnalisé » :

« En effet le terme de « projet personnalisé » :

- Témoigne explicitement de la prise en compte des attentes de la personne
- Englobe la question de l'individualisation. Le projet personnalisé peut s'appuyer sur des activités et prestations individuelles et/ou collectives
- Permet d'inclure différents volets plus spécifiques dont il organise l'articulation
- Est déjà largement utilisé sur le terrain
- Convient à l'ensemble du secteur social et médico-social
- Est celui qui figure dans le cahier des charges de l'évaluation externe. »[6]

3.1.3. les professionnels en lien avec le résident : vers un nouveau regard.

« Tout ce qui construit l'être humain dès son plus jeune âge -le regard, la parole, le geste tendre- est trop fréquemment refusé aux personnes âgées. Celles-ci ne reçoivent en moyenne que cent à cent vingt secondes de paroles par jour et dix secondes de regards ; et encore, il s'agit de regards balayeurs, qui ne fixent pas mais réduisent au néant… »

Yves Gineste[7]

L'ensemble des professionnels de la structure sont concernés par l'élaboration des projets personnalisés : il est essentiel que chacun porte un regard sur le résident, lui apporte une part d'humanité. Chaque professionnel doit être en droit de relever les intentions singulières ou les projets spécifiques des personnes, de les exprimer et de les retranscrire dans le projet personnalisé.

Les valeurs professionnelles énoncées dans le projet d'établissement[8] reprennent tous leur sens :

- Capacités à communiquer : être avenant, ouvert, souriant, à l'écoute, empathique, avoir du tact et de la diplomatie
- Capacités relationnelles : être honnête, humble, disponible, calme et maître de soi, tolérant, discret, respectueux, patient.

[6] Source ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « les attentes de la personne et le projet personnalisé » Décembre 2008.
[7] Yves Gineste concepteur de l'humanitude
[8] Projet d'établissement de la structure 2010-2014

- Capacités à développer des compétences : être professionnel, motivé, consciencieux, rigoureux, exigeant, organisé, savoir observer et transmettre, se former, évoluer.

.

Afin de remobiliser les professionnels, un rappel des valeurs et des missions décrites dans le projet d'établissement s'impose. Le projet d'établissement sera disponible sur la base documentaire de l'établissement. afin que chaque agent puisse y accéder de n'importe quel poste de travail, un affichage des valeurs et des engagements est prévu dans chaque salle de soins.

En parallèle, un rappel sera réalisé lors de réunions pluridisciplinaires.

Changer de regard sur a vieillesse, résister à la mécanisation des soins, remettre en question de la culture soignante héritée des temps des hospices, valoriser le travail auprès des personnes âgées, trouver du sens et du plaisir dans le travail, ces thématiques seront abordées lors d'une formation en interne qui est prévue dans le cadre du prochain plan de formation (2011). Ce plan de formation sera axé essentiellement sur la thématique de la bientraitance (type *humanitude* ou *validation de Naomi Feil…*) L'objectif étant de former des équipes entières sur une période de 5 jours et d'aboutir à fin 2011 à ce que l'ensemble des agents (soignants et non soignants) aient une même culture bientraitante.

3.1.4. le référent : un interlocuteur privilégié

« les hommes vieux vulnérables, ont besoin de veilleurs. De veilleurs de dignité, de personnes qui les assurent par leur regard qu'ils sont reconnus, quelles que puissent être les pertes de capacités ou de maîtrise. » [9]

Au moment de l'entrée en institution une cascade de bouleversements a lieu pour le résident : rupture avec son environnement géographique, affectif et social. La maison de retraite est souvent vécue comme le « dernier domicile » ce qui symboliquement est lourd de conséquences.

