



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-Social**

Promotion : **Albert JACQUARD (14-15)**

Date du Jury : **décembre 2015**

---

**Personnaliser l'accompagnement des  
personnes âgées dépendantes en  
institution :**

**un enjeu de l'élaboration  
du projet d'établissement**

*L'exemple du CH Maurice André  
de Saint-Galmier (Loire)*

---

**Michaël MERCIER**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier Maurice André, les représentants des usagers, les résidents ainsi que leurs familles. Tous ont volontiers répondu à mes sollicitations.

Je remercie également Monsieur Jean-Yves CHARBONNIER, Maire de Saint-Galmier, Madame Joëlle VILLEMAGNE, Présidente du Conseil de Surveillance de l'hôpital et Madame Roselyne COCHERYL, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale pour l'accueil qu'ils m'ont réservé lors des entretiens et la pertinence de leur analyse des enjeux du secteur médico-social.

Je voudrais aussi exprimer ma gratitude à Monsieur Marc MORIN, mon maître de stage. Il m'a accordé sa confiance et m'a permis de conduire ce travail.

Enfin, je remercie chaleureusement le Docteur Isabelle CARRIÈRE, gériatre, médecin-coordonnateur et Françoise BOUILLLOT, cadre supérieur de santé, qui ont accepté de porter un regard critique et constructif sur ce mémoire. Elles se sont prêtées au délicat exercice de la relecture avec une implication et une rigueur sans failles.

*« Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ».*

Proverbe africain.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Le projet d'établissement, un outil stratégique favorisant l'évolution des pratiques professionnelles .....	3
1.1 Le directeur face à un défi : l'accompagnement global et personnalisé des personnes âgées institutionnalisées .....	3
1.1.1 L'accompagnement des personnes âgées institutionnalisées, une obligation légale et une priorité de santé publique .....	3
1.1.2 L'accompagnement en EHPAD aujourd'hui : personnalisation et pluridisciplinarité.....	5
1.2 Le CH de Saint-Galmier, entre prise en charge standardisée et accompagnement personnalisé : un entre-deux qui doit évoluer.....	6
1.2.1 La promotion de la bientraitance : des effets bénéfiques sur la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes .....	6
1.2.2 La démarche doit être poursuivie pour parvenir à un accompagnement global et personnalisé .....	7
1.3 Le projet d'établissement : un outil au service du directeur pour accompagner l'évolution des pratiques .....	9
1.3.1 Le projet d'établissement, un outil dans lequel il est pertinent de parler de personnalisation .....	9
1.3.2 La démarche d'élaboration participative du projet d'établissement : objectifs et mise en œuvre au CH de Saint-Galmier .....	10
2 L'élaboration du projet d'établissement : une action fédératrice autour d'un projet et de pratiques partagés.....	15
2.1 Une définition partagée de l'accompagnement, plaçant le résident au centre ...	15
2.1.1 La définition de l'accompagnement formulée par les professionnels .....	15
2.1.2 Les implications de cette définition .....	17
2.2 Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP), un nouvel outil à l'appui de la personnalisation.....	20
2.2.1 Présentation du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) .....	20
2.2.2 Le déploiement du PAP inscrit dans le projet d'établissement.....	24
2.3 Une organisation interne redéfinie pour faciliter la personnalisation .....	28
2.3.1 L'organisation actuelle ne permet pas de répondre à la personnalisation comme envisagée .....	28
2.3.2 La nouvelle organisation du travail .....	31

3	La démarche participative : un bilan encourageant, confortant le rôle de l'encadrement de proximité.....	35
3.1	Les avantages de la démarche participative .....	35
3.1.1	Une appropriation des objectifs du projet d'établissement facilitée par la démarche participative.....	35
3.1.2	Deux nouvelles actions concrètes en faveur la personnalisation de l'accompagnement.....	36
3.2	Un nécessaire effort de pédagogie auprès des « acteurs silencieux » .....	39
3.2.1	Le prisme du volontariat : l'existence « d'acteurs silencieux » .....	40
3.2.2	Communication, information et formation.....	41
3.3	Le rôle de pivot des cadres de proximité.....	43
3.3.1	Le rôle du cadre de proximité repensé à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement.....	44
3.3.2	Le cadre de proximité, <i>médiateur</i> de la stratégie d'accompagnement du résident 47	
	Conclusion.....	48
	Sources et bibliographie .....	49
	Liste des annexes.....	55
	Annexe n°1 : Liste des personnes rencontrées .....	56
	Annexe n°2 : Fiche préparatoire à la réunion d'un groupe de travail du projet d'établissement .....	57
	Annexe n°3 : Synthèse des travaux portant sur la personnalisation de l'accompagnement des résidents à chaque étape de leur parcours .....	60

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
AR&S	Activités Relationnelles et Sensorielles
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASG	Assistant de Soins en Gériatrie
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CH	Centre Hospitalier
COFIL	COmité de PILotage
CSP	Code de la Santé Publique
CVS	Conseil de Vie Sociale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESSMS	Établissement et Service Social et Médico-Social
GMP	Gir Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
MJPM	Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PP	Projet d'accueil et d'accompagnement Personnalisé
PSRS	Programme Stratégique Régional de Santé
PVI	Projet de Vie Individualisé
SMTI	Soins Médico-Techniques Importants
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
SROMS	Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale
USLD	Unité de Soins de Longue Durée



## Introduction

« L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de santé publique »<sup>1</sup>.

Dans ce contexte d'accroissement de l'espérance de vie et d'augmentation de la prévalence des maladies neuro-dégénératives, le profil des personnes âgées institutionnalisées évolue : dépendants, atteints de polypathologies et, parfois, d'altération de leurs facultés mentales, les résidents ont désormais de nouveaux besoins.

Dès lors, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) doivent s'adapter à ces nouvelles attentes. Cela, dans une démarche de bientraitance. Apparu au détour des années 2000, puis mis en lumière en 2009 à la suite de l'épisode caniculaire de triste mémoire, ce concept ne se limite plus, aujourd'hui, au fait de dénoncer la maltraitance et de condamner l'indifférence. Il s'agit désormais de répondre aux besoins des personnes dont on s'occupe et de les faire bénéficier d'une attention propre à assurer leur bien-être.

Ce constat implique une évolution des pratiques professionnelles et une rupture avec une conception sanitaire de la prise en soins qui, par le passé, a pu s'installer durablement au sein de certaines structures médico-sociales.

Un changement de pratique apparaît donc nécessaire afin d'accompagner les personnes âgées dépendantes, conformément aux standards actuels. Accompagner signifie « aller ensemble ». Ce mot prend tout son sens compte-tenu de l'état de santé et de dépendance des résidents entrant en établissement. Aller ensemble ne signifie pas « faire à la place de » mais « faire avec la personne », stimuler ses capacités sensorielles et praxiques restantes, favoriser son bien-être, tout en traitant ses pathologies.

Dès lors, comment accompagner les professionnels dans l'évolution de leur pratique en cette période de bouleversements des repères ? L'élaboration participative du projet d'établissement s'avère être une solution idoine, dans la mesure où elle fédère l'ensemble des acteurs de la structure autour de la co-construction d'un projet commun.

---

<sup>1</sup> MINISTRE DE LA SANTÉ, projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. [consulté le 12 avril 2015], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=2F1A5D85B912635BB3CAAFB64B41C159.tpdila11v\\_3?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14](http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=2F1A5D85B912635BB3CAAFB64B41C159.tpdila11v_3?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14).

Le directeur peut, ainsi, utiliser cet outil stratégique à la triple dimension : prospective, organisationnelle et managériale.

Prospective, car le projet d'établissement anticipe l'évolution des besoins futurs de la population du territoire pour proposer une adaptation de l'offre de soins.

Organisationnelle, puisque le projet d'établissement indique la finalité vers laquelle doit évoluer la structure à moyen-terme. La manière dont les actes médicaux ou les soins sont pratiqués, par exemple, doit s'inscrire en cohérence avec les évolutions anticipées de l'offre de soin.

Managériale, enfin, car les évolutions projetées auront nécessairement des répercussions sur l'organisation du travail.

La solution mise en œuvre au Centre Hospitalier (CH) de Saint-Galmier, ex hôpital local à vocation gériatrique, prend appui sur la démarche d'élaboration du projet d'établissement afin d'encourager l'évolution des pratiques orientées vers davantage de personnalisation et de transversalité dans l'accompagnement proposé aux personnes hébergées et soignées.

La conception et la réalisation d'une partie de ce document fait l'objet d'une mission du stage de professionnalisation. L'expérience acquise à cette occasion vient donc enrichir ce travail de fin d'étude et nourrir quelques préconisations en fin de document.

La méthode suivie est détaillée dans le corps du mémoire<sup>2</sup>.

A l'issue de ce travail, la conclusion est sans équivoque : outil stratégique, le projet d'établissement peut favoriser une évolution des pratiques professionnelles (1), dès lors que sa démarche d'élaboration reste participative (2) et qu'un important travail d'information et d'encadrement de proximité des agents est opéré (3).

---

<sup>2</sup> Voir le § 1.3.2, p.12.



# **1 Le projet d'établissement, un outil stratégique favorisant l'évolution des pratiques professionnelles**

L'entrée en institution correspond à « un moment crucial dans la vie de la personne [âgée] et de son entourage ; de l'organisation de ce temps dépendent les évolutions ultérieures »<sup>3</sup>. Ainsi, l'auteur de l'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) établit-elle un lien entre le risque de rupture existant au moment de la transition entre le domicile et l'institution et les moyens déployés lors de l'accueil durant cette période délicate. En effet, un accompagnement individuel du nouveau résident visant à répondre à ses besoins en soins, ses attentes et à lutter contre son isolement est de nature à favoriser son intégration.

De ce point de vue, les normes et les attentes des usagers en la matière ont évolué au cours des deux dernières décennies. Désormais, la qualité de vie en EHPAD suppose une approche personnalisée : prise en compte des attentes des résidents, de ses vulnérabilités, individualisation de la réponse apportée, formalisation d'un projet. L'ensemble des acteurs de l'établissement, au premier rang desquels le directeur, doivent adopter une telle approche et ce, tout en tenant compte des contraintes collectives et financières de la structure.

