



EHESP

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

Promotion : **2012-2013**

Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel

Stéphanie DAUGAN

Responsables pédagogiques :

Christelle ROUTELOUS,
Professeur à l'Institut du Management et
Arnaud CAMPÉON, Ingénieur de recherche au département SHS-CS, EHESP

Responsable de l'atelier
mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Je remercie les résidents, les familles et les professionnels du Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault qui ont bien voulu participer à mes entretiens et m'accompagner durant mes observations.

Je remercie, Karin Chauvin, responsable de l'atelier mémoire, pour ses conseils et son accompagnement.

Je remercie mon ami, Jean-Charles et mes enfants, Lorenzo et Léo, pour leur patience et leur compréhension, pendant l'ensemble de cette formation.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur écoute et leur soutien.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 2 |
| 1 UN ENVIRONNEMENT PROPICE A LA PRISE EN COMPTE DU RYTHME DE VIE DES RESIDENTS | 5 |
| 1.1 L'EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURBON L'ARCHAMBAULT | 5 |
| 1.1.1 Présentation générale du Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault..... | 5 |
| 1.1.2 Les résidents de l'EHPAD du CHBA | 5 |
| 1.1.3 Un contexte institutionnel en phase d'évolution | 6 |
| 1.2 LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE | 7 |
| 1.2.1 Le droit des usagers..... | 7 |
| 1.2.2 Primauté de l'usager sur le fonctionnement institutionnel : | 9 |
| 1.2.3 Quelques concepts à préciser | 10 |
| 2 LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES : UN FREIN AU RYTHME DE VIE DES RESIDENTS DE L'EHPAD DE BOURBON L'ARCHAMBAULT..... | 13 |
| 2.1 LE RECUEIL DES BESOINS ET ATTENTES DES RESIDENTS PRÉSENTENT DES DYSFONCTIONNEMENTS..... | 13 |
| 2.1.1 Des informations recueillies tardivement | 13 |
| 2.1.2 ... et souvent peu actualisées | 14 |
| 2.2 LES PROFESSIONNELS NE SEMBLENT PAS FORMÉS A LA CULTURE GÉRONTOLOGIQUE | 15 |
| 2.2.1 Des professionnels peu formés à l'accompagnement des résidents..... | 15 |
| 2.2.2 Les contraintes liées aux pratiques professionnelles..... | 16 |
| 2.2.3 Une culture sanitaire très prégnante..... | 17 |
| 2.3 LA PREVALENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LA VIE QUOTIDIENNE DES RESIDENTS | 18 |
| 2.3.1 Une organisation en termes d'horaires non adaptée | 18 |
| 2.3.2 Un manque de flexibilité dans l'organisation..... | 20 |
| 2.3.3 Le poids de la sécurité et de la réglementation:..... | 21 |
| 3 LES ACTIONS PROPOSÉES POUR AJUSTER LES RYTHMES AUX BESOINS INDIVIDUELS DES RÉSIDENTS ET AUX CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES... | 23 |
| 3.1 UN RECUEIL DES BESOINS ET ATTENTES OPTIMISÉ..... | 23 |
| 3.1.1 Mettre en place les Projets Personnalisés..... | 23 |
| 3.1.2 Actualiser les attentes des résidents | 25 |
| 3.2 UNE FORMATION MIEUX ADAPTÉE..... | 25 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.2.1 | Recruter des agents ayant une appétence pour le secteur de la gériatrie... | 26 |
| 3.2.2 | Adapter la formation continue des soignants | 27 |
| 3.3 | UNE NOUVELLE ORGANISATION S'IMPOSE | 29 |
| 3.3.1 | Optimiser la relation avec le résident | 29 |
| 3.3.2 | Eviter la standardisation et privilégier la flexibilité | 31 |
| | Conclusion..... | 35 |
| | Bibliographie..... | 37 |
| | Note d'observation..... | I |
| | Liste des annexes de la note d'observation | V |
| | Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
AMP : Aide Médico-Psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
ASG : Assistant de Soins en Gérontologie
ASH : Agent des Services Hospitaliers
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CHBA : Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault
CVS : Conseil de la Vie Sociale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ETP : Equivalent Temps Plein
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PE : Projet d'Etablissement
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PP : Projet Personnalisé
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

**« À 18 heures je descends pour manger,
ça fait trop tôt, mais c'est pour les filles
...à 21 heures elles fichent le camp ! »**

Parole d'une résidente de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault le 10 avril 2013

Introduction

L'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), au 1^{er} janvier 2008, recensait 1 314 920 personnes âgées de plus de 85 ans, avec une estimation pour 2015 supérieure à 2 millions. En Auvergne, région où se situe le Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault (CHBA), au 1^{er} janvier 2010, les personnes de 60 ans et plus représentent 27 % de la population. Avec 23 088 lits et places accueillant des personnes âgées, l'Auvergne est une région vieillissante. Dans ce contexte, il est paru nécessaire de reconsidérer la place de la personne âgée dans notre société. A cet effet, de nombreux textes (déclarations, lois, chartes, textes généraux et spécifiques...) traitent des droits du citoyen, des personnes et des usagers. Ces derniers ont tous un critère commun et fondamental : le respect de la dignité humaine.

Pour faire face à ce besoin d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et aux limites du maintien à domicile, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont été créés. Ces derniers se doivent d'être particulièrement attentif à ce secteur de la population, ils ont en effet pour finalité d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes.

Responsable des services économiques et financiers depuis 10 ans dans un Centre Hospitalier, composé d'un EHPAD de 181 lits, j'ai pu lire ces missions à de nombreuses reprises dans différents documents présentant l'établissement.

Pour autant, aujourd'hui, c'est avec un regard de directeur et non plus « d'administratif » que je mesure toute l'ampleur de ces propos. Conscient du rôle qu'il m'est confié lorsque j'accueille des personnes fragiles, l'expression « la qualité de vie » a tout son sens.

Du fait de la taille du CHBA, j'ai pu participer aux différents comités de pilotage mis en place et plus particulièrement, au titre de l'évaluation interne et externe du secteur médico-social. Dans ce cadre, un point particulier a attiré mon attention, lors des diverses réunions auxquelles j'ai pu assister : celui concernant le jeûne nocturne. En effet, après ma journée d'observation réalisée auprès de Monsieur B, j'ai pu constater que le dîner débute en général vers 18h30 et que le petit déjeuner est servi à partir de 8h, soit un jeûne nocturne d'une durée supérieure à 13 heures. D'un regard extérieur, ce dernier me semblait trop important. Le cadre supérieur de santé, conscient du problème m'explique avoir des difficultés à faire changer les habitudes de travail des agents.

Il me paraît primordial de prendre en compte les besoins et attentes des résidents et de travailler sur une organisation qui s'adapte à respecter ce principe. Comme le précise les fondements de l'action sociale et médico-sociale, l'usager – c'est à dire la personne qui s'adresse à un établissement public - est au « cœur du dispositif ». D'ailleurs, dans son article 3, la loi 2002-2 stipule qu'il faut apporter une réponse adaptée aux besoins de chacun.

Un rythme de vie réfléchi et accepté par tous est un élément non négligeable de la réussite de la prise en charge des résidents au sein d'un EHPAD.

Malheureusement, le rythme de vie des résidents est souvent contraint de se calquer sur le rythme de l'institution, provoquant des sources de frustration et d'angoisses.

Cette vision que j'ai tenu à vérifier au sein de mon établissement a été appréhendée à travers l'analyse des observations, des faits et des comportements (des résidents et des professionnels) en partant du questionnaire de départ suivant :

En quoi le fonctionnement de l'EHPAD n'est-il pas adapté au rythme de vie des résidents?

Afin d'y répondre, la méthodologie retenue a été la suivante :

- Une observation directe auprès d'un résident
- Une étude sur le cadre réglementaire et une observation sur les documents issus de la loi 2002.2 en lien avec le droit des usagers et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM¹
- Des lectures diverses traitant les sujets telles que la vie en institution et l'organisation et le fonctionnement de ces structures
- Une étude de documents afférents au Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault (Projet d'Etablissement, Rapport d'Activité, Livret d'Accueil, Contrat de Séjour, Règlement de Fonctionnement ...)
- Une appropriation de la formation « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes » de l'EHESP
- Une réalisation de 11 entretiens avec des grilles d'entretien (annexe n°1 à 3):
 - 2 Agents des Services Hospitaliers (ASH)
 - 1 Aide Soignante (AS)
 - 1 Animatrice
 - 1 Cadre de santé du secteur médico-social
 - 1 Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)
 - La psychologue du secteur médico-social
 - 4 résidents de l'EHPAD

De prime abord, afin d'appréhender le rythme de vie des résidents, une étude de l'environnement a été nécessaire en m'appuyant sur le contexte institutionnel d'une part et sur le cadre législatif et réglementaire d'autre part (Chapitre 1). Par la suite, après plusieurs jours à observer les résidents et les soignants de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, force est de constater que les rythmes de la journée de la personne hébergée sont plus adaptés aux besoins du personnel qu'à ceux de l'utilisateur. Pour

¹ Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale

expliquer en quoi les contraintes organisationnelles peuvent être un frein au rythme de vie de résidents de l'EHPAD (Chapitre 2) trois hypothèses peuvent être alors évoquées. La première, un manque de connaissance des besoins des résidents, la seconde une formation des professionnels pas ou plus adaptée, et enfin la troisième, une organisation du travail peu flexible. C'est un constat qui reflète la réalité d'un grand nombre de structures médico-sociales. Il semblerait présomptueux de ma part de prétendre pouvoir résoudre ce problème au sein du Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault. Malgré tout, certaines mesures peuvent être mises en place pour atténuer ce décalage entre rythme de vie des résidents et rythme de l'institution (Chapitre 3).

1 UN ENVIRONNEMENT PROPICE A LA PRISE EN COMPTE DU RYTHME DE VIE DES RESIDENTS

1.1 L'EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURBON L'ARCHAMBAULT

1.1.1 Présentation générale du Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault

L'Hôpital de Bourbon l'Archambault, ex hôpital local est devenu Centre Hospitalier depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire. C'est un établissement public de santé à vocation gériatrique composé pour son secteur sanitaire de 10 lits de médecine et de 37,5 lits et places de Soins de Suite et de Réadaptation et pour son secteur médico-social de 181 lits d'EHPAD et de 49 places de Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

La capacité d'accueil de l'EHPAD est de :

- 15 lits d'hébergement temporaire
- 24 lits d'hébergement permanent sur le site de Buxières les Mines
- 142 lits d'hébergement permanent sur le site de Bourbon l'Archambault (lieu de mon observation), dont 12 places de PASA²

L'effectif autorisé pour l'ensemble de l'établissement est de 202 agents, dont 61 affectés en EHPAD sur le site de Bourbon l'Archambault.

1.1.2 Les résidents de l'EHPAD du CHBA

Sur site de Bourbon l'Archambault, les résidents sont actuellement accueillis dans des bâtiments construits en 1850, composés de 50 chambres à un lit et 46 chambres à deux lits, avec une superficie de moins de 16 m² pour 31 % des chambres. L'architecture est une réelle difficulté au quotidien. En effet, seulement 16 % des résidents bénéficient d'une douche dans leur chambre et 10 % n'ont pas de sanitaire. Ainsi l'opération de reconstruction de l'ensemble de l'établissement s'avère plus que nécessaire. L'installation dans le nouvel hôpital devrait être effective pour janvier 2015.

Les unités d'hébergement du CHBA sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale, le cas échéant. Elles répondent en majorité aux normes d'attribution de l'allocation logement.

En priorité, les personnes accueillies sont originaires de la commune du Canton de Bourbon l'Archambault ou du département de l'Allier.

² Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

L'EHPAD de Bourbon l'Archambault compte 77 % de femmes et 23 % d'hommes, pour une moyenne d'âge en 2012 de 84 ans. Le rapport d'activité de 2012 fait état de 50 admissions réalisées (dont 36 provenant du secteur sanitaire de l'établissement).

L'indicateur de la dépendance, le GMP³ a été validé en 2012, il s'élève à 711. Quant à l'indicateur relatif au niveau de pathologie PMP⁴, il est de 231.

1.1.3 Un contexte institutionnel en phase d'évolution

Actualisé en mai 2013, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, remis lors de toute admission, stipule que « La personne se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur ». Bien que le respect des habitudes de vie participe à la reconnaissance de l'identité des résidents et à la personnalisation de l'accompagnement, certaines habitudes peuvent être en contradiction avec la vie collective dans l'établissement. La question de la conciliation entre les habitudes personnelles des résidents et les contraintes inhérentes à la vie en collectivité est abordée au sein de ce document.

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault arrive à échéance fin 2013, la réactualisation de ce dernier sera l'occasion de redéfinir des objectifs précis que l'établissement doit atteindre. Ce dernier ne doit pas être un document purement institutionnel, comme on peut le ressentir à travers la lecture du projet actuel. Il doit permettre aux professionnels de repérer à la fois le sens de leur action et leur place dans l'organisation. Une cohérence et une complémentarité entre les différents volets techniques (projet de vie, projet de soins, projet d'animation, projet architectural, projet social) doit être assurée. L'élaboration de ce document est le moment de penser l'avenir et l'adaptation de l'offre aux besoins des résidents. Dans ce cadre, le prochain volet concernant le projet de vie de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault ne devra pas être conçu comme un programme figé et répétitif, mais devra évoluer en fonction des besoins de la population accueillie. La conclusion du dernier projet de vie stipulait que : « on ne vieillit pas comme on a vécu, on vieillit comme on vit. C'est pourquoi, en gériatrie, on ne travaille pas pour demain, ni pour aujourd'hui, mais pour "MAINTENANT" ».