La loi 2002-2 vise à ce que toute personne ait une connaissance correcte du « comment » et du « pourquoi » de la prise en charge qui lui sont proposés et qui, dans ce but, préconise qu'elle bénéficie d'un interlocuteur privilégié. Concrètement, la principale mission du soignant référent est de coordonner l'accompagnement du projet personnalisé. Cette coordination peut se décliner comme suit :

- Accompagner le résident dans la découverte de son nouveau lieu de vie.
- Centraliser les informations venant du résident, de sa famille et proches

[9] Eric Fiat : professeur de philosophie maitre de conférence de l'université de Marne La Vallée / la revue francophone de gérontologie octobre 2009

- Recueillir les étapes importantes de l'histoire de vie, mais également quels étaient les « petits plaisirs simples », les hobbies, les passions…
- Essayer de projeter le résident dans le « présent », sur ce que la personne souhaite vivre aujourd'hui et ici.
- Tisser un lien privilégié afin d'identifier les besoins du résident en matière de pouvoir personnel, d'autonomie et de préservation de ses ressources disponibles. Collecter des indications précieuses et, en accord avec le résident, les transmettre lors de la co-construction du projet personnalisé.
- Elaborer les actions en partenariat avec l'équipe et les restituer au résident.
- Organiser les rencontres suivantes prévues ou faisant suite à un changement d'état du résident ou à une demande.

Il est important de souligner que cette mission de coordination ne rend en aucun cas le référent responsable des actes des autres intervenants. Le projet personnalisé se réalise en équipe pluridisciplinaire impliquant le partage des responsabilités.
Une réflexion (non aboutie à ce jour) est actuellement en cours au sein de l'équipe de direction : pourquoi ce référent est il exclusivement un soignant ? Pourrions-nous déléguer cette mission à un non soignant, un personnel technique ou administratif ? Quel serait le regard de ce personnel libéré de la contrainte du soin ? Comment serait il accepté par le résident et les collègues soignants ? Ce concept novateur rentre dans le droit chemin d'une réflexion sur une culture bientraitante commune au sein de la structure.
Un guide à usage du référent est prévu (annexe 1) qui doit lui permettre d'appréhender cette mission dans les meilleures conditions possibles. Ce document lui sera remis par la cadre de santé avec le document de recueil d'informations lors de l'arrivée du résident.

3.2. La conceptualisation d'une démarche pleine de sens : 6 phases pour une démarche pas à pas.

La démarche d'un projet personnalisé respectueux des attentes de la personne nécessite plusieurs phases *(source ANESM[10]) :*

Phase 1 : Premiers contacts et premier recueil des attentes de la personne

« L'enjeu de cette phase est important : il s'agit de construire les bases d'une alliance dynamique de la personne avec les professionnels dans un projet commun » (ANESM)

[10] Source ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « les attentes de la personne et le projet personnalisé » Décembre 2008.

Cette première phase semble maîtrisée au sein de l'établissement, la nomination d'un référent dès l'entrée favorise l'attention portée au résident, les conditions sont optimales pour recueillir les premières attentes et souhaits de la personne.

Phase 2 : Analyse partagée de la situation avec objectivation des éléments d'analyse

« A partir du recueil des attentes, l'enjeu de cette phase est d'aboutir à une analyse partagée qui pourra déboucher sur la co-construction d'un projet réaliste. » (ANESM)

Afin de mener à bien cette phase le résident doit disposer de toutes les informations utiles : le livret d'accueil qui lui est remis lors de son entrée stipule l'ensemble des offres de prestations qui sont proposées, un guide (voir annexe 1) qui lui permette de porter sa réflexion sur l'élaboration du projet personnalisé. La famille et les proches seront également sensibilisés, en fonction du souhait du résident.
Un moment propice situé dans un délai de 3 à 6 mois après l'arrivée du résident sera retenue. La rencontre se fera au sein d'un lieu de vie autour d'un café ou d'un gouter, le nombre de personnes présentes sera limité à 2 voire 3 personnes dont le référent, enfin toutes les conditions (ambiance calme et apaisante, se dégager du temps, pas de téléphone ni bip…) devront être présentes pour favoriser l'expression du résident.
Les personnes présentes veilleront à repérer les habitudes de vie, de recueillir les seules informations nécessaires et pertinentes en notant sur le document « recueil des souhaits, attentes et besoins» (annexe 4 partie 1) ce qui a du sens ou une importance affective pour la personne.
A l'issue de cette rencontre avec le résident, une réunion pluridisciplinaire est organisée au cours de laquelle le référent se positionnera en qualité de rapporteur pour transmettre l'ensemble des informations récoltées. Cette transmission fera l'objet d'un échange et d'une analyse partagée entre les professionnels de l'équipe.

Phase 3 : Co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes

« Il est recommandé que les professionnels recherchent toutes les réponses possibles pour être au plus près des attentes de la personne » (ANESM)

A partir de l'analyse partagée, le projet personnalisé pourra être construit.