Objectif national de santé publique et obligation légale (1), la personnalisation de l'accompagnement a d'autant plus de force que le directeur l'érige en priorité institutionnelle (3), comme cela est le cas au CH de Saint-Galmier (2).

## **1.1 Le directeur face à un défi : l'accompagnement global et personnalisé des personnes âgées institutionnalisées**

La prise en soins en EHPAD fait l'objet de la publication de normes et de référentiels. Or, dans les faits, les dispositions préconisées par les textes ne sont pas toujours appliquées.

### **1.1.1 L'accompagnement des personnes âgées institutionnalisées, une obligation légale et une priorité de santé publique**

Outre le signal fort envoyé par les pouvoirs publics, la loi dispose que les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) doivent délivrer à leurs résidents des soins et des prestations personnalisés.

---

<sup>3</sup> DONNIO I., 2005, « l'entrée en EHPA », *gérontologie et société* [en ligne]. Vol. 1, n°112, pp. 73-92. [consulté le 4 avril 2015], disponibilité : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page-73.htm>.

Initié au cours de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, le bouleversement du colloque singulier entre le professionnel sachant et son patient s'étend aujourd'hui à l'ensemble des ESSMS. Cette manifestation de la démocratie sanitaire, à laquelle la loi 2002-2<sup>4</sup> confère tout son sens, s'inscrit dans une tendance historique marquée par l'essor de l'individualisation et de la société de consommation dans laquelle le client paie pour un service et est en droit de demander des comptes en retour.

De telles mutations sociétales, profondes, ont nécessairement une incidence sur la manière d'envisager l'accompagnement des personnes âgées en établissement. En effet, comme l'indiquent DUBREUIL et JANVIER<sup>5</sup>, dans le secteur médico-social, « plus que la tension entre usager et client, il faut considérer l'opposition entre usagé (vieux, passif, pas neuf) et usager ([...] avec des attentes et des envies) ». Cette dernière conception s'impose aujourd'hui comme le souligne d'ailleurs la charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>6</sup>. Ainsi, ce document de référence n'attribue-t-il pas de nouvelles prérogatives aux usagers. Il souligne plutôt le fait que la personne hébergée et soignée est titulaire de droits, comme tout être humain, et que ceux-ci doivent être respectés : droit à l'autonomie, à la participation, à l'information, au libre choix.

De plus, la loi du 2 janvier 2002<sup>7</sup> et l'un de ses décrets d'application<sup>8</sup> font obligation aux professionnels d'élaborer un Projet d'accueil et d'accompagnement Personnalisé (PP). La mise en œuvre effective d'un tel document est d'ailleurs appréciée par les évaluateurs externes<sup>9</sup>.

Le PP relève d'une dimension prospective, d'où le terme de projet. Il a pour objectif de personnaliser les prestations délivrées au résident durant son séjour dans la mesure où les professionnels prennent pour point de départ les besoins de ce dernier pour construire le PP.

---

<sup>4</sup> PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n°1, 3 janvier 2002. [consulté le 11 novembre 2014], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/jo/texte](http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/jo/texte).

<sup>5</sup> DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *conduire le changement en action sociale*. Thiron : ESF, 240 p.

<sup>6</sup> DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, 2004, *charte des droits et libertés de la personne accueillie*. Paris : MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 4 p.

<sup>7</sup> PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, *op. cit.*

<sup>8</sup> PREMIER MINISTRE, décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°276, 27 novembre 2004. [consulté le 11 novembre 2014], disponible sur internet :

[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047&dateTexte=20150907](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047&dateTexte=20150907).

<sup>9</sup> PREMIER MINISTRE, décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal officiel, n°26, 31 janvier 2012. [consulté le 18 avril 2015], disponible sur internet :

[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025242073&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025242073&categorieLien=id).

La loi d'adaptation de la société au vieillissement<sup>10</sup> confirme ce *modus operandi* en faisant de « l'individualisation de la réponse apportée » à chaque situation une priorité de santé publique<sup>11</sup>. Décliné par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans les Plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS), cet objectif est repris par le schéma gérontologique 2013-2015 du département de la Loire et dont le premier axe s'intitule : « changer de regard sur les personnes âgées <sup>12</sup> ». Dans ce document, le PP est ainsi décrit comme un outil fondamental de l'accompagnement de la personne par les professionnels, outil au service de l'adaptation des soins aux besoins de chaque personne hébergée. Il est donc attendu que les structures médico-sociales s'inscrivent, à leur niveau, dans ces objectifs nationaux et territoriaux.

### **1.1.2 L'accompagnement en EHPAD aujourd'hui : personnalisation et pluridisciplinarité**

Si la loi ne détaille ni le contenu ni la forme que doivent revêtir ces projets personnalisés, l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) fixe les objectifs opérationnels de leur mise en œuvre.

Dans sa recommandation commune à l'ensemble des ESSMS<sup>13</sup>, l'agence de la rue Pleyel précise que les PP doivent :

- ▶ prendre en compte les attentes de la personne et/ou de son représentant ;
- ▶ s'appuyer sur des activités et des prestations individuelles ou collectives ;
- ▶ inclure les différents volets de l'accompagnement articulés entre eux<sup>14</sup>: vie quotidienne, sociale, citoyenne, soutien psychologique, soutien au moment de la fin de vie<sup>15</sup>.

Ainsi, la dichotomie entre le caractère technique du soin et son versant relationnel doit-elle être dépassée : « on peut bien faire une toilette en parlant au résident et en s'intéressant à lui »<sup>16</sup>.

Bien plus, soin et animation peuvent être regroupés sous le même vocable « d'accompagnement » car ils participent chacun, dans une certaine mesure, à « donner de la vie aux années » passées en institution<sup>17</sup>.

---

<sup>10</sup> MINISTRE DE LA SANTÉ, *op.cit.*

<sup>11</sup> Cette loi définit 4 axes prioritaires d'action, parmi lesquels : l'individualisation de la réponse apportée.

<sup>12</sup> CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA LOIRE, 2012, *schéma gérontologique*. Saint-Etienne, Conseil Départemental, 75 p.

<sup>13</sup> AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM), 2008, *les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Paris : ANESM, 47 p.

<sup>14</sup> ANESM, 2011, *qualité de vie en EHPAD (volet 1)*. Paris : ANESM, 70 p.

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> Entretien avec un représentant des usagers, membre de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, le 13 avril 2015.

Néanmoins, tous les professionnels ne partagent pas cette conception globale de la réponse à apporter aux besoins de la personne. Dans de nombreuses structures, en effet, le PP s'apparente davantage à un projet de soins individualisés plutôt qu'au projet de vie du résident, comme le soulignent les résultats de l'enquête ANESM sur la bientraitance<sup>18</sup>. Le directeur d'établissement doit donc accompagner les professionnels afin de faire évoluer les pratiques en la matière pour les mettre en adéquation avec les standards actuels. A l'hôpital de Saint-Galmier, la direction a été confrontée à ce défi.

## **1.2 Le CH de Saint-Galmier, entre prise en charge standardisée et accompagnement personnalisé : un entre-deux qui doit évoluer**

Si les professionnels de l'établissement, sensibilisés à la bientraitance, accordent une attention particulière à l'individualisation des soins, ils doivent en revanche élargir leur conception de l'accompagnement.

### **1.2.1 La promotion de la bientraitance : des effets bénéfiques sur la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes**

Fil rouge du projet d'établissement 2011-2015, la promotion de la bientraitance a donné lieu à la création de nouveaux outils, d'une nouvelle instance, d'une nouvelle organisation du travail et à la mise en place d'une action de formation. Un tiers des personnels de jour et de nuit a ainsi été formé à l'humanité<sup>19</sup>.

En parallèle, chaque résident a participé à l'élaboration de son Projet de Vie Individualisé (PVI) avec une équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, accompagné par son représentant.

Enfin, des relèves<sup>20</sup> thématiques réunissent régulièrement les professionnels autour de l'analyse d'un risque particulier concernant certains résidents : chute ou dénutrition.

---

<sup>17</sup> CREPET A., 2010, *soignants en gériatrie : donner de la vie aux années*. Lyon : Chroniques Sociales, 288 p.

<sup>18</sup> Dans son questionnaire, l'ANESM étudie les motifs d'actualisation du Projet de Vie Individualisé (PVI). Il ressort des résultats de l'enquête que les PVI sont « assez fortement » réactualisés en cas de modification de l'état de santé du résident (69%), mais « plus rarement » en cas de modification de l'humeur du résident (32%) ou à la demande du résident (25%). ANESM, 2009, *Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en EHPAD et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale (CVS)* [en ligne]. Paris : ANESM, 36 p. [visité le 6 septembre 2009], disponible sur internet : [www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?id\\_article=236&page=article](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?id_article=236&page=article).

<sup>19</sup> Entretien avec l'Attachée d'Administration Hospitalière (AAH), en charge des ressources humaines, le 5 juin 2015.

<sup>20</sup> Entretien avec le médecin coordonnateur, le 12 décembre 2014.

Au terme des cinq années de la mise en œuvre du projet d'établissement, le bilan demeure satisfaisant. La standardisation de la prise en charge, principal point à améliorer pour l'ex hôpital local, a laissé place à l'individualisation des soins. Ce constat est corroboré par les évaluateurs externes, pour le secteur EHPAD<sup>21</sup>, et par les experts visiteurs, pour le secteur Unité de Soins de Longue Durée (USLD)<sup>22</sup>. En effet, l'évaluation externe fait apparaître un score de 96% de satisfaction pour l'item « individualisation des soins et animations pratiquées dans la structure ».

Ce bilan positif souligne qu'une première étape est franchie. En effet, la vocation d'une maison de retraite ne se limite pas à la délivrance de soins, bien que la thérapeutique occupe une place majeure. Il convient désormais de proposer un accompagnement personnalisé à chaque résident, ce qui implique de mieux prendre en compte l'ensemble de ses besoins et dépasser la vision sanitaire.

