



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

Promotion : **2012-2013**

Le maintien de la vie sociale : un droit à garantir aux personnes âgées indépendantes en EHPAD

HERMINE VILLARSIN

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 suis heureuse d'exprimer ma reconnaissance, aux personnes qui ont collaboré de près ou de loin à ce travail, à tous ceux qui à un tournant de mon existence, m'ont permis de me ressourcer pour repartir, mieux armée vers de nouveaux défis.

Ce mémoire n'aurait pu prendre forme, si je n'avais bénéficié du concours actif sur le terrain, d'experts ou de professionnels.

Aussi, j'adresse mes profonds remerciements à toute l'équipe de la résidence Henri Bourgeois ;

Particulièrement à Christina JOSEPH-MONROSE, la responsable des ressources humaines qui a bien voulu accepté ma demande de stage

A monsieur Georges LARCHER le directeur, pour son tutorat

A Monsieur Marcel VAILLANT, cadre infirmier pour son transfert de savoirs en matière d'organisation des soins

A Monsieur JOACHIN pour m'avoir donné l'envie d'essaimer sa vision élargie de l'animation en gérontologie et sa philosophie de la prise en charge des personnes âgées.

Ainsi qu'à Béba STOJANOVIC, infirmière, coordonnatrice en EHPAD qui m'a accompagnée lors du premier stage.

Une pensée à Cyr Henri CHELIM ancien directeur départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, à qui je dois mes premiers pas de directrice dans le secteur social et médico-social.

A ma famille et entourage pour m'avoir supportée et encouragée tout au long de cette formation.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'EHPAD : UN CONTEXTE QUI INTERROGE.....	3
1.1 Le contexte et ses différentes composantes	3
1.1.1 L'EHPAD : un lieu de soin et de vie	3
1.1.2 La population accueillie et ses caractéristiques	4
1.1.3 L'organisation et les ressources de l'EHPAD	5
1.2 Un projet de vie institutionnel centré sur le soin	8
1.2.1 Des prestations de qualité	8
1.2.2 De l'entrée à l'adaptation du résident.....	9
1.2.3 Le projet d'accompagnement et de soin personnalisé	9
1.3 Principes d'intervention et respects des droits et libertés des résidents.....	10
1.3.1 La politique sécuritaire de l'établissement.....	10
1.3.2 L'affirmation des droits et libertés des résidents dans les pratiques.....	10
1.3.3 La vie sociale et l'animation dans et hors de l'établissement	10
2 DES FREINS A LA LIBERTE DES RESIDENTS ET UNE AUTONOMIE INSUFFISAMMENT VALORISEE POUR LE MAINTIEN DE LEUR VIE SOCIALE	12
2.1 Des investigations pour une nécessaire prise en compte des besoins des résidents	12
2.1.1 L'approche méthodologique :.....	12
2.1.2 Les effets contraignants de la politique sécuritaire de l'établissement	17
2.1.3 De l'identification des besoins à la prise en compte des capacités « restantes » des résidents.....	18
2.2 La vie sociale des résidents en EHPAD : une réalité contrastée.....	20
2.2.1 L'EHPAD : Un établissement répondant à l'obligation de protection des personnes âgées dépendantes, au détriment des libertés des résidents indépendants 20	
2.2.2 Une forte prévalence des soins en faveur des résidents dépendants	20

2.2.3	Des activités de maintien de la vie sociale hors établissement quasiment inexistantes	21
3	CONSOLIDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT POUR FAIRE DE L'OBJECTIF DU MAINTIEN DE LA VIE SOCIALE DES RESIDENTS, UN AXE FORT	22
3.1	L'impérieuse nécessité de valoriser les rôles sociaux.....	22
3.1.1	Favoriser l'exercice de la citoyenneté des résidents.....	22
3.1.2	Garantir aux résidents un accès aux services de droit commun	22
3.1.3	Reconnaître le rôle d'acteur économique des résidents	22
3.2	Un retour d'expérience à valoriser : La résidence Henri Bourgeois	23
3.2.1	Une culture sanitaire contrebalancée	23
3.2.2	Un projet d'animation individualisé	24
3.2.3	Une stratégie d'ouverture de l'établissement développée sur son environnement	24
3.3	Un projet d'établissement valorisant le maintien de la vie sociale des résidents	25
3.3.1	La démarche d'actualisation.....	25
3.3.2	L'analyse des pratiques comme levier des résistances au changement.....	27
3.3.3	Rôle du directeur ; implication et formation du personnel dans la démarche	28
	Conclusion	30
	Bibliographie	31
	Liste des annexes	35

Liste des sigles utilisés

AGGIR	(grille) Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociale-sociaux
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso Ressources
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
OMASS	Office des Missions d'Actions Sociales et de Santé
PASA	Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés
PDG	Président Directeur Général
PSD	Prestation Spécifique Dépendance (remplacée en 2002 par l'APA)
SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
VRS	Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

Le vieillissement de la population française est dépeint dans notre société comme un problème social. En privilégiant l'image déficitaire du vieillissement individuel, la vieillesse a été réduite à la seule composante biologique. La vieillesse a donc été confiée à la médecine, et les autres dimensions du vieillissement individuel ont longtemps été occultées. En prenant pour seule cible la personne âgée dépendante, les politiques sociales ont porté le curseur, sur l'incapacité des personnes vieillissantes. Cela a contribué à renforcer l'image négative de la vieillesse, au lieu de la considérer comme une étape normale, dans un parcours spécifique, en valorisant l'autonomie des personnes.

Les politiques sociales visant à garantir la citoyenneté par un environnement et une organisation sociale mieux adaptée à cette population vieillissante, ont très peu été instaurées ; la place des personnes âgées dans notre société ayant souvent été évacuée.

Afin de répondre à cette problématique du vieillissement, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont vu le jour, les outils d'évaluation de la dépendance ont été créés. Un début d'organisation sociale qui a peut-être davantage cantonnée la personne âgée dans une logique de soins, la maintenant en vie, plutôt que dans la vie ; l'environnement n'étant pas toujours au rendez vous et la citoyenneté pas toujours garantie.

Le soin et l'aspect sécuritaire prédominant dans la prise en charge, il reste peu de place pour les actions tournées vers le maintien de la vie sociale des résidents.

Si soixante dix pour cent des résidents en EHPAD souffrent de la maladie d'Alzheimer, et arrivent en urgence dans un état de dépendance lourd, on trouve toutefois des personnes plus autonomes et indépendantes pour lesquelles cette prise en charge basée sur l'évaluation de la dépendance est inadaptée.

J'ai pu observer que L'EHPAD sur lequel j'ai précisément porté ma réflexion répondait aux exigences de sécurité et de protection de ses résidents, au regard des préconisations réglementaires qui définissent les normes de sécurité communes et obligatoires à tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs cet établissement a mis en place les outils institutionnels de la loi du 2 janvier 2002. Cette loi propose de passer d'un modèle protecteur, lié à l'assistance des personnes par l'établissement, à un modèle promoteur lié à l'accompagnement des usagers et au développement de leurs potentialités. Une expérimentation encore difficile à mener dans les pratiques. L'approche holistique de la personne âgée que préconise l'ANESM¹ dans ses recommandations, plus spécifiquement dans la dimension vie sociale, n'est pas opérationnelle.

¹ ANESM, Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux, recommandations sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.

Si les droits liés à la sécurité et à la protection des résidents sont bien instaurés dans les pratiques, les droits à la liberté de circuler et à l'autonomie sont moins lisibles dans cet EHPAD. Le manque d'infrastructures, et de vie de quartier aux alentours, vient renforcer ce sentiment d'absence de vie sociale des résidents en GIR 6.

Se pose alors la problématique de l'accompagnement de cette population âgée indépendante, qui brutalement se retrouve dans des établissements fermés, privées par la même occasion, de leur citoyenneté et leur liberté de jouir des plaisirs de la vie.

Confrontés à la dualité liberté/sécurité, cet EHPAD peut alors créer un déséquilibre entre la protection de l'établissement et l'autonomie de ses résidents.

La question est donc de savoir :

En quoi le déséquilibre observé entre la protection de l'établissement et l'autonomie des résidents entrave-t-il les libertés, notamment la liberté, pour les personnes âgées indépendantes accueillies dans l'EHPAD, de maintenir une vie sociale hors de l'établissement ?

Pour répondre à cette question, mon observation a porté sur le projet de vie institutionnel et le fonctionnement de l'EHPAD. Les constats m'ont permis de dégager les hypothèses suivantes :

- L'EHPAD serait un lieu de restriction des libertés, qui ne répondrait qu'à l'obligation de protection des personnes âgées dépendantes.
- La situation d'indépendance et d'autonomie de certains résidents serait insuffisamment prise en compte.
- Le cadre sécuritaire et l'organisation du travail ne permettrait pas le maintien de la vie sociale hors établissement, des résidents indépendants.

Afin de recueillir des éléments me permettant de circonscrire le sujet et de vérifier ces hypothèses, j'ai réalisé une observation directe, une recherche documentaire, une analyse bibliographique et une enquête par entretien dont je développerai la méthode ultérieurement.

La restitution de cette réflexion est présentée dans ce mémoire en trois chapitres :

Dans le premier, je décris les caractéristiques de l'EHPAD et ses principes d'intervention au regard du respect des droits et libertés des résidents.

Dans le deuxième chapitre, je restitue les résultats de l'enquête menée, qui mettent en exergue la restriction des libertés et l'absence de vie sociale hors établissement, pour les personnes les moins dépendantes. Dans le troisième chapitre, je propose des axes d'amélioration sur le maintien de la vie sociale des résidents en GIR 6 et présente le positionnement du directeur dans la démarche de révision du projet d'établissement.

Chapitre 1

1 L'EHPAD : UN CONTEXTE QUI INTERROGE

1.1 Le contexte et ses différentes composantes

1.1.1 L'EHPAD : un lieu de soin et de vie

L'EHPAD est en France, une des formes d'institution la plus répandue pour les personnes âgées. Ces établissements trouvent leur origine au moyen âge, dans les maisons de bienfaisance accueillant tous les publics jugés « indésirables ». Ces maisons sont devenues au 19^{ème} siècle des hospices tenus par les religieux, officialisées en 1801 avec la création de l'Assistance Publique. Elles ont été transformées en maisons de retraite, puis en maisons de retraite avec section de cure médicalisée, pour évoluer en EHPAD avec le décret et l'arrêté du 26 avril 1999.

L'EHPAD est une structure d'hébergement collectif, accueillant des personnes âgées de plus de soixante ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique, dépendantes à très dépendantes avec des pathologies chroniques.

Luc BROUSSY dans son rapport² illustre bien l'évolution de la population des EHPAD :

« En 1950, parvenu à l'âge de 60 ans, on vivait en moyenne 16 années. En 2013, on vit après 60 ans en moyenne 26 ans. Aujourd'hui les personnes âgées rentrent plus tardivement en institution : 85 ans actuellement, contre 75 ans dans les années 90 ».

L'EHPAD a pour mission d'assurer au quotidien une qualité de vie et une qualité des soins et ce jusqu'à la fin de la vie de chaque résident. Ce qui se traduit par une prise en charge et un accompagnement individualisé, favorisant l'autonomie et le bien-être physique, psychologique et social des résidents. Dans sa mission d'accompagnement l'EHPAD développe des activités autour du projet de vie institutionnel, qui dans son projet d'accompagnement prévoit l'animation. L'avènement de l'animation dans les maisons de retraite datant des années 90, l'animation se conçoit aujourd'hui en interne et en externe. Etroitement liée au monde extérieur elle se rapporte aux notions de lien social et de vie sociale. Le cadre règlementaire atteste de l'évolution et de la volonté gouvernementale d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées. Notamment avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui accroît le droit des usagers, et donne droit à une prestation individualisée de qualité tant au niveau des soins que de l'accompagnement social.

Mon terrain d'investigation que je désignerai tout au long du mémoire par « EHPAD A » est un établissement privé à but lucratif, créé il y a douzaine d'années sous le statut juridique de Société Anonyme. Cet établissement est situé en milieu rural, dans un petit

² Luc BROUSSY, rapport de mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population, janvier 2013

village de 436 habitants, excentré, loin des commodités, peu accessible par les transports en commun. Il est logé dans une magnifique tourelle du 19^{ème} siècle complétée par un bâtiment récent, et a fonctionné de nombreuses années sans autorisation. Il s'agissait d'une affaire familiale, qui a obtenu sa transformation en EHPAD en 2001. Sa capacité est de 45 lits dont 37 chambres individuelles et 8 chambres doubles.