Par ailleurs, conformément au décret n° 2004-287 du 25 mars 2004, il existe un Conseil de la Vie Sociale, outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement. Il se réunit deux à trois par an, un compte-rendu est

³ GIR Moyen Pondéré : c'est le niveau de dépendance des résidents d'un établissement, plus il est élevé, plus le niveau de dépendance des personnes est élevé.

⁴ Pathos Moyen Pondéré : c'est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des pathologies dans une population donnée

alors établi pour être affiché. Toutefois son organisation actuelle ne permet pas d'associer pleinement les personnes au fonctionnement de l'établissement. Cette instance d'expression des usagers/résidents et de leurs familles permettant de recueillir leurs avis sur des sujets précis a surtout pour vocation à ce jour :

- d'émettre un avis sur des documents institutionnels, tels que le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour...
- de livrer une information de la situation financière de l'établissement et des éléments d'actualité concernant la structure

Peu de questions concernant la prise en charge des résidents et leur bien-être sont évoquées lors de ces réunions. L'objectif imparti à cette instance, qui est de mieux comprendre les éventuels problèmes et surtout y remédier, n'est malheureusement pas atteint.

1.2 LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

1.2.1 Le droit des usagers

Au titre des droits des usagers, le respect de la volonté de la personne âgée est réaffirmé par la réglementation.

En effet, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 renforce, le droit des usagers, promeut l'autonomie et la protection des personnes. L'enjeu majeur de cette loi est de développer la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies. Elle a le mérite d'énoncer les droits fondamentaux des usagers. Un des apports de cette réforme est d'inviter les professionnels à penser différemment en mettant l'accent sur la nécessité de travailler avec la personne accueillie.

L'une des cinq orientations principales de la loi 2002-2 est d'affiner et de promouvoir le droit des bénéficiaires.

Cette orientation impose de définir les droits fondamentaux des personnes, en incluant la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge.

Les enjeux de cette loi sont forts : - Rechercher un équilibre - Promouvoir le respect des droits des usagers et un renforcement des procédures.

Lorsque l'institution est centrée sur des logiques organisationnelles et fonctionnelles, il peut arriver qu'elle ne prenne pas en compte chaque personne comme différente et singulière. De ce fait, elle porte en elle des risques de dépersonnalisation et d'uniformisation.

C'est dans ce contexte qu'intervient, au cœur de la loi du 2 janvier 2002, la notion de personnalisation. En outre, cette même loi fait état du principe d'individualisation « Droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité ».

Par ailleurs, dans son article 7 de la loi de rénovation sociale (2002-2), le législateur met l'accent sur :

- La prise en charge individualisée de qualité favorisant le développement, l'autonomie, l'insertion du résident en institution
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à son projet

Ainsi la loi donne au résident une place centrale dans la définition de fonctionnement de la structure.

Pour atteindre ces objectifs, la loi 2002-2 prévoit des outils complémentaires, dont un livret d'accueil auquel sont annexés entre autre une charte des droits et libertés des personnes accueillies⁵, affichée dans l'EHPAD de Bourbon l'Archambault et remise à chaque résident lors de son entrée dans l'institution. Un des douze droits de cette charte, fait état « d'une prise en charge ou d'un accompagnement adapté ». La mise en application de ce droit va être effectuée à travers le contrat de séjour, qui définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect :

- Des principes déontologiques et éthiques
- Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Du projet d'établissement.

Pour ce qui est de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, il est stipulé en préambule que « même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens. ». C'est ce principe de liberté qu'il est souvent difficile d'appliquer en institution. Il faut pouvoir trouver un équilibre entre la liberté du résident et l'organisation de la structure.

De même, l'article 1 de la charte précise que « toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie ». Pour autant, la rupture qui survient à l'entrée en institution va perturber le rythme propre de l'individu. Les horaires sont imposés par la collectivité et le plus souvent ne respectent pas ceux du résident.

Ainsi, depuis 2002 le législateur a mis l'accent sur des messages forts. Avec un seul objectif : replacer l'utilisateur « au centre du dispositif ». C'est un vrai défi en termes : de communication aux professionnels comme aux usagers et d'appropriation

⁵ arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-A du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

1.2.2 Primauté de l'utilisateur sur le fonctionnement institutionnel :

Comme le stipule l'ANESM au titre de son manuel des recommandations de bonnes pratiques professionnelles intitulé *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* « si la vie en collectivité génère des contraintes diverses (rythme de vie, hygiène, sécurité, horaires etc.), chaque personne doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement individualisé qui contribue au développement, au maintien ou au rétablissement de son autonomie. ».

L'objectif de cette recommandation est de promouvoir des pratiques professionnelles qui permettent un juste équilibre entre l'accueil collectif proposé par une structure, sa mission et la responsabilité qui en découle, au bénéfice de la personne accueillie. Elle conduit à interroger les rapports entre l'individu et le collectif, au regard du projet d'établissement.

L'ANESM précise également qu'il est important de définir une organisation de l'établissement, centrée en priorité sur les besoins et les attentes des résidents. Pour cela, il faut donner aux professionnels les éléments de connaissance disponibles sur la personne sans se limiter aux éléments factuels liés aux besoins, mais en permettant de la reconnaître en tant que personne (importance de l'histoire de vie). Pour avoir un relationnel de qualité et ne pas commettre d'impair, il faut recueillir, au fur et à mesure du temps, l'histoire de vie et les éléments importants propres à chaque résident.

A cet effet, les moyens mis en œuvre doivent être étudiés et organisés dans une stratégie personnalisée et individualisée positionnant le résident au cœur de l'organisation.

En outre, l'application des droits et libertés de la personne âgée rencontre de nombreux obstacles. La volonté d'y parvenir est réelle, mais le fonctionnement de l'établissement impose des contraintes.

Face à cette organisation complexe, où les interventions sont multiples ; il convient de redéfinir l'objectif de l'institution. La personne âgée doit participer à son propre projet et à celui de l'établissement. Une grande humilité est demandée aux professionnels, il faut accepter de réadapter l'organisation en tenant compte de toutes les répercussions sur le plan humain, social et financier.

En tant que Directeur, il m'appartient d'impulser cette démarche, de resituer la personne âgée dans son droit d'exprimer sa volonté.

Un des aspects à mettre en exergue pour optimiser la prise en charge des résidents est de privilégier la relation résident / professionnel. A cet effet, le chapitre 3 du guide de recommandation des bonnes pratiques professionnelles « *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* » est entièrement consacré aux relations au quotidien avec les professionnels. Il est vrai que les bonnes relations avec les professionnels agissent sur la

satisfaction globale des résidents vivant en EHPAD⁶. La gentillesse, l'amabilité et la disponibilité des professionnels en sus de leurs compétences professionnelles sont des valeurs d'autant plus importantes pour les personnes que celles-ci ont besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne⁷. La qualité de la relation entretenue avec les résidents relève du savoir-faire et du savoir-être des professionnels. La prise en charge de la personne comporte des tâches répétitives et intensives, du fait de leur quotidienneté et du nombre d'usagers à accompagner. De ce fait, il est recommandé de maintenir une vigilance permanente sur le respect de la personne, de son autonomie et de son intimité⁸.

1.2.3 Quelques concepts à préciser

Il apparaît comme incontournable de s'appuyer sur le cadre législatif et réglementaire existant pour évoquer le rythme de vie des résidents et le poids du collectif au sein des EHPAD.

La notion de rythme de vie abordée tout au long de ce mémoire fait référence au rythme quotidien des résidents des EHPAD. La journée de la personne âgée peut être définie selon les exigences exprimées, à savoir : des soins de nursing à une heure raisonnable, un petit déjeuner également, une souplesse dans l'heure du déjeuner, un droit légitime à la sieste, la prise d'un goûter conséquent en milieu d'après midi, la possibilité de participer à une activité, la possibilité de recevoir sa famille, ses amis, compte tenu des exigences de soins le matin, le droit à un repas conséquent le soir, le droit de dormir à l'heure souhaitée et la possibilité de bénéficier d'une collation sur demande la nuit.

Le respect du rythme de la journée est donc fondé sur les temps de répit et les temps de repos ainsi que les temps forts issus des repas. Bien qu'indissociables, le temps des résidents et celui des personnels ne sont pas de la même nature. Lorsque les uns sont pressés par le temps (pour finir avant 11h les toilettes par exemple) les autres attendent, les deux parties souffrent de la situation et se heurtent parfois sur cette ligne de front. Cette disharmonie des temps des résidents et des personnels est manifeste pendant les repas, les changes et les toilettes. L'organisation de la vie quotidienne mérite donc d'être étudiée attentivement, les résidents doivent pouvoir se sentir chez eux. D'ailleurs, l'organisation des tâches en EHPAD, génère de nombreux motifs d'attente. Certaines de

⁶ La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, *Dossiers solidarité et santé*, n°18, février 2011, p33

⁷ L'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leurs conditions de vie, SCANDELLA N., *INFO STAT*, juin 2006, n°88. 4 p

⁸ Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, SAINT DENIS, 47 p.

ces attentes, celles du repas notamment, réunissent les résidents et peuvent servir de fondement à la construction d'un sentiment communautaire⁹.

Pour ce qui est du poids du collectif en EHPAD, l'ANESM¹⁰ stipule que la vie en collectivité est une forme de vie nouvelle pour les personnes accueillies. Ce changement est important car il peut imposer des contraintes supplémentaires par rapport à la vie qu'elles menaient dans leur ancien domicile. L'atténuation des contraintes liées à la vie collective (souplesse de l'organisation, qualité des prestations proche de la qualité hôtelière, etc.) participe au sentiment de bien-être et à la qualité de vie.

La vie en collectivité implique nécessairement quelques règles et, dans les EHPAD, la journée est organisée du lever au coucher, de la toilette aux repas, en passant par les animations et les sorties. Toute institution est constitutive de normes. Le règlement de fonctionnement définit, d'ailleurs, « les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement. »¹¹

Force est de constater que malgré un environnement favorisant la prise en compte du rythme de vie des résidents, leur vie quotidienne est autant liée – parfois même plus – aux contraintes organisationnelles qu'aux besoins des usagers.

⁹L'EHPAD pour finir de vieillir, fondation Maison des Sciences de l'Homme, *Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique (tome2)*, Etude réalisée par le centre d'Analyse Stratégique, mars 2006, p.254

¹⁰ Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), 2011, *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, SAINT DENIS, 59 p

¹¹ Article L311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles créé par la Loi n 2002-2 du 2 janvier 2002

2 LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES : UN FREIN AU RYTHME DE VIE DES RESIDENTS DE L'EHPAD DE BOURBON L'ARCHAMBAULT

Au dire d'Eliane Corbet : « Il y a un risque de violence institutionnelle chaque fois que l'on donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne ».

Pour ma part, suite à ma journée d'observation avec Monsieur B, j'ai pu me rendre compte que les résidents s'adaptent à l'organisation et non l'inverse. Les causes de ce constat peuvent se résumer ainsi : une méconnaissance des besoins des résidents accueillis (2.1), une formation inadaptée aux résidents (2.2) et une organisation qui manque de flexibilité (2.3).

2.1 LE RECUEIL DES BESOINS ET ATTENTES DES RESIDENTS PRÉSENTENT DES DYSFONCTIONNEMENTS

La connaissance des besoins et des attentes de chaque personne hébergée repose sur différents fondements. L'un d'eux consiste à reconnaître la spécificité de la personne. Chaque personne âgée possède une histoire et donne un sens à cette vie selon ses expériences et sa culture propre. En conséquence, il est pertinent de recenser des informations sur son histoire de vie. « Bien connaître la personne âgée est une condition essentielle à la réalisation des actes de soins »¹². Il apparaît à travers mes observations, mes lectures et mes entretiens que les besoins des résidents ne sont pas correctement identifiés.

2.1.1 Des informations recueillies tardivement ...

Le souvenir que conservent les proches et les résidents de l'entrée en institution, la façon dont ils ont été accueillis, ce qu'ils ont compris, ce qu'ils n'ont pas pu aborder restent déterminant tout au long du séjour, que cela constitue un bon ou un mauvais souvenir.¹³

C'est pourquoi, Il est recommandé que le recueil des besoins et des attentes comprenne les habitudes de vie spécifiques de la personne à prendre en compte dans l'organisation collective : rythmes, modalités de la toilette, levé, couché, rituels personnels..... D'autre part, un recueil de l'histoire de vie du résident (métiers, loisirs, familles, généalogie) facilitera son accompagnement.

¹² BIGAQUETTE M., Le défi d'un hébergement de qualité, *La Gérontoise*, vol.17, n°1, janvier 2006

¹³ CHRISTEN-GUEISSAZ E.(dir), 2008, Le bien-être de la personne âgée en institution, *un défi au quotidien*, Seli Arslan, 218 p

Lors de mes journées d'observation au sein de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, j'ai pu assister à l'admission de trois résidents. Cette étape importante dans la vie du futur résident est principalement centrée sur un recueil de données administratives et sociales. Les questions afférentes aux habitudes de vie et aux besoins spécifiques du résident, autres que celles relatives à l'aspect purement soignant ne sont pas abordées à l'entrée. Le recueil de ces données a lieu au fil du séjour et plus précisément lors de l'élaboration du projet personnalisé.