### **1.2.2 La démarche doit être poursuivie pour parvenir à un accompagnement global et personnalisé**

Les actions menées en faveur de la promotion de la bienveillance ont abouti à une prise de conscience par les équipes de la nécessité d'individualiser les soins – notamment infirmiers. Fort de ce bilan, la dynamique doit désormais être poursuivie dans le but de généraliser de telles pratiques à l'ensemble des dimensions de la prise en soins des personnes accueillies au sein de l'EHPAD et de l'USLD (soins infirmiers, relationnels et de bien-être).

Tout d'abord, actuellement, certains besoins des résidents ne trouvent pas de réponse ou ne sont pas pris en compte. C'est le cas, par exemple, des besoins affectifs et sexuels des personnes âgées. Faute de positionnement institutionnel affirmé et d'espaces de parole disponibles, les professionnels se retrouvent parfois désarçonnés face aux demandes des résidents et peinent à y répondre.

Or, en dépit de sa perte d'autonomie, la personne âgée a droit au maintien du lien social. Ceci fait d'ailleurs partie intégrante de l'accompagnement<sup>23</sup>. Une évolution des pratiques doit donc être initiée en ce sens.

---

<sup>21</sup> GRIEPS, 2014, *rapport d'évaluation externe de l'EHPAD du CH Maurice André – Saint-Galmier*. Lyon : GRIEPS, 96 p.

<sup>22</sup> Haute Autorité de Santé (HAS), 2013, décision n°2013.0371/DC/CCES-8127 du Collège de la HAS relative à la procédure de certification V2010 de l'établissement de santé Hôpital Local de Saint-Galmier [consulté le 4 août 2014], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_264816/en/hopital-local-de-saint-galmier](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_264816/en/hopital-local-de-saint-galmier).

<sup>23</sup> ANESM, 2012, *qualité de vie en EHPAD (volet 3)*. Paris : Anesm, 64 p.

Par ailleurs, la dimension technique du soin prime sur la dimension relationnelle. Pis, lorsque les deux sont mises en œuvre par les professionnels, elles sont exclusives l'une de l'autre.

En effet, un audit interne sur les PVI<sup>24</sup> révèle qu'une majorité de projets de vie ne mentionnent pas d'actes de soins relationnels ni de participation aux animations (63%). Parmi les projets de vie faisant état d'un sentiment d'isolement de la personne, seuls 20% mentionnent des actes autres que la participation à des animations collectives (dame de compagnie, promenade dans le parc, discussion avec un bénévole) et 6% prévoient l'intervention des soignants auprès de la personne (passage régulier toutes les 2h de l'Infirmier Diplômé d'État (IDE) ou de l'AS pour demander au résident comment il va et s'il a besoin de quelque chose).

A la lecture des résultats de cette enquête interne, force est de constater que la manière d'envisager l'accompagnement par les soignants doit évoluer vers une acception moins sanitaire.

La culture sanitaire dont est imprégné l'établissement tient, en grande partie à son histoire. Ancien hospice, l'hôpital a accueilli des personnes marginalisées en situation de grande vulnérabilité. Les soins infirmiers et médicaux primaient alors sur toute forme d'accompagnement. Cette culture sanitaire reste d'autant plus prégnante dans l'établissement que l'âge moyen des professionnels est élevé<sup>25</sup>. Beaucoup d'entre eux ont ainsi été formés en étudiant les quatorze besoins fondamentaux établis par Virginia HENDERSON et prônant la satisfaction des besoins en soins infirmiers des patients<sup>26</sup>.

Les professionnels doivent donc désormais élargir leur conception du soin aux multiples dimensions qu'il recouvre : acte technique, relationnel et de bien-être. Soigner, c'est aussi contribuer au bien-être de la personne.

Rôle des professionnels, organisation des réunions, conception de la prise en charge, organisation du travail : autant d'éléments sur lesquels il convient de réfléchir pour faire évoluer le regard sur le soin au CH de Saint-Galmier ; autant d'éléments sur lesquels le projet d'établissement a une incidence. Or, celui-ci arrive à échéance. Il est donc opportun d'engager une réflexion, dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet institutionnel, sur la manière de répondre aux besoins des résidents au sein de cet hôpital de proximité.

---

<sup>24</sup> Audit interne réalisé sur 27 dossiers de résidents entre le mois de décembre 2014 et le mois de janvier 2015.

<sup>25</sup> Données issues du bilan social 2014. Document interne.

<sup>26</sup> DUMEZ I., 1998, « les 14 besoins fondamentaux de Virginia HENDERSON », *in la revue de l'infirmière*, vol. 10, n°42, pp 55-58.

### **1.3 Le projet d'établissement : un outil au service du directeur pour accompagner l'évolution des pratiques**

Le projet d'établissement constitue un outil stratégique au moyen duquel le directeur donne du sens à l'objectif de personnalisation des soins et des prestations délivrées. L'élaboration participative du projet favorise, par ailleurs, l'appropriation de son contenu par l'ensemble des acteurs de la structure.

#### **1.3.1 Le projet d'établissement, un outil dans lequel il est pertinent de parler de personnalisation**

En plus de son caractère obligatoire, la définition de priorités institutionnelles en termes d'amélioration de l'accompagnement des personnes hébergées et soignées témoigne d'un engagement fort.

Tout d'abord, les ESSMS ont l'obligation d'élaborer un projet d'établissement<sup>27</sup> contenant un volet « projet de vie » et de le renouveler tous les 5 ans<sup>28</sup>. Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) en pose les conditions de validité. Ce document doit être compatible avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et répondre aux besoins sociaux et médicaux essentiels de la population du territoire<sup>29</sup>.

En filigrane, se dessinent ainsi deux objectifs essentiels : répondre aux besoins des usagers et mettre en adéquation les pratiques professionnelles de la structure avec les standards actuels. Aussi, est-ce en ce sens que l'ANESM détaille les liens existants entre le projet d'établissement et le PP dans une partie de ses recommandations<sup>30</sup>.

Dès lors, l'objectif de personnalisation de l'accompagnement au CH de Saint-Galmier – parce qu'il correspond aux attentes des usagers et à une priorité nationale de santé publique – a toute sa place dans le projet d'établissement.

---

<sup>27</sup> PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques. Journal officiel, n°69, du 23 mars 2011[consulté le 28 avril 2015], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023751262&categorieLien=i>

<sup>28</sup> PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [en ligne]. Journal officiel, n°95, 23 avril 2005. [consulté le 28 avril 2015], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=i>

<sup>29</sup> ANESM, 2010, *élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Paris : ANESM, 76 p.

<sup>30</sup> ANESM, *qualité de vie en EHPAD (volet 1)*, op. cit.

Ensuite, ce but constitue un enchaînement logique avec le projet d'établissement 2011-2015 faisant de la promotion de la bientraitance un axe central. En effet, dans son ouvrage, LE DOUJET explique en quoi un tel engagement de la structure est aidant car il fixe un cap vers lequel tendent tous les services et tous les professionnels<sup>31</sup>.

Le projet d'établissement constitue donc en quelque sorte la colonne vertébrale de tous les protocoles, procédures et pratiques internes. Tous ces éléments s'inscrivent en cohérence avec les objectifs de ce document stratégique d'une part et demeurent articulés entre eux d'autre part<sup>32</sup>.

Vecteur d'évolution des pratiques, le projet d'établissement est d'autant mieux assimilé que son élaboration est participative. La réflexion alimentée par les usagers, les professionnels et les partenaires de l'établissement peut amener des prises de conscience sur les nécessaires évolutions et faire émerger des dynamiques institutionnelles<sup>33</sup>.

### **1.3.2 La démarche d'élaboration participative du projet d'établissement : objectifs et mise en œuvre au CH de Saint-Galmier**

Au CH de Saint-Galmier, l'élaboration du projet d'établissement a été réalisée de manière participative. Plusieurs outils ont été mobilisés à cette occasion.

L'expression de « démarche participative » implique une association de l'ensemble des acteurs de la structure aux différentes étapes de l'élaboration du projet d'établissement. En effet, il apparaît inenvisageable d'attendre que les agents participent activement à sa conception – et, plus tard, à sa mise en œuvre – si ceux-ci ne partagent ni le diagnostic initial, ni les pistes d'évolution qui en découlent. L'association de l'ensemble des professionnels et des résidents dès la phase d'état des lieux a pour objectif de confirmer ou d'infirmer les premières hypothèses de travail fournies par les tableaux de bord et les rapports d'audit afin d'identifier les principales fragilités de la structure, d'en comprendre les causes et de formaliser des actions d'amélioration réalisables et réalistes.

Forts de leur connaissance du terrain, les professionnels, tout comme les usagers, demeurent donc légitimes pour intervenir dans la détermination des objectifs stratégiques de la structure à moyen-terme.

---

<sup>31</sup> LE DOUJET D., 2014, *pour une revalorisation du corps*. Rennes : Presses de l'EHESP, 272 p.

<sup>32</sup> Dans leur ouvrage les auteures emploient d'ailleurs le terme de « base documentaire pour montrer comment l'ensemble des documents de l'établissement est articulé en cohérence avec le projet d'établissement. LAPRIE B., MINANA B., BRISSONNET C. et al., 2010, *projet d'établissement : comment le concevoir et le rédiger*. Thiron : ESF, 253 p.

<sup>33</sup> *Ibid.*



Néanmoins, cette méthode peut vite se révéler délicate dès lors qu'elle ne fait pas l'objet d'un cadrage préalable. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre espaces d'expression et encadrement de la démarche. Cette étape fondatrice menée par le directeur et le directeur stagiaire permet de définir les grandes phases de l'élaboration du projet d'établissement ainsi que les moyens mobilisés pour l'expression des personnels, des résidents et de leurs familles.

La participation des différents acteurs a été recherchée par plusieurs moyens : expression directe au sein de groupes de travail ; expression indirecte par l'intermédiaire d'une enquête et d'une boîte à idées.

D'une part, les groupes de travail thématiques constituent la pierre angulaire de cette démarche d'élaboration participative du projet institutionnel. Réunissant l'ensemble des acteurs volontaires de la structure, ils ont favorisé l'implication des professionnels dans la démarche et facilité leur appropriation des objectifs stratégiques. En effet, chaque réunion se déroule en trois étapes :

- ▶ discuter une partie du diagnostic primitif,
- ▶ définir des pistes d'évolution pour l'établissement au cours des cinq prochaines années,
- ▶ formuler des propositions opérationnelles pour atteindre ces objectifs.