L'établissement s'est fixé comme priorité l'assistance, le bien-être et la sécurité des personnes âgées.

1.1.2 La population accueillie et ses caractéristiques

L'EHPAD A accueille des personnes en perte d'autonomie totale ou partielle, sous le vocable de personnes âgées valides, semi valides et dépendantes. Ce sont des personnes âgées de 60 ans et plus, seules ou en couples. L'âge moyen des personnes accueillies est de 85 ans et la durée moyenne de leur séjour est de 25 mois.

Ainsi l'établissement recense :

62% de résidents en GIR 1-2 ; qui regroupe les personnes en dépendance complète ayant perdues leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice, sociale, et qui nécessitent une présence continue d'intervention.

25% en GIR 3-4 ; ce sont les personnes dépendantes et semi valides qui nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

13% en GIR 5-6 ; soient les résidents peu dépendants et valides.

Je précise que le GIR 5 correspond à des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement et s'alimentent seules. Elles ont cependant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 rassemble les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante. Une population très hétérogène en termes de dépendance et de besoins, notamment les GIR1-2 par rapport au GIR 5-6.

Qu'entend -t-on alors par dépendance?

Dans le dictionnaire de la gérontologie sociale³, la dépendance correspond à une perte d'autonomie physique, qui rend la personne incapable d'effectuer seule les actes élémentaires de sa vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter....

Cette notion de dépendance est définie dans la loi Prestation Spécifique Dépendance du 24 janvier 1997 « comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée ». On retrouve aussi des personnes avec des pathologies moins lourdes mais qui peuvent avoir des problèmes sociaux et/ou économiques importants, ces personnes caractérisent majoritairement les GIR 5 et 6.

³ Richard VERCAUTEREN, 2010 Dictionnaire de la gérontologie sociale, vieillissement et vieillesse, p. 38

En 2003 la CNAV⁴, lors d'une vaste étude dans les EHPAD s'est intéressée aux personnes âgées relevant des GIR 5 et 6. Il en résulte que 25% de la population résidant en EHPAD, dont 70% de femmes relèvent de cette catégorie. Cette étude a mis en évidence l'émergence de besoins nouveaux liés à l'accompagnement de situations évolutives, à la sécurisation et au maintien du lien social des résidents.

Je m'intéresse précisément dans ce mémoire, à la fraction de cette population en GIR 6, population en capacité juridique de sortir seule, jouissant d'une certaine autonomie, leur permettant de maintenir leur vie sociale antérieure. Cette notion d'autonomie doit alors être définie en référence à l'étymologie « auto nomos » qui signifie le droit de se gouverner selon ses propres lois. Au sens gériatrique, le professeur CARLSON⁵ fait référence aux notions « choisir –décider donc avoir la capacité juridique ». Ainsi l'autonomie se définit par la capacité et la possibilité d'une personne à conduire son quotidien sans faire appel à autrui, selon sa propre volonté. L'autonomie renvoie à la notion d'indépendance et de pouvoir agir (empowerment)⁶, qui est la capacité de la personne âgée de pouvoir prendre sa vie en main, c'est-à-dire garder un pouvoir sur ses choix de vie de tous les jours. L'autonomie est très liée au principe de liberté qui désigne la possibilité d'action ou de mouvement sans contrainte. Cette définition conforte le résident en EHPAD, dans son droit à l'autonomie, comme stipulé dans l'article 8 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie : « [] il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'établissement et à l'extérieur de celui-ci sont favorisées ».

1.1.3 L'organisation et les ressources de l'EHPAD

Au-delà du cadre réglementaire qui définit les normes et modalités de fonctionnement des EHPAD, l'organisation s'articule en grande partie autour de la gestion des risques⁷ ; préoccupation majeure du directeur.

Depuis 2001, les différents plans Alzheimer ont successivement inscrit les EHPAD dans une logique sécuritaire de plus en plus contraignante, du fait de l'évolution du profil de leur population, devenue très dépendante. Ces plans proposent des réponses spécifiques tant au niveau de la sécurité, des soins que de l'animation. Le premier plan Alzheimer 2001-2005, visait l'adaptation de ces établissements afin de prendre en compte la spécificité de cette maladie. Il préconisait la création des petites unités de vie (cantou)⁸, le

⁴ CNAV, Caisse nationale d'assurance vieillesse, 2003, étude réalisée dans les EHPAD auprès des personnes âgées en GIR 5-6

⁵ A. CARLSON, 1998, du vivre chez soi à l'institution : des solutions alternatives aux besoins diversifiés d'une population, IEAS, 153p.

⁶ B. VALLERIE, 2012, coordonnateur, interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir), l'harmattan, 192 p.

⁷ La gestion des risques demande d'opérer des choix, liés à la vision et à la prise de risque du directeur, ce qui entraîne des différences entre les établissements

⁸ Cantou ; unités de vie de type communautaire regroupant une douzaine de résidents
Hermine VILLARSIN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - année 2013

renforcement des effectifs en aides soignants et aides médico-psychologiques, la formation des médecins coordonnateurs, et la restructuration architecturale.

Le plan Alzheimer 2004-2007 réaffirme les préconisations du premier plan, précisément la création des unités de vie, l'amélioration de la formation des personnels soignants sur la prise en charge de la maladie. Le plan 2008-2012 renforce la prise en charge sécuritaire et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles comportementaux, par la mise en place des Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA)⁹, d'Unités d'Hébergement Renforcées¹⁰ (UHR) et la création de nouveaux métiers¹¹.

Les plans gouvernementaux ont prioritairement axés leurs réponses sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes très dépendantes et dépendantes. Ces plans n'ont pas défini de mesures spécifiques et différenciées pour l'accompagnement des résidents en GIR 5 et 6.

A) Les spécificités de l'EHPAD A

Bien que vivant la même réalité et les mêmes contraintes que tous les EHPAD, cet établissement comporte certaines spécificités dans son organisation et sa gestion des risques. L'organisation sécurisante de la vie quotidienne, impose aux résidents les moins dépendants, d'avoir les mêmes rythmes de vie que les résidents dépendants. Ils n'ont pas de prise en charge spécifique, l'établissement ne semble pas toujours tenir compte des besoins d'aller et venir des résidents indépendants. Ces derniers ne semblent pas être acteurs du déroulement de leurs journées, ils se collent à la bonne marche de l'établissement. L'animation n'est effectivement pas individualisée et indifférenciée.

Il n'existe pas de professionnel de l'animation. L'établissement ne possède pas de véhicule de service. L'accompagnement lors des sorties personnelles est à la charge des familles.

La gestion des risques est aussi prégnante dans l'architecture, l'aménagement et le fonctionnement de l'EHPAD A, dénotent un important déploiement des systèmes de sécurité communs à tous. Pour certains résidents des mesures de contention sont prescrites et mises en place. L'EHPAD A n'a pas d'unité spécifique pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, mais a obtenu l'autorisation pour la création d'un PASA. Une organisation et une gestion des risques caractérisées par le manque d'accompagnement personnalisé, l'absence d'équipements spécifiques pour les personnes ayant des troubles comportementaux, le partage des espaces communs à tous les GIR, l'absence de professionnel de l'animation et de véhicule de service ; des spécificités susceptibles de freiner l'expression et l'évolution des résidents en GIR 6, et qui peuvent constituer un obstacle à l'animation et au maintien de la vie sociale de ces résidents.

⁹ PASA, mesure n° 16 du plan Alzheimer 2008-2012

¹⁰ UHR ; mesure n° 16 du plan Alzheimer 2008-2012

¹¹ Assistant gérontologique prévu dans la mesure 20 du plan Alzheimer 2008-2012

B) Les ressources de l'EHPAD A

D'un point de vue logistique et matériel ; l'établissement comporte dans les zones utilitaires, des locaux dont l'aménagement concourt à une bonne qualité de vie des résidents. Les espaces intérieurs sont lumineux et différenciés par des couleurs. La configuration des halls et couloirs facilite l'accès à tous les lieux intérieurs et extérieurs. Un espace central, destiné à la déambulation, traverse le bâtiment. Des éléments visuels et temporels tels que des photos, des calendriers et des horloges facilitent le repérage temporo-spatial des résidents. Une zone d'agrément composée d'une volière jouxte le parc d'un hectare, arboré, serpenté d'allées ombragées et aménagé de bancs et de statuettes.

Sur le plan humain ; l'EHPAD dispose d'une vingtaine d'équivalents temps pleins pour un effectif de 25 salariés de qualifications diverses. L'Equipe soignante est composée de dix aides-soignantes, de quatre infirmières dont une infirmière cadre et d'un médecin coordonnateur. Les services généraux sont assurés par une femme de ménage et un agent d'entretien. Le service administratif est composé d'une secrétaire comptable, d'une directrice et d'un PDG¹².

Dans le cadre de la mise en œuvre du PASA, l'établissement prévoit la formation d'une aide-soignante qui sera formé à la fonction d'assistante de soins en gérontologie, et le recrutement d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute.

Au niveau financier ; le budget de l'EHPAD A est réparti en trois sections tarifaires :

Le tarif hébergement entièrement à la charge du résident ou de sa famille. Ce tarif finance l'animation, le personnel administratif et les services généraux.

Le tarif dépendance, versé par le Conseil Général, à travers l'Aide Personnalisée à l'Autonomie. Seuls les résidents en GIR 1 à 4 en bénéficient. Ce tarif permet de rémunérer en partie les aides-soignantes à hauteur de 30% du salaire et les vacations de psychologues.

Le tarif Soins pris en charge par l'ARS¹³, couvre toutes les dépenses de fonctionnement relatives à la médicalisation (médecin coordonnateur, infirmiers, aides soignante à 70%...)

Une répartition budgétaire qui semble défavorable au développement de l'animation et au maintien de la vie sociale. La dépendance et les soins bénéficiant d'une prise en charge financière de l'ETAT, alors que l'animation et le maintien de la vie sociale sont à charge du résident ou de sa famille.

¹² PDG, Président Directeur Général

¹³ ARS, Agence Régionale de Santé

1.2 Un projet de vie institutionnel centré sur le soin

1.2.1 Des prestations de qualité

Le projet de vie institutionnel engage l'établissement dans une logique de progrès et d'amélioration de la qualité des prestations délivrées. L'établissement prévoit des prestations pouvant offrir un cadre de vie à la hauteur des attentes des résidents et/ou de leur famille. On n'y trouve trois domaines d'intervention :

A) L'hébergement qui comprend l'hôtellerie et l'animation

➤ l'hôtellerie offre des prestations de standing et de confort :

Un portail sécurisé permet aux résidents de se promener en toute quiétude. Le hall d'entrée est soigneusement aménagé et décoré. Les logements sont dotés de chambres spacieuses et lumineuses. Ces espaces privatifs ont une vue relaxante sur le parc, et sont équipés de salle de bain aménagée avec du mobilier contemporain.

La restauration fournit des repas équilibrés, et gouteux. Les menus sont établis par une diététicienne à l'écoute des besoins des résidents. Le service d'entretien garantit la propreté et le confort des espaces collectifs et privés. La blanchisserie est assurée par un prestataire extérieur.

➤ L'animation qui se décline dans le projet d'animation. Elle prévoit un accompagnement centré sur les souhaits, envies, capacités physiques et psychiques des personnes âgées. La dimension individuelle et collective de l'animation est prévue dans le projet de vie institutionnel.

B) La prise en charge de la dépendance concerne les tâches liées à la perte d'autonomie. Elles mobilisent les aides-soignantes pour 30% de leur temps pour les toilettes, les soins de nursing, d'hygiène et de confort ainsi que le traitement de l'incontinence. La dépendance n'étant pas un état figé, il s'agit pour l'équipe soignante de stabiliser le processus dans ses manifestations, par un environnement ou des prestations adaptées, mais surtout par la régression des pathologies ou situations à l'origine de la dépendance.

C) Les soins occupent une place prépondérante dans le projet de vie institutionnel. Ils regroupent la surveillance médicale, les interventions paramédicales, le suivi, la prévention (fugues, chutes, escarres, infections...), la prise en charge de la douleur, ainsi que l'accompagnement de la fin de vie.