Une des résidentes, Madame T, m'a confiée : « on ne m'a pas expliqué l'organisation, Madame F - cadre de santé de l'EHPAD lors de son entrée- a sans doute dit quelque chose à ma fille, mais elle avait beaucoup de travail...sinon moi je lui aurait dit qu'il ne fallait pas me laisser seule ici ». Elle me raconte avoir vécu son arrivée au sein de l'EHPAD comme une épreuve. La première semaine, les soignants la descendaient en salle à manger en début de matinée - il faut préciser que Madame T ne peut se déplacer seule et que sa chambre est située au premier étage - ce qu'elle appréciait. Malheureusement, la semaine suivante elle arrivait en salle à manger juste avant l'heure du repas et restait donc seule dans sa chambre toute la matinée, alors que cette résidente n'apprécie pas du tout d'être isolée. Cette situation a perduré jusqu'à ce que l'équipe soignante la questionne sur ses habitudes antérieures. Elle a ainsi pu leur expliquer qu'elle habitait près d'un restaurant et qu'elle passait ses journées - avant son entrée à l'EHPAD - collée à ses fenêtres à regarder les passants.

Ainsi, lors de ses premiers jours, le résident sera bien entendu intégré dans l'organisation de travail des professionnels qui gravitent autour de lui, mais c'est lui qui devra suivre le rythme imposé par la structure.

2.1.2 ... et souvent peu actualisées

Il est vrai que le fait de vivre dans un lieu collectif, de dépendre de soins et d'aides pour les actes de la vie quotidienne, inscrit le résident dans un rapport de place défavorable, aliénant ses possibilités de maîtrise de l'environnement. Pour autant, le fait de prendre en compte son avis au quotidien permettrait à mon sens d'atténuer cette difficulté.

A l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, les besoins et les attentes de chaque résident sont consignés dans un dossier de soins composé de différents volets. Ces éléments permettent, par exemple, à l'équipe d'animation de connaître les résidents intéressés par les différentes activités proposées et d'organiser leur planning afin d'aller chercher les résidents dans leur chambre en fonction des thèmes proposés. Malgré tout, ces informations ne sont pas actualisées. Ainsi, une animatrice me cite le cas d'un résident qui ne participait pas aux activités du mercredi, qui correspondait au jour de visite de sa petite fille. Cet agent me raconte qu'un jour où elle était provisoirement affectée de service de repas elle a appris, en surprenant une conversation entre le résident en question et son voisin de table, que sa petite fille ne lui rendait plus visite les mercredis.

Après lui avoir demandé s'il était intéressé pour venir aux activités du mercredi, il lui a alors répliqué qu'il n'osait en faire la demande et serait donc ravi d'y assister. Cet épisode m'ayant quelque peu surpris j'ai profité de mon entretien avec le cadre de santé pour lui demander de me préciser la façon dont était élaboré la liste des résidents susceptibles d'assister aux activités d'animation et si cette liste faisait l'objet d'une actualisation quotidienne. La réponse fut spontanée : « on ajuste la liste en fonction des résidents qui viennent de rentrer, mais on ne peut quand même pas demander l'avis de tout le monde pour chaque thème, vous vous rendez compte du travail que ça représente ». Cette réplique laisse perplexe et montre bien que l'avis du résident n'est malheureusement pas toujours au centre des priorités.

Il me semble malgré tout que la personne âgée a son mot à dire. Elle doit participer à la vie de la structure, elle doit être présente ou représentée au Conseil de la Vie Sociale, car sa perception et son avis comptent.

2.2 LES PROFESSIONNELS NE SEMBLENT PAS FORMÉS A LA CULTURE GÉRONTOLOGIQUE

Les EHPAD accueillent des personnes de plus en plus dépendantes, mais également désorientées présentant des troubles du comportement ou des troubles cognitifs. Or ce type de population nécessite une attention accrue de la part du personnel ainsi qu'un accompagnement favorisant le maintien et la valorisation de l'autonomie.

2.2.1 Des professionnels peu formés à l'accompagnement des résidents

La Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance stipule qu'une formation spécifique en gérontologie doit être assurée à tous les intervenants concernés.

Par ailleurs, le 6^{ème} objectif du Plan Alzheimer 2008-2012 portant sur la valorisation des compétences et le développement des formations professionnelles note qu'il existe un réel décalage entre les besoins recensés et les personnes formées. Les jeunes professionnels sont peu formés à la prise en charge de la grande dépendance, des troubles du comportement et des états d'agitation. Un des points sensibles de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault est la difficulté à recruter du personnel AS. Ainsi depuis plusieurs années un glissement de tâches des ASH vers des postes d'AS a pu être observé. Ce qui accentue le décalage constaté par le 6^{ème} objectif du Plan Alzheimer 2008-2012, du fait que les ASH n'ont pas eu de formation de base à la prise en charge de la personne âgée.

L'inadaptation est un processus complexe et interactif, comme le souligne Yves GYNEST dans son ouvrage *Humanitude*¹⁴, elle met en présence plusieurs acteurs et concerne les relations qui s'établissent entre eux. Or, comme il est stipulé dans l'ouvrage *Le bien être de la Personne Agée en institution* « Une certaine disponibilité des membres du personnel, la qualité de celui-ci, son aptitude à l'observation, à l'écoute, à l'empathie sont des facteurs essentiels que la formation de base et la formation continue sont susceptibles de potentialiser ».¹⁵

Une des aides-soignantes lors de son entretien m'a expliqué qu'elle est dans l'établissement depuis 2 ans et qu'elle a suivi sa formation d'aide soignante il y a plus de 10 ans. Elle n'a malheureusement pas eu la chance me dit-elle de pouvoir suivre des formations depuis.

Recruter un personnel compétent et motivé suppose aussi de revaloriser les métiers dits du grand âge et de changer l'image des EHPAD. J'ai pu me rendre compte qu'au sein du Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault, les services de gériatrie sont si peu attractifs qu'y être nommé passe pour une punition. Très souvent le soin en gérontologie souffre de « dévalorisation », en termes d'images véhiculée, au profit des soins dits plus nobles parce que davantage relatifs à la technicité.

2.2.2 Les contraintes liées aux pratiques professionnelles

Durant mes différentes phases d'observation j'ai pu remarquer que les prestations obligatoires (repas, toilette, soins...) peuvent limiter les relations privilégier avec chaque résident dans les temps impartis.

Le personnel doit se situer entre deux logiques : celle de la prise en charge c'est-à-dire la réalisation des tâches incontournables et celles de l'accompagnement c'est-à-dire le respect de la personne âgée dépendante. C'est un exercice difficile qui n'est possible que si l'ensemble de l'institution adhère à cette dynamique. A plusieurs reprises, il m'est arrivé d'entendre les résidents, mais également les professionnels me dire « ça dépend des équipes ... ». Cela ne signifie pas qu'une équipe travaille plus qu'une autre, par contre la prise en charge n'est pas la même. Certains agents sont plus à l'écoute que d'autres avec une charge de travail identique. Malheureusement, certains personnels sont figés dans une réalité de terrain et la nécessité du faire.

Ce constat a pu être validé lors de mes entretiens auprès des agents mais également des résidents. Madame G, ASH, me confirme, que lorsqu'elle aide au lever des résidents, elle

¹⁴ GINEST Y., PELLISSIER J., 2007, *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Editions Armand Colin, 309 p

¹⁵ CHRISTEN-GUEISSAZ E.(dir), 2008, *Le bien-être de la personne âgée en institution, un défi au quotidien*, Seli Arslan, 218 p.

remarque une réelle différence de prise en charge selon l'AS qui l'accompagne. Certaines AS discutent avec le résident, lui demandent si la nuit s'est bien passée, lui parle du temps qu'il fait et des activités prévues dans la journée. Alors que d'autres réalisent leurs tâches dans un silence « pesant » (aux dires de l'agent questionné).

Il est vrai que l'évolution du résident met les membres du personnel dans une situation où ils doivent s'adapter, alors que l'approche standardisée est plus rassurante. Dans son explication sur l'organisation de sa journée de travail, une aide soignante me précise qu'elle commence par le haut du couloir pour la toilette des résidents en chambre, ainsi elle a des repères temporels et sait précisément si elle a pris du retard. Cette pratique montre que la tendance au collectivisme et à la chronicité sont des pratiques courantes. En effet, la difficulté du travail quotidien, le contact permanent avec la dépendance et la mort, entraîne parfois une automatisation dans les traitements et l'accompagnement des résidents, qui devient une série de tâches effectuées rapidement les unes après les autres dans un souci d'efficacité technique.

Les personnels ont parfois une conception de leur mission qui se réduit au bien-être physique de la personne hébergée. Pour eux, l'essentiel est la propreté des locaux ainsi que la tenue des personnes. Tout est mis en œuvre pour que les résidents « n'aient besoin de rien » : les personnels vont au devant de leurs attentes. Dans les mentalités, la logique est celle de l'assistance et non pas celle de l'accompagnement, alors que l'accompagnement des personnes âgées est à la base des pratiques professionnelles. Il est primordial de développer des pratiques marquées par une attention chaleureuse, une reconnaissance affectueuse, une convivialité sécurisante et une bienveillance apaisante. Elles exigent du soignant la capacité à développer une aptitude à entrer en relation avec la personne aidée et fragilisée.

2.2.3 Une culture sanitaire très prégnante

Isabelle MALLON stipule dans son ouvrage « Vivre en Maison de Retraite¹⁶ » qu'en EHPAD, la logique médicale prend le pas sur l'hébergement strict. Une des explications à ce constat provient du fait que la culture dominante du soignant imprègne la relation soignant-soigné.

Sur l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, cette prédominance du soin, qui étouffe la personne âgée, est un point faible, qui a été relevé à plusieurs reprises lors de l'évaluation interne¹⁷. Il est vrai qu'en 2009, 50 lits d'Unité de Soins de Longue Durée ont été transformés en EHPAD. Cette prépondérance du soin reste donc imprégnée dans les habitudes de fonctionnement. On remarque, entre autre, un nombre important d'analyses

¹⁶ MALLON I., 2004, Vivre en Maison de Retraite, Presse Universitaire Rennes, 288 p

¹⁷ Evaluation en cours de finalisation.

de laboratoire et un taux de recours à l'oxygénothérapie élevé. D'autre part, la faible présence médicale est compensée par un nombre élevé d'IDE. Ainsi, la place accordée aux soins est de plus en plus importante et structurante.

Par ailleurs, lors de la certification du secteur sanitaire les experts de la Haute Autorité de Santé ont pointé du doigt la mutualisation des moyens humains entre les deux secteurs sanitaire et médico-social, au détriment du premier. En effet, le fait d'être un Centre Hospitalier permet l'accès aux soins techniques pour les résidents de l'EHPAD ; ce qui diffère des EHPAD autonomes ne bénéficiant pas de structure hospitalière. Bien qu'il n'y ait pas de présence infirmière en termes d'ETP autorisé ou rémunéré sur l'EHPAD la nuit, il s'avère que l'IDE en poste sur le secteur sanitaire reste disponible pour intervenir. Malheureusement, dans la pratique, il a été constaté que l'infirmière de nuit du secteur sanitaire intervenait en secteur médico-social pour terminer les tâches que les infirmières de jour n'avaient pu réaliser.

Cette importance du soin se retrouve dans les entretiens que j'ai pu réaliser, plus particulièrement auprès de l'aide-soignante, de l'infirmière et de la cadre de santé. Ces dernières accordent une grande place à la technique des soins plutôt qu'au « prendre soin ».

L'enjeu est de faire que l'EHPAD soit un lieu de vie avant d'être un lieu de soin.

2.3 LA PREVALENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LA VIE QUOTIDIENNE DES RESIDENTS

L'établissement a pour mission de prendre en charge des individus. A partir de là, une organisation se met en place et la personne âgée devient « l'outil de travail » des personnels. Ainsi les personnes hébergées sont soumises aux horaires de travail du personnel. Chaque étape de la journée est conditionnée par les modalités d'intervention des agents : le lever, la toilette, les repas, les sorties, le coucher. Les horaires sont identiques pour tous, les activités sont également uniformes : la personne y adhère ou non, mais elle n'a pas le choix de son activité à un moment précis de la journée. Dur constat d'une réalité de terrain.

2.3.1 Une organisation en termes d'horaires non adaptée

La gestion des ressources humaines dans les services aux personnes âgées dépendantes est un enjeu primordial. Des contraintes organisationnelles fortes - telles que le travail en continu ou des équipes de travail de taille réduite - viennent limiter les

marges de manœuvre des Directeurs. Il s'agit alors pour ces derniers de définir un équilibre dans leur organisation¹⁸.

Il ne suffit pas que le personnel dispose de compétences requises, il faut qu'elles soient mises en application et pour ce faire, le climat organisationnel joue un rôle central et constitue la véritable clé de voute de l'institution.

Prenons l'exemple des horaires de repas sur l'EHPAD de Bourbon l'Archambault. Les horaires des repas ne correspondent pas tous aux moments de sensation de faim, mais sont des repères à la vie de l'établissement auxquels les résidents sont tenus.

Il est stipulé dans le projet d'établissement du CHBA que les horaires des repas sont organisés afin de tenir compte des habitudes antérieures des résidents en particulier le petit déjeuner et le dîner.

Par ailleurs, il est également précisé que les pratiques et horaires des repas font l'objet d'un suivi régulier et avaient été ajustés dans le cadre des nouvelles organisations de travail mises en place avec l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail.

Malgré cela, dans la pratique, des adaptations apparaissent nécessaires, notamment pour ce qui est du jeune nocturne. En effet, les résidents dinent aujourd'hui à 18h30, alors que le petit déjeuner leur est servi à 8h, soit plus de 13h sans manger, alors qu'une des recommandations de l'ANESM évoque un jeune nocturne ne devant pas dépasser 12 heures. Bien que le constat soit frappant, aucune modification des horaires de repas n'a été mise en place à ce jour. Une solution transitoire qui a été adoptée - dans l'attente du déménagement dans le nouvel établissement, qui sera le point de départ à l'instauration d'une nouvelle organisation en cours de réflexion - est de prévoir une collation pour les résidents qui le souhaitent la nuit ou de leur proposer une boisson sucrée entre 6h et 8h.