Le directeur et le directeur stagiaire ont arrêté la composition et les thèmes des groupes de travail, sur la base du diagnostic initial. Compte-tenu du fait qu'un des enjeux du projet d'établissement consiste à lutter contre le cloisonnement de la prise en charge, les dénominations usuelles des groupes de travail (projet médical, projet de soins, projet de vie) ont été remplacées par des intitulés transversaux, comme le montre la figure ci-dessous.

Par ailleurs, les intitulés des réunions concernant le projet d'accompagnement s'inspirent des besoins fondamentaux de la personne institutionnalisée décrits par Virginia HENDERSON<sup>34</sup>. Cette référence, connue de la plupart des soignants, a été employée pour favoriser la compréhension et l'implication des professionnels.

Enfin, pour chaque groupe, un animateur et un secrétaire sont désignés. Ils reçoivent une fiche-outil servant de base à la préparation des rencontres. Cette fiche intègre les principaux constats posés par le diagnostic, souligne les éventuels écarts aux normes de bonnes pratiques professionnelles, aux lois et dresse les principaux axes de travail du groupe. Un exemple de ce document figure en annexe (*annexe n°2, p.57*). Pour garantir la cohérence des échanges, le directeur et le directeur stagiaire participent, chacun, à la moitié des réunions des groupes de travail.

---

<sup>34</sup> Voir, sur ce point, la note n°26.

Ces groupes de travail sont complétés par une forme de participation plus inhabituelle. En effet, l'expertise des professionnels a été convoquée dans le cadre d'une action « patient-traceur ». Méthode d'investigation utilisée par les experts visiteurs de la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé, cette démarche consiste à analyser chaque étape du parcours du patient depuis son entrée dans l'établissement jusqu'à sa sortie afin d'identifier les points nécessitant une évolution des pratiques. Cette démarche a donc été menée au sein de l'hôpital à vocation gériatrique avec le double objectif de préparer la certification et d'identifier les axes d'amélioration à inscrire dans le projet d'établissement. Pour ce faire, les équipes ont utilisé une grille d'analyse adaptée<sup>35</sup>.

D'autre part, une enquête a été diffusée aux résidents et à leurs familles. Ces résultats sont venus enrichir et étayer les constats posés dans le diagnostic. Ils sont utilisés pour construire le diagnostic primitif. Dans le but de faciliter la participation du plus grand nombre, les familles et certains résidents ont reçu les enquêtes au format papier ; pour d'autres, l'enquête a été réalisée oralement par des personnes n'étant pas en relation directe avec le résident (qualificienne, représentant des usagers, directeur stagiaire). Avec un taux de retour de 48%, cette enquête est exploitable.

De plus, personnels et usagers ont été invités à proposer des actions concrètes à mettre en œuvre pour corriger certaines faiblesses identifiées dans l'état des lieux : deux boîtes à idées ont recueilli les propositions d'amélioration des différents acteurs pendant deux mois.

En conclusion, à travers des modes de prise de parole multiples et variés (groupes de travail, « patient-traceur », enquête, boîte à idées), l'implication du plus grand nombre a été recherchée afin de co-construire une stratégie partagée pour les cinq années à venir, stratégie au centre de laquelle figure l'objectif d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents.

\*

\* \*

---

<sup>35</sup> Partant de la grille diffusée par la HAS (disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante)), la qualificienne et le Directeur stagiaire ont adapté le document aux spécificités de l'établissement et en prenant appui sur les recommandations de l'ANESM.

L'EHPAD contemporain a évolué. L'essor de la démocratie sanitaire a conforté la place centrale – et non moins légitime – du résident. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies neurodégénératives conduisent à la médicalisation des EHPAD. Néanmoins, la littérature confirme que les ESSMS demeurent des lieux de vie et qu'une vision globale de la personne doit être pratiquée (soin des pathologies, réponse aux besoins relationnels, bien-être).

Or, dépasser la tension entre médicalisation et humanisation suppose un engagement institutionnel fort mais non suffisant. En effet, il convient de donner du sens à l'action des professionnels et de co-construire avec eux les solutions facilitant la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement global et personnalisé de la personne hébergée et soignée. Le projet d'établissement apparaît, ainsi, comme un outil opportun et mobilisable.

## **2 L'élaboration du projet d'établissement : une action fédératrice autour d'un projet et de pratiques partagés**

« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément », Nicolas BOILEAU<sup>36</sup>. La citation de l'écrivain classique illustre l'enjeu autour de l'accompagnement de la personne hébergée et soignée au CH de Saint-Galmier. En effet, si tous les professionnels, bientraitants, demeurent soucieux du respect de l'intimité et de l'intégrité des personnes ; en revanche, la manière dont ils envisagent leur mission auprès du résident diffère d'un agent à l'autre<sup>37</sup>.

Dès lors, on ne saurait faire l'économie de la construction d'une définition partagée de l'accompagnement, croisant les regards des différents acteurs et plaçant le résident au centre (1). Ce n'est qu'à partir de ce socle commun que le volet « projet d'accompagnement » du projet d'établissement pourra s'enrichir de propositions à l'appui de la personnalisation (2) et adapter les organisations de travail en conséquence (3).

### **2.1 Une définition partagée de l'accompagnement, plaçant le résident au centre**

Les entretiens réalisés au cours de la phase de diagnostic préalable aux réflexions des groupes de travail ont révélé des conceptions différentes et parfois divergentes de la notion d'accompagnement. Dès lors, la production d'une définition commune, faisant autorité et tenant compte des spécificités de la structure, apparaît comme un préalable nécessaire à l'élaboration du projet d'établissement.

#### **2.1.1 La définition de l'accompagnement formulée par les professionnels**

S'appuyant sur la méthode dite du *patient centred care* utilisée pour la prise en charge des individus atteints de démences<sup>38</sup>, un groupe pluridisciplinaire élabore une définition de l'accompagnement en gérontologie<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> BOILEAU N., 2012, *Art poétique (ed. 1850)*. Paris : Hachette Livres BNF, 68 p.

<sup>37</sup> Compte-rendu des réunions du groupe de travail thématique « la personnalisation à chacune des étapes du parcours de la personne âgée, les 27 avril 2015 et 12 mai 2015. Secrétariat de séance assuré par la qualitiennne de l'hôpital.

<sup>38</sup> AHMED A et EKUNDAYO O., 2009, « Cardiovascular Disease Care in the Nursing Home: The Need for Better Evidence for Outcomes of Care and Better Quality for Processes of Care », *Journal of Post-Acute and Long-Term medicine* [en ligne], vol. 10, n°1, pp.1-3 [visité le 20/03/2015], disponible sur internet : [www.jamda.com](http://www.jamda.com)

<sup>39</sup> Groupe de travail thématique réuni au sein de l'hôpital Maurice André le 27 avril 2015.

Ce groupe est composé de personnels de l'établissement : le médecin coordonnateur, une psychologue, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), une cadre de santé, une IDE, deux AS, un agent de service hospitalier (ASH), une animatrice, une hôtesse d'accueil et le directeur stagiaire.

Pour construire cette définition, le groupe a notamment réfléchi aux interactions résident-professionnel évoquées par la chercheuse britannique D. BROOKER<sup>40</sup> :

- ▶ Comment valoriser la personne ?
- ▶ Comment construire un environnement social favorable au bien-être ?
- ▶ Comment augmenter la capacité des professionnels à se décentrer ?
- ▶ Comment considérer la personne dans son individualité ?

Fruit de cette réflexion, le groupe de travail retient la définition suivante :

**« accompagner la personne âgée, c'est prendre soin d'elle. C'est à la fois, la guérir de ses pathologies, soulager sa douleur, lutter contre son isolement, prévenir la dépression et lutter contre la dénutrition. Il s'agit de la connaître pour adapter les soins et les prestations délivrées à ses besoins, pour intervenir de manière cohérente auprès d'elle. Il ne s'agit pas nécessairement de passer plus de temps avec la personne mais de mieux utiliser le temps passé et de mieux communiquer les informations recueillies sur la personne entre les professionnels ».**

*Définition 1 : Définition de l'accompagnement en gérontologie élaborée en groupe de travail le 27 avril 2015.*

Une telle définition n'a pas pour ambition de révolutionner le secteur en véhiculant une vision radicalement nouvelle de la manière de s'occuper des personnes âgées dépendantes. La littérature – abondante à ce sujet – propose d'ailleurs de nombreuses définitions qui analysent avec précision et scientificité les changements actuellement à l'œuvre et leurs conséquences sur l'accompagnement en gérontologie<sup>41</sup>.

Dès lors, pourquoi avoir pris le parti d'élaborer une définition interne et spécifique à la structure ? Afin que les professionnels réfléchissent ensemble au sens qu'ils entendent donner à leur pratique. En effet, le projet d'établissement pose une vision stratégique que les soignants, attachés à la qualité du travail qu'ils réalisent au quotidien, perdent parfois de vue. Prendre le temps d'élaborer une réflexion pluri professionnelle repositionne le résident au centre des pratiques.

<sup>40</sup> BROOKER D., 2003, « What is person centred-care in dementia ? », *Reviews in Clinical Gerontology* [en ligne], vol. 13, n°3, pp.215-222 [visité le 12/01/2015], disponible sur internet : <http://journals.cambridge.org>.

<sup>41</sup> Le guide « les bonnes pratiques de soins en EHPAD » en dresse un panorama non exhaustif. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE, 2007, *les bonnes pratiques de soins en EHPAD*. Paris : Ministère de la Santé, 115 p.

Aussi, au cours de la réunion, certains professionnels ont-ils formulé le souhait de se former à la pratique du toucher-massage, alternative aux approches conventionnelles de la relation au sujet âgé<sup>42</sup>. Cette pratique existe déjà dans l'établissement<sup>43</sup> : deux agents, formés, interviennent à raison de 5h par mois pour réduire la douleur, l'agitation et l'anxiété des résidents. L'apparition de ces nouvelles demandes souligne le fait que l'échange collectif conduit à une évolution des mentalités.