Les professionnels s'appuieront sur leurs compétences, leur créativité et leur empathie pour faire émerger des propositions nouvelles, tout en intégrant au mieux les habitudes de vie. Il est important d' « oser » même si la personne craint de s'exprimer ou de s'engager dans telle ou telle proposition, un essai peut alors être proposé.

Phase 4 : Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations.

« Il est recommandé de toujours associer le plus étroitement possible les personnes aux décisions prises dès lors qu'elles acceptent cette participation. » (ANESM)

Cette phase est décisive et l'implication de l'ensemble des professionnels est demandée. Le document de recueil des informations (voir annexe 4) comporte 2 parties : une première qui concerne stricto sensu l'histoire de vie et les attentes de la personne, une seconde qui hiérarchise les objectifs qui découlent des besoins et attentes.
Etre bientraitant c'est considérer la personne avec ses capacités d'autonomie, qui peuvent être extrêmement réduites ou qui peuvent être des capacités nouvelles qu'on a pas imaginées. Les objectifs seront donc catégorisés selon des thèmes fondés sur l'autonomie psychique et physique[11] :

AUTONOMIE PSYCHIQUE :

5 thèmes :

- Réflexion : discussion, lecture, écriture, apprentissage…
- Désirs : amitié, sexualité, tendresse…
- Echange : communication, dialogues, rencontres…
- Reconnaissance : écoute, retour d'intérêt, regard, réciprocité…
- Affectivité : émotion, sentiments, affection…

AUTONOMIE PHYSIQUE :

5 thèmes :

- Mobilité : déplacements, gestes quotidiens, équilibre…
- Adaptation : conditions de vie matérielles, rythme de vie, repos…
- Nutrition : repas, plan de table, ingestion, digestion…
- Hygiène : gestes d'hygiène, bain, douche, toilette, élimination…
- Soins (*): pansements, prise de médicament…

[11] *Bientraitance : Une réflexion collective pour une amélioration des pratiques professionnelles A7acet formation (ANFH 2010)*

(*) les soins relevant de la prescription médicale sont inscrits dans le dossier médical et infirmier.

La prise en compte de l'autonomie de la personne suppose de changer de regard : ne plus raisonner uniquement en termes de dépendance et de contraintes, mais se situer au niveau de la personne et ses capacités.
Le plan d'accompagnement pluridisciplinaire est détaillé par actions à mettre en place en désignant le professionnel concerné par l'action, les délais de réalisation et l'évaluation des résultats.
Ce document et plan d'accompagnement est présenté et expliqué au résident, il devient contractuel par la co signature du résident, du référent du cadre de santé et du directeur.

Phase 5 : Mise en œuvre, bilans intermédiaires, et ajustements pour répondre aux évolutions

« La situation des personnes est en constante évolution, que ce soit en raison des modifications de leur attentes, de leur potentiel, de leur maturité, de leur état de santé que des changements de contexte. La pertinence du projet personnalisé sera réinterrogée régulièrement, pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires. » (ANESM)

La mise en œuvre des actions devra tenir compte du rythme de la personne. La retranscription des actions réalisées sur le support est impérative. Un point d'avancée à fréquence établie sera réalisé en fonction d'un calendrier de suivi qui sera mis en place. Lors des transmissions de service les équipes aborderont quotidiennement la situation d'un projet personnalisé. Le résident participe à ce temps d'échange, et son avis est sollicité. Y seront abordées les problématiques rencontrées pour telle ou telle mise en œuvre, les ajustements nécessaires pour prendre en compte des évolutions, la vérification de la cohérence de l'accompagnement.
Le référent sera le coordonnateur de ces bilans intermédiaires et retranscrira les informations dans le document projet personnalisé.