J'ai été également très surprise de l'organisation mise en place concernant les transmissions. Lors des différents entretiens réalisés avec les professionnels, la plupart m'ont exprimé leur manque de temps auprès des résidents et plus particulièrement le matin. Pour autant à l'heure actuelle, des transmissions ont lieu de 9h30 à 10h afin de réunir tous les professionnels. En effet, certains professionnels ne sont présents que le matin dans l'institution (la diététicienne, le kinésithérapeute et la psychomotricienne interviennent sur d'autres structures l'après midi). Ce temps de transmission, est le seul, réunissant tous les acteurs qui interviennent auprès des résidents. En effectuant un calcul du temps d'agents immobilisés lors de cet échange, soit 9 agents pendant une demi-heure à raison de 5 jours par semaine, on obtient 22,5 heures qui pourraient être dédiées à une autre tâche.

¹⁸ DUYCK J.Y., PIJOAN N, *L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil* Gérontologie et société, décembre 2010, n°135, pp. 187-211

Par conséquent, ces propos mettent en exergue le fait, que dans une institution, le planning est la toile de fond de l'organisation.

2.3.2 Un manque de flexibilité dans l'organisation

L'étude de l'Histoire le révèle, les institutions collectives sont systématiquement conduites à suivre certaines tendances : d'une part à adapter la personne à l'institution et d'autre part à être organisées en fonction de ceux qui travaillent et non de ceux qui y vivent.

Force est de constater que bien souvent, l'organisation des tâches liées à la vie quotidienne des résidents est basée sur les contraintes des professionnels plutôt que sur les besoins et attentes des résidents.

Bien des personnes au sein des équipes disent : « on a toujours fait comme ça, il n'est pas possible de faire autrement » « ce sont nos habitudes, on ne les changera pas » « il y a trente ans qu'on travaille comme ça, ce ne sont pas des jeunes qui vont nous apprendre le métier » ; tant d'expressions qui témoignent de la volonté de se raccrocher à quelque chose de rassurant. Lorsque la façon de faire antérieure relève ses limites, il faut en effet se rassurer contre le risque de se sentir impuissant, de ne pas savoir, d'abandonner les personnes à un sort inconnu.

A titre d'exemple, une résidente de l'EHPAD s'est plainte à plusieurs reprises de ne pas avoir assez souvent de douches. Je vous rappelle que l'architecture de l'EHPAD est très vétuste et que très peu de chambres disposent de cabinet de toilette avec douche. Ce qui oblige les professionnels à réaliser les douches dans les salles de bains prévues à cet effet (une par étage). Bien que les douches soient prévues le matin, du fait qu'un agent est affecté à cette tâche, après accord de la résidente cette dernière pourra avoir une douche l'après midi, ce qui diminuera la durée entre chaque douche. Malgré tout, cette situation reste à titre exceptionnel et n'a été mise en œuvre que pour une seule résidente (qui avait eu le mérite de se plaindre).

De même, les toilettes et les changes s'organisent en série, avec un début et une fin. Les agents élaborent ces séries en essayant de composer avec les capacités d'attente des résidents. Je pense particulièrement à Monsieur V, qui s'impatiente de façon bruyante pour qu'on vienne lui faire sa toilette au réveil. Pour autant, le personnel essayent de varier régulièrement l'ordre des toilettes ou des changes réalisés, de façon à ce que les derniers ne soient pas toujours les derniers. Une certaine égalité face au soin est construite de cette façon.

Malgré cela, la rigidité de l'organisation, la rationalisation et la normalisation des tâches réalisées tendent à faire prévaloir le résident-objet sur le résident-sujet¹⁹.

¹⁹ CHAUVIN K., MOHAER F., *La réforme des USLD*, Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP), 2009, 34 p

2.3.3 Le poids de la sécurité et de la réglementation:

Donner le choix aux résidents c'est accepter que son choix puisse ne pas correspondre aux intentions professionnelles ou aux impératifs institutionnels, en particulier sécuritaire. Cela suppose de lever les contraintes réglementaires qui vont trop loin dans un sens de la surveillance, de la prévention et de la sécurité. Or une vie sans risque n'est pas une vie ! Les proches insistent sur la sécurité alors que les résidents parlent de liberté. C'est ainsi que de peur de voir un résident chuter faute d'accompagnement, il sera conduit en fauteuil à l'animation.

Dans le même registre, lorsque Madame R s'est plaint de ne pas avoir eu le journal (l'agent de l'animation qui est chargé de le distribuer était en maladie), je lui ai rappelé qu'il était disponible à l'accueil. Elle m'a rétorqué « je ne veux pas descendre, si c'est pour "quémander" lorsque je voudrais remonter. L'autre jour j'ai voulu aller en salle à manger toute seule et je suis tombée, alors depuis je n'ai plus le droit de me déplacer toute seule ».

Lorsque j'ai abordé ce thème avec la cadre de santé, elle m'a confirmé la difficulté des soignants à cette prise de risque. Elle m'a relaté le cas d'un agent qui s'est retrouvé en conflit avec un résident qu'il avait empêché de sortir de l'établissement, alors que ce dernier avait l'habitude de se rendre en ville pour acheter des magazines.

Dans ces exemples, l'équipe soignante oublie que la liberté d'aller et venir est la règle et la privation une exception. Le principe de prévention doit prévaloir sur celui de précaution. En effet, les pathologies des personnes accueillies en institution aujourd'hui touchent souvent les capacités psychiques, occasionnant des risques de perte ou de désorientation. Pour autant, les sorties des résidents ne doivent pas être restreinte volontairement. Par conséquent, le juste milieu à trouver entre liberté et sécurité est souvent difficile.

Il est donc indispensable qu'une corrélation s'opère entre le temps de travail des personnels et le temps de vie des résidents. Au sein de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault force est de constater que le rythme institutionnel prime sur celui des résidents. Ce constat provient de trois facteurs principaux. Premièrement, le recueil des besoins et attentes des résidents ne permet pas de satisfaire leurs choix. Deuxièmement, un décalage est relevé entre la formation des professionnels et les aspirations des personnes accueillies. Troisièmement, l'organisation du travail n'est pas propice à favoriser le rythme de vie des résidents.

Fort de ce diagnostic, je vais m'orienter sur les propositions d'actions qui ont émergées au décours de l'avancée de ce travail.

3 LES ACTIONS PROPOSÉES POUR AJUSTER LES RYTHMES AUX BESOINS INDIVIDUELS DES RÉSIDENTS ET AUX CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES

Les différents éléments retracés auparavant montrent donc qu'à l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, l'institution n'est pas toujours adaptée au rythme de vie des résidents.

A cet effet, un certain nombre d'actions peut être mise en place pour diminuer le décalage constaté.

3.1 UN RECUEIL DES BESOINS ET ATTENTES OPTIMISÉ

Passer d'une logique d'institution à une logique axée sur le résident et sur l'évolution de ses besoins représente la nouvelle culture gériatrique à promouvoir à l'EHPAD de Bourbon l'Archambault. Le Projet d'Établissement (PE) est un moyen d'initier et d'accompagner le changement des pratiques. Une nouvelle version du PE doit être élaborée avant la fin de l'année 2013 (le dernier arrivant à échéance le 31 décembre 2013). L'objectif prioritaire à retenir lors de la rédaction du PE est qu'il soit un outil permettant à l'ensemble du personnel de savoir le décliner dans les actes de la vie quotidienne et dans la relation d'aide et de soin.

3.1.1 Mettre en place les Projets Personnalisés

Les méthodes ont évolué, de la pratique d'activités occupationnelles vers des projets construits à partir des souhaits et des attentes des résidents.

Un des axes prioritaire à mener pour prendre en compte les besoins et attentes des résidents est centré autour du Projet Personnalisé (PP).

D'ailleurs, la loi n°2002-2 introduit l'obligation pour les établissements de définir et mettre en place des PP²⁰ avec l'idée que chaque résident est unique.

Le PP favorise la conciliation entre les composantes organisationnelles de l'établissement et les besoins des résidents. Il va dans le sens d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement proposé mais réinterroge également le fonctionnement et l'organisation du travail de l'établissement.

La loi n°2002-2 stipule que le renouvellement des autorisations est conditionné par la réalisation de l'évaluation externe et la réalisation d'une visite de conformité²¹. Pour ce qui est de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, ce dispositif est prévu au second semestre

²⁰ Article L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par la Loi n 2011-525 du 17 mai 2011- article 141

²¹ Article L311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par l'Ordonnance n 2010-177 du 23 février 2010- article 18

2014. Dans ce cadre, une des actions prioritaires à mettre en place avant l'évaluation externe de l'EHPAD est la mise en place d'un PP pour chaque résident.

Toutefois, du fait que le temps imparti soit très court, il ne paraît pas concevable de se fixer comme objectif d'avoir réalisé un PP pour chaque résident d'ici juin 2014. Ainsi la solution retenue est de privilégier la qualité à la quantité.

A cet effet, un comité de pilotage pluri professionnel a été mis en place suite à un appel à candidature sur la base du volontariat, afin de définir une trame commune pour chaque PP qui sera ensuite transférée sur le dossier de soins informatisé. Le « chef de projet » chargé d'impulser, suivre et coordonner la mise en place des PP est la psychologue. La question préliminaire à se poser lors de l'élaboration de chaque PP est : « Qu'ai-je besoin de savoir sur cette personne pour mieux comprendre ses attentes et y répondre de façon adaptée et cohérente ? » Cette dernière a donc été affichée sur l'entête de la trame mise en œuvre.

Par ailleurs, lors de la co-construction de la trame du PP, une vigilance particulière a été portée sur l'organisation du rythme de la journée. Pour chaque thème étudié, les professionnels chargés d'élaborer la trame du PP ont prêté attention aux éléments permettant de prendre en considération de façon optimale le rythme de vie du résident. Pour ce qui est des habitudes de vie, il est demandé au résident de relater une journée type avant son entrée dans l'institution, en insistant sur ses horaires de lever, de repas et de coucher.

Une importante « campagne d'informations » a eu lieu pendant cette phase de travail du comité de pilotage, afin de sensibiliser tous les professionnels, les usagers et leurs familles aux termes de PP et d'explicitier à chacun l'importance que recouvre ce dispositif. Après de nombreuses réunions du comité de pilotage, une trame a pu être validée en juin 2013 et une marche à suivre pour compléter le PP (par qui ? à quel moment ? dans quelles conditions ? ...) est en cours de réflexion.

Il est important pour chacun, résident, famille, et personnel que le PP comprenne des objectifs concrets et réalistes.

Dans cette optique, le choix, beaucoup moins ambitieux que celui de réaliser un PP pour les 181 résidents de l'EHPAD, est d'élaborer un PP pour tous les résidents entrants à partir de septembre et de constituer un PP en priorité pour les résidents qui posent le plus de difficultés aux professionnels en termes de prise en charge.

Comme les résidents, chaque membre du personnel, lui aussi est unique : mais il n'est pas seul travailleur dans l'institution. Le dialogue entre les professionnels, tous secteurs confondus, est indispensable pour assurer une cohérence bénéfique au résident. La plus grande récompense à partager est de voir le résident à l'aise et satisfait.

Le principe du projet personnalisé devrait permettre d'atteindre cet objectif en respectant trois conditions principales : accompagner et non se substituer, proposer et non imposer, suggérer et non catégoriser²²

3.1.2 Actualiser les attentes des résidents

Le recueil des habitudes et des rythmes de vie ne suffit pas à connaître l'histoire de vie du résident et à élaborer le PP. Se pose alors la question du périmètre de l'information qu'on recueille et de l'usage que l'on en fait.

Par ailleurs, au-delà de l'individualisation de l'accompagnement, il convient avant tout de respecter les choix de la personne âgée, quelles que soient les difficultés de santé qu'elle rencontre. L'enjeu est de faire en sorte que l'expression de la personne soit confrontée au faisable dans l'établissement pour que son attente soit satisfaite totalement ou au mieux. Une plage horaire devra être mobilisée chaque semaine afin que les équipes pluridisciplinaires (AS, IDE, Cadre de Santé, psychologue, animateurs) élaborent ou réactualisent les PP, à partir d'éléments descriptifs précis, qui favorisent une prise en charge personnalisée. Ce nouveau dispositif ne doit pas être figé, il doit évoluer tout au long de la vie du résident au sein de l'EHPAD. Par ailleurs, le PP a son propre rythme, différent selon les personnes accompagnées et pour certains projets, le réajustement des objectifs pourra être plus intensif que le rythme annuel de révision. Cette actualisation est essentielle, car la situation des personnes accueillies évolue, leurs attentes changent, leur potentiel, leur maturité, leur autonomie, leur état de santé également. C'est pourquoi le PP doit s'inscrire dans une démarche dynamique.

3.2 UNE FORMATION MIEUX ADAPTÉE

En tant que directeur, l'organisation du travail et le plan de formation du personnel sont de ma responsabilité. A ce titre, je dois m'assurer que les professionnels disposent de moyens nécessaires pour remplir correctement leurs tâches. Améliorer les conditions de travail n'est pas systématiquement synonyme d'une augmentation des moyens. Certes un accompagnement de qualité nécessite une présence importante auprès des personnes âgées, mais ancrées dans des habitudes devenues routinières, les agents ne savent pas mettre à profit le temps passé auprès des usagers. Leur formation initiale, pour l'essentiel axée sur la technique et les tâches concrètes, occulte l'aspect relationnel de leur mission.

²² VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées. Enjeux et méthode*, Pratiques gérontologiques, 170 p

3.2.1 Recruter des agents ayant une appétence pour le secteur de la gériatrie

En raison de la politique de maintien à domicile des personnes âgées, l'entrée en institution est plus tardive et les pathologies des résidents pris en charge ne cessent de d'augmenter.