### 2.1.2 Les implications de cette définition

La vision du soin ainsi posée par cette définition concerne les aspects curatif, psychologique ainsi que le bien-être de la personne. Cette définition invite donc à dépasser la vision sanitaire pour concilier le *cure* et le *care*.

Si ces deux mots ont la même racine que le mot soin, ils en traduisent deux acceptions différentes. Le premier renvoie à cette notion d'acte technique alors que le second implique que le professionnel porte attention à la personne dépendante et accorde de l'importance « à la place de l'échange, aux petits riens de la vie quotidienne »<sup>44</sup>. En effet, il est désormais attendu que tout professionnel intervenant dans le secteur médico-social dépasse la vision de l'acte de soin technique. « On travaille avec de l'humain, il faut qu'il se passe quelque chose entre le soignant et le résident »<sup>45</sup>.

Ce changement de regard – nécessaire – sur ce que soigner veut dire implique, d'une part, un décloisonnement de l'approche et de l'action des professionnels et, d'autre part, une organisation facilitant ce décloisonnement.

Tout d'abord, le décloisonnement constitue un prérequis nécessaire à toute évolution. En effet, dans leur rapport définitif, les évaluateurs externes ont précisé les effets néfastes de ce cloisonnement sur l'accompagnement des résidents<sup>46</sup>. Ainsi, les réunions de synthèse thématiques participent de cette approche parcellaire de la prise en soins. Associant le médecin coordonnateur, un cadre de santé la qualifiée ainsi que des soignants sur un des aspects liés à la prise en charge du résident (risque de chute ou de dénutrition), cette réflexion pluridisciplinaire s'ajoute aux relèves quotidiennes et aux entretiens avec le résident concernant son projet de vie.

---

<sup>42</sup> DELALIEUX P., JEGOU E., MALAQUIN PAVAN E. et al., 2001, « Soin, approche corporelle et toucher-massage », *Soins gérontologie*, n°27, pp.20-22.

<sup>43</sup> 43 interventions réalisées en 2014. Source : Compte-rendu du comité de lutte contre la douleur (CLUD), 24 mars 2015. Document interne.

<sup>44</sup> BRIOUL M. (dir), 2014, « ce que soigner veut dire », in BRIOUL M., *Chroniques médico-sociales*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 63-68.

<sup>45</sup> Entretien avec la psychologue de l'établissement, le 5 juin 2015.

<sup>46</sup> GRIEPS, 2014, *op. cit.*

De telles réunions, consommatrices de temps, se limitent aux aspects thématiques qu'elles traitent et s'intéressent peu aux motifs qui entraînent un changement de comportement du résident, aux éléments intervenus dans sa vie ou celle de son entourage, autant d'éléments consignés lors des relèves quotidiennes mais qui, faute de temps, restent partiellement exploités par la suite<sup>47</sup>.

Or, il n'est pas rare qu'un évènement intervenu dans la vie du résident ait des conséquences sur l'évolution de son état de santé. Un Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) a notamment expliqué, en marge d'une réunion<sup>48</sup>, que les troubles du comportement s'étaient brutalement accrus pour une résidente au retour d'une hospitalisation. Les équipes s'étaient interrogées sur les raisons d'une telle évolution.

En dépit de la modification des traitements et d'une prise en charge au PASA, ces troubles ont perduré plusieurs semaines jusqu'à ce que l'ASG lise les transmissions des trente derniers jours concernant la personne. Il est apparu que la dégradation de l'état de santé coïncidait avec le décès de sa nièce qu'elle n'avait pas pu enterrer, étant hospitalisée à ce moment-là. Invitée à se recueillir sur la tombe de la défunte, la résidente a été apaisée les jours suivants.

Les soignants avaient eu connaissance du décès de la parente pendant l'hospitalisation de la résidente mais n'avaient pas fait le lien, à son retour, entre cet évènement familial et l'apparition des troubles du comportement. Les relèves thématiques, ne ciblant que les informations relatives aux thèmes qu'elles traitent, n'auraient pas permis de résoudre ce problème. Le décroisement revêt donc un intérêt essentiel pour la qualité de l'accompagnement.

Ensuite, l'ensemble des acteurs de la prise en soins du résident doivent prendre part à l'actualisation du PP. En effet, « la désignation d'un coordonnateur n'exonère pas l'ensemble des autres professionnels de maintenir un lien respectueux et attentif avec le résident »<sup>49</sup>.

La mise en place des PVI dans l'établissement a conduit à l'attribution d'une nouvelle mission pour les AS, celle de coordinateur de projet. Accueillant le résident au moment de son entrée dans l'établissement, l'AS référent fait le lien avec l'ensemble des professionnels pour l'élaboration du PVI. Il assure, par ailleurs, un rôle de vigilance tout au long du parcours du résident pour actualiser son projet de vie<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Au moment de l'élaboration du projet d'établissement, le temps dédié à la relève quotidienne est de 30 minutes pour 100 résidents, soit 0.3 minutes par résident. Source : entretien avec la cadre supérieure de santé, le 16 janvier 2015.

<sup>48</sup> Réunion de service du PASA, 13 février 2015.

<sup>49</sup> ANESM, 2010, *qualité de vie en EHPAD (volet 1)*. Paris : ANESM, 70 p.

<sup>50</sup> Fiche de poste des AS. Document interne à l'établissement.

La fiche de poste précise que ce rôle et ces missions ne sont pas l'apanage du seul AS référent mais reposent sur une coordination et un échange mutuel entre l'ensemble des professionnels.

Or, un glissement s'est opéré au fil du temps et l'attribution du rôle de référent a eu pour conséquence de déresponsabiliser une partie des équipes, ces dernières s'appliquant à réaliser les soins indiqués avec qualité sans réfléchir avec le résident à la pertinence de tels actes et à leur évolution souhaitable<sup>51</sup>. Cette évolution décrite par ROCHE<sup>52</sup>, dans son ouvrage, nécessite de réinterroger la notion d'AS référent, et ce, d'autant plus que la définition posée au paragraphe précédent prône une vision globale de la personne âgée.

Par ailleurs, l'organisation du travail actuelle reste peu propice à la collaboration entre professionnel (IDE-AS et AS-ASH). Dans les fiches de tâche des différents professionnels, peu de temps sont identifiés pour le travail en binômes pluridisciplinaires<sup>53</sup>. Or, de tels moments favoriseraient l'échange entre agents et pourrait faciliter la connaissance globale des attentes du résident et, ainsi, contribuer à améliorer son accompagnement. En effet, le résident n'a pas le même rapport et ne confie pas les mêmes choses aux professionnels qui interviennent à des moments différents et pour des actes différents (médecin, kinésithérapeute, psychomotricienne, AS, IDE). La réalisation conjointe (IDE-AS et AS-ASH) de certains actes en dehors des temps de relève et de synthèse pourrait être favorable au partage d'information<sup>54</sup>.

Enfin, une catégorie de professionnels reste peu sollicitée dans l'élaboration des PVI : il s'agit des ASH. Pourtant, ces derniers côtoient le résident au moment des repas et lors des temps de convivialité, particulièrement propices aux échanges. Les ASH ont donc connaissance d'informations utiles à l'amélioration de la personnalisation des soins et prestations délivrées. Il convient donc de les solliciter davantage. Peut-être la situation actuelle révèle-t-elle une vision trop soignante de l'accompagnement ?

La définition partagée de l'accompagnement fixe le cap vers lequel doit tendre l'action des professionnels. Au quotidien, cette dernière devra être mise en œuvre dans le cadre d'un nouvel outil créé à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement : le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

---

<sup>51</sup> Entretien avec la cadre supérieure de santé et les cadres de santé, le 13 février 2015.

<sup>52</sup> ROCHE R., 2008, *l'impact du travail en réseau sur la politique d'admission et d'accueil* [en ligne]. Mémoire de fin de formation de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social : ÉCOLE DES Hautes Études en Santé Publique (EHESP), [consulté le 3 mai 2015], disponible sur internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/dessms/roche.pdf>.

<sup>53</sup> Fiches de tâches, annexes à la fiche de poste des AS et des ASH. Documents internes à l'établissement.

<sup>54</sup> Le temps de relève ne le permet pas.



## 2.2 Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP), un nouvel outil à l'appui de la personnalisation

Suite à la définition posée en groupe de travail, une adaptation du PVI apparaît nécessaire. Un nouvel outil est donc construit en tenant compte des forces et faiblesses des dispositifs existants. Cet outil résulte des échanges intervenus dans les réunions : il s'agit du PAP.

Après avoir présenté ce document, nous verrons comment le projet d'établissement envisage son déploiement.

### 2.2.1 Présentation du projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Le PAP remplace le projet individualisé d'accompagnement jusqu'alors utilisé au sens de l'article D 312-10-3 du CASF<sup>55</sup>. Ce nouveau document s'inscrit en réponse aux constats précédemment identifiés (besoin de décloisonner, d'adopter une approche globale, de faciliter la participation du résident aux décisions qui le concernent). Le PAP, tel qu'il est formalisé, n'a pas été construit en groupe de travail. Il a été élaboré par le directeur stagiaire, rédacteur d'un volet du projet d'établissement<sup>56</sup>, sur la base des propositions et pistes d'amélioration formulées lors des réunions de travail.

Le PVI est, aujourd'hui, le support de la démarche de personnalisation de l'accompagnement au CH de Saint-Galmier. Il donne lieu à l'application de procédures (rédaction, recueil de l'histoire de vie) connues et appliquées par les professionnels<sup>57</sup>. Néanmoins, comme nous l'avons vu *infra*, plusieurs obstacles ne permettant pas d'atteindre l'objectif d'accompagnement global et personnalisé retenu pour le projet d'établissement 2015-2020. Parmi ces difficultés figurent<sup>58</sup> :

- Une orientation essentiellement « soignante » du PVI que traduisent des « plans de soins » indiquant principalement des données à caractère médical et infirmier. Ces données, nécessaires à la constitution du projet de soins, demeurent encore insuffisantes pour mettre en œuvre un projet de vie.