Afin d'améliorer la qualité des soins, des réunions de synthèse mensuelles, en présence de la directrice, permettent d'organiser, d'évaluer, d'ajuster, les soins et porter les informations à l'ensemble des acteurs.

L'établissement a passé convention avec le réseau de santé de soins palliatifs pour la formation du personnel, et avec le centre hospitalier du territoire pour la mise en place du

plan canicule, de grippe saisonnière ou aviaire, gastroentérite, neige/froid. Le médecin coordonnateur et l'infirmière cadre garantissent avec la directrice, la mise en œuvre du projet de soins, le respect de l'éthique et de la déontologie.

1.2.2 De l'entrée à l'adaptation du résident

La procédure d'entrée en EHPAD A se rapproche de celle de l'ensemble des établissements. L'accueil est réalisé par le directeur, accompagné d'un personnel référent qui va installer, aider la personne âgée à prendre ses repères et à accepter sa nouvelle situation. La mise en place d'une aide-soignante référente dans l'EHPAD A, et l'implication de la famille sont autant d'atouts qui contribuent à faciliter le processus d'adaptation des résidents en GIR 5 et 6, conscients de l'abandon de leur domicile et de leurs habitudes de vie. C'est une adaptation qui se fait progressivement afin de limiter le choc que revêt l'entrée en institution, ainsi qu'au phénomène de négation et de détresse observés chez certaines personnes âgées. L'adhésion du résident est essentielle, dans le processus d'adaptation à la vie collective. Pour une adaptation optimum, l'EHPAD A recueille dans le projet de vie individualisé les habitudes de vie, les besoins et les attentes de tous ses résidents. Bien que ces données soient formalisées, les réponses apportées par l'EHPAD A ne tiennent pas réellement compte des habitudes de vie et ne sont pas toujours adaptées aux attentes et aux besoins des résidents en GIR 6.

1.2.3 Le projet d'accompagnement et de soin personnalisé

Le projet d'accompagnement émanant du projet de vie institutionnel, se traduit par un projet de vie individualisé en termes de soins et d'animations. Ce qui sous-tend un projet de soin personnalisé et un projet d'animation individualisée.

De manière générale, il permet de suivre les objectifs de soins et d'animations. On y trouve les informations relevées lors de l'entrée du résident, le plan de soins, le suivi des plans d'actions et les bilans de synthèse. L'objectif principal est de préserver et de maintenir l'autonomie de la personne âgée dépendante ou non, en prenant en compte ses besoins médico-sociaux. Les soins sont formalisés pour chaque résident, dans un dossier de soins individualisé. Bien que le GIR soit renseigné dans chaque dossier, les procédures d'accompagnement, établies par l'équipe et validées par le médecin coordonnateur, sont uniformisées dans la planification.

A l'EHPAD A, le projet d'animation représente une rubrique du projet de vie institutionnel. Les actions visant le maintien de l'autonomie sont restreintes ; L'offre de prestations d'animation étant réduite en termes d'activités et de moyens.

L'accompagnement individualisé au maintien de la vie sociale et à l'animation individuelle et collective semble difficile à réaliser. Les objectifs d'animation sont globalisés, pas signifiés et explicites à chacun.

1.3 Principes d'intervention et respects des droits et libertés des résidents

1.3.1 La politique sécuritaire de l'établissement

La sécurité des résidents est une des orientations fondamentales du projet de vie institutionnel. L'établissement est équipé d'une barrière extérieure motorisée avec code, système de géo-localisation, d'unités fermées par codage digital, d'alarmes sécurité / incendie, de déclencheurs et détecteurs automatiques d'incendie ; de caméras à tous les étages dans les parties communes et sur les portes d'entrées ; de ceintures de contention, de barreaux ; de bracelets alarmes à double fonction, appel malade et anti fugue appliqués systématiquement à tous les résidents y compris au 13% de personnes valides qui peuvent se déplacer librement. L'objectif affiché est double : Il vise d'une part la sécurité des résidents tout en garantissant leur mobilité et d'autre part la traçabilité de l'intervention du soignant pointée comme élément de preuve pour le temps de réaction.

La finalité pour l'établissement est de localiser à tout moment les résidents afin de les prémunir contre les risques auxquels ils sont exposés, de diminuer les risques d'erreurs du personnel, mais aussi de préserver la direction contre une éventuelle mise en cause de sa responsabilité.

1.3.2 L'affirmation des droits et libertés des résidents dans les pratiques

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne hébergée en institution par la loi du 2 janvier 2002. Le règlement de fonctionnement de l'établissement s'appuie sur cette loi, et stipule dans son chapitre « Droits et libertés des personnes accueillies » que : « L'établissement garantit à toute personne accueillie, l'exercice de ses droits et libertés à savoir, le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des résidents... [] Dans le respect des principes de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, entrer en EHPAD, c'est bénéficier d'installations confortables, de services collectifs mais également de conserver sa liberté personnelle ».

Cette notion de liberté se manifeste par la liberté du résident d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement, sa liberté d'organiser sa journée comme bon lui semble ; soit en restant dans sa chambre, soit en se promenant ou en participant aux activités proposées.

1.3.3 La vie sociale et l'animation dans et hors de l'établissement

A) L'animation

Les objectifs liés à l'animation dans le projet de vie institutionnel vise à :

Concevoir l'animation comme une démarche d'accompagnement centrée sur les souhaits de la personne âgée, ses envies, ses capacités physiques et psychiques ; Lutter contre

l'isolement ; Favoriser l'expression des besoins, maintenir ses capacités physiques, intellectuelles et psychiques ; Donner à chacun des résidents le sentiment d'appartenir à un groupe social. Pour se faire, l'établissement a prévu de mettre en œuvre des activités collectives diverses soient manuelles, cérébrales, ludiques ou physiques. Des causeries, anniversaires, journées à thème, échanges avec l'extérieur sont aussi programmés.

Le projet d'animation prévoit d'individualiser les objectifs. La traçabilité des activités se fait à l'aide d'un logiciel. Les activités régulièrement programmées sont à forte teneur cognitives. Cependant, on ne retrouve pas dans cette programmation les activités extérieures culturelles et de loisirs. Il existe deux temps forts journaliers pour les activités. L'établissement n'a pas affecté de financement à l'animation.

Un projet d'animation thérapeutique dans le cadre du PASA, est en cours de mise en œuvre. Une ouverture sur l'extérieur et un partenariat sont prévus avec une école et un centre de musique.

B) La vie sociale hors établissement

Dans le projet de vie institutionnel, il existe bien des objectifs d'échanges avec l'extérieur et des actions intergénérationnelles, mais on retrouve cependant peu d'éléments favorisant le maintien d'une vie sociale extérieure à l'établissement. Le lien social est certes maintenu au travers des relations entretenues entre les résidents, les professionnels, les visiteurs et intervenants extérieurs, mais les résidents sortent rarement de l'EHPAD, la dernière et la seule sortie collective date de quatre ans.

Le règlement de fonctionnement prévoit les sorties personnelles avec les familles entre 10h et 17h45. Des dérogations sont toutefois possibles en dehors de ces horaires.

L'EHPAD n'est pas identifié comme un endroit inscrit dans la vie de la cité, ni comme un lieu de vie en interaction avec son environnement. Le manque d'infrastructure et de vie de quartier aux alentours, (pas de transport en commun, pas ce café, pas de poste, pas de boulangerie, ni même un petit marché...) concoure à renforcer cette absence de vie sociale. Un projet d'animation individualisé quasiment pas renseigné. Une organisation basée prioritairement sur le soin et la sécurité, qui ne contribue pas à valoriser les rôles sociaux des résidents en GIR6.

L' EHPAD A offre de manière générale, dans son projet de vie institutionnel, ce qui peut constituer pour les résidents une certaine qualité de vie à savoir, la sécurité, l'hygiène, les soins, la qualité des relations avec les proches, la qualité du personnel et l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique ; des carences sont néanmoins observées quant à l'accessibilité, aux rythmes de vie liés au repas et repos, au maintien des liens sociaux et de la vie sociale pour les résidents en GIR 6. Un projet de vie institutionnel, qui dans son projet d'accompagnement et de soins personnalisés, ne traduit pas l'existence de vie sociale des résidents autonomes.

Ce que nous tenterons de démontrer dans le chapitre suivant.

Chapitre 2

2 DES FREINS A LA LIBERTE DES RESIDENTS ET UNE AUTONOMIE INSUFFISAMMENT VALORISEE POUR LE MAINTIEN DE LEUR VIE SOCIALE

2.1 Des investigations pour une nécessaire prise en compte des besoins des résidents

2.1.1 L'approche méthodologique :

Le recueil de données réalisé a concouru à la poursuite de l'objectif qui vise à valider ou invalider les hypothèses selon lesquelles L'EHPAD serait :

- Un lieu de restriction des libertés qui ne répondrait qu'à l'obligation de protection des personnes âgées dépendantes.
- Un établissement ou la situation d'indépendance et d'autonomie de certains résidents serait insuffisamment prise en compte.
- Une institution ayant un cadre sécuritaire et une organisation du travail qui ne permettraient pas le maintien de la vie sociale hors établissement, des résidents indépendants.

Pour ce faire, j'ai réalisé une enquête par entretien auprès des résidents, du personnel soignant et de la direction.

Suite à des échanges réguliers avec les résidents, j'ai pu identifier les personnes susceptibles de participer à l'enquête, et fixer une limite : interroger les personnes sans troubles cognitifs.

Au nombre de 6, les résidents étaient majoritairement des femmes, soit 5 femmes et un seul homme. Tous en GIR 6, ils sont âgés de 73 à 96 ans. La plupart d'entre eux provient de l'espace urbain. Toutes les personnes rencontrées ont des enfants. Aucune d'entre elles n'était équipée de matériel d'aide à la mobilité.

A partir de guides d'entretien¹⁴, j'ai recueilli des données. Il s'agissait de repérer, dans le discours des résidents et dans les pratiques professionnelles du personnel soignant et de la direction, la manière d'appréhender la liberté par rapport à la sécurité d'une part et d'évaluer les moyens utilisés pour la valorisation de l'autonomie et le maintien de la vie sociale d'autre part.

Concernant les résidents, l'entretien d'une durée moyenne de 30mn environ, s'est déroulé dans un espace négocié au préalable avec la personne. Certains ont choisi l'espace personnel. Les autres, l'espace proposé dans le parc ; un espace calme, neutre et sécurisant. Outre le lieu, la manière de conduire l'entretien était tout aussi importante

¹⁴ Guides d'entretien en annexe du mémoire

pour moi, afin de mettre en confiance les personnes interrogées et surtout d'obtenir leur adhésion.

Les résidents ont été informés qu'ils pouvaient mettre fin à l'entretien à tout moment et ce sans préjudice, dans le respect de leur autonomie et de leur volonté. Spontanément les résidents ont donné leur consentement.

S'agissant du personnel soignant et de la direction, j'ai donc pris le temps d'expliquer mon parcours de formation, démontrant l'intérêt que revêt cette enquête.

D'une durée de 30 à 45mn les entretiens se sont déroulés, selon les disponibilités des uns et des autres, dans les bureaux respectifs.

La démarche entreprise comportait :

Une phase introductive pour me présenter, expliquer les objectifs, le déroulement de l'entretien. Cette introduction m'a permis de rassurer les personnes, de leur exprimer ce que j'attends d'eux, de poser le principe de discrétion et de confidentialité des informations et propos recueillies, et de valoriser leur place dans l'enquête.

Une posture neutre, d'écoute et d'empathie. Je me suis attachée, à vérifier si je comprenais bien ce qui avait été formulé, à accepter les digressions lorsque je sentais les questions trop impliquantes, à ramener quelquefois avec tact aux thèmes de l'entretien.

Des techniques de relances telles que la reformulation, la demande d'approfondissement.

La prise de note a été privilégiée par rapport à l'enregistrement, en raison de la rapidité de la retranscription.

Pour procéder au traitement des données, j'ai conçu une grille d'analyse de contenu qui a été informée pour chaque entretien. Les données ont été ordonnancées.

Pour les résidents, mon analyse s'est effectuée sur une base comparative entre les cas, afin de trouver les similitudes et les différences entre les expériences.