L'acte de formation permet de crédibiliser le secteur de la personne âgée en apportant à la fois professionnalisation, qualité de service et rémunération. Bien que la formation initiale de certains professionnels ne soit pas uniquement axée sur le soin d'un point de vue théorique, il en est tout autrement dans la pratique. En effet, je tiens à rappeler que la circulaire n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et missions des aides soignantes relève quant à elle, l'importance de la dimension relationnelle : *« L'activité de l'aide soignant comporte une dimension relationnelle très importante, compte tenu notamment du temps passé auprès de la personne âgée et de sa famille. Cette relation doit prendre en considération les habitudes de vie du patient, ses valeurs et son environnement, tout en respectant sa personnalité et sa dignité. Elle revêt une importance toute particulière notamment lorsque celui-ci est un enfant, une personne handicapée, une personne atteinte d'une maladie chronique évolutive, une personne âgée, une personne en fin de vie »*.

Par ailleurs, il est important d'avoir au sein des équipes soignantes, des personnels appétents et pas seulement compétents. Les critères de l'humain reposent sur la conscience des personnes qui ont à installer justesse et égalité dans leur façon de travailler, c'est-à-dire d'aborder, d'accueillir, de soigner, d'accompagner, d'écouter, de comprendre, de répondre à la personne âgée.

En lien avec la dévalorisation de la personne âgée dans notre société, il existe une réelle dépréciation des métiers de la prise en charge, du gériatre à l'auxiliaire de vie, qui affaiblit les établissements. E HIRSCH²³ dénonce cette dévalorisation qui consiste à mettre les personnels les plus en difficulté au service des plus vulnérables. Il insiste en disant qu'il faudrait mettre « les meilleurs professionnels » auprès de ces personnes.

Sur l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, l'équipe de direction (comprenant le Directeur, les responsables de chaque secteur administratif et logistique et les cadres de santé des différents secteurs) a fait le choix de cibler son recrutement sur les postes d'AS et d'ASH plutôt que sur les IDE ou autres professionnels qualifiés et affectés en section soins. Dans ce cadre, les autorités de tarification ont une incidence directe sur l'emploi en définissant le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) accordé aux établissements pour faire face à leur activité (sur la base de calculs définis par le système de tarification).

²³ HIRSCH E., 2004, *Le devoir de non abandon. Pour l'éthique hospitalière et du soins*, Editions Cerf, 320 p

Cette situation s'illustre à L'EHPAD du CHBA par l'affectation de 20,9 ETP en section hébergement, 13 ETP en section dépendance et 27,1 ETP en section soins.

Un des premiers objectifs qui sera défini dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite est de répartir les effectifs différemment, pour permettre d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents accueillis. En effet, la négociation de la convention de 2^{ème} génération entre l'établissement, le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé sera l'occasion d'un échange sur les objectifs poursuivis par l'établissement, à savoir : une meilleure individualisation de la prise en charge. Cette renégociation sera basée sur les constats réalisés lors de l'évaluation interne. Cette dernière doit permettre à l'institution et à l'ensemble de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité²⁴.

Par conséquent, une des solutions qui pourrait être proposée est de modifier la répartition des ETP entre les professionnels afférents aux soins et ceux afférents à l'hébergement. Il serait à mon avis judicieux, d'augmenter le nombre d'ASH. L'expérience de terrain de ces personnels proches des résidents et leur savoir-être participent à la qualité de vie de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault. Par ailleurs, force est de constater que les soignants ont plus développé leur rôle technique que relationnel. C'est pourquoi, la négociation pourrait aussi passer par la diminution du nombre d'IDE en faveur des personnes formées en gérontologie, telles que les Auxiliaires de Vie Sociale (AVS), les Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) et les Aides Médico-Psychologique (AMP) qui ont une approche relationnelle plus soutenue auprès des résidents. Le principe attendu est d'éviter la « spécialisation médicale » de l'EHPAD et ainsi lui garantir un avenir d'établissement seulement gérontologique.

3.2.2 Adapter la formation continue des soignants

Recréer la relation avec la personne âgée au moment de la prise en charge matérielle, c'est déjà trouver le temps de l'écouter, de la respecter dans sa dignité. La charge de travail est incontestablement importante au sein de l'EHPAD. Mais la disponibilité accordée dépend aussi de la qualité du temps passé auprès des personnes et pas uniquement de la quantité.

Cette évolution dans l'accomplissement des tâches quotidiennes et répétitives s'acquiert à l'aide de formations : elles constituent une amorce au changement des comportements.

²⁴ CIRCULAIRE N°DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux

Il est vrai que les formations des professionnels ne sont pas adaptées pour entendre les demandes diverses des résidents auxquelles il n'est pas toujours possible de donner une réponse positive. C'est pourquoi, le comité de formation de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault a donc été sensibilisé à cette volonté de favoriser la formation des professionnels les plus proches des résidents. Le nombre de formation qui privilégient la technique au détriment du savoir relationnel va être diminué. La finalité est de comprendre, par exemple, qu'un résident qui a des troubles du comportement n'est pas « agressif » mais « défensif », qu'il réagit à une situation qu'il ne comprend pas et qu'on lui impose.

Dans cette optique, deux notions vont être étudiées au sein du comité de formation (pour application dès janvier 2014) afin d'évaluer la nécessité de mettre en place ce type de formations dans la structure. Dans un premier temps, la notion de care, d'abord développée par les anglo-saxons, puis les francophones, pour différencier l'attitude du « prendre soin » de celle du « guérir » doit être mise en évidence. Ce concept se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes. L'enseignement du care décrit des attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière. L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et personnalisée. C'est produire un travail qui participe directement ou indirectement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. Dans un second temps, la méthode « Humanitude », permettant d'offrir une meilleure considération des personnes âgées et de leurs besoins, va être étudiée. Cette méthode repose sur un changement global de comportement des soignants : le regard (il doit s'échanger les yeux dans les yeux), la parole (elle doit annoncer et expliquer chaque geste), le toucher (transformer le « toucher utilitaire » en « toucher tendresse »), la verticalité (importance de lever la personne).

Au niveau des obstacles potentiels, le cadre de santé peut se heurter à un refus ou à un manque d'implication, mais il se doit de rappeler aux intéressés que cela fait partie des objectifs professionnels de l'année à venir et insister sur l'importance de ce dispositif en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Toutefois, il est impératif de faire passer les connaissances dans les pratiques. A cet effet, il est d'une part important de donner du temps et de l'importance à l'entretien annuel. Le personnel doit être considéré comme porteur d'idées. D'autre part, il est nécessaire d'organiser des espaces où les personnels peuvent échanger et discuter, voire se soulager par la parole ou construire des projets. Chaque professionnel peut avoir quelque chose à dire sur son métier et ses interventions auprès des résidents. Il faut donc encourager des réunions d'échange et de réflexion du personnel, qui peut participer à l'élaboration des règles de vie collective.

Dans ce cadre deux mesures vont être mises en place prochainement :

- mettre à disposition des « boîtes à idées » afin que le personnel puisse s'exprimer et émettre des suggestions ou des remarques sur des points qui lui tiennent à cœur en restant anonyme s'il le souhaite
- Instaurer des réunions de services régulières (une fois par trimestre), dans un premier temps par catégories IDE, AS, ASH, pour échanger sur les pratiques professionnelles et promouvoir les objectifs institutionnels. Dans un second temps élargir ces réunions à l'ensemble des professionnels qui gravitent autour du résident en réalisant une réunion par étage deux fois par an. Il est vrai que les réunions sont des temps forts de la participation. Ce sont des moyens de réfléchir et de discuter sur les orientations et méthodes de travail, mais également des moyens d'évaluation.

Toutefois, il ne faut pas oublier que ces personnels formés ne peuvent réellement exprimer leurs compétences que s'ils ont du temps à consacrer à la personne âgée.

3.3 UNE NOUVELLE ORGANISATION S'IMPOSE

Pour HUGONOT²⁵, les contraintes liées à la vie collective font inévitablement violence au moment de l'entrée en institution, et ce n'est que progressivement que la personne âgée va pouvoir, sur un mode librement consenti, réguler sa vie pour s'adapter aux normes de vie caractérisant un nouvel environnement. Si cette capacité adaptative représente une ressource essentielle pour intégrer de façon harmonieuse les contraintes institutionnelles, cela ne dispense pas les institutions de tenter de les diminuer le plus possible.

La pratique institutionnelle est souvent le résultat de l'organisation du travail et de la « culture » des personnels de l'établissement. C'est dans cette optique que va être réalisé le projet d'établissement. Ce document porte les valeurs fortes de l'établissement. Il est le fruit d'une réflexion commune, et l'émergence des valeurs partagées par l'ensemble du personnel. De prime abord, l'important va être de fédérer les personnes autour des objectifs qui fondent ce projet, à savoir répondre aux attentes des résidents et favoriser leur bien-être grâce à un accompagnement personnalisé.

3.3.1 Optimiser la relation avec le résident

C'est d'abord tout le personnel qui doit être pris en compte dans sa relation avec les résidents (y compris le cuisinier, les administratifs, les personnels logistiques ou les

²⁵ HUGONOT R., 2003, La vieillesse maltraitée, DUNOD, 212 p

intervenants...). Tout le temps de travail du personnel doit être pensé comme des occasions de créer du lien social, d'humaniser la vie de l'EHPAD. Le professionnel doit pouvoir à tout moment créer un climat « socio émotionnel » (au-delà du geste technique ou autre qu'il doit accomplir). Il doit porter son attention au résident et être respectueux à son égard (et ne pas discuter avec d'autres intervenants professionnels par exemple). Donc, le temps d'activité professionnelle est un tout, qui ne doit pas être fragmenté en gestes techniques et en gestes relationnels.

En outre, comme le précise la philosophie de soin GINESTE-MARESCOTTI, afin de privilégier les relations humaines, chacune des activités de soins de base doit être l'occasion d'aider la personne hébergée à améliorer sa santé. Dans le cas d'une toilette, il faut concilier différents objectifs. Ainsi, la réalisation d'une toilette ne peut viser qu'à satisfaire l'hygiène. Elle peut aussi être l'occasion d'améliorer la communication, de favoriser la réhabilitation, de prévenir les dégradations, de contribuer au confort du résident et d'assurer la satisfaction, la santé et la sécurité du soignant.

Il est important de sensibiliser les équipes à la parole des personnes hébergées, cela aboutit parfois à une remise en question de travail quotidien qui, devenu routinier, engendre certains effets gênants.

Les équipes ont à appréhender un éventail de profils psychologiques, de pathologies et donc de comportements. Comme me l'a précisé la psychologue, chaque résident est unique, il faut s'adapter. C'est donc au personnel de s'accorder ajoute-elle, de se transformer afin de créer un minimum de relation et de donner au résident un rôle d'acteur à part entière.

Pour Madame T, le temps passé à sa toilette est trop court, moment qu'elle apprécie particulièrement pendant lequel elle échange avec l'équipe soignante et les questionne sur leurs vies personnelles. Mais son jugement ne tient compte que de son rapport immédiat avec l'équipe et jamais des enjeux collectifs. Rares sont les résidents qui ont conscience que le temps qui leur est consacré doit être répété pour tous les résidents, et cela chaque jour. Malgré tout c'est un moment privilégié de la journée que les soignants ne doivent pas négliger, car ce relationnel compte énormément pour chacun des résidents, même si ce temps n'est pas toujours considéré comme du temps de travail mais plutôt comme un prétexte à ne pas travailler.

Une des solutions qui pourraient être proposée serait d'envisager la prise en charge par un agent de plusieurs résidents. Ce dispositif aurait pour intérêt de limiter le nombre d'intervenants gravitant autour d'une personne âgée permettant une meilleure connaissance de celle-ci et la création de liens plus personnalisés. La tâche ne devient plus prioritaire mais la personne. Cette nouvelle organisation aurait pour effet de permettre aux agents de mieux connaître les résidents et d'être valorisés dans leurs

missions. Ce professionnel référent pourrait centraliser les données auprès des autres professionnels et assurer la rédaction des recueils détaillés.

Une autre piste de réflexion concerne une modification des horaires des postes de travail – impliquant une évolution du planning - qui doivent être adaptés aux habitudes de vie des résidents. Comme tous les établissements, l'EHPAD du CHBA connaît des pics de travail le matin au moment des soins. Or, c'est durant cette période qu'ont lieu des transmissions. Il apparaît comme indispensable de réorganiser le travail des agents. Pour autant, il paraît difficile à ce jour de mettre en place une nouvelle organisation sur l'EHPAD de Bourbon l'Archambault. J'ai pu ressentir un manque d'implication du personnel et plus précisément un manque de motivation des cadres, submergés par le travail quotidien devenu routinier. Le leitmotiv des professionnels sur le principe d'une modification de l'organisation est « dans le nouvel hôpital on fera autrement ». Le déménagement étant prévu pour début 2015, dans l'attente, une analyse des plages horaires et des besoins des résidents pourra mettre en évidence les écarts entre les attentes des résidents et les réponses de l'établissement. Il me semble que le plus difficile reste à faire : mobiliser le personnel et l'encourager à modifier ses pratiques. Pour que la mobilisation soit optimale, divers moyens peuvent être utilisés. Un premier moyen vise l'implantation d'une véritable gestion participative. Cette dernière permettra de faire régner une attitude positive d'ouverture dans toute l'organisation, de faire reconnaître que toute l'organisation s'est engagée à procéder à des améliorations qui découleront du changement et de profiter d'un éventail d'expertises de l'ensemble du personnel. C'est dans ce but qu'une réelle participation à la redéfinition de l'organisation de la nouvelle structure va être mise en œuvre.