---

<sup>55</sup> PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°80, 4 avril 2009. [consulté le 5 septembre 2015], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=i>

<sup>56</sup> Le projet d'établissement de l'hôpital de Saint-Galmier se décline en cinq volets : projet médical, projet d'accompagnement, projet social, projet qualité et projet architectural. L'animation des réunions et la rédaction du second volet sont assurées par le directeur stagiaire.

<sup>57</sup> Constats soulignés par les évaluateurs externes. GRIEPS, *op. cit.*

<sup>58</sup> Éléments de diagnostic en vue de l'élaboration du projet d'établissement. Document interne validé en instance le 19 mars 2015.

- ▶ Des objectifs du projet de vie assez généraux, ne permettant pas d'adapter de manière très concrète l'accompagnement proposé aux besoins et aux attentes des résidents. A titre d'exemple, très peu de PVI font mention des besoins en soins relationnels des résidents.
- ▶ Une prise en compte perfectible en ce qui concerne les besoins affectifs de la personne âgée à un moment où le nombre de personnes âgées en situation d'isolement est en augmentation en France (+ 8 points entre 2010 et 2013<sup>59</sup>).

Il résulte de cette énumération que les deux principaux leviers d'action correspondent donc, d'une part, à une meilleure exploitation des informations concernant le résident (les souhaits qu'il exprime, son histoire de vie, ses attentes) et, d'autre part, à une évolution de la manière de travailler des professionnels.

Aussi, le parti-pris au moment de la rédaction du projet d'établissement a-t-il été de rompre avec l'existant et d'introduire un nouvel outil : le PAP. L'objectif recherché est

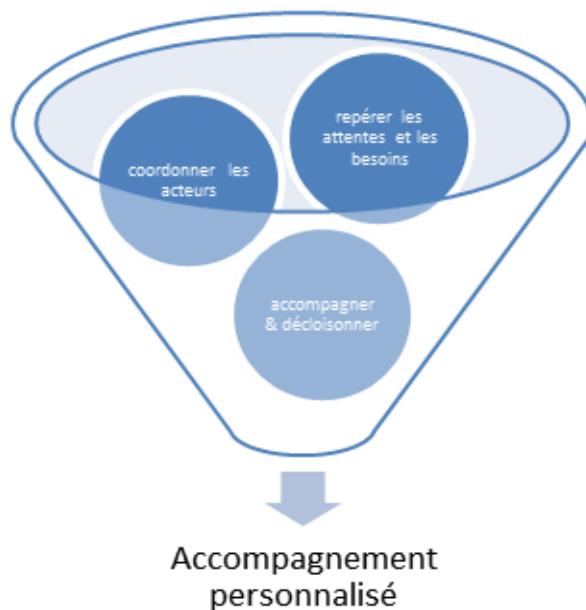


Figure 2 : Les principes d'élaboration du PAP

d'interpeller les agents sur leurs pratiques et de souligner la nécessité de changer la conception qu'ils ont de l'accompagnement. Le nom est donc choisi à dessein. Le terme d'accompagnement (le « A » de PAP) se veut plus englobant que la notion de projet de vie et davantage conforme à la forte prévalence de la dépendance au sein de l'établissement.

<sup>59</sup> OBSERVATOIRE DE LA FONDATION DE FRANCE, 2013, *enquête les solitudes en France en 2013*. Paris : Fondation de France, 28 p.

Ce terme reprend la notion d'accompagnement, évoquée dans le fil rouge du projet d'établissement et traduit cette vision globalisante de la prise en soins de la personne âgée. Par ailleurs, les résidents de l'établissement sont, dans leur grande majorité, peu autonomes et atteints de polypathologies<sup>60</sup> : le terme est donc approprié pour des résidents qui ont besoin d'être aidés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et dans leurs déplacements.

Compte-tenu des perspectives d'évolution du profil des résidents au cours des prochaines années, cette notion d'accompagnement conserve tout son sens<sup>61</sup>. Par ailleurs, le terme de « personnalisé » correspond à la formulation retenue par l'ANESM<sup>62</sup>. Il est préféré au terme « individualisé » car sa racine souligne le fait que le résident est une personne.

« Le PAP facilite l'accompagnement global du résident tout au long de son parcours. Pour cela, le projet exploite, d'une part, les informations relatives aux besoins fondamentaux de la personne et notamment à ses besoins en soins ; d'autre part, l'histoire de vie du résident ainsi que ses habitudes de vie afin de proposer au résident l'accompagnement le plus adapté possible à son état de santé, tout en stimulant son autonomie et en valorisant son rôle social<sup>63</sup> ».

Le PAP n'a pas été évoqué en tant que tel au sein des groupes de réflexion. Il a été construit à *une seule main* pour gagner en clarté et en lisibilité. Néanmoins, les échanges intervenus lors des groupes de travail ont largement contribué à la définition de son contenu.

---

<sup>60</sup> A l'instar du pathos moyen pondéré (PMP - mesure de la charge en soins), le Gir moyen pondéré (GMP - mesure du degré de dépendance des résidents) des personnes accueillies dans l'établissement demeure supérieur à la moyenne des EHPAD publics. Par ailleurs, les résidents de l'établissement souffrent de huit pathologies en moyenne. Ce nombre est tendanciellement en hausse ce qui signifie que les besoins en soins des résidents accueillis augmentent.

Sources : entretien avec le médecin gériatre coordonnateur le 16 mars 2015 ; compte-rendu de la Commission médicale d'établissement (CME) du 15 décembre 2014 ; CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA), 2014, *les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS* [en ligne], 2 p. [visité le 16 mars 2015], disponible sur internet : [www.cnsa.fr/documentation/](http://www.cnsa.fr/documentation/).

<sup>61</sup> BARBERGER-GATEAU P., 1997, « PAQUID étude de la perte d'autonomie fonctionnelle », *actualité et dossier en santé publique* [en ligne], n°20, p. V. [visité le 16 mars 2015], disponible sur internet : [www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=42](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=42).

<sup>62</sup> ANESM, 2011, *analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en EHPAD*. Paris : ANESM, 58 p.

<sup>63</sup> Extrait du volet « projet d'accompagnement » du projet d'établissement dans sa rédaction définitive.

Tout d'abord, un état des lieux est co-construit avec les professionnels. Il a pour objectif de recenser les pratiques actuellement en cours pour l'élaboration du PVI ainsi que les forces et les points à améliorer de ce dispositif, du point de vue des professionnels. Cette focale demeure essentielle car elle conditionne l'adhésion ultérieure des professionnels : un nouvel outil sera d'autant mieux accepté s'il s'appuie sur les points forts de l'existant pour en corriger les faiblesses identifiées par les agents. Tous ont reçu la fiche préparatoire en annexe<sup>64</sup>. Le directeur stagiaire anime les séances de travail. Au cours de la première d'entre elle, les participants listent les dispositifs permettant de personnaliser l'accompagnement du résident, tout au long de son parcours. Pour chacun de ces dispositifs, le groupe repère trois éléments : le ou les informations recueillies, la manière dont ces informations sont exploitées, le bilan de ce dispositif (à reconduire, à corriger, à abandonner). La synthèse des réflexions figure en annexe (*annexe n°3, p.60*).

Ensuite, une action « patient-traceur » est menée. Convoquant l'ensemble des acteurs de la prise en soins d'un résident de l'établissement ainsi qu'un membre – volontaire – du groupe de travail thématique évoqué ci-dessus, cette action a consisté à passer en revue les différentes étapes du parcours du résident au sein de l'établissement à travers une grille d'analyse.

Enfin, dans une seconde réunion du groupe de travail, les participants réfléchissent aux nouveaux outils à mettre en œuvre pour faire suite aux constats posés lors de la première réunion et lors de l'action « patient-traceur ».

Le PAP résulte de ces travaux. Il a vocation à agréger les propositions dans un ensemble cohérent afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement au CH de Saint-Galmier. En résumé, le PAP de la personne accueillie et soignée doit poser clairement les principes de l'accompagnement global et personnalisé : connaissance du résident, de ses habitudes de vie et de ses attentes ; respect de la liberté de choix et protection de l'individu par l'institution<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Cf annexe n°2, p.III.

<sup>65</sup> L'enquête « Bienveillance » conduite par l'Anesm auprès des EHPAD a montré que pour les présidents de Conseil de la Vie Sociale (CVS) interrogés, « la personnalisation de l'accompagnement à travers l'élaboration du projet personnalisé est un des principaux éléments qui contribuent à une image positive de soi, au respect des personnes et à une bonne qualité de vie au quotidien ». ANESM, 2009, *Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bienveillance des résidents en EHPAD et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale (CVS)* [en ligne]. Paris : ANESM, 36 p. [visité le 6 septembre 2009], disponible sur internet : [www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?id\\_article=236&page=article](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?id_article=236&page=article).

Le PAP s'articule autour des quatre principes suivants :

- ▶ Repérer les attentes et les besoins de chaque résident, dès la pré-admission. La connaissance du résident est essentielle dans un but de personnalisation. Cette connaissance n'incombe pas à un professionnel en particulier. Au contraire, elle doit être partagée par l'ensemble des professionnels qui, en fonction des informations dont ils disposent, proposent ensemble une réponse adaptée aux besoins des résidents.
- ▶ Coordonner les acteurs/prestations pour y répondre. La réponse adaptée aux besoins du résident ne peut résulter que de la coordination de l'ensemble des professionnels.
- ▶ Accompagner chaque résident. L'accompagnement du résident ne signifie pas faire à la place du résident mais faire avec le résident, tout en préservant son autonomie et en stimulant ses capacités restantes. Il s'agit de changer le regard posé sur le résident, de le considérer en tant que personne et, ainsi, de le valoriser socialement.
- ▶ Décloisonner l'accompagnement. Comme toute personne, le résident a des besoins multiples – besoins de soins techniques, besoins affectifs et sociaux. L'accompagnement doit donc être global, c'est-à-dire que chaque professionnel apporte une réponse aux multiples besoins de la personne âgée à la mesure de ses compétences. L'accompagnement des résidents est donc decloisonné dans la mesure où les professionnels ne limitent pas leur intervention à la réalisation d'un soin technique, par exemple ; ils échangent aussi avec le résident répondant ainsi, à son besoin de relation sociale.