Phase 6 : Co-évaluation du projet personnalisé pour procéder à une réactualisation

« Des objectifs ayant été fixés, un plan d'actions et des modalités d'accompagnement ayant été mis en œuvre, les parties prenantes du projet personnalisé échangent sur la réalisation des objectifs, repèrent les effets, produisent une analyse et réinterrogent les hypothèses » (ANESM)

La recommandation de l'ANESM prévoit une évaluation du projet personnalisé au moins une fois par an, mais il est important de garder en mémoire que chaque personne peut évoluer de façon différente. Il est donc essentiel d'être vigilant et de ne pas figer cette échéance annuelle. Le référent, en relation étroite avec le résident doit être attentif et déclencher toute évaluation qui s'avère nécessaire.
Un questionnement de satisfaction du projet personnalisé sera proposé au résident et ses proches, les questions concerneront les actions menées et les accompagnements réalisés. Cette analyse qui sera partagée aves les professionnels devra permettre une nouvelle réflexion vers de nouveaux objectifs ou de nouvelles orientations.

3.2. Les supports du projet de vie individualisé

Les supports doivent permettre au résident de dégager et de hiérarchiser ses attentes, à tous les acteurs de structurer leur réflexion autour de la prise en charge du résident, au référent de comprendre sa mission et de l'appréhender avec sérénité.
J'ai créé ou retravaillés des documents existants afin de les proposer pour validation à l'équipe de direction avant leur diffusion (voir les annexes) :

- Un guide à l'intention du résident et de ses proches
- Une note à l'intention des professionnels
- Je suis référent : quelle rôle et missions ?
- Le projet personnalisé : recueil et plan d'action
- Synthèse des phases de la démarche

CONCLUSION

Changer de regard, donner de l'attention à quelqu'un au-delà de son apparence physique ou intellectuelle, écouter et entendre ce qu'il a à nous dire et nous apporter, le chemin à parcourir n'est pas que uniquement la prérogative des EHPAD, mais d'un « projet de vie » sociétal. Un projet de la société en faveur des personnes âgées dépendantes : engager

une réflexion éthique sur le sens des relations intergénérationnelles et sur l'image véhiculée dans les médias et la société de la personne âgée dépendante ou non.
La ministre de la santé Roselyne Bachelot a lancé officiellement le 5 octobre l'opération « 2011, année des patients et de leurs droits ». Cette opération priviligie 3 axes d'action :

- Faire vivre les droits des patients
- La bientraitance à l'hôpital
- Les nouvelles attentes du citoyen acteur de santé

Cette initiative des pouvoirs politiques en faveur des droits des usagers fait penser que l'évolution des mentalités est en marche.

Le vieillissement de la population entraîne une diminution de l'autonomie et l'entrée en institution de personnes âgées de plus en plus dépendante. Le personnel de l'établissement est mis à rude épreuve dans un environnement difficile. C'est mon rôle en tant que directrice de les soutenir, de rendre hommage à leur travail et de leur apporter l'aide qu'ils ont besoin pour mener à bien leur tâche.

Des approches basées sur la bientraitance comme « l'Humanitude »[12] ou la « Validation »[13] recentrent la personne âgée au cœur de toutes les préoccupations et de toutes les actions en la considérant comme une personne à part entière. J'ai souhaité que la bientraitance soit un axe fort du prochain plan de formation de l'établissement, avec une formation collective importante. Développer des attitudes professionnelles et personnelles d'empathie, de confiance, de tendresse afin de respecter les personnes âgées dans leur individualité leurs libertés et leurs attentes apportera du bien être aux soignés comme aux soignants.
Mon objectif est le déploiement d'une « culture de la bientraitance » partagés de tous les acteurs au service du résident.

La dynamique de la bientraitance passe par une réflexion permanente sur les pratiques et les actes de tous les acteurs de l'établissement et en premier lieu par le directeur. Je m'intéresse à des visions innovantes pour faire évoluer l'accompagnement des résidents, comme le concept de la maison « carpe diem » à Trois Rivières au Canada. La philosophie des lieux, élaborée par Nicole Poirier, la directrice, et toute son équipe repose sur l'idée principale de « bâtir chaque jour une belle journée », en se fondant sur « tout ce qui fonctionne encore », créer un environnement où l'on met l'accent sur les capacités plutôt que sur les déficits et où le personnel et le milieu s'adaptent à la personne accueillit.

[12] Humanitude : philosophie des soins GINESTE-MARESCOTI
[13] Validation : techniques de communication avec les personnes atteintes de démence sénile Naomi FEIL

Cette approche quoique utopique est bien séduisante, et parmi les pistes de réflexion et d'actions exemplaire. Notre organisation actuelle est peu comparable à celle-ci, mais elle nous permet quand même des initiatives parfois modestes et peu spectaculaires mais qui sont porteuses d'espoir.