L'analyse de contenu a permis de vérifier si les réponses apportées par le personnel étaient homogènes à celles de la direction.

Restitution des résultats et analyse

A) Le point de vue des résidents

La première question a donné lieu à des réponses homogènes, empreintes d'émotion.

La majorité des personnes âgées interrogées, a soulevé le problème du non choix.

Elles n'ont pas choisi l'entrée en établissement. Elles disent être venues là pour « débarrasser leurs enfants ».

Sur les 6 personnes interrogées, seule une relativement jeune (73ans), a volontairement demandé son admission en EHPAD. Les 5 autres personnes, ont accepté à contre cœur de quitter leur domicile. Ces entrées sont intervenues sous la contrainte d'évènements indésirables pour la personne âgée, qui peuvent se traduire soit par la dégradation de

l'état de santé, l'habitation inadaptée, l'incapacité pour la famille de faire face au vieillissement du parent, ou l'isolement quand les enfants sont éloignés.

La demande d'admission est généralement initiée par la famille, même si elle rejoint ultérieurement la résignation de la personne âgée.

Pour tous, l'entrée en EHPAD a été douloureuse et assimilée à un placement qui a abouti à une restriction de leur liberté d'aller et venir, conduisant nécessairement à une perte de vie sociale, voire de lien social.

Tous les résidents interrogés ont dit que la vie quotidienne était basée sur le rythme de l'institution qui était trop répétitif ; *Mme B dit : « c'est toujours la même chose, je m'ennuie en compagnie de ces vieux ! »*.

Les personnes âgées vues en entretien sont plutôt satisfaites des systèmes de sécurité mis en œuvre dans l'établissement. Elles disent être rassurées avec le bracelet électronique. A l'exception d'un homme qui ronchonne « *je m'en accommode, mais dans une autre vie j'aurais considéré cela comme une intrusion à ma liberté !* ».

Sur les 6 personnes interrogées, 3 sortent accompagnées de leurs familles, car elles se sentent en insécurité à l'extérieur. Les 3 autres personnes refusent de sortir, dont 2 par désintérêt et une qui ne veut pas déranger sa fille, mais qui souhaiterait bien sortir seule.

Très peu de personnes ont gardé des contacts extérieurs. Certains avaient gardé des relations au début de leur entrée en EHPAD, mais à la longue ces relations se sont étioilées.

Quatre résidents sur 6 pensent que l'encadrement devrait les faire sortir de l'établissement de temps en temps. Deux personnes disent ne rien attendre de l'établissement, elles se contentent de ce qu'on leur propose.

Ce désintérêt des résidents traduit un manque de stimulation, qui peut être dû au désengagement de l'institution, qui attribue aux familles la charge des sorties personnelles extérieures, mais aussi au manque d'actions visant le maintien de l'autonomie.

Les personnes interrogées ont eu beaucoup de mal évoquer leurs sujétions pour que l'établissement réponde au mieux à leurs besoins. La difficulté à se projeter dans l'avenir était prégnante. Un homme me répond « *Ecoutez ma petite dame, je ne serais plus là dans pas longtemps à quoi bon !* » Une autre femme : « *tout cela ne m'intéresse plus !* »

La problématique de la perte des rôles sociaux a été évoquée de façon systématique et conséquente par toutes les personnes âgées interrogées. Alors que cette thématique n'occupait pas une place centrale dans le guide d'entretien, les personnes sont souvent revenues, avec amertume sur le rôle social tenu tout au long de leur vie active.

C'est le cas de M. R, qui souligne comment il était libre de son pouvoir d'achat et combien aujourd'hui son rôle de consommateur est réduit.

Mme H, propriétaire jusqu'à son entrée en EHPAD, reproche à ses enfants d'avoir vendu sa maison pour assurer son hébergement. Propriété qu'elle aurait préférée leur transmettre.

Il semble qu'à domicile la personne âgée garde un certain nombre d'attributs. Des rôles pour lesquels les résidents ont eu beaucoup de mal à en admettre la perte. L'entrée en EHPAD accentuant cette perte, la personne se sent alors inutile.

Le manque d'infrastructure et de vie de quartier aux alentours de l'EHPAD A a certainement renforcé ce sentiment d'inutilité.

La non inscription de l'EHPAD dans la vie de la cité, et comme un lieu de vie en interaction avec son environnement, conforte le résident dans son désintérêt pour le maintien de la vie sociale hors établissement, et dans sa satisfaction des systèmes de sécurité.

B) Le point de vue du personnel et de la direction

Le personnel interrogé souligne la faible proportion des personnes âgées indépendantes en GIR 5 et 6, soit 13%.

Le personnel qui a connaissance de tous les moyens de protection et systèmes de sécurité mis en place, intègre bien dans ses tâches, la surveillance des déplacements des résidents, tout en étant conscient des freins portés à leur liberté.

La direction insiste sur le bienfondé des mesures de sécurité mises en œuvre dans l'établissement et précise qu'il convient de protéger les résidents, tout en préservant leur liberté.

Il n'existe pas de procédure écrite pour les sorties, mais des consignes orales bien intégrées : pas de sortie seule pour les résidents.

Pour des raisons de responsabilité, la direction et le personnel sont satisfaits des modalités instaurées : que la personne âgée soit autonome ou dépendante, c'est la famille qui organise et gère ses sorties. Elle en a l'entière responsabilité.

C'est pour la direction, une manière d'impliquer la famille dans le processus d'accompagnement et de contourner les inconvénients liés à la sécurité, qui génèrent des frais supplémentaires et qui peuvent engager la responsabilité civile et pénale.

Les décisions liées aux demandes spécifiques de sorties se prennent par la direction ou le cas échéant par l'infirmière cadre.

Il n'existe pas de commission de recours, la direction se tient alors à la disposition des résidents et de leurs familles pour les réclamations.

Selon la direction les rôles citoyens sont maintenus quand c'est possible. Pour l'infirmière cadre, ils sont maintenus lorsque l'état de santé du résident le permet. Pour les aides soignantes, ces rôles ne sont pas stipulés dans le projet d'établissement et ne sont pas identifiés dans leurs pratiques.

Pour la direction, les dispositions concernant le maintien du réseau social doivent être laissées aux familles.

L'EHPAD A apparaît bien dans le récit des personnes âgées indépendantes comme :

- **Un lieu de restriction des libertés qui ne répond qu'à l'obligation de protection des personnes âgées dépendantes**

Pour répondre à l'obligation de protection des personnes âgées dépendantes, l'EHPAD instaure une politique sécuritaire qui prive de leur liberté, les personnes indépendantes largement en minorité. La liberté de ces personnes peut être entravée, du fait de la politique du plus grand nombre appliquée en faveur des personnes dépendantes accueillies en EHPAD, du fait de l'implication des familles de plus en plus présentes et de leurs exigences qui peuvent se traduire par des contestations et des procédures, risquant d'engager la responsabilité pénale du directeur.

La loi du 2 janvier 2002, exigeant la contractualisation, l'obligation¹⁵ de prudence, de sécurité et de surveillance à l'endroit de tous les résidents, vient accroître la veille permanente et la vigilance du directeur et du personnel.

Par ailleurs, la faiblesse de l'environnement conforte la situation d'isolement géographique de l'établissement et vient renforcer ce sentiment de restriction de liberté. Le choix de l'emplacement géographique éloigné des centres d'intérêt des personnes âgées, semblent mettre les résidents « en pénitence » alors que l'ANESM¹⁶ recommande de privilégier un emplacement valorisant.

- **Un établissement où la situation d'indépendance et d'autonomie de certains résidents est insuffisamment prise en compte**

Les personnes interrogées ne font état ni de prise en charge spécifique, ni de dispositions spéciales mises en place par l'institution, quant à la préservation de leur autonomie.

Les principes permettant au résident de conserver sa liberté personnelle ne sont pas clairement énoncés dans le projet de vie institutionnel. Il s'agit de la liberté d'entrer en EHPAD, liberté d'expression, de communiquer, liberté de choix : choisir son mode de vie, son cadre de vie, son rythme, son accompagnement, sa prise de risque, sa vie sociale ...

Nous avons observé que certains de ces principes ne se concrétisent pas toujours dans les pratiques.

Les soins largement développés s'appuient prioritairement sur l'évaluation de la dépendance, plutôt que sur l'évaluation de l'autonomie pour les résidents en GIR 6. Leurs capacités restantes sont inactivées et largement inexploitées.

Le volet social, relatif à l'accompagnement proposé aux résidents indépendants, est déficitaire.

15 Obligation relative aux risques liés à l'hébergement (incendie, vol, inondation ...) et aux risques spécifiques à la prise en charge (chute, fugue, suicide...).

16 ANESM, recommandations sur l'implantation et l'accessibilité des établissements, qualité de vie en ehpad volet 2

L'animation, support de la vie sociale, est limitée; la planification des animations concerne l'ensemble des résidents, qu'ils soient dépendants ou non. L'inexistence d'un professionnel de l'animation limite la planification et le choix des activités (activité culturelle inexistante par exemple). Certains résidents souhaiteraient aller au cinéma, au théâtre, d'autres au marché.

La liberté de mouvement des résident en GIR 6, n'est pas favorisée en termes de gestion du temps libres, des visites, des sorties, et des vacances.

Le conseil de vie sociale (CVS), instance participant de l'autonomie des personnes accueillies, n'est pas suffisamment valorisé. Le CVS¹⁷ ne se réunirait pas de manière régulière.

- **Une institution ayant un cadre sécuritaire et une organisation du travail qui ne permettent pas le maintien de la vie sociale hors établissement des résidents indépendants.**

Nous avons vu, dans le projet de vie institutionnel, que les aspects sécuritaires tenaient une place importante. Ces éléments sont plutôt ressentis comme positifs par les résidents qui, même s'ils se considèrent en « liberté surveillée », trouvent cela normal.

Les mesures de sécurité appliquées, rassurantes pour les personnes âgées autonomes, sont généralisées et posent le problème de l'équilibre entre la protection de l'établissement et la liberté pour les résidents d'avoir une vie sociale hors institution.

Le sentiment d'insécurité intégré par ces résidents, est induit par l'établissement qui a institué une politique favorisant le tout sécuritaire dans la gestion des sorties.

L'organisation du travail prioritairement centré sur le soin conduit à minimiser la mission de maintien de la vie sociale.

Dans les discours des résidents, on trouve néanmoins de la résignation, des insatisfactions quant au manque d'activités d'animation individuelles et collectives, au manque de sorties extérieures, à la perte des rôles sociaux et à l'inexistence d'actions favorisant le maintien d'une vie sociale.

Si les soins tiennent une place importante dans le projet de vie individualisé, le prendre soin qui comprend l'animation est difficilement repérable de manière générale.

2.1.2 Les effets contraignants de la politique sécuritaire de l'établissement

On note dans ce cadre, une prise de risque limitée de la part du directeur, celle-ci est liée à la forte juridiciarisation ; à une surévaluation inconsciente des risques par le personnel, risques auxquels les résidents dont il s'occupe et lui-même, sont exposés ; à une focalisation sur les conduites à risque accidentel, pour lesquelles le défaut de surveillance et la responsabilité pourraient être mis en cause ; à un risque de burn-out créé par la mise en situation de vigilance permanente du personnel ; à une politique

¹⁷ Il n'existe pas de compte rendu de réunion autre que le Procès Verbal constitutif du CVS
Hermine VILLARSIN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - année 2013

sécuritaire qui prend le pas sur un accompagnement sociale de qualité ; à une situation acceptée par les personnes âgées interrogées, et qui s'apparente au processus de déprise décrit par Vincent CARADEC¹⁸, qui se traduit par un « réaménagement de la vie » marqué par l'abandon progressif de certaines activités et relations antérieures.

Par ailleurs, on retrouve également dans les récits des personnes âgées le processus de désengagement décrit par E. CUMMING et W. HENRY¹⁹ comme étant irréversible. Les contacts sociaux se faisant moins nombreux, l'individu devient moins compétent dans les interactions sociales et à force le processus s'accélère.

On peut noter aussi le choc ressenti, par les personnes interrogées, lorsqu'elles ont dû quitter leur cadre de vie pour ce changement radical, quasiment sans espoir de retour. Situation qui peut entraîner une accélération de la perte d'autonomie et peut aboutir au syndrome de glissement chez la personne âgée.