### **2.2.2 Le déploiement du PAP inscrit dans le projet d'établissement**

Le projet d'établissement envisage le déploiement du PAP et sa réactualisation.

Tout d'abord, le PAP remplace le PVI en fonctionnement au sein de l'établissement. Il constitue une sorte de « PVI enrichi ». Les personnes qui ne participaient à son élaboration jusqu'alors doivent désormais être consultées ; de nouveaux outils sont créés pour cela.

Le recueil de données effectué par les animatrices, inexploité jusqu'alors, sera implémenté dans le logiciel de soin. Il sera ainsi visible et utilisé lors de l'entretien d'adaptation<sup>66</sup>. Par ailleurs, les mandataires seront sollicités en amont de l'entretien et conviés, s'ils le peuvent, à y participer.

---

<sup>66</sup> Par manque de temps, les animatrices ne participent pas à ces rencontres.

Auparavant, les mandataires n'étaient pas conviés. Dès lors que la mesure de protection n'était pas confiée aux proches de résident – invités à participer à l'entretien d'adaptation s'ils sont désignés comme personne de confiance –, les mandataires n'intervenaient donc pas.

Enfin, des données supplémentaires seront utilisées pour élargir l'accompagnement proposé au résident : recueil de la ville et du bureau de vote d'origine pour organiser, si le résident le souhaite, une nouvelle inscription sur les listes électorales, date de mariage pour proposer au résident de fêter son anniversaire de mariage, etc.

Pour les résidents actuellement hébergés au sein de l'établissement, ces nouvelles données (recueil de données animation, mandataire) seront collectées au moment prévu pour l'actualisation du projet de vie. Pour les nouveaux arrivants, les PAP seront élaborés de la manière suivante :

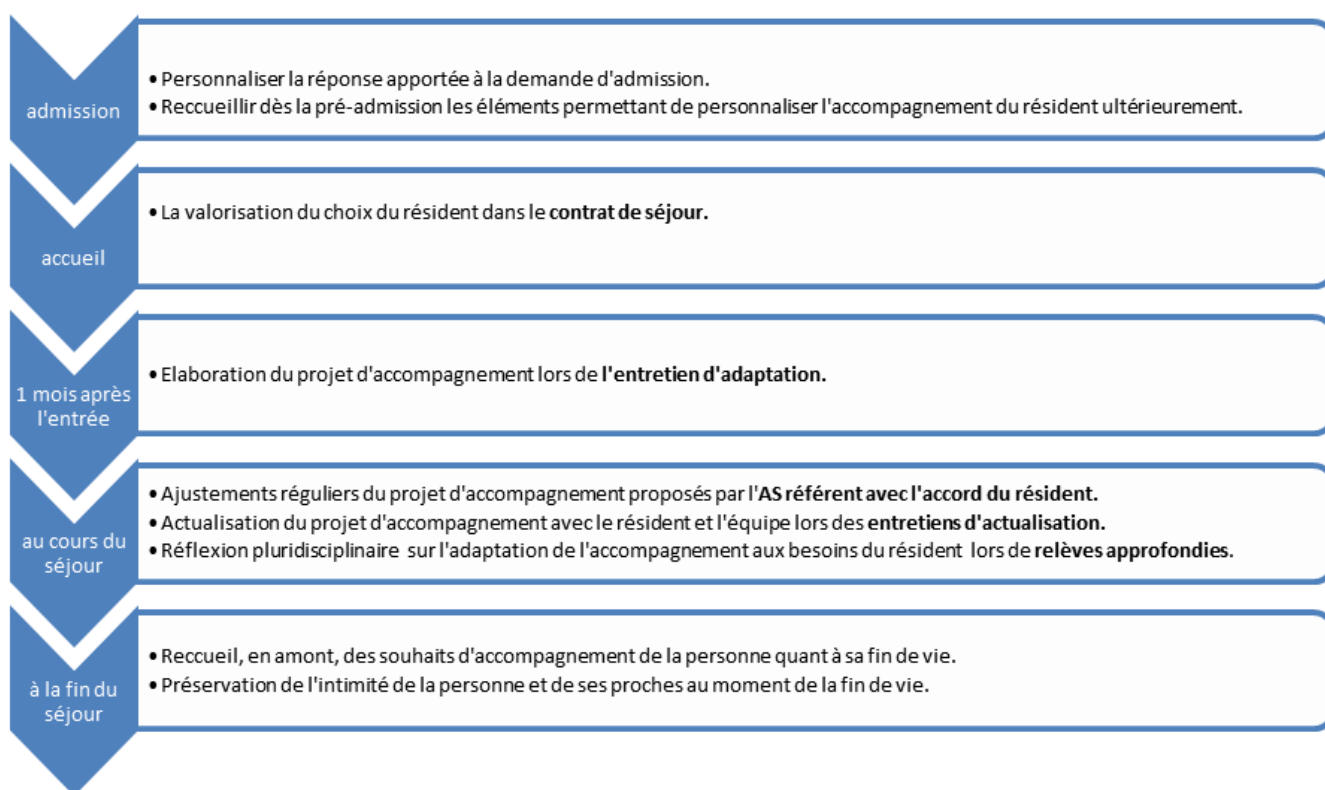


Figure 3 : La démarche d'élaboration du PAP à chaque étape du parcours du résident

Ensuite, pour prendre en compte les évolutions de la personne, le PAP doit être réactualisé<sup>67</sup>. Toutefois, force est de constater que la démarche d'actualisation du PAP, telle qu'elle résulte des échanges intervenus dans les groupes de travail, n'est pas en mesure d'être appliquée actuellement. Une alternative transitoire devra donc être mise en place dans l'attente de la montée en compétence des référents des résidents.

<sup>67</sup> ANESM, *op.cit.*

La modification des projets personnalisés en fonction de l'évolution de l'état de santé, du comportement ou de la perte d'autonomie relève d'une obligation légale<sup>68</sup>. Elle doit intervenir en tant que de besoin et, au minimum, une fois par an<sup>69</sup>. Compte-tenu du fil rouge retenu pour le projet d'établissement, cette actualisation doit prendre en compte l'ensemble des dimensions de la personne (pathologies, souffrance psychique, sociabilité, citoyenneté) et intégrer une réflexion sur l'adaptation des soins et prestations délivrés dans l'établissement (soins infirmiers, aides médico-techniques, menus et prise de repas, animation et vie sociale) par rapport aux besoins de la personne hébergée. Cela pose trois difficultés au niveau de l'établissement.

Tout d'abord, l'échéance de réactualisation annuelle perd son sens en raison de la durée moyenne de séjour des résidents de l'EHPAD. Du moins, il s'agirait davantage lors de la réactualisation du PVI de penser le projet de fin de vie, ce qui est déjà opéré actuellement<sup>70</sup>.

Ensuite, le nombre de résidents dans l'établissement – deux cent cinquante-six – impliquerait une augmentation de la durée des réunions dédiées à la réflexion sur l'accompagnement du résident à raison d'1h supplémentaire chaque jour<sup>71</sup>, ce qui éloignerait les professionnels des résidents à rebours de l'objectif recherché dans le projet d'établissement. Actuellement, on peut estimer que les professionnels de l'environnement quotidien du résident (IDE, AS, ASH) passent environ 1 h 37 hebdomadaires<sup>72</sup> en réunion pour réfléchir à l'amélioration de l'accompagnement des résidents. Cette donnée inclue les temps de réflexion sur l'accompagnement de l'ensemble des résidents (analyse de la pratique, qualité) et d'un résident en particulier (entretien d'adaptation, accueil, histoire de vie).

Enfin, une réactualisation annuelle du projet personnalisé viendrait se surajouter aux réunions thématiques organisées selon une fréquence moindre, mobilisant les équipes, sans le résident toutefois. Nous avons vu combien ce type de réunions pouvaient poser question, tant sur leur finalité que sur leur *modus operandi* – le risque de cloisonnement de la prise en charge est, en effet, important. En revanche, ces rencontres restent appréciées des professionnels et participent de l'actualisation partielle du projet personnalisé. Il conviendrait donc de remplacer ces réunions, nombreuses et consommatrices de temps-agent, par une seule réunion d'actualisation du projet personnalisé pour chaque résident, dont la fréquence reste à définir.

---

<sup>68</sup> CASF, article L 311-3 7°.

<sup>69</sup> ANESM, *op.cit.*, p.55.

<sup>70</sup> Procédure d'accompagnement du résident en fin de vie. Document interne.

<sup>71</sup> Estimation sur la base du calcul suivant : 256 résidents x 1h d'actualisation du projet de vie / an = 256 h supplémentaires de réunions / an, soit 4.9 h hebdomadaires de réunion.

<sup>72</sup> Estimation basée sur la consultation de l'ensemble de l'agenda général des réunions dans l'établissement. Période du 2 au 13 février 2015. Cette donnée intègre les temps de relèves quotidiennes.

En parallèle, l'AS référent remplirait son rôle de coordinateur d'équipe et déclencherait une réunion d'actualisation exceptionnelle si nécessaire. Toutefois, les difficultés de fonctionnement de ce système de référence décrites *infra* ne permettent pas d'appliquer cette solution. Une solution transitoire doit donc être mise en œuvre.

Transitoirement, une autre catégorie de réunions, les synthèses approfondies<sup>73</sup>, est créée – ou plutôt étendue à l'ensemble de l'établissement. En effet, lors d'une réunion d'un groupe de travail thématique portant sur la personnalisation de l'accompagnement aux différentes étapes du parcours du résident, un AS a relaté une pratique mise en œuvre dans son service, sous l'impulsion de la cadre de santé. Il s'agit de réfléchir en équipe pluridisciplinaire aux conséquences d'évènements intervenus dans l'entourage d'un résident et susceptible d'affecter son comportement et ses besoins (décès d'un proche, dégradation de l'état de santé, comportement inhabituel du résident). Suite à cet échange, le projet d'accompagnement du résident est adapté en conséquence.