Bibliographie

OUVRAGES :

J.J. AMYOT – A. MOLIER : **Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées** / Editions DUNOD 04/2009

Gérard BRAMI : **Contre la maltraitance en EHPAD** / Les études Hospitalières 02/2010

Claudine BADEY-RODRIGUEZ : **Les personnes âgées en institution : vie ou survie – Pour une dynamique du changement** / Editions SeliArslan 03/2007

Claudine BADEY-RODRIGUEZ : **La vie en maison de retraite : comprendre les résidents, leurs proches et les soignants** / Editions Albin Michel 01/2003

Cécile DELAMARRE : **Démence et projet de vie : accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée** / Edition DUNOD 04/2010

Naomi FEIL : **Validation mode d'emploi : techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer** / Editions PRADEL 03/2010

M.T. PAIN-MASBRENIER – P. NICOLEAU : **Guide pratique des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 : comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers.** / Les études Hospitalières 04/2009

Marie PITTALIS : **Je suis vieille… et j'aime ça !** / Edtions HEBIEN 09/2007

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

Les attentes de la personne et le projet personnalisé – ANESM 12/ 2008.

L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Azlheimer ou apparentée en établissement médico-social – ANESM 09/2009

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil – ANESM 11/2009

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – ANESM 07/2008

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Un guide à l'intention du résident et de ses proches

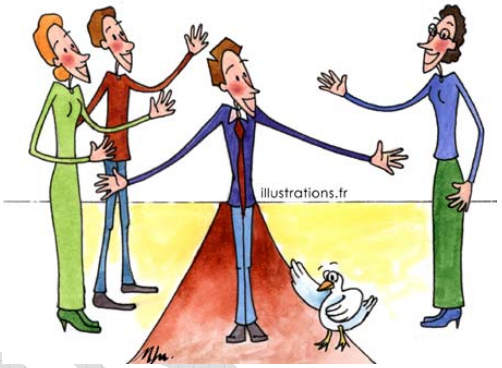
ANNEXE 2 : Une note à l'intention des professionnels

ANNEXE 3 : Je suis référent : quelle rôle et missions ?

ANNEXE 4 : Le projet personnalisé : recueil et plan d'action

ANNEXE 5 : Synthèse des phases de la démarche

GUIDE A L'ATTENTION DU RESIDENT ET SES PROCHES



Madame, Monsieur,

Bienvenue dans notre établissement !

Vous allez dorénavant partager votre vie avec nous,
et notre objectif est de la rendre la plus douce possible
et de répondre au mieux à vos attentes.

La vie communautaire n'est pas incompatible avec votre besoin d'indépendance et votre intimité, et c'est dans ce cadre que nous vous sollicitons pour engager une réflexion sur votre projet individualisé.

Ce projet sera la synthèse de vos attentes, de vos souhaits, de vos habitudes de vie avec les engagements des équipes pluridisciplinaires. Il constituera un guide pour les professionnels qui vous accompagnent quotidiennement.

Pour vous aider dans cette réflexion vous trouverez ci-dessous les différentes questions qui seront abordées lors d'un prochain entretien avec votre référente *(insérer le nom et prénom).*

1. Synthèse de votre histoire de vie :

- Dernier domicile
- Profession
- Relations familiales et amicales :
  - Conjoint, enfants, petis enfants, arrières petits enfants, frères, sœurs, amis, voisinage…
- Situation avant l'entrée dans l'établissement :
  - Habitait : à son domicile / avec la famille / ailleurs
  - A la ville / à la campagne
  - Avait un animal de compagnie
  - Habitudes de vie : faire les courses / le ménage / les repas / la sieste / vie associative.
  - Voyages
- Activités :
  - Activités physiques et manuelles / activités culturelles et de loisirs

PROPOSITION

- Quelles activités souhaitez-vous continuer ?

2. Vos souhaits :

- Vos attentes et souhaits particuliers (ce qui vous ferait plaisir)
- Directives anticipées.

3. Vos habitudes depuis votre arrivée :

- Horaires de lever, rituel de la toilette, sorties, animations…

L'équipe pluridisciplinaire s'engage à vous apporter les réponses adaptées à vos attentes et vos besoins dans les activités de la vie quotidienne. Un plan d'accompagnement sera élaboré et sera soumis à votre validation.