2.1.3 De l'identification des besoins à la prise en compte des capacités « restantes » des résidents

L'identification des besoins de la personne âgée est une démarche difficile, car la notion de besoin recouvre une dimension objective et subjective chez l'individu.

La personne âgée ne verbalise pas nécessairement ses besoins, et n'exprime pas l'utilité d'un service, de peur « d'embêter ». Le risque est d'interpréter ce « non-dit » comme un service et non comme une nécessité.

Si l'on considère la notion de besoin du point de vue du dictionnaire Larousse, on réduit le terme à « ce qui est nécessaire, vital », pour ensuite traduire « avoir besoin » par « en sentir la nécessité, l'utilité ».

Le terme de besoin est à rapprocher de la notion de satisfaction, processus démontré dans la pyramide de Maslow²⁰ qui a identifié les besoins fondamentaux de la personne.

Michel AGAËSSE²¹ pour sa part a préféré classer en neuf grands thèmes les besoins spécifiques des personnes âgées résidents en institutions :

La santé, la spiritualité, la reconnaissance, le respect, le respect de l'intimité, l'affectivité, la sexualité et les deux besoins suivants que je détaillerai, à savoir :

Le besoin de s'adapter à la vie collective : pour chaque être humain, quitter son domicile et changer ses habitudes de vie sont généralement vécus comme un drame.

Afin de réaliser dans les meilleures conditions, l'entrée et l'adaptation des résidents en EHPAD, l'établissement doit réaliser un important travail de communication, d'accueil et d'intégration. Humanité, écoute, sécurité, suivi médical, prestations soins et hôtelière de

¹⁸ Vincent CARADEC, sociologie de la vieillesse et du vieillissement, éditions NATHAN 2001

¹⁹ Eliane CUMMING et William E. HENRY, 1961, le processus de désengagement, Book New York,

²⁰ Abraham MASLOW, psychologue américain, 1908-1970, connu pour sa théorie sur la hiérarchie des besoins, 1943, « une théorie de la motivation ».

²¹ Michel AGAËSSE, guide de la création et direction d'établissement pour personnes âgées, éditions DUNOD, p.22

qualité, architecture adaptée sont autant d'éléments positifs aidant à réduire l'anxiété chez les personnes âgées et à atténuer la culpabilité des familles. La réussite de cette adaptation permettra au résident de se projeter et de mieux réorganiser sa nouvelle vie.

Le besoin de liberté : la personne âgée en établissement est un citoyen dont la liberté n'est pas négociable. Aussi le besoin de liberté est déterminant dans le maintien de l'autonomie. L'établissement doit susciter ce souffle de liberté et permettre aux résidents de vivre librement. Il doit être avant tout un lieu d'écoute et de parole ouvert sur l'extérieur.

Je rajouterai pour ma part :

Le besoin de vie sociale qui est fondamental, mais limité dans son expression. On entend par vie sociale l'ensemble des relations que le résident en EHPAD est amené à avoir avec d'autres personnes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

La vie sociale se réfère à la socialisation, relative en partie par le processus d'interactions entre un individu et son environnement. L'EHPAD devrait contribuer à cette socialisation à travers le maintien des relations interpersonnelles, des interactions entre résidents, et entre la société et les résidents. La socialisation secondaire contribuant au maintien du statut et des rôles sociaux et participant de l'identité ; les personnes âgées ont besoin de ce processus de socialisation pour s'adapter au changement social qu'est la vie en EHPAD et se réapproprier une identité, un statut et des rôles sociaux.

Comme pour chacun de nous, la personne âgée a besoin d'appartenir, de contribuer, de donner un sens à sa vie. Pour la plupart d'entre nous, ce besoin est comblé par les relations familiales, professionnelles, sociales.

Pour les résidents, les seules relations sociales dont ils jouissent, sont celles entretenues avec les professionnels qui sont payées pour en prendre soin.

La prise en compte des capacités « restantes » des résidents

La vie en établissement semble avoir eu essentiellement pour effet de préserver la santé des résidents, plutôt que de valoriser leurs potentialités. Les réponses liées à la vie sociale ont été moins plébiscitées chez les personnes interrogées.

L'évaluation du potentiel de leur autonomie reste encore insuffisamment explorée, alors que dans les réponses apportées, nous avons vu que les résidents se sentaient sécurisées par l'établissement, les soins prodigués et la prise en charge. Il existe toutefois un outil d'évaluation multidimensionnelle, basée sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle ou SMAF, qui mériterait d'être généralisé dans les pratiques en EHPAD. Cet outil s'intéresse à l'histoire de la personne, son environnement, il prend en compte les besoins des personnes et met l'accent sur leurs capacités restantes.

L'EHPAD appliquant trop souvent la politique du plus grand nombre, l'évaluation des capacités restantes n'est pas réalisée dans le cas des personnes en GIR 5 et 6.

2.2 La vie sociale des résidents en EHPAD : une réalité contrastée

2.2.1 L'EHPAD : Un établissement répondant à l'obligation de protection des personnes âgées dépendantes, au détriment des libertés des résidents indépendants

La protection des personnes âgées en perte d'autonomie est une exigence pour l'EHPAD dans sa forme juridique, et représente à la fois un frein à l'expression de la liberté des résidents et une prise de risque pour le directeur.

Ces établissements mettent en place des systèmes de sécurité, des prescriptions médicamenteuses exponentielles, qui viennent renforcer cette obligation de protection.

Ce qui fait débat ;

Jean Marie Delarue²², contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son rapport, met le projecteur sur les libertés au sein des EHPAD. Il évoque le fait que « les personnes âgées dépendantes sont en institution spécialisée, privées de leur liberté...[]

Les EHPAD sont contraints d'assurer leur sécurité et pour ce faire ces établissements sont obligés d'être fermés, la faculté d'aller et venir n'est alors que théorique ».

Il met par ailleurs en avant le manque de personnel dans ces établissements qui ne permettent pas aux occupants de pouvoir circuler à tout moment comme ils le souhaitent.

Michèle Delaunay Ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, se montre toutefois réservée quant à ce rapport, elle pense qu'il faut aller voir de plus près les difficultés concrètes et les questions de déontologie dans les EHPAD.

Si l'on peut comprendre que seule la dépendance psychique peut aliéner partiellement la liberté, on constate que les personnes âgées les moins dépendantes sont également privées de liberté.

2.2.2 Une forte prévalence des soins en faveur des résidents dépendants

La prédominance des soins donne par certain côté une image hospitalière, et réduit les autres besoins des résidents. L'organigramme de l'EHPAD montre la forte prégnance du volet soins au détriment des aspects sociaux ou relationnels (60% du personnel est affecté aux soins). La disposition des locaux et le port des blouses par le personnel médicalisent l'établissement, ce qui peut accentuer cette image hospitalière et le sentiment que le résident est considéré plus comme objet de soin qu'acteur social.

La prise en charge des personnes indépendantes ne s'inscrit pas dans une vision holistique, qui considérerait la personne âgée dans son ensemble, dans sa relation avec son environnement physique et humain, mais soigne la personne âgée dans ses parties prises isolément. Concilier le soin et les autres composantes de l'accompagnement semble difficile. Ces dernières paraissent minorées au regard du choix des formations

²² Jean Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation des libertés, rapport d'activité 2012, p291/400p.

mises places, sur la prise en charge douleur, les maladies Alzheimer et apparentées, les ateliers mémoire, la fin de vie ; ce qui renforce cette culture sanitaire. Cette prévalence des soins est en quelque sorte subie, non seulement par l'établissement qui structurellement dépend financièrement des sections dépendance et soins, mais aussi par le résident qui participe aux frais d'hébergement incluant l'animation et le maintien de la vie sociale hors établissement. Des activités non proportionnelles à sa participation.

2.2.3 Des activités de maintien de la vie sociale hors établissement quasiment inexistantes

L'EHPAD A n'est pas un lieu d'habitat ouvert, promotionnant le lien avec des associations, des commerces, des écoles ou autres. Malgré les déclarations d'intention du projet de vie institutionnel, on observe un cloisonnement de l'établissement avec son environnement. Par ailleurs, la fonction d'animateur n'étant pas identifiée, l'animation n'est pas professionnalisée. Les activités sont alors mécanistes, elles ne tiennent pas compte du souhait de la personne âgée indépendante, et de l'évaluation de ses capacités restantes, qui n'est pas réalisée. L'animation ne joue pas pleinement son rôle dans le respect des droits et libertés. Ce qui entraîne une insuffisance de réponses pluridisciplinaires avec la conséquence suivante :

Le caractère hyper sécurisant de l'établissement influence la motivation et l'initiative des résidents indépendants de par le conditionnement qu'il induit. De manière informelle, l'établissement va distiller un « code de bonne conduite sécuritaire ». La personne âgée déjà vulnérable, va taire ses désirs et insatisfactions par peur de ne pas être en conformité. Elle va donc se désintéresser de toute vie sociale.

Tous ces éléments démontrent une large insuffisance de la mise en œuvre des actions de maintien de vie sociale. L'ensemble coordonné d'actions diverses et adaptées en lien avec le vécu des personnes âgées n'est alors pas mise en œuvre, en vue du maintien de leur vie sociale, conformément aux préconisations de la charte des droits et liberté des personnes accueillies qui stipule que « Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société ... toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver ses activités ». Elle préconise aussi le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux. Aussi nous vous invitons dans le chapitre 3, à découvrir une expérience de maintien de la vie sociale et la démarche d'actualisation du projet d'établissement proposé pour l'EHPAD « A ».

Chapitre 3

3 CONSOLIDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT POUR FAIRE DE L'OBJECTIF DU MAINTIEN DE LA VIE SOCIALE DES RESIDENTS, UN AXE FORT

3.1 L'impérieuse nécessité de valoriser les rôles sociaux

3.1.1 Favoriser l'exercice de la citoyenneté des résidents

L'isolement de l'EHPAD A, rend les contributions des résidents peu visibles dans la société, ce qui peut annihiler leur envie d'avoir une vie sociale et par la même d'exercer leur citoyenneté.

L'EHPAD A devra donc être le vecteur qui facilite l'expression de la citoyenneté. Pour cela il devra rompre l'isolement des résidents en rendant possible les rencontres avec les autres citoyens de la société et en mettant en place, des actions qui impliquent davantage les résidents dans la vie quotidienne de l'EHPAD, à travers le CVS, le projet d'animation et l'exercice de leurs droits civiques etc. Les échanges de proximité devront être favorisés, ces échanges vont valoriser les contributions ou rôles sociaux des personnes âgées, ce qui leur permettra de se retrouver leur dignité et leur statut de citoyen.

3.1.2 Garantir aux résidents un accès aux services de droit commun

La vie en EHPAD ne dispense pas le droit de vivre comme la plupart des gens ; avoir un habitat et bénéficier des services de la cité. En fréquentant les lieux de droit commun, les personnes âgées vont rencontrer les autres citoyens de la société civile, établir des contacts, nouer des liens avec d'autres personnes d'âge, de culture, de professions différentes. La personne âgée va être reconnue par les autres membres de la cité, ce qui va renforcer son sentiment d'appartenance. C'est une manière de soutenir leur intégration sociale, de développer une interdépendance avec d'autres personnes en dehors des seules personnes qui les accompagnent au quotidien.

L'établissement devra accompagner les résidents dans leur démarche d'utilisation des ressources de la cité. L'accès aux services de droit commun permettant le maintien de la dignité des personnes et représentant un gage de bienveillance pour l'établissement.

3.1.3 Reconnaître le rôle d'acteur économique des résidents

Une des conséquences du vieillissement, nous l'avons est la perte des rôles tenus par la personne âgée tout au long de sa vie active, rôle de salarié, de consommateur, ou de propriétaire. Cette perte entraîne un sentiment d'inutilité.

Afin de compenser ce sentiment l'établissement devra reconnaître aux résidents qui achètent des prestations à l'EHPAD, le statut de client. Il devra comme le recommande

l'ANESM, favoriser l'usage de l'argent liquide au sein de l'établissement. C'est ainsi que l'EPAD A pourra agir sur la liberté d'action économique du résident en valorisant sa contribution de type « faire » par rapport à sa contribution de type « être ». Son pouvoir d'achat serait alors limité, mais pas complètement annihilé.