Le projet d'établissement étend ces synthèses approfondies à l'ensemble des services en remplacement des relèves thématiques. Réunissant les professionnels autour de la question de l'accompagnement du résident, ces synthèses approfondies répondent à la nécessité de dégager du temps pour « penser » le projet du résident par une équipe pluridisciplinaire. Le rôle du cadre de santé apparaît essentiel. Animateur de la réunion, le cadre participe aussi aux relèves et dispose du recul nécessaire pour adopter une vision globale du résident. Il peut, par exemple, faire le lien entre un évènement survenu dans l'entourage du résident dont il a eu connaissance lors de relèves ou à l'occasion d'un entretien avec la famille et la dégradation de l'état de santé du résident. Il a donc un rôle de pivot dans l'adaptation de l'accompagnement aux besoins de la personne.

Lors de ces rencontres, le résident n'est pas présent à dessein. En effet, c'est son AS référent qui est chargé de recueillir son avis sur l'accompagnement proposé ainsi que les évolutions à envisager, en collaboration avec le cadre de santé. Un temps de travail dédié est prévu pour cela<sup>74</sup>. Cet exercice encadré par le cadre de santé s'ajoute aux formations et au guide prévus par le projet d'établissement afin de professionnaliser les AS dans leur rôle de référent.

A terme, des entretiens d'actualisation du PAP remplaceront ces synthèses approfondies et les AS référents pourront initier des entretiens d'actualisation exceptionnels si nécessaire.

---

<sup>73</sup> Nom évoqué en groupe de travail thématique par un agent et repris dans la version définitive du projet d'établissement.

<sup>74</sup> Voir § 2.3.2, *supra*.



Introduit par le projet d'établissement, le PAP ne correspond pas à une évolution cosmétique d'un outil existant – le PVI. Loin s'en faut. Il illustre l'aboutissement de la démarche engagée dans le cadre de l'élaboration du projet institutionnel. Fruit des contributions des professionnels et des usagers, le PAP adopte un nouveau nom qui témoigne de la nouvelle étape à atteindre au cours des cinq prochaines années : partant de l'individualisation des soins, il convient désormais de proposer aux résidents un accompagnement personnalisé et global. Fort de ce nouvel outil, le CH de Saint-Galmier doit se donner les moyens de sa mise en œuvre, notamment en disposant d'une organisation de travail adaptée.

## **2.3 Une organisation interne redéfinie pour faciliter la personnalisation**

Le PAP donne les clés d'une approche décloisonnée associant l'ensemble des professionnels autour du résident avec le résident lui-même. Il indique ainsi la démarche vers laquelle doivent tendre les professionnels conformément au fil rouge retenu pour le projet d'établissement. Néanmoins, ce projet se heurte à une organisation du travail cloisonnée, peu propice à la collaboration entre professionnels.

Face aux problèmes posés par l'organisation du travail actuelle, une adaptation a été élaborée par l'encadrement puis discutée par les représentants des personnels<sup>75</sup>.

### **2.3.1 L'organisation actuelle ne permet pas de répondre à la personnalisation comme envisagée**

Actuellement, le travail des professionnels est régi par des fiches de postes validées par les instances représentatives du personnel et des fiches de tâches pour les AS et les ASH. Ces fiches de tâches ont été élaborées par l'encadrement soignant et les professionnels eux-mêmes. Elles ne sont pas utilisées dans tous les services et, lorsqu'elles sont en application, elles ont été adaptées par le cadre. Les pratiques de travail ne sont donc pas harmonisées dans l'établissement.

Tel est le cas, aussi, des horaires de pause établis, dans la pratique, à 10h30 pour le poste du matin. Si les agents, soucieux de la sécurité des résidents veillent à prendre leur pause en décalé afin qu'une surveillance constante soit maintenue dans le service, cet horaire de pause intervient au moment où les soignants sont le plus sollicités (toilettes, pause WC, pansements, ..) afin d'aider les résidents à se préparer et à s'installer pour le déjeuner.

---

<sup>75</sup> Au moment de l'écriture de ces lignes, en juillet 2015, la consultation des organisations syndicales et de représentants des personnels n'a pas eu lieu. Celle-ci est prévue fin septembre 2015.

En outre, cet horaire a été établi avant une opération de travaux qui a modifié l'architecture du bâti et allongé les circulations. Cet horaire n'apparaît donc plus compatible avec les nécessités du service.

Par ailleurs, la pratique a aussi institutionnalisé un horaire de pause d'une durée plus réduite – dix minutes – pour le poste en deux-fois. A l'inverse, ces agents regrettent une amplitude de travail large et des horaires de début et de fin de poste peu attractifs, le deux-fois demeurant, par nature, peu attractif.

Ensuite, les plannings hebdomadaires sont établis par les cadres de santé sur la base d'une trame-type. Or, il ressort des entretiens menés avec l'encadrement soignant sont souvent modifiés afin de dégager un agent en poste dans un service pour qu'il participe à une réunion. *De facto*, cela nécessite « soit de rappeler quelqu'un en repos, soit de demander à un agent du service A de compléter provisoirement l'équipe du service B<sup>76</sup> ». Dans son célèbre recueil poétique, Ovide indique : « Reposez-vous. Une terre bien reposée donne une superbe récolte<sup>77</sup> ». Si, pour le poète latin, le repos apparaît comme un temps de récupération essentiel, il l'est d'autant plus pour des professionnels fortement sollicités par des publics fragilisés. Cette instabilité des plannings peut s'avérer contre-productive : fatigue, désintérêt pour le travail, absence de temps de décompression, voire dans les cas les plus graves, *burn out*<sup>78</sup>. Enfin, les fiches de tâches font apparaître peu de temps de collaboration entre les professionnels du service.

Par ailleurs, dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, il s'est agit de vérifier si les agents avaient les moyens de mettre en pratique les préconisations formulées. En effet, rien ne sert d'envisager la mise en œuvre de nouvelles pratiques et l'application de nouveaux outils si, sur le terrain, les professionnels ne disposent pas du temps nécessaire pour y recourir.

Sur la base des fiches de tâches et de l'étude de poste d'IDE réalisée par une élève-cadre de santé<sup>79</sup>, la cadre supérieur de santé a élaboré un chiffrage du temps-agent nécessaire pour l'accompagnement d'un résident puis de l'ensemble des résidents d'un service et a comparé cette donnée au temps-agent effectif du service.

---

<sup>76</sup> Entretien avec une cadre de santé, 20 mars 2015.

<sup>77</sup> OVIDE, 1992, *les métamorphoses*, ed. Jean-Pierre NERAUDAU. Paris, Gallimard, 620 p.

<sup>78</sup> CLOS Y., « Bien-faire son travail une condition au bien-être au travail et à la santé », *management et bien-être au travail*, colloque du 22 octobre 2014, Saint-Etienne, Saint-Chamond : CÔTÉ TRAVAIL, 2014, 10 p.

<sup>79</sup> L'établissement ne dispose pas de fiches de tâches pour les IDE. En revanche, il n'existe une fiche de poste.

Effectif nécessaire (en minutes-agent par résident)					
		AS		ASH	
		thé.*	réel	thé.*	réel
<b>Postes du MATIN</b>	Relèves	1			
	Toilette, habillage, lever	20			
	Douche (1 par semaine, 30 minutes)	4			
	Petit déjeuner : installation et aide à la prise	3		1	
	Ménage de la chambre	2		10	
	Accompagnement WC / Aide au change	5			
	Déjeuner : installation, aide à la prise, pause WC)	10		3	
	Accompagnement WC / Aide au change	5			
	Aide dans les déplacements	2			
	Aide au coucher (sieste)	8			
	Transmissions écrites, validation des soins	2			
<b>TOTAL (en minutes par résident et par agent)</b>	<b>62</b>	<b>40</b>			
<b>Postes du SOIR</b>	Collation : installation, aide à la prise, pause WC)	3			
	Accompagnement WC / Aide au change	5			
	Aide dans les déplacements	2			
	Distribution et évacuation du linge, ménage des locaux	2.5		3.5	
	Dîner : installation, aide à la prise, pause WC)	10		3	
	Coucher	10			
	Tisane et prise des traitements	2			
	<b>TOTAL (en minutes par résident et par agent)</b>	<b>34.5</b>	<b>33</b>	<b>20.5</b>	<b>25</b>

Tableau 1 : Détermination des besoins en personnel par jour et par résident

**Légende** : thé\* : effectif théorique

Il résulte de cette analyse que 48h30 de temps-agent AS sont nécessaires à l'accompagnement quotidien des résidents d'un service. Or, ce temps-agent effectif est 45h actuellement. De la même manière, on note 12h de temps-agent ASH nécessaires pour 12h30 mises à disposition actuellement. Trois leviers d'action peuvent être mobilisés pour résorber ce déséquilibre.

La première solution consiste à augmenter le nombre d'agents présents dans le service, autrement dit à accroître la masse salariale. Cette solution n'est financièrement pas envisageable pour l'établissement.

Une autre solution pour augmenter le temps-agent auprès du résident consiste à réorganiser le travail au sein du service : augmenter le temps de travail en collaboration, renforcer la présence des professionnels au moment où les besoins sont les plus nombreux (i.e. en milieu de matinée), rationaliser les temps de réunion ou encore moduler les horaires de début et de fin de poste.

Enfin, une dernière solution consiste à moduler les effectifs présents dans chaque service en fonction du nombre de résidents<sup>80</sup>. Plus celui-ci augmente et plus le temps-agent nécessaire sera important et, donc, plus ceux-ci devront être nombreux.

<sup>80</sup> Le nombre de résidents diffère selon les services.

Ainsi, hormis le cas de l'USLD où le PMP élevé et le nombre de patients nécessitant des Soins Médico-Techniques Importants (SMTI) ne permettent pas d'adopter le même raisonnement que pour les secteurs EHPAD, le nombre de professionnels par unité pourra être pensé en fonction du nombre de résidents de l'unité. En concertation avec l'encadrement soignant et le médecin coordonnateur, il est décidé de ne pas faire fluctuer les effectifs en fonction de l'évolution de la charge en soins ou du niveau de dépendance des résidents du service. Stables, les équipes évoluent en permanence avec les mêmes résidents et peuvent ainsi mieux les connaître et apporter une réponse plus adaptée à leurs besoins.

Dans le cas de l'hôpital de Saint-Galmier la deuxième ainsi que la troisième solution ont été combinées pour maximiser le temps dédié à l'accompagnement du résident