Merci pour votre participation.

PROPOSITION

NOTE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS

LE PROJET PERSONNALISE

Le projet personnalisé est établi en concertation avec le résident.

Le plan d'accompagnement pluridisciplinaire est décliné à partir des attentes et des souhaits de la personne, du degré d'autonomie, de son histoire et de ses habitudes antérieures et actuelles.

Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des différentes phases du projet

	PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	PHASE 4	PHASE 5	PHASE 6
	Premiers contacts et premiers recueils des attentes. Nomination du référent	Analyse partagée de la situation avec objectivation des éléments d'analyse	Co-construction du projet personnalisé	Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations	Mise en œuvre / bilans intermédiaires et ajustements	Evaluation pour procéder à une réactualiser du projet.
	→	→	→	→	→	
OBJECTIFS	Construire les bases d'une alliance pour un projet commun	Repérer ce qui a du sens ou une importance affective pour la personne.	Faire émerger des projets tout en intégrant au mieux les habitudes de vie.	Fixation d'actions, d'activités, de prestations	Réinterroger la pertinence du projet pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires	Echange sur la réalisation des objectifs, analyse et réflexion vers de nouveaux objectifs
QUAND ?	Arrivée + premier mois	Dans un délai de 3 à 6 mois	Avant 6 mois	Avant 6 mois	Permanent	Avant 1 an
QUI ?	CDS + référent	CDS + référent + équipe pluridisciplinaire	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident
COMMENT ?	En instaurant un climat de confiance réciproque	En réunion de secteur	En réunion avec le résident	En réunion avec le résident ou rapporté par le référent	En réunion de bilan avec le résident	En réunion d'évaluation de la satisfaction avec le résident

PROPOSITION

JE SUIS REFERENT :

Quel est mon rôle ? Quelles sont mes missions ?

Vous avez été nommé référent d'un résident qui vient d'arriver dans l'établissement *(M. ou Mme nom et prénom)*
A ce titre vous serez l'interlocuteur privilégié de la personne âgée et de ses proches au sein de la structure.

Votre principale mission est de coordonner l'accompagnement du projet personnalisé.
Cette coordination se décline comme suit :

- Accompagner le résident dans la découverte de son nouveau lieu de vie.
- Centraliser les informations venant du résident, de sa famille et proches
- Recueillir les étapes importantes de l'histoire de vie, mais également quels étaient les « petits plaisirs simples », les hobbies, les passions…
- Essayer de projeter le résident dans le « présent », sur ce que la personne souhaite vivre aujourd'hui et ici.
- Tisser un lien privilégié afin d'identifier les besoins du résident en matière de pouvoir personnel, d'autonomie et de préservation de ses ressources disponibles. Collecter des indications précieuses et, en accord avec le résident, les transmettre lors de la co-construction du projet personnalisé (voir page 2 phase 3).
- Elaborer les actions en partenariat avec l'équipe et les restituer au résident.
- Organiser les rencontres suivantes prévues ou faisant suite à un changement d'état du résident ou à une demande.

Il est important de souligner que cette mission de coordination ne vous rend en aucun cas responsable des actes des autres intervenants. Le projet personnalisé se réalise en équipe pluridisciplinaire impliquant le partage des responsabilités.

Vous trouverez au verso le détail des étapes de la mise en œuvre du projet personnalisé, n'hésitez pas en cas de difficultés ou de questions complémentaires de vous adresser au cadre de santé ou à la directrice adjointe.

PROPOSITION

	PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	PHASE 4	PHASE 5	PHASE 6
	Premiers contacts et premiers recueils des attentes. Nomination du référent	Analyse partagée de la situation avec objectivation des éléments d'analyse	Co-construction du projet personnalisé	Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations	Mise en œuvre / bilans intermédiaires et ajustements	Evaluation pour procéder à une réactualiser du projet.
OBJECTIFS	Construire les bases d'une alliance pour un projet commun	Repérer ce qui a du sens ou une importance affective pour la personne.	Faire émerger des projets tout en intégrant au mieux les habitudes de vie.	Fixation d'actions, d'activités, de prestations	Réinterroger la pertinence du projet pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires	Echange sur la réalisation des objectifs, analyse et réflexion vers de nouveaux objectifs
QUAND ?	Arrivée + premier mois	Dans un délai de 3 à 6 mois	Avant 6 mois	Avant 6 mois	Permanent	Avant 1 an
QUI ?	CDS + référent	CDS + référent + équipe pluridisciplinaire	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident
COMMENT ?	En instaurant un climat de confiance réciproque	En réunion de secteur	En réunion avec le résident	En réunion avec le résident ou rapporté par le référent	En réunion de bilan avec le résident	En réunion d'évaluation de la satisfaction avec le résident