Des principes d'intervention qui se rapprochent du principe de valorisation des rôles sociaux (VRS) vulgarisé par Wolfenberger²³. Il définit la VRS comme le fait d' « aider les personnes handicapées ou simplement inadaptées à profiter pleinement des services collectifs, à se prévaloir des avantages, des droits ainsi que du statut de citoyen digne et conscient de sa valeur ». La VRS est un principe d'organisation des services sociaux et médico sociaux, pouvant aider à prévenir, diminuer ou éliminer les pratiques courantes, qui inconsciemment, conduisent à la dévalorisation sociale des personnes accueillies en EHPAD. La VRS visent à faire en sorte que les personnes âgées, population à risque de dévalorisation sociale, puissent jouir de conditions et de rythmes de vie semblables à celles de la moyenne des personnes de leur âge. La VRS a pour finalité, l'intégration des personnes dévalorisées dans la société. Son champ d'action est l'intégration, et l'acceptation par la société des personnes. Elle s'intéresse donc à la manière dont celles-ci sont identifiées par leurs concitoyens. Elle met l'accent sur les points communs avec les autres individus et non sur les différences. La VRS oblige à relever les potentialités des individus et non leur(s) handicap(s). La VRS sera donc le principe transversal à tous les axes d'accompagnement du nouveau projet d'établissement, qui se traduira par la refonte du projet d'animation et vie sociale, par la réorganisation autour de la mise en place du PASA et par l'ouverture de la structure sur son environnement.

Un management différent et l'analyse des pratiques professionnelles seront les moyens d'action de ce nouveau principe d'organisation.

3.2 Un retour d'expérience à valoriser : La résidence Henri Bourgeois

3.2.1 Une culture sanitaire contrebalancée

Cet EHPAD a développé à contrario une culture générale de bienveillance des résidents. A l'origine coexistaient deux services : le service soins et le service animation. Ces deux cultures professionnelles différentes, cloisonnées, s'affrontent, et le directeur saisit l'opportunité d'une mise à plat du projet d'établissement pour redéfinir la politique institutionnelle. Il fusionne les deux services en un pôle nommé Soins-Autonomie, basé tant sur la prise en charge sanitaire que sur l'accompagnement social.

Le projet d'établissement dans une philosophie humaniste, propose des axes d'intervention qui placent, la personne âgée en tant qu'être humain, au centre des intérêts, des pratiques, et des préoccupations. Elle n'est plus considérée comme un simple objet de soins. Le résident est apprécié, dans une vision plus élargie des soins qui

²³ W. WOLFENBERGER, psychologue allemand , 1934-2011

tient compte de toutes ses dimensions quelles soient personnelles, familiales, culturelles, religieuses, économiques, sociales, etc. L'établissement crée un club, à l'image des clubs de 3^{ème} âge de France, en partenariat avec la municipalité. Acteur fort du territoire, cette municipalité participe aux frais de fonctionnement de ce club OMASS²⁴ et développe des liens de citoyenneté avec l'EHPAD.

3.2.2 Un projet d'animation individualisé

Pour la résidence Henri Bourgeois l'animation c'est d'abord l'amélioration du degré d'autonomie du résident. Elle consiste à donner une âme à l'établissement en créant une dynamique reposant sur le potentiel humain et matériel mis au service du résident.

Pour cela, l'établissement s'est donné les moyens en structurant l'animation avec un effectif de quatre personnes, dont trois animateurs et un agent administratif ; en introduisant des bénévoles, en mettant à disposition du projet d'animation ses locaux et véhicules de service. Le service animation complète son financement avec les cotisations et la participation des adhérents du club aux activités. Les activités sont communes aux adhérents et aux résidents. L'établissement a attribué un référent bénévole à chaque résident. Ce référent a pour mission d'accompagner le résident dans un champ d'intervention déterminé et défini au préalable.

3.2.3 Une stratégie d'ouverture de l'établissement développée sur son environnement

Dans une dynamique interactive avec le territoire, le club OMASS cible l'essentiel de ses actions sur le bien-être des personnes âgées. Il s'est lancé pour défi « de donner de la vie aux années ». Ce club compte environ 760 adhérents, des retraités de 60 à 69 ans. Ils constituent un vase communiquant entre l'extérieur et l'établissement.

Cette stratégie d'ouverture se manifeste par : la mise à disposition de locaux, des moyens de transport, l'intervention de bénévoles, des échanges intergénérationnels, l'accès aux nouvelles technologies, des actions ponctuelles, une prestation de portage de repas et de pâtisserie (gâteaux d'anniversaire) au service des personnes âgées à domicile et des personnes extérieures. Persuadée de l'incidence positive de ces actions, fondées sur une culture humaniste et la stratégie d'ouverture mises en œuvre, l'expérience de la résidence Henri Bourgeois, me semble bénéfique aux résidents et mérite d'être essaimée. Les statistiques relatives à la durée de séjour, qui est de deux ans pour l'EHPAD « A » contre 8 ans pour la résidence Henri Bourgeois, confirment le bien fondé de cette philosophie. Cette démarche d'essaimage stratégique, qui repose sur une nouvelle approche de la personne âgée et sur l'adaptation de l'EHPAD A à son environnement, va créer des changements pour l'établissement, qu'il conviendra d'accompagner. Le changement étant souvent source de tension.

²⁴ OMASS ; Office des Missions d'Actions Sociales et de Santé

3.3 Un projet d'établissement valorisant le maintien de la vie sociale des résidents

3.3.1 La démarche d'actualisation

Les observations et l'évolution de la situation de l'établissement conduisent à remettre en cause la pertinence du projet défini initialement. Les nouveaux éléments identifiés ne remettent pas en cause le sens global du projet de vie institutionnel, mais nécessite son actualisation.

Le diagnostic réalisé met en évidence cette nécessité de faire évoluer le projet de vie institutionnel sur certains aspects de son fonctionnement. Notamment le volet animation et vie sociale. Dans ce domaine certains objectifs, moyens et modes d'intervention vont être redéfinis. Ceci pour mieux répondre aux besoins des résidents les moins dépendants en GIR 6 et inscrire l'établissement dans un environnement contemporain.

Vu la faiblesse de l'environnement de l'EHPAD A, il s'agira certes d'essayer la vision de la Résidence Henry Bourgeois, tout en s'appuyant sur l'existant tel que le CVS et sur ce qui est initialement prévu dans le projet de vie institutionnel, à savoir le partenariat avec le centre de musique, l'école, et la mise en place du PASA. Le bénévolat sera intégré dans l'EHPAD comme support d'intervention.

Les actions d'accompagnement proposées se dérouleront sur du court, moyen et long terme. La reformulation du nouveau projet d'établissement intègre dans son volet vie sociale, les évolutions majeures suivantes :

A) **La refonte du projet d'animation** va donner lieu à l'identification d'un professionnel responsable du volet vie sociale. Il s'agira de faire le choix entre la création d'un poste d'animateur et le redéploiement d'une aide soignante que l'on devra former à l'animation. Cet animateur aura pour mission de prioriser le projet d'animation individualisée, de développer les actions de maintien de la vie sociale des résidents en GIR 6, et de réactiver le CVS, pour que cette instance fonctionne de manière régulière, qu'elle favorise l'exercice de la citoyenneté des résidents en GIR6, tout en facilitant la venue de ressources extérieures. Une analyse des besoins sera mise en œuvre afin de personnaliser les attentes du résident. Elle tiendra compte de la biographie, des données, et des observations recueillies lors de l'admission. Autant d'éléments qui permettront de mettre en valeur les potentialités de chaque résident, de mettre en lumière les points communs qu'ils peuvent partager avec les autres individus de la société. Des principes prônés par la VRS qui vont faciliter l'intégration des résidents et leur acceptation par la société. La venue des bénévoles dans l'établissement sera favorisée, pour assurer une complémentarité avec les professionnels, dans la mise en œuvre du projet d'animation et de la vie sociale des résidents.

B) Une réorganisation autour de la mise en place du PASA, qui a exigé pour l'EHPAD A, la construction d'un espace dédié, le redéploiement ou recrutement de professionnels spécialisés (psychomotricien, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie).

La prise en charge des personnes atteintes de troubles comportementaux permettra à l'établissement de concilier la sécurité des résidents dépendants et la liberté des plus autonomes. Cette réorganisation favorisera la liberté d'aller et venir des résidents en GIR 6 et valorisera leur situation d'indépendance. Elle dégagera des moyens humains et logistiques pour l'animation et l'accompagnement au maintien de la vie sociale de ces résidents. Aussi le médecin coordonnateur pourra instaurer dans les pratiques institutionnelles, un outil d'évaluation des capacités préservées (le SMAF par exemple), qui servirait de support à un accompagnement adapté et de guide au personnel pour le projet d'animation individualisée.

C) L'ouverture de la structure sur son environnement ; Dans l'immédiat il conviendra de s'appuyer sur le partenariat :

Avec l'école par des actions intergénérationnelles, encourageant des échanges de savoirs et de savoir-faire entre les bénévoles, les résidents et les jeunes autour des thématiques culinaires, cultures et traditions, botaniques. Un jardin pourra servir de support à ces échanges. Ce qui facilitera la mise en place d'actions de découverte et de transmission.

Avec le centre de musique, il s'agira de créer de l'animation autour du chant chorale. Les cours de chant seront dispensés tant aux résidents qu'aux personnes extérieures. Ces échanges peuvent se finaliser par un spectacle.

A plus long terme,

Avec, la communauté de communes du territoire, les associations, les services à la personne, les sites touristiques, éventuellement avec un CHRS²⁵ ou une entreprise d'insertion de la conurbation, afin faire de la culture maraîchère et organiser un petit marché.

L'EHPAD A pourra s'associer aux partenaires associatifs pour répondre aux appels à projet de la communauté de communes ou autres. Le partenariat permettra la mutualisation des moyens d'animation entre établissement et autres structures, au niveau du territoire de proximité il sera tout aussi profitable au territoire qu'aux résidents.

Pour le territoire les enjeux seront : Politiques, par rapport au suffrage électoral des personnes âgées ; Ethiques, la collectivité prend soin de « ses aînés » ; Sociales, parce qu'il y a des interactions et une mise en valeur des résidents en GIR 6 ; Economiques, les personnes âgées consomment et permettent des emplois.

²⁵ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Pour les résidents, le maillage territorial apportera une amélioration de la qualité des prestations, des réponses plus adaptées à leurs besoins, un sentiment d'appartenance et une meilleure intégration sociale.

Pourront être envisagé l'accès aux nouvelles technologies par la découverte de l'informatique et internet. Ce qui permettra aux résidents de communiquer avec leur famille et l'extérieur.

Et une prestation de pâtisserie au service des personnes âgées à domicile et des personnes extérieures des environs.

De manière permanente ;

Les sorties et loisirs extérieures des résidents seront favorisées. Et **l'exploitation du site exceptionnel**, peut constituer un atout pour l'ouverture de l'EHPAD A sur son environnement : il s'agira d'ouvrir le site au voisinage à travers des ateliers communs avec les résidents, des débats thématiques, des journées portes ouvertes etc, aux intermittents du spectacle, aux artistes peintres pour des expositions. Ce qui ferait de l'animation une plus-value pour l'établissement. Cette stratégie d'ouverture se manifestera par la mise à disposition de locaux, des moyens de transport (Acquisition d'un véhicule de service). Dans ce cadre les bénévoles, auront pour mission d'animer les ateliers avec l'aide de l'animateur, ce qui leur permettra de mettre en avant leurs connaissances, leurs savoir-faire dans certains domaines, et d'échanger avec les résidents. Ils renforceront l'encadrement lors des loisirs et sorties extérieures, (cinéma, théâtre, etc....)

L'ouverture de la structure sur son environnement confortera les actions de maintien de la vie sociale de l'EHPAD A dans le territoire. Sa fonction première sera de permettre le décroïsonnement ; le développement des réciprocitys, des solidarités et de la coopération.