3.3.2 Eviter la standardisation et privilégier la flexibilité

Les fondamentaux de la bientraitance stipule que c'est une « démarche continue d'adaptation à une situation donnée, c'est une dynamique qui appelle, de la part de tous, professionnels, usagers et leurs proches, une réflexion et une collaboration continues à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné ». Ainsi, un des axes mis en évidence est de « viser l'adaptation du personnel aux besoins spécifiques et aux facultés que possède le résident ». Ceci montre qu'il n'est pas possible d'avoir un comportement identique avec tous les résidents et qu'un bon agent est un agent qui s'adapte au résident pris en charge à l'instant T. L'encadrement a l'obligation de relever ce défi et inciter à développer, promouvoir et diffuser des savoirs être, des savoirs faire et les bonnes pratiques.

Il est donc primordial de concilier le droit individuel et le droit collectif au quotidien. Il faut considérer l'adaptation du milieu de vie et une plus grande flexibilité de l'organisation des soins, des services et des pratiques de travail. Cela représente un véritable défi, car il

existe de nombreuses contraintes. Pour réussir à accommoder raisonnablement, il faut aussi pratiquer l'art de la gestion « au cas par cas »²⁶.

Le professionnalisme des soignants repose sur des pratiques non standardisées basées sur une capacité à s'adapter. Mobiliser le personnel autour de la notion d'accompagnement va être le principe de base et le point de départ au changement de comportement et de pratiques à adopter par les professionnels. A titre d'exemple, les résidents qui ne peuvent effectuer seuls leur toilette ont un jour de douche attribué. Il pourrait être envisagé de laisser le choix au résident de la définition de ce jour au lieu de fonctionner par numéro de chambre. L'organisation du travail et les modes d'intervention du personnel doivent être rendus plus flexibles, parce qu'aussi proches que possible du rythme de vie des résidents. C'est ce message qu'il faut faire prendre conscience aux soignants.

Par ailleurs, le rythme de l'institution repose en grande partie sur le ratio en personnel et sur son organisation. Les heures de lever, des repas et de coucher sont imposées par l'institution. Ainsi, le petit déjeuner, qui est un temps tout particulièrement relié aux rythmes et aux habitudes de vie de chacun pourrait être organisé différemment. Un des axes à mettre en place, sans changement important dans l'organisation du travail, est lié à la réalisation des tâches au réveil. Dans ce cadre, la distribution des petits déjeuners se ferait en chambre en tenant compte des souhaits des résidents au niveau de l'heure de réveil et l'organisation des toilettes le matin serait également revue. Il pourrait même être envisagé de servir le petit déjeuner en salle à manger pour les résidents qui peuvent s'y rendre, en adoptant des équipements permettant l'autonomie, tels que des thermos. Avec une alternative pour les résidents un peu fatigués mais qui se sentent aptes à se rendre en salle à manger, qui pourraient prendre leur petit déjeuner en peignoir puis regagner leur chambre pour un repos prolongé. Toutefois, il est important de trouver un juste milieu, afin que le temps passé par les équipes au niveau organisationnel ne se fasse pas au détriment du temps passé auprès des résidents.

L'objectif étant que les agents ne travaillent plus, simplement par tâches en fonction de leurs qualifications, mais travaillent en mode projet c'est-à-dire en tenant compte du résident dans sa globalité.

Dans ce cadre, pour permettre une plus grande flexibilité, c'est une gestion au cas par cas qui paraît la plus appropriée. C'est pourquoi une attention particulière doit être portée sur la mise en place des fiches de poste dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences - démarche initiée dans l'établissement depuis avril 2013. Effectivement, un des inconvénients à la création des fiches de poste est le risque de l'installation d'un comportement complètement automatique. Par exemple, le nettoyage de

²⁶ BIGAOUETTE M., Le défi d'un hébergement de qualité, *La Gérontoise*, vol.17, n°1, janvier 2006

la chambre de telle heure à telle heure sans pouvoir envisager une autre activité même si la personne âgée émet des besoins particuliers à ce moment précis. La réponse aux besoins des personnes âgées risque de devenir stéréotypée. Il faut donc amener chaque professionnel à une remise en cause de ses pratiques, dans un but d'améliorer la prise en charge des résidents accueillis. Il faut chercher à atténuer l'adaptation en anticipant. L'établissement doit faire l'effort de s'adapter aux souhaits des résidents et de diminuer le décalage entre le mode de vie à domicile et sa nouvelle vie dans l'institution.

Malgré tout, « les divers plans d'action précités ne résisteront jamais aux invasions de la réalité. Les imperfections de mises en œuvre, les aléas du terrain, sont autant d'obstacles qui éloignent la réalisation de la prévision. En revanche, l'intelligence humaine permet de poursuivre l'objectif en apportant en temps réel les corrections tactiques nécessaires. Il faut pour cela, non pas supprimer les plans d'action mais savoir les appliquer avec souplesse et aider les acteurs à tirer partie des opportunités qu'apportent avec elles les situations imprévisibles »²⁷.

²⁷ DEVILLARD O., 2003, *La dynamiques des équipes*, deuxième édition : Editions d'Organisation, 304 p

Conclusion

L'entrée en institution est parfois mal vécue par le résident. Ce dernier se retrouve dans une structure où sont instituées des règles et des habitudes différentes des siennes. La perte de ses repères, la vie collective, le changement des habitudes peuvent provoquer un déséquilibre physique chez lui.

Les rythmes de vie de l'institution constituent un défi permanent aux rythmes personnels et particuliers de chacun des professionnels. C'est le temps de l'institution qui reste prégnant et s'impose à tous, alors que le temps de la personne âgée est négligé pour cause d'organisation.

Les horaires en sont l'illustration la plus évidente : qu'il s'agisse du réveil obligatoire à 7 heures, des heures de repas imposées, de la grande plage horaire nocturne de près de 13 heures sans boissons ni nourriture, le rythme de l'institution ne tient pas assez compte des besoins et des désirs des personnes venus là finir leur jour.

Pour bien fonctionner, il est nécessaire que se superposent les intérêts des deux populations qui vivent au quotidien dans l'établissement : les personnes âgées, dont nul n'est là pour contester la primauté, et le personnel, sans qui rien ne pourraient être. C'est donc en tenant compte des aspirations des premiers et des compétences des seconds quand tant que directeur je me dois de créer une dynamique. Il s'agit tout d'abord de définir une organisation de l'établissement centrée en priorité sur les besoins et attentes des résidents. D'autre part de définir un plan de formation et de réaliser des actions de formations ciblées sur l'accompagnement des résidents. Et enfin de mettre en place une nouvelle organisation qui graviterait autour du résident.

Les contraintes organisationnelles quelles soient invariables (sécurité, hygiène ...) ou liées à l'histoire de l'établissement rendent parfois difficile la conciliation avec l'identité individuelle de la personne âgée.

Le projet personnalisé sera la garantie de la mise en œuvre de solutions d'accompagnement et de suivi retardant la dépendance physique et/ou psychique et non une réponse aux impératifs d'organisation du personnel.

Modifier le comportement et les pratiques professionnelles va demander du temps. La mise en place de réunions d'échanges et de réflexion pour les professionnels, compléter par des formations ciblées et une analyse des pratiques n'est qu'un point de départ. Le but étant de réguler et fluidifier les relations entre les divers professionnels qui interviennent dans l'EHPAD. La qualité de vie collective est liée à l'implication de ces professionnels, à leurs attitudes et leurs modes de fonctionnement individuels et en équipe, et à la cohérence des pratiques.

L'idéal serait d'aller au-delà de l'individualisation de l'accompagnement pour tendre vers une personnalisation afin d'atténuer l'ensemble de ces contraintes et se rapprocher d'une vie en établissement s'inscrivant dans la continuité du domicile.

Dans les semaines à venir deux étapes primordiales vont avoir lieu pour l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, l'une concerne la renégociation de la convention tripartite (la première arrive à échéance en janvier 2014) et l'autre l'élaboration d'une nouvelle version du projet d'établissement. Ce sont deux moments clés dans la vie d'un EHPAD, qui vont permettre à la structure d'évoluer et d'atteindre l'objectif communs à toutes les institutions médico-sociales : adapter l'organisation aux besoins et souhaits du résident. A cet effet, en tant que directeur je me dois de confronter les limites imposées par l'institution aux attentes de la personne.

Une autre étape importante demande une attention particulière, il s'agit de l'installation dans la nouvelle structure, prévue en 2015. L'implication des personnels à l'organisation à mettre en place dans les nouveaux bâtiments constitue la toile de fond pour s'adapter aux rythmes de chaque résident.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel de la République Française
- Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel de la République Française
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel de la République Française
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Article L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par la Loi n 2011-525 du 17 mai 2011- article 141
- Article L311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par l'Ordonnance n 2010-177 du 23 février 2010- article 18
- Article L311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles, créé par la Loi n 2002-2 du 2 janvier 2002
- Circulaire n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et missions des aides soignants
- CIRCULAIRE N°DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux

Guides et recommandations

- Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, SAINT DENIS, 47 p
- Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), Décembre 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, SAINT DENIS, 47 p

- Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), 2011, *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, SAINT DENIS, 59 p
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
- Charte des droits et liberté de la personne accueillie
- Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Action Sociale et la société française de gériatrie et gérontologie, octobre 2007, « Recommandation de bonnes pratiques de soins en EHPAD »

Plans

- Plan Alzheimer 2008-2012

Ouvrages

- CHRISTEN-GUEISSAZ E.(dir), 2008, *Le bien-être de la personne âgée en institution, un défi au quotidien*, Seli Arslan, 218 p
- CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Ange : Editions Eres « Pratiques gérontologiques », 152 p
- DEVILLARD O., 2003, *La dynamiques des équipes*, deuxième édition : Editions d'Organisation, 304 p
- GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Editions Armand Colin, 309 p
- HIRSCH E., 2004, *Le devoir de non abandon. Pour l'éthique hospitalière et du soins*, Editions Cerf, 320 p
- HUGONOT R., 2003, *La vieillesse maltraitée*, DUNOD, 212 p
- LEJEUNE A., 2004, *Vieillesse et résilience*, Collection Résilience et interactions tardives, 232 p
- LEPINE N., 2008, *Vieillir en institution*, Chronique Sociale, 175 p
- MALLON I., 2004, *Vivre en Maison de Retraite*, Presse Universitaire Rennes, 288 p
- VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées. Enjeux et méthode*, Pratiques gérontologiques, 170 p

Articles de périodiques

- La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, *Dossiers solidarité et santé*, n°18, février 2011, p33
- BIGAOUETTE M., Le défi d'un hébergement de qualité, *La Gérontoise*, vol.17, n°1, janvier 2006

- SCANDELLA N., L'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leurs conditions de vie, *INFO STAT*, juin 2006, n°88, 4p
- L'EHPAD pour finir de vieillir, fondation Maison des Sciences de l'Homme, *Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique (tome2)*, Etude réalisée par le centre d'Analyse Stratégique, mars 2006, p.254
- PAPERMAN P., *Ethique du care*, Gérontologie et société, juin 2010, n°133, pp. 51-61.
- DUYCK J.Y., PIJOAN N, *L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil* Gérontologie et société, décembre 2010, n°135, pp. 187-211
- Acteurs magazine, n°137, mars 2011, Année des patients et leurs droits, pour une relation soignant-soigné plus humaine

Mémoires :

- CHAUVIN K., MOHAER F., *La réforme des USLD*, Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP), 2009, 34 p

Sites internet :

- www.agevillage.com
- www.anesm.sante.gouv.fr
- www.ars.auvergne.sante.fr
- www.fnq.fr
- www.has-sante.fr

Note d'observation

PREAMBULE

Un des apports de la formation « Directeur d'EHPAD et droits des usagers » est de passer d'une « logique institutionnelle » à une « logique de l'utilisateur ». Dans le cadre du mémoire, un exercice d'observation d'une journée est prévu. La finalité est de me permettre de me distancer de mon regard de professionnel et de m'aider à adopter davantage les logiques et les besoins des usagers. Pour ma part, l'objectif de cette journée, étant d'approcher l'expérience d'un résident de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault, la manière la plus appropriée pour appréhender le ressenti des résidents est de vivre avec l'un d'eux tout au long de la journée, afin de pouvoir recueillir un maximum d'informations sur « la journée type d'un résident à l'EHPAD de Bourbon l'Archambault ».

La note présentée me permettra d'établir une analyse et un diagnostic sur le sujet de mon mémoire « concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel »

Dans ce cadre, pour cet exercice d'observation, les questions principales sont :

- Comment concilier rythme de vie des résidents et contraintes organisationnelles ?
- En quoi le fonctionnement de l'EHPAD n'est pas adapté au rythme de vie des résidents?
- Est-ce que les horaires des agents sont adaptés aux horaires des résidents ?
- En quoi les contraintes organisationnelles peuvent être un frein au rythme de vie des résidents ?
- Dans quelles proportions l'organisation des tâches de la vie quotidienne est-elle basée sur les besoins et attentes des résidents ou sur les contraintes des professionnels ?

OBSERVATIONS CONSTATEES LORS DE CETTE JOURNEE

Monsieur B est un résident qui s'est adapté au fonctionnement de l'EHPAD, l'organisation actuelle semble lui convenir. « Ca fait 5 ans que je suis là, alors je suis habitué maintenant ! »

Sa journée est organisée en fonction des horaires des repas et des soins.

Monsieur B m'explique qu'il a changé de chambre et ne semble pas savoir le motif précis de ce changement.

En lui réexpliquant les raisons de ma présence auprès de lui, Monsieur B me parle alors des difficultés d'accès à son placard situé à l'opposé de son lit, près du lit de son voisin.

« Je dois déposer mes affaires à bout de bras pour ne pas gêner mon voisin, alors mon placard est souvent mal rangé. On pourrait inverser de placard ce serait déjà plus facile pour moi » me dit-il.