PROPOSITION

RAPPEL DES VALEURS ENONCEES DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT

- Capacités à communiquer : être avenant, ouvert, souriant, à l'écoute, empathique, avoir du tact et de la diplomatie
- Capacités relationnelles : être honnête, humble, disponible, calme et maître de soi, tolérant, discret, respectueux, patient.
- Capacités à développer des compétences : être professionnel, motivé, consciencieux, rigoureux, exigeant, organisé, savoir observer et transmettre, se former, évoluer.

Nos valeurs

- **Respect de la dignité et de la liberté de l'être humain**
- **Solidarité entre les professionnels**
- **Se sentir concerné et responsable**
- **Respect de soi et des autres**
- **Respect du Secret Professionnel**
- **Discrétion professionnelle**
- **Respect des règles, des locaux et du matériel**
- **Remise en cause permanente**
- **Communication**

UNIR

NOS COMPETENCES

POUR

ASSURER ET DEVELOPPER

UN

SERVICE DE QUALITE

Nos engagements

- **Connaître et respecter la charte de la personne accueillie et soignée**
- **Perfectionner les compétences**
- **Valoriser les capacités restantes et préserver l'autonomie des personnes accueillies et soignées**
- **Préserver les liens familiaux pour le bien-être des personnes accueillies**

PROJET

PROJET INDIVIDUALISE

Le projet individualisé est la synthèse des attentes, des souhaits et des habitudes de vie de chaque résident admis en EHPAD. Il constitue un guide pour les professionnels dans l'accompagnement du résident au quotidien.

NOM ET PRENOM DU RESIDENT : _____

NOM ET PRENOM DU REFERENT : _____

FAMILLE OU PROCHE :_____

1 – RECUEIL DES SOUHAITS ATTENTES BESOINS

1. SYNTHESE DE L'HISTOIRE DE VIE :

Dernier domicile :

Appartement ou maison :

Profession(s) ou activité(s) exercées :

- Relations familiales et amicales : (préciser la relation actuelle)
  - Conjoint :……
  - Enfants :……
  - Petits-enfants ……..
  - Arrière petits- enfants : ……..
  - Frères et sœurs :……
  - Amis,Voisinage : ……

- Situation avant son entrée en EHPAD :
  - Habitait :
    - A son domicile (préciser si seule) : □
    - Ailleurs qu'à son domicile : □ préciser où :
  - Vivait en ville :□ Vivait à la campagne :□
  - Avait un animal de compagnie (si oui, quel devenir ?) :
  - Habitudes de vie :
    - Faisait les courses :
    - Faisait le ménage :
    - Faisait les repas :
    - Faisait la sieste :

- Vie associative :

- Voyages :

- Activités :
  - Activités physiques et manuelles :
  - Activités culturelles et de loisirs :
  - Quelles activités souhaitez-vous continuer ?
    (Après avoir décrit les animations proposées à l'EHPAD, recueillir les souhaits d'activités)

- Faits principaux ayant marqué l'histoire de vie :
  - Enfance /adolescence:
  - Adulte :
  - Depuis la retraite :
  - Année en cours :

1. **Souhaits de la personne :**

   → Que dit-elle de son entrée en EHPAD et de son devenir ?

   → Ses attentes et souhaits particuliers : (*ce qui lui ferait plaisir*)

   → Directives anticipées (noter si oui et où les trouver et ce qu'elle en dit) :

2. **Habitudes de vie depuis l'entrée en institution**: (horaires de lever, rituel toilette, sorties, animation…)

3. **Objectif global de la personne**: (évoqué par la personne et/ou son entourage) : comment envisage-t-elle sa vie en EHPAD ?