3.3.2 L'analyse des pratiques comme levier des résistances au changement

Si la volonté de changement se heurte à des résistances de la part des acteurs, l'organisation elle-même peut générer ces résistances par sa complexité, son management et les jeux de pouvoir qu'elle engendre. Michel Crozier²⁶ dans sa réflexion sur le changement soulève le problème de capacités collectives à faire évoluer l'organisation. Il souligne que « pour qu'il y ait changement il faut que le système d'action se transforme ». Aussi nous passons d'un système d'action prônant le tout sécuritaire à une organisation centrée sur les besoins du résident. Cette transformation provoquera des bouleversements et des changements, qu'il faudra anticiper. Pour ce faire je propose l'analyse des pratiques professionnelles, outil de vision mis en place par Michael Balint²⁷. Des experts et spécialistes devront aider à prévenir, diminuer ou éliminer les pratiques courantes qui inconsciemment conduisent à la dévalorisation des personnes accueillies.

²⁶ M. CROSIER et c. FRIEDBERD, 1977, l'acteur et le système, Points, 500p.

²⁷ M. BALINT, psychiatre et psychanalyste d'origine Hongroise 1896-1970.

Une démarche que préconise la VRS.

Compte tenu de la culture sanitaire du personnel, ce processus ne sera pas facile à conduire. Parce que tout changement induit des résistances liées aux habitudes, aux réflexes de travail, aux modalités de fonctionnement, à l'incertitude, et aux efforts que nécessite ce changement. Pour lever ces résistances, il sera nécessaire de travailler sur le sens et les effets des actions à mettre en place, sur les valeurs, l'éthique, sur les perceptions, sur certains stéréotypes de pensée et sur les conséquences de certaines pratiques auprès des usagers. Faire émerger de nouveaux comportements et inscrire durablement de nouvelles pratiques suppose la mise en place d'un système renouvelée de gestion de ressources humaines en rendant le personnel co-auteur et acteur du projet d'établissement.

3.3.3 Rôle du directeur ; implication et formation du personnel dans la démarche

Le directeur a un rôle stratégique dans le développement, l'innovation et l'élaboration du projet. Il va conduire et animer la démarche en mettant en œuvre une stratégie de communication autour des principes d'anticipation, de participation, de validation et de décision.

L'analyse des pratiques, l'adhésion, l'implication et la formation du personnel sont autant d'éléments que le directeur devra prendre en compte.

Il devra susciter et obtenir l'adhésion du personnel en communiquant en étant à leur écoute et en valorisant leurs contributions. Le directeur devra informer, expliquer le bien-fondé du projet, rassurer et convaincre de l'intérêt du projet et de l'importance de leur implication. Il a un rôle de négociateur tant auprès de l'instance délibérante, que du personnel et des partenaires.

Dans la démarche d'actualisation le directeur devra replacer le projet d'établissement dans le contexte de la loi 2002-2. L'actualisation et la refonte du contenu du projet d'Etablissement, demande au directeur dans une démarche évolutive, de passer du tout soin au prendre soin, d'impulser une nouvelle conception de la prise en charge et d'œuvrer à l'amélioration des pratiques professionnelles et de redéfinir le positionnement de l'établissement dans la philosophie de la VRS, pour ce faire le directeur réalisera un état des lieux par l'analyse efficiente du projet de vie institutionnel existant en identifiant les forces et les axes d'amélioration ; par l'évaluation des ressources possibles du territoire, la mesure des enjeux de la politique territoriale, afin d'instituer des interactions entre l'établissement et le territoire.

Pour faire évoluer la trame du projet, les orientations stratégiques devront être redéfinies avec l'instance dirigeante. Par la suite le directeur devra démarcher les possibles partenaires identifiés, et négocier le partenariat. Pour organiser la démarche d'actualisation le directeur aura à définir le rôle des différents acteurs dans le pilotage de l'actualisation (médecin coordonnateur, infirmière cadre, représentant du personnel,

représentant des familles, représentant du CVS) ; mobiliser les équipes soignantes, administratives et les services généraux autour d'objectifs communs. Le directeur devra établir un plan de formation et un cahier des charges, à l'endroit des consultants, précisant les attendus de l'analyse des pratiques. Le CVS sera consulté pour intégrer les résidents et ou leur famille dans le processus de renouvellement.

L'implication et la formation du personnel

La mobilisation du personnel est impérative dans la conception du projet d'établissement. Le directeur doit donc s'assurer de la qualité de l'engagement de chacun ; veiller à ce que chaque acteur soit informé du lancement de la démarche et en, comprenne bien le sens.

Afin de favoriser l'engagement et l'implication de chacun, dans les actions de maintien de la vie sociale des résidents, nous proposerons au personnel d'analyser lui même son activité. Il devra s'auto-évaluer et ainsi de relever les freins, trouver les leviers sur lesquels s'appuyer pour répondre aux besoins des résidents et aux exigences du nouveau projet d'établissement. L'observation de la « situation travail » sera le point de départ de l'analyse des pratiques pour définir les contenus des actions de formation. Permettre au personnel de participer au quotidien au changement de sa situation travail, à la définition des contenus et modalités de sa formation est un moyen de maintenir sa motivation, de prévenir l'usure professionnelle, d'élever le niveau de compétence individuelle et collective du personnel.

Le nouveau projet d'établissement va initier une autre politique de formation qui doit permettre au personnel de disposer de nouvelles compétences et forger une approche humaniste pour une meilleure promotion du résident.

Le plan de formation devra répondre aux attentes du projet d'établissement, lever les réticences et résistances du personnel, préparer les équipes à pérenniser les changements proposés.

En inscrivant l'EHPAD A dans un projet d'animation et de vie sociale dynamique, le directeur propose aux résidents en GIR 6, un environnement qui lui restitue son statut de citoyen. Il instaure une vision et de nouvelles pratiques susceptibles de produire du bien être tant pour les résidents que pour le personnel, mais aussi pour la direction.

Conclusion

Notre observation et les résultats de l'enquête menée auprès des résidents de l'EHPAD « A » font apparaître cet établissement comme un lieu de restriction des libertés, comme un établissement où la situation d'indépendance des résidents n'est pas préservée, comme une institution ayant un cadre sécuritaire et une organisation du travail qui ne permettent pas le maintien de la vie sociale de ses résidents.

Pour les résidents en GIR 5 et 6, les principaux besoins identifiés, sont le besoin de s'adapter à la vie collective, le besoin de liberté et le besoin de vie sociale. Si pour l'EHPAD « A » la santé des résidents est une préoccupation majeure, le maintien des acquis des résidents en GIR 5 et 6 est relégué très loin après les soins, ce qui a pour conséquence la perte des rôles sociaux et l'isolement des personnes âgées. Malgré d'importants atouts, l'EHPAD « A » devra lever les freins à la liberté des résidents indépendants et valoriser leur autonomie. Afin de réduire les écarts entre les besoins des résidents et les réponses apportées par l'établissement, il y a lieu d'actualiser le projet d'établissement.

La résidence Henri Bourgeois contrebalance la culture de soins en développant :

Le maintien de la vie sociale hors établissement qui constitue pour les EHPAD un véritable gage de bienveillance des résidents. Elle s'appuie sur une culture, une stratégie et une dynamique intéressante. Cette expérience est à valoriser puisqu'elle se révèle être très bénéfique pour les résidents qui vivent semble-t-il plus longtemps qu'ailleurs.

L'essaimage de l'expérience proposé permettra de mettre en œuvre des changements qui entraîneront des résistances qu'il faudra lever. L'analyse des pratiques est toute indiquée.

La démarche d'actualisation du projet d'établissement se fonde sur le rôle prépondérant du directeur, l'implication et la formation du personnel. Le directeur qui dans son métier est amené à innover ; devra accompagner cette démarche d'actualisation. Une éthique de l'engagement et la prise de risque lui serviront de boussole.

Le nouveau projet de l'EHPAD « A » comprendra des actions d'ouverture sur l'extérieur, ayant comme axe transversal la Valorisation des Rôles Sociaux, et un ancrage durable dans le territoire.

La VRS pourrait être véhiculée par une instance telle qu'un comité d'éthique développé au sein du réseau à l'échelon du territoire.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico sociale

Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, relative aux institutions sociales et médico-sociales

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes

Guides :

ANESM :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles ; « Qualité de vie en EHPAD (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement ». Décembre 2010

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles ; « Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation de la vie quotidienne ». Juin 2011

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles ; « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) « la vie sociale des résidents en ehpad ». Décembre 2012

« Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » ;

« Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ;

« Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » ;

« Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement et de service » ;

« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ;

ANAES :

« Limiter les risques de contention physique de la personne âgée ; évaluation en établissement de santé », 2000, 56p.

ANAES et Fédération Hospitalière de France, conférence de consensus « liberté d'aller et venir des établissements sanitaires et médico sociaux, obligation de soins et de sécurité, novembre 2004 32 p.

Rapports

Luc BROUSSY, Rapport de mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population, janvier 2013

Jean Marie DELARUE, rapport sur les lieux de privations des libertés, février 2013.

Ouvrages :

G. Degenaeers « le travail social auprès des personnes âgées », éditions ASH, 2012, 289 pages

J.M Lhuillier, « le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », 4^e éditions EHESP, 2009, 271 pages

ANAES coordonné par D. Causse, G Arfeux-vaucher, M Breton, D. Deparcy, A Gamblin-Srecki, R Lubeigt, I. Robineau, « liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico sociaux, et obligation de soins et de sécurité », éditions EHESP, 2006, 320 pages

L Ngatcha-ribert, « Alzheimer : la construction sociale d'une maladie », édition DUNOD, 2012, 437 pages

J-Y Barreyre, C Peintre, « évaluer les besoins des personnes en actions sociales, enjeux, méthodologie, outils », éditions DUNOD, 2004 , 152 pages

B Ennuyer, « les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social », éditions DUNOD, 330 pages

D Jacquet, P Lelong, « guide de la dépendance, mieux vivre le 4^{ème} âge et le handicap », JTL éditions, 2012, 571 pages

R Vercauteren à la coordination « vieillissement et vieillesse », éditions ERES, 2010, 280 pages.

B Hervy, « Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées, rapport de la mission « vie sociale des personnes âgées », éditions EHESP, 2005, 159 pages.

M Crozier, E Friedberg, « l'acteur et le système », éditions SEUIL, 1977, 500 pages.

V CARADEC, « sociologie de la vieillesse et du vieillissement », éditions Nathan, 2001

JC Becker, C Brissonnet, B Laprie, B Minana, « Projet d'établissement comment le concevoir et le formaliser », éditions ESF, 2004, 178 pages.

M. Agaësse, « Guide de la création et direction d'établissement pour personnes âgées » édition DUNOD, 2005, 695 pages.

Mémoires:

RALIS EL, 2011 : « EHPAD ; architecture et aménagement de l'environnement, quel impact sur l'autonomie d'un usager atteint de la maladie d'Alzheimer », mémoire d'établissement, directeur d'EHPAD et droit des usagers : enjeux, outils, méthodes, 31 p.

DURAND Régis, 2011 : « le rôle du directeur dans la préservation des droits et libertés des personnes âgées en unités sécurisées des EHPAD et des USLD », mémoire de directeur d'établissement sanitaire, social et médico- social, 53 p.

Site internet :

www.anesm.gouv.fr

www.wikipedia.org

www.cglpl.fr/wp

Liste des annexes

Annexe 1 : La note d'observation

Annexe 2 : Grille d'observation

Annexe 3 : Guide d'entretien

NOTE D'OBSERVATION

En réponse à la commande qui nous est faite de réaliser une journée d'observation ; j'ai choisi L'EHPAD le château d'Eve, mon lieu de stage comme cadre d'observation.

Cette journée s'est déroulée le Mardi 22 janvier 2013 lors de mon premier jour de stage.

Cet EHPAD se situe en milieu rural et accueille des personnes âgées valides et invalides de 60 ans et plus.

L'EHPAD se trouve dans un cadre idéal, paradoxalement excentré de toute vie et animation sociale.

Le choix du lieu est motivé par le thème de mon mémoire qui porte sur la restriction des libertés des résidents indépendants, par rapport au cadre sécuritaire de l'EHPAD.

Il s'agissait pour moi :

D'observer le comportement, la perception et la vie des usagers

De mesurer le degré de prise en compte des besoins d'aller et venir des usagers dans l'organisation quotidienne de l'établissement

D'identifier les pratiques des professionnels, les réponses apportées dans l'accompagnement de l'utilisateur dans l'exercice de son droit d'aller et venir

De relever des situations particulières, permettant de repérer les usagers montrant une attitude réfractaire ou opposante aux dispositifs de sécurité

D'apprécier l'impact des actions sur l'autonomie des personnes tant au niveau fonctionnel, architectural, que de l'encadrement

Dans ma posture d'observateur, Je me suis positionnée physiquement de manière à avoir une vue d'ensemble sans pour autant interférer dans les activités.