Il m'explique également qu'il doit partager son cabinet de toilette avec son voisin et que ce dernier n'est pas toujours très propre : « je suis obligé d'essayer les bords et de faire attention par terre car il en met partout ».

Lors de notre conversation matinale, Monsieur B me précise qu'il n'a pas eu le journal samedi (les samedis, bien que l'administration soit fermée, un agent administratif de permanence se rend à la poste. Mais exceptionnellement, du fait des vacances de Noël, les permanences administratives du 22 et du 29 décembre ont été annulées). « Je n'ai pas eu le journal depuis vendredi !! » me dit-il d'un air un peu déçu.

D'après Monsieur B, son voisin est sourd, je remarque qu'il ne communique pas du tout entre eux. A priori Monsieur B ne semble pas s'en plaindre.

A propos de ses pansements aux jambes, Monsieur B explique, que selon l'infirmière, ils sont plus ou moins serrés et que certaines fois il ne peut pas mettre ses charentaises, « c'est pour ça que j'ai aussi des mules ».

Lors de sa visite, Madame S se plaint de ne pas pouvoir aller acheter des chaussures. Elle dit qu'elle est « cloîtrée » ici, qu'elle ne peut pas sortir et qu'elle n'a pas choisi de venir, elle aimerait rentrer chez elle dans sa maison en Alsace.

Elle me précise qu'elle apprécie de manger en chambre pendant la gastro car à table, « les dames autour de moi ne sont pas intéressantes ».

Monsieur B déjeune dans la salle à manger du rez-de-chaussée et Madame S dans la salle à manger du premier, l'un et l'autre ne se semblent pas se plaindre du fait qu'ils ne déjeunent pas ensemble malgré leur relation.

Madame S nous informe que ce midi elle ne prendra pas de soupe, car « hier soir je n'ai pas pu la manger, car elle était froide. »

Je suis surprise du principe de distribution des médicaments par l'infirmière, qui les pose dans une coupelle (la même depuis la veille au soir !!) sans s'assurer qu'ils ont effectivement été pris par les résidents.

Concernant le plateau repas déposé, le verre de vin et le verre d'enrichi ont été filmés pour éviter qu'ils ne se renversent. En moi-même, je me dis qu'il aurait été plus agréable pour le résident, que l'ASHQ enlève le film sur chaque verre en partant.

Monsieur B se plaint de manger trop souvent du poisson et du riz et me dit qu'il aurait préféré du café plutôt que de la tisane.

L'agencement de la salle à manger me surprend, de sa table, Monsieur B entend la télé mais ne la voit pas. La salle à manger du rez-de-chaussée du bâtiment annexe est composée de deux tables uniquement, huit résidents (au maximum) se retrouvent pour le repas.

Je cherche une chaise mais ne veut pas prendre la place d'un résident, je cherche des yeux un agent, en essayant d'ouvrir l'office pour demander à un agent l'endroit où je peux m'installer sans déranger, je me rends compte que la porte est fermée. « Il n'y a personne à l'heure là » me précise une résidente « ils sont tous montés » ajoute-elle.

Monsieur B se plaint à demi mot d'avoir un couteau qui coupe mal, il ne parvient pas à couper la pâte de sa pizza et se résigne à ne manger que le dessus avec son pain et sa salade. A la demande de l'ASH « ça vous a plu ? » monsieur B répond « ça a été, mais c'était un peu de la semelle ! » « C'est souvent comme ça la pizza sans sel » précise alors l'ASH.

La voisine de table de Monsieur B l'informe qu'elle n'est pas allée à la séance de cinéma, car elle attendait le médecin qui devait passer la voir, malheureusement il n'est pas venu « il devait être trop occupé dans les autres étages. ». Elle ajoute : « De toute façon, c'est tout le temps la même chose, il faudrait changer de film un peu, car on les a déjà vu, mais on nous laisse pas choisir. »

La télévision de la salle à manger est réglée sur France 3, la météo montre le temps de la Bourgogne de même le 19/20 relate les faits bourguignons marquants (Dommage que ce ne soit pas plutôt la région Auvergne.).

Les résidents participent au débarrassage de la table et plient leur serviette, qu'ils rangent dans leur porte serviette.

Monsieur M mange dans la même salle à manger que Monsieur B, alors que sa chambre n'est pas au rez-de-chaussée.

Au moment de quitter Monsieur B-il me semble comprendre qu'il souhaiterait être seul-j'en profite pour lui demander de me préciser comment va se dérouler sa soirée jusqu'au coucher. Il va appeler Madame S pour lui souhaité bonne nuit, regarder un peu la télévision et s'endormir et à 23h l'infirmière le réveillera pour lui donner un comprimé. Il m'indique qu'hier il n'a pas pu regarder la télévision car elle ne fonctionnait pas, malheureusement le même phénomène se reproduit ce soir, malgré mon intervention. Je préviens l'ASH pour qu'elle fasse le nécessaire pour que les services techniques puissent intervenir rapidement « Pourquoi vous l'avez pas dit plus tôt que votre télé ne marchait pas, Monsieur B ? » demande-t-elle. « Ils n'étaient pas nombreux aujourd'hui aux services techniques, je ne pense pas qu'ils auraient eu le temps de la réparer » répond Monsieur B. Je souhaite bonne nuit à Monsieur B, salue son voisin de chambre, et promet de repasser le voir. Il me remercie de ma présence et semble heureux de ces deux jours passés en ma compagnie.

CONCLUSION

Cette journée d'observation a été riche d'enseignements. L'objectif initial de se décentrer du regard du professionnel, pour approcher aux mieux ce que vit l'utilisateur dans l'institution, a été atteint. Les premiers éléments d'analyse laissent supposer que l'adéquation effectif-temps ne permet pas de mettre le résident au cœur du système. Cet exercice, très riche humainement, a conforté mon idée initiale que l'organisation est essentiellement basée sur le collectif. C'est le cas pour les horaires des repas et du réveil des résidents.

Liste des annexes de la note d'observation

Annexe 1 : Méthodologie de la note d'observation

Annexe 2 : Première grille d'observation : Modèle vierge

Annexe 3 : Deuxième grille d'observation : Complétée par les éléments observés et constatés lors de la journée d'observation

Annexe 4 : Descriptif de la journée d'observation

Annexe 1 : Méthodologie de la note d'observation

Après avoir obtenu un accord de principe auprès du Directeur de l'établissement, du cadre supérieur de santé et du cadre de l'EHPAD, restait à déterminer la date de cette journée d'observation.

D'un point de vue personnel, le 28 décembre me paraissait opportun (vacances scolaires et disponibilité du papa pour la garde des enfants !). Toutefois, cette date ne prenait pas en compte le fonctionnement de l'EHPAD, avec un effectif réduit à cette période du fait des fêtes de fin d'année. C'est pourquoi, la date du 31 décembre 2012 a été retenue et semblait mieux convenir à une journée type de l'EHPAD de Bourbon l'Archambault. En effet, il est important, du fait de la question choisie, que les modalités de fonctionnement de l'EHPAD lors de la journée d'observation correspondent à une journée classique, il s'agit donc de ne pas retenir de week end, de jours fériés ou de période où l'effectif n'est pas au complet.

Pour ce qui est du choix du résident, le cadre de santé de l'EHPAD a déterminé le résident le plus approprié : assez autonome dans ses déplacements et susceptible d'accepter ma présence auprès de lui : Monsieur B, chambre 101 au rez-de-chaussée de l'annexe de l'EHPAD.

Afin de faciliter les relations avec Monsieur B, dans un premier temps, le cadre du service lui a demandé son autorisation en lui expliquant précisément les modalités de mon intervention. Dans un second temps, j'ai pu me présenter à lui et établir un premier contact lors du repas des familles et résidents organisé le 20 décembre ; journée pendant laquelle, les agents des services administratifs participent activement à l'organisation (mise en place des salles, service, vaisselle ...). Pour ma part j'étais positionnée au service, dans la salle où mangeait Monsieur B, j'ai donc pu profiter de ce temps de convivialité pour me présenter, lui expliquer les modalités de mon intervention et m'apercevoir des différents types de relations qu'il entretenait avec les autres résidents de l'EHPAD (Monsieur B est lié affectivement avec Madame S).

Une méthodologie doit à présent être définie pour que cette journée d'observation puisse être bénéfique.

1. Que vais-je observer précisément ?

- Je vais suivre Monsieur B tout au long de sa journée en observant :
 - ce qu'il fait, à quelle heure, comment (ses faits et gestes)
 - le comportement et l'attitude du résident observé
 - les propos du résident observé
 - le ressenti du résident accueilli

- Le fait de suivre un résident en particulier peut avoir comme contrainte de passer à côté de certaines choses, c'est pourquoi je pense m'accorder le temps de la sieste du résident (qui correspond au milieu de ma journée d'observation) pour pouvoir observer des points particuliers que j'aurais pu relever dans la matinée

2. Comment vais-je procéder ?

- Prise de note directe, en vrac et surtout en instantané, c'est-à-dire au moment précis où le fait se produit, pour pouvoir recueillir le plus d'informations possible. Un tri et une mise en forme des informations recueillies seront réalisés ultérieurement. Je prendrais en note : des faits précis, les comportements du résident observé, ses propos, son ressenti ...Côté pratique j'utiliserais un code couleur pour faciliter ma prise de note : les faits en noir, les comportements en vert, les propos en bleu et le ressenti du résident observé en rouge.
- La grille d'observation présentée en annexe me servira de support de base dans le but de ne pas oublier certains points essentiels que je souhaite relever.

Annexe n°2 : Première grille d'observation :

Outil pratique pour la prise de note

| Temps principaux | Horaires | Commentaires précis des faits observés | Questions |
|------------------|----------|--|---|
| Réveil | | 1 | Réveil seul ? Comment ? De qui émane le choix des horaires ? |
| Petit déjeuner | | 2 | Durée / Contenu Attentes PEC ? Possibilité de changer |
| Toilette | | 3 | Quand en fonction de la demande du Résident Comment ? Autonomie préservée ? Le résident est-il prévenu ? |
| Matinée | | 4 | Que fait-il ? |
| Repas de midi | | 5 | Où ? Contenu / Durée Attentes, goût et dégoût PEC ? Autonomie préservée ? |
| Après-midi | | 6 | Sieste ? Activités proposées ? Echanges entre résidents ? Organisation de la visite des familles |
| Repas du soir | | 7 | Où ? Contenu / Durée Autonomie préservée ? |
| Coucher | | 8 | Modalités pratiques ? Respect du choix de l'horaire ? |

Annexe n°3 : Deuxième grille d'observation :

Complétée par les éléments observés et constatés lors de la journée
d'observation :

| Temps principaux | Horaires | Commentaires précis des faits observés |
|-------------------------|--------------------------------------|---|
| Réveil | 6h55 | Par l'ASH qui entre dans la chambre, prévient de son arrivée et du fait qu'elle allume la lumière Chambre à deux lits « Monsieur B, vous avez bien dormi ? » « Oui, assez bien, aujourd'hui quelqu'un doit venir me voir » |
| Petit déjeuner | 8h10 Plateau débarrassé à 9h | Préparé par les agents à l'avance, posé sur l'adaptable de chaque résident dans sa chambre Contenu : un bol de chocolat au lait + trois biscottes avec de la confiture + un enrichi |
| Toilette | Entre le réveil et le petit déjeuner | Seul, le haut du corps et le visage Tous les deux jours, lors du changement des pansements, Monsieur B se rend à la salle de bain pour se passer de l'eau sur les jambes Sa dernière douche date de trois semaines |
| Ménage | 9h30 | Un ASH et une ASG viennent faire les lits |
| Repas de midi | 12h10 Fin de repas à 13h | Plateau repas servi en chambre (cause gastro) Soupe + saumon + riz avec un peu de sauce + 1 yaourt + 1 clémentine + 1 enrichi servis avec un verre de vin Une tisane en fin de repas |
| Après-midi | | 6 |
| Repas du soir | Début 18h40 Fin 19h10 | Soupe Pizza sans sel + salade Laitage (fromage ou yaourt ou flamby) |
| Coucher | 19h45 au lit s'endort vers 21h | Regarde la télévision avant de s'endormir Réveillé à 23h pour prendre un comprimé |

Annexe 4 : Descriptif de la journée d'observation

Matinée du 31 décembre :

Arrivée à 6h30 à l'EHPAD au bâtiment intitulé « Annexe », je cherche l'infirmière, cette dernière étant informée de ma venue, elle pourra m'indiquer l'agent à suivre pour être présente dès le réveil de Monsieur B.

Aucun bruit au rez-de-chaussée, les portes des chambres sont fermées, pas d'agent dans les couloirs, je prends l'escalier pour me rendre au premier. Le bruit des voix me guide jusqu'à la salle soins, sont présents une AS de nuit et une ASH de jour. Ayant été informée de ma présence, elles ne semblent pas surprise de me voir !

6h40 après à l'arrivée de quatre autres agents, dont une infirmière, la transmission entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour peut être effectuée.

Du fait d'un épisode de gastro très important depuis quelques jours aussi bien pour les résidents que pour les agents l'effectif est au complet, (l'administrateur de garde a effectué en remplacement, ce qui explique que Madame Lo a été prévenu et prendra son poste au plus vite au lieu de se rendre au PASA -fermé du fait du manque d'effectif).

Monsieur B se souvient dès le réveil que je dois rester avec lui toute la journée. Après le passage de l'ASH qui vient de le réveiller, je viens le saluer, Monsieur B sourit et semble content de me voir, il m'explique qu'il souffre d'ulcère aux jambes et doit dormir avec ses bandes, même la nuit.

Je le laisse faire sa toilette avant de le rejoindre pour son petit déjeuner.