2 - PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE

L'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD s'engage à apporter les réponses adaptées à vos attentes et vos besoins dans les activités de la vie quotidienne (les soins relevant de la prescription médicale sont inscrits dans le dossier médical et infirmier).
Le plan d'accompagnement est détaillé dans les tableaux suivants :

AUTONOMIE PHYSIQUE						
ATTENTES DE LA PERSONNE	ANALYSE PAR L'EQUIPE / BESOINS IDENTIFIES	ACTIONS A METTRE EN PLACE	MOYEN DE REALISATION	QUI ?	DELAIS	EVALUATION
MOBILITE : déplacements, gestes quotidiens, équilibre…						
ADAPTATION : conditions de vie matérielles, rythme de vie, repos…						

AUTONOMIE PHYSIQUE						
ATTENTES DE LA PERSONNE	ANALYSE PAR L'EQUIPE / BESOINS IDENTIFIES	ACTIONS A METTRE EN PLACE	MOYEN DE REALISATION	QUI ?	DELAIS	EVALUATION
NUTRITION : repas, plan de table, ingestion, digestion…						
HYGIENE : gestes d'hygiène, bain, douche, toilette, élimination…						
SOINS (*) : pansements, prise de médicaments…						

(*) les soins relevant de la prescription médicale sont inscrits dans le dossier médical et infirmier.

AUTONOMIE PSYCHIQUE						
ATTENTES DE LA PERSONNE	ANALYSE PAR L'EQUIPE / BESOINS IDENTIFIES	ACTIONS A METTRE EN PLACE	MOYEN DE REALISATION	QUI ?	DELAIS	EVALUATION
REFLEXION : discussion, lecture, écriture, apprentissage…						
DESIRS : amitié, sexualité, tendresse…						
ECHANGES : communication, dialogue, rencontres…						

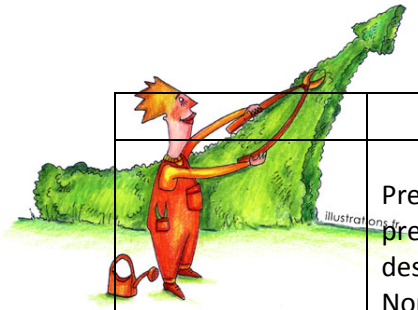
AUTONOMIE PSYCHIQUE						
ATTENTES DE LA PERSONNE	ANALYSE PAR L'EQUIPE / BESOINS IDENTIFIES	ACTIONS A METTRE EN PLACE	MOYEN DE REALISATION	QUI ?	DELAIS	EVALUATION
RECONNAISSANCE : écoute, retour d'intérêt, regard, réciprocité…						
AFFECTIVITE : émotions, sentiments, affection…						

FAIT A _____

LE : _____

SIGNATURES :

LE RESIDENT :	LE REFERENT :	LA CADRE DE SANTE :	LEDIRECTEUR :
_____	_____	_____	_____



PROJET PERSONNALISE : SYNTHESE DES PHASES DU PROJET

	PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	PHASE 4	PHASE 5	PHASE 6
	Premiers contacts et premiers recueils des attentes. Nomination du référent	Analyse partagée de la situation avec objectivation des éléments d'analyse	Co-construction du projet personnalisé	Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations	Mise en œuvre / bilans intermédiaires et ajustements	Evaluation pour procéder à une réactualiser du projet.
	→	→	→	→	→	
OBJECTIFS	Construire les bases d'une alliance pour un projet commun	Repérer ce qui a du sens ou une importance affective pour la personne.	Faire émerger des projets tout en intégrant au mieux les habitudes de vie.	Fixation d'actions, d'activités, de prestations	Réinterroger la pertinence du projet pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité et procéder aux réajustements nécessaires	Echange sur la réalisation des objectifs, analyse et réflexion vers de nouveaux objectifs
QUAND ?	Arrivée + premier mois	Dans un délai de 3 à 6 mois	Avant 6 mois	Avant 6 mois	Permanent	Avant 1 an
QUI ?	CDS + référent	CDS + référent + équipe pluridisciplinaire	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident	Directrice adjointe + Médecin co + CDS + Référent + Equipe pluridisciplinaire + résident
COMMENT ?	En instaurant un climat de confiance réciproque	En réunion de secteur	En réunion avec le résident	En réunion avec le résident ou rapporté par le référent	En réunion de bilan avec le résident	En réunion d'évaluation de la satisfaction avec le résident