J'ai opté pour un angle de la salle de restauration, lieu névralgique de l'établissement, donnant une vue à la fois sur la cuisine, le hall d'entrée, l'aile d'hébergement des personnes dépendantes et la porte d'accès au parc.

En face de moi le bureau des aides soignantes.

A ma droite un escalier mène à l'étage et un ascenseur suffisamment grand permet aux résidents invalides accompagnés, d'accéder aux étages.

Mon observation s'est portée précisément sur les moments de vie collective en raison de la courte durée de l'observation d'une part et afin de mieux percevoir les rythmes de vie des résidents les moins dépendants d'autre part.

A 7h, je sonne à la grille d'entrée, la caméra de surveillance permet à la secrétaire de m'identifier et de m'ouvrir. Je traverse alors la cour, jusqu'à la porte d'entrée principale que j'ouvre de l'extérieur.

Après avoir été accueillie par la secrétaire, je m'installe discrètement à mon poste d'observation et constate que le petit déjeuner est en cours.

Les résidents sont scindés en deux groupes :

Le groupe des résidents les plus dépendants est installé dans l'espace détente qui précède l'aile d'hébergement.

C'est dans cet espace ouvert, équipé d'un téléviseur grand écran et d'une table, que les aides soignantes alimentent les plus dépendants, installés dans des fauteuils adaptés.

Les résidents les moins dépendants sont installés dans la salle de restauration, où je suis positionnée.

La plupart des résidents sont présents dans cette salle de restauration.

Cette est une salle lumineuse, bien aérée, où la couleur jaune domine. Deux fenêtres vitrées permettent une vue sur le parc.

Une télévision suspendue au mur est allumée, personne n'y prête attention

Cette salle est équipée d'une dizaine de tables de quatre personnes et de chaises, alignées de chaque côté des murs.

L'espace central de la pièce libre. Ce qui facilite les déplacements et le bon déroulement du service. Les tables ne sont pourvues ni de nappes, de sets ou de plateaux.

Les repas sont préparés et servis à table par un prestataire, aux personnes les moins dépendantes, les aides soignantes assurent pour certains le service et l'aide aux repas.

Deux résidents autonomes se font rappeler à l'ordre pour leur retard au petit déjeuner, ils rouspètent.

Le petit déjeuner est le moment où l'infirmière profite pour distribuer quelques traitements médicamenteux.

Après le petit déjeuner les pensionnaires les plus dépendants sont accompagnés dans leur chambre, certains sont laissés devant la télévision.

Une résidente dit qu'elle va marcher dans le parc et les plus autonomes remontent dans leur chambre.

A son arrivée la Kiné prend en charge certains résidents restés dans la salle.

Les aides soignantes et les agents d'entretien échangent à propos des menus travaux à effectuer dans les chambres.

Le milieu de matinée étant un moment propice aux échanges et régulations, entre professionnels.

J'ai pu observer que le déjeuner s'appuyait sur le même mode de prise en charge que le petit déjeuner.

Après le déjeuner, la plupart des résidents retournent dans leurs chambres pour la sieste et redescendent à 16h pour le goûter qui se déroule dans les mêmes conditions que les autres repas.

L'animation est au rythme de deux fois par jour, le matin avant le déjeuner et l'après midi après le goûter,

En observant le comportement, la perception et la vie des usagers j'ai pu noter que les résidents n'étaient pas acteurs du déroulement de leur journée, mais qu'ils se collent à la bonne marche de l'établissement.

Les résidents ont tendance à se confiner dans leur chambre après les temps forts de la journée. Il y a par ailleurs très peu d'interactions entre eux.

Pour les personnes à mobilité réduite la configuration des Halls et couloirs leur facilitent l'accès à tous les lieux intérieurs et extérieurs. Les personnes valides peuvent utiliser les escaliers mais aussi l'ascenseur.

L'organisation quotidienne de l'établissement, ne semble pas toujours tenir compte des besoins d'aller et venir des résidents.

La configuration des lieux permet la déambulation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Toutefois les déplacements sont limités par le cadre, car dans la journée je n'ai pas observé de résidents allant vers l'extérieure, même si certains d'entre eux ont eu la visite de leur famille.

Ce qui m'amène à repérer de plus près les pratiques des professionnels, les réponses apportées dans l'accompagnement de l'utilisateur dans l'exercice de son droit d'aller et venir. Outre la grille d'entrée sécurisée, le lieu de vie est séparé de cette grille par une cour qui constitue un SAS de sécurité.

Des détecteurs automatiques d'incendie sont installés au plafond, et les portes qui donnent sur les issues extérieures sont équipées de déclencheurs d'alarme manuelle.

Concernant les résidents, des mesures de contention sont mises en place : tous les résidents portent des bracelets aux poignets, certains d'entre eux sont attachés à leur lit ou à leur fauteuil.

Je n'ai pas noté chez les résidents d'attitudes réfractaires ou opposantes face aux mesures de sécurité. Je n'observe pas d'opposition, ni de révolte par rapport au port du bracelet.

Ils ne donnent pas le sentiment d'être conscients du système mis en place pour leur sécurité.

Cependant j'ai pu observer que certains malades Alzheimer pouvaient faire une fixation sur les portes de sorties.

Je n'ai pas dénoté chez les professionnels de réactions particulières concernant la déambulation ou l'errance de ces résidents.

L'architecture, l'aménagement et le fonctionnement de cet EHPAD dénote d'un important déploiement des systèmes de sécurité.

Si les actions visant la sécurité sont bien mises en évidence j'ai pu dénoter que les actions visant l'autonomie étaient restreintes.

L'animation concerne la lecture du journal le matin et le loto l'après midi.

Ces animations mises en place se rapportent plus au soin car les activités sont plus cognitives que ludiques ou culturelles.

Par ailleurs les personnes les moins dépendantes ont le même rythme de vie que les personnes dépendantes, elles n'ont pas de prise en charge spécifique.

Je n'ai pas relevé de prise en charge d'animation personnalisée.

Les activités sont réalisées par les aides soignantes, je n'ai pas noté la présence d'un professionnel de l'animation.

Je n'ai pas non plus observé d'animation provenant de partenaires extérieurs à l'établissement.

Mon observation relève un déséquilibre entre la sécurité déployée par l'établissement et la liberté d'aller et venir des résidents indépendants.

Je peux donc me poser la question des moyens et de la prise en compte des besoins d'aller et venir des résidents

A savoir, en quoi le déséquilibre observé entre la protection de l'établissement et l'autonomie des résidents entravent t-il les libertés, notamment la liberté, pour les personnes âgées indépendantes accueillies dans l'EHPAD, de maintenir une vie sociale hors de l'établissement

GRILLE D'OBSERVATION

Obligation de sécurité de l'établissement	L'architecture, l'aménagement et le fonctionnement intègre t-ils des aspects visibles de sécurité	observations
	Comment l'utilisateur développe t-il sa propre utilisation des lieux et des services	
	Quelles sont les mesures de sécurité mises en place ?	
	Comment les usagers réagissent t-ils aux mesures	
	Les résidents se sentent- t-ils en sécurité ? enfermés ? emprisonnés	
	L'institution emploie t-elle des mesures de contention physique passive ?	
	Comment réagissent les professionnels aux demandes d'exercice des droits individuels et collectifs	
	Comment prévient t- on les risques de chute, de maltraitance ect..	
	Quel sens les professionnels donnent t-il à l'errance et à la déambulation ?	
Respect de la liberté des usagers	comment l'établissement prend t-il en compte les besoins d'aller et venir des usagers dans l'organisation quotidienne de l'établissement	
	Comment s'organise le droit à la liberté d'aller et venir des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD spécialisé ?	
	Où se trouvent les résidents ? Que font –ils ? Manifeste t-il le désir de sortir à tout prix ? comment vivent t-ils	

	La fermeture des portes est t- elle perçue comme un dispositif de sécurité ou un accès à la liberté ?	
	Les usagers mettent t-ils des mots sur leur condition ?	
	Il y a-t-il des manifestations de fugues ?	
	Les activités sont elles adaptées aux difficultés des résidents ?	
	La prise en charge intègre t-elle ces données ?	
La prise en compte des attentes et besoins des usagers par les professionnels	Quelles sont les actions et organisation mises en place pour entendre la demande des usagers et comment y répond t-on ?	
	Comment l'usager procède pour demander quelque chose (à sortir par exemple) et réaction des professionnels	
	Existe-t-il des procédures de réponses aux demandes	
	Comment le résident est considéré (acteur ou objet) ?	
	Quels sont les moyens mis en œuvre pour respecter la volonté des personnes accueillies ?	

ANNEXE N° 3

GUIDE D'ENTRETIEN

A L'ATTENTION DES RESIDENTS, DES PROFESSIONNELS ET DE LA DIRECTION

Après des résidents

Thème :

Racontez- moi votre entrée en EHPAD

comment se passe votre vie quotidienne dans l'établissement ?

Êtes-vous satisfait des systèmes de sécurité mis en place pour votre protection et celle des autres résidents ?

Réalisez-vous des sorties ? de quel type ? A quel rythme ?

Avez-vous gardé des contacts avec vos relations avant votre arrivée à l'EHPAD (familles, amis et autres) ?

Souhaitez-vous apporter des améliorations au maintien de votre vie sociale hors de l'établissement ?

Auriez-vous des suggestions pour permettre à l'établissement de mieux répondre à vos attentes ?

Après des Professionnels et de la Direction

Thèmes :

Quelle est l'importance quantitative des personnes âgées indépendantes ?

Quels sont les systèmes de sécurité et les moyens de protection utilisés dans l'établissement ?

Comment conciliez-vous liberté et sécurité des résidents

Selon quelles modalités les personnes âgées indépendantes peuvent-elles sortir hors de l'établissement à leur guise ?

Existe-t-il pour les sorties une procédure, un protocole de liberté et de sécurité individuelle ?

Comment se prennent les décisions relatives au besoin d'aller et venir du résident ?

Existe-t-il une commission de recours pour les résidents insatisfaits ?

Y a-t-il une organisation pour le maintien des rôles de citoyen, de client ou d'habitant, que les résidents avaient avant leur entrée en EHPAD ?

L'établissement favorise t-il le maintien du réseau social du résident après son admission et de quelle manière ?

VILLARSIN

Hermine

28 novembre 2013

Diplôme d'Établissement

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

LE MAINTIEN DE LA VIE SOCIALE : UN DROIT A GARANTIR AUX PERSONNES AGEES INDEPENDANTES EN EHPAD

Promotion 2012-2013

Résumé :

On observe dans la plupart des EHPAD une tension entre la protection de l'établissement et l'autonomie des résidents indépendants.

Ces établissements qui accueillent majoritairement des personnes âgées dépendantes ont tendance à développer prioritairement la prise en charge autour des soins.

Les résidents indépendants en GIR 5 et 6 subissent cette prédominance des soins au détriment du maintien de leur vie sociale.

Satisfaire au besoin d'aller et venir des usagers est une obligation incombant au directeur qui, compte tenu des responsabilités imputées, se heurte à une certaine prise de risque dès lors qu'il tente de concilier les deux principes apparemment opposés ; la liberté de circuler et la sécurité.

« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve sa liberté de Communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société. »

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie réaffirme ce droit.

Aujourd'hui l'enjeu pour les établissements qui accueillent les personnes âgées en GIR 5 et 6 est de penser et de concevoir autrement la prise en charge de ces résidents.

Il s'agira pour eux de valoriser les rôles sociaux et d'ouvrir l'EHPAD sur son environnement en s'appuyant sur le territoire.

Le vieillissement devra mobiliser la société toute entière. Considérer comme étant une donnée du développement durable, ce dernier n'étant pas seulement, la pollution et les arbres, c'est aussi la façon dont la planète va être capable de gérer la croissance de la Population vieillissante.

Mots clés :

Liberté – Sécurité - Protection - Autonomie – Dépendance - Vie sociale - Rôles sociaux-Territoire.

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.