Du fait du manque d'agents, les toilettes se feront comme un dimanche : sans aide pour les résidents qui le peuvent, le minimum, au gant de toilette visage et haut du corps.

L'infirmière viendra déposer les médicaments dans la coupelle vide posée sur l'adaptable avant le service du petit déjeuner.

Monsieur B prend son petit déjeuner sur son fauteuil, en supplément du plateau préparé il ajoute deux carrés de chocolat et deux gâteaux qu'il prend dans sa table de nuit.

La matinée sera très calme, nous la passerons dans sa chambre à discuter.

Il arrive qu'il se rende à la collation, mais celle-ci est annulée pour éviter que la gastro ne se propage trop entre les résidents.

Monsieur B me parle de sa famille, de sa maison à Bayet et de sa compagne Madame S (résidente de la chambre 104 au premier étage du même bâtiment).

Il m'indique que le déjeuner sera servi en chambre « à cause de la gastro ».

D'une humeur joyeuse, il raconte même des blagues : « Vous voyez le calendrier (il me montre le calendrier mural de son voisin près du cabinet de toilette, qui affiche le 31 décembre) quand je vais me lever cette nuit, je vais barrer le 3 et je lui dirais que ce sont les veilleuses de nuit qui ont fait ça ! »

Pour reposer ses jambes, Monsieur B s'allonge dans son lit dans le courant de la matinée.

Vers 10h15, Madame S, son amie vient lui rendre visite, après être passée à la chapelle. Elle est heureuse de sa relation avec Monsieur B.

10h45 l'ASHQ chargée de la restauration passe pour savoir si Monsieur B et son voisin souhaite manger de la soupe ce midi à la place du saucisson. Monsieur B acquiesce, son voisin quant à lui préfère conserver l'entrée initialement prévue.

Madame S nous quitte vers 11h, Monsieur B lui précise qu'il la rejoindra dans sa chambre après déjeuner.

A 12h15, cinq minutes après que le plateau repas soit déposé sur l'adaptable (repas servi en chambre jusqu'à demain à priori du fait de la gastro pour éviter la contagion), l'infirmière laisse les médicaments sur la coupelle, déjà utilisée à cet effet le matin.

Monsieur B se dit ne pas avoir trop d'appétit, il a malgré tout mangé son bol de soupe, les $\frac{3}{4}$ de son saumon et de son riz, une tartine de pain, un yaourt avec un sachet de sucre, une clémentine un verre de vin et son verre d'enrichi.

Lorsque l'ASHQ lui apporte sa tisane (qui remplace le café en période d'épidémie de gastro), Monsieur B n'a pas terminé son plat de résistance, elle propose de repasser plus tard.

Monsieur B, m'informe qu'il mange plus vite en chambre qu'en salle à manger « d'habitude je suis de retour dans ma chambre vers 13h20 ou 13h30 alors qu'aujourd'hui à 13h j'ai déjà fini. »

Avec cette épidémie de gastro, la journée n'est pas réellement une journée type (repas en chambre midi et soir, pas de collation, pas d'animation ...). C'est pourquoi je décide de clôturer ma journée après le déjeuner et conviens de revenir un autre jour. Nous nous mettons d'accord pour le 2 janvier à 15h30 dans la chambre de Madame S. Il m'indique qu'il fait une partie de sa sieste dans sa chambre et qu'après vers 15h il se rend chez Madame S, s'allonge sur son lit, elle s'assoit sur la chaise et il passe le reste de l'après midi ensemble.

Après-midi du 2 janvier :

A 16h, j'arrive dans la chambre de Madame S, Monsieur B est allongé sur le lit, Madame S vient de revenir de sa séance de cinéma « Les bronzés font du ski » en salle d'animation.

Nous restons tous les trois dans la chambre à discuter de leur famille respective, de la vie de l'EHPAD, des résidents.

A 17h30, il est temps de retourner jusqu'à la chambre de Monsieur B. Ce dernier passe par l'ascenseur qui se trouve derrière les services techniques et traverse la cours jusqu'à l'entrée principale du bâtiment annexe.

Monsieur B salue l'AS qui dépose les médicaments sur la coupelle posée sur l'adaptable de sa chambre « Bonjour Mathieu ! ». « Vous avez vu mes gâteaux apéro » me dit-il d'un air moqueur « avec du château la pompe » ajoute-il.

Une fois ses médicaments avalés, et après avoir regardé l'horloge, il est 18h15, Monsieur B se rend à table dans l'attente d'être servi. Sa voisine de gauche est déjà installée, par contre sa voisine de droite n'est pas encore là.

Autour de l'autre table, près de la télévision, deux résidentes et un résident (le voisin de Monsieur B) sont déjà installés, il reste une place vide pour le moment.

Les résidents discutent entre eux entre les deux tables, l'humeur est joyeuse et détendue. A 18h35 arrivée du chariot par l'ascenseur, l'ASH distribue la soupe « merci Cécile » répond chacun. Le dernier résident arrive en même temps que le chariot, il ne prend pas de soupe.

L'ASH apporte son plateau repas à la résidente de la chambre du fond, qui est malade.

Le pain est déposé sur les tables dans une corbeille, l'ASH sert une tartine de pain sans sel à Monsieur B et sa voisine. Elle propose un verre de vin à certains résidents.

Les résidents débarrassent eux-mêmes leur assiette de soupe et leur cuillère en bout de table.

Le plat principal est servi en fonction du régime de chacun : pâte / mixé ou pizza / salade (à la demande) (avec ou sans sel).

Avant d'emmener le chariot vers l'office pour le nettoyer, l'ASH demande si quelqu'un en veut plus (il reste deux parts de pizza).

18h55 : un agent arrive par l'ascenseur avec un chariot à débarrasser. Cinq minutes plus tard un autre agent dépose un autre chariot. Les deux ASH de l'office lavent la vaisselle et en profite pour faire le point sur le repas des résidents.

L'ASH sert un laitage à chaque résident : fromage ou yaourt ou « flamby » et un enrichi pour Monsieur B qui sera servi dans une coupelle filmée.

A 19h10, l'ASH ferme les portes qui donnent vers l'extérieur et débarrasse le plateau de la résidente qui a mangé en chambre.

Le repas se passe dans le calme, les résidents mangent sans bruit et discutent très peu.

A la fin de son repas, Madame Sp, une résidente de la table voisine de celle de Monsieur B débarrasse les corbeilles de condiments des deux tables et aide Madame L, sa voisine de chambre à sortir de table (cette dernière se déplace en déambulateur).

Une fois le repas terminé, les résidents discutent quelques minutes entre eux avant de retourner dans leur chambre.

19h30 Monsieur B est dans sa chambre, il va se préparer pour aller se coucher, je le remercie vivement d'avoir accepté ma présence et lui dit au revoir.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les résidents

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les familles

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les professionnels

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les résidents

- Liées à l'organisation :

1°) Comment se passe la vie de chaque jour ? Est-ce que vous pouvez me raconter comment se passe une de vos journées habituelle ? Un jour de semaine par exemple ? Est-ce que c'est différent des journées que vous passiez chez vous avant ? Qu'est ce qui est important pour vous ?

Est-ce que les jours sont différents les uns des autres ? Par exemple, est-ce qu'il y a une différence entre les jours de la semaine et le dimanche ?

2°) Etes vous souvent seul ? Qu'est-ce que vous faites quand vous êtes seul ? Est-ce qu'il vous arrive de vous ennuyer ? Plutôt plus ou plutôt moins que là où vous habitiez avant ? Est-ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez plus faire ici, et que vous aimiez bien faire, et qui vous manquent ?

Est-ce que, au contraire, il y des choses que vous êtes content de ne plus faire ?

3°) Est-ce que cela est pénible de vivre en collectivité ?

4°) Jugez-vous que l'organisation de travail soit adaptée à votre rythme de vie ?

5°) Lors des différents temps de vie dans l'EHPAD, pensez-vous que votre rythme de vie soit respecté ?

6°) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait rendre le travail des personnels plus facile et plus efficace et surtout plus adapté à votre rythme de vie ?

7°) Reprendre les choses qui sont importantes pour lui et lui demander : s'il peut les faire facilement par exemple, pouvez-vous sortir de l'établissement quand vous le souhaitez ?

8°) Interroger sur la souplesse possible de l'organisation pour s'adapter à l'individu

9°) L'organisation de l'EHPAD en termes d'horaires plus particulièrement vous a t-telle été présentée ? Quand avez-vous retenu ?

- Liées à la connaissance des besoins et attentes :

10°) Est-ce que vous vous êtes bien habitué ici ? Comment cela s'est-il fait ? Grâce à quoi ou à qui ?

11°) Avez-vous été sollicité lors de l'admission et/ou pendant le séjour, au sujet vos attentes en lien avec le rythme journalier ?

12°) Avez-vous des remarques ou suggestions sur le sujet ?

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les familles

- Liées à la connaissance des besoins et attentes :

1°) Avez-vous été sollicité lors de l'admission et/ou pendant le séjour, au sujet du recueil des attentes du résident en lien avec le rythme journalier ?

2°) Avez-vous des remarques ou suggestions sur le sujet ?

- Liées à l'organisation :

3°) Qu'est-ce qui était important dans les habitudes de vie de votre parent avant l'entrée ?
Et maintenant ?

4°) Jugez-vous que l'organisation de travail soit adaptée au rythme de vie des résidents ?

En quoi oui, en quoi non ?

Avez-vous des suggestions ?

- Liées à la formation :

5°) Avez-vous des choses à dire sur la formation des professionnels de ce point de vue ?

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les professionnels

- Liées à l'organisation :

- 1°) Quelle place est laissée à l'utilisateur lors des différents temps de vie de la journée ?
- 2°) Connaissez-vous les droits des usagers dans les EHPAD ?
- 3°) Pouvez-vous me définir ce que représente pour vous les termes « rythme de vie des résidents » ?
- 4°) Pensez-vous respecter le rythme de vie des résidents ?
- 5°) Quelles sont les pistes à envisager pour optimiser la prise en charge du rythme de vie des résidents ? Comment peut-on améliorer l'organisation de travail en s'adaptant au rythme de vie des résidents ?
- 6°) Pensez-vous que l'organisation actuelle assure un accueil et un accompagnement personnalisé des résidents ?
- 7°) Y a-t-il des moments où l'organisation collective prime sur la prise en compte des attentes et besoins du résident ?
- 8°) Comment se passent les transitions entre activités ou entre les moments de la vie quotidienne ?
- 9°) Quels sont les intérêts et les limites des pratiques actuelles de l'établissement en terme de rythme de vie des résidents ?

- Liées à la formation :

- 10°) Dans votre formation initiale de base, vous a-t-on indiqué comment respecter au mieux le rythme de vie des résidents ?
- 11°) Quels outils avez-vous pour le faire ?
- 12°) Quelles ont été les dernières formations effectuées pouvant avoir un impact sur le sujet ?

- Liées à la connaissance des besoins et attentes des résidents :

- 13°) Quelles sont les attentes formulées par les résidents/rythme de vie
- 14°) Savez-vous comment sont prises en compte les attentes des résidents ? Existe-il des outils ?
- 15°) Le choix des horaires : lever/coucher/toilette/repas est-il libre ? Connus ? Respectés ?
- 16°) Existe-il un projet de vie individualisé pour chaque résident ?
- 17°) Si oui, comment ces projets de vie ont-ils été mis en œuvre ? Par qui ? Que peut-on y trouver ?

| | | |
|--|-----------|----------------|
| DAUGAN | Stéphanie | <Date du jury> |
| <p align="center">Diplôme d'Etablissement</p> <p align="center">« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »</p> | | |
| <p align="center"><Concilier rythme de vie des résidents et rythme institutionnel></p> | | |
| <p align="center">Promotion 2012-2013</p> | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Articuler rythme de vie personnalisé et organisation de travail n'est pas chose simple pour les professionnels. Dans ce cadre, l'objectif imparti au directeur d'EHPAD est de garantir aux résidents, aux équipes et à la structure, une qualité de l'offre de service et une ambition pour le soin.</p> <p>Le rôle du Directeur est de gérer l'ambivalence entre le travail effectué et le bien-être de la personne âgée, tendant à montrer que la qualité d'une prestation n'est pas toujours en adéquation avec l'attente de la personne et porte atteinte de fait à la qualité de sa vie et à aux droits dont elle dispose. A travers mes investigations et mes analyses, j'ai pu me rendre malheureusement compte que le résident est un aléa de l'organisation soignante plutôt que son centre de gravité. La qualité des pratiques va concerner notamment l'organisation du travail, d'un côté le travail effectué, de l'autre le bien-être de la personne. En outre, les soins ne doivent pas structurer la vie en EHPAD. Car cela crée trop de contraintes et empêche la personnalisation des interventions auprès des personnes âgées. Il s'avère que sous couvert d'une organisation, s'installe une grande rigidité dans le fonctionnement de l'institution. Les comportements des professionnels semblent parfois peu propices à favoriser une plus grande expression de la volonté des usagers. Donner le choix aux résidents c'est accepter que son choix puisse ne pas correspondre aux intentions professionnelles ou aux impératifs institutionnels.</p> <p>En tant que Directeur, ma mission est d'impulser une nouvelle conception du travail à réaliser, d'insuffler une approche éthique de l'accompagnement de la personne âgée. Il s'agit tout d'abord de définir une organisation de l'établissement centrée en priorité sur les besoins et attentes des résidents. D'autre part de définir un plan de formation et de réaliser des actions de formations ciblées sur l'accompagnement des résidents. Et enfin de mettre en place une nouvelle organisation qui graviterait autour du résident.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> <p>Rythme de vie – besoins et attentes des résidents - contraintes organisationnelles organisation de travail - pratiques professionnelles - personnalisation</p> | | |
| <p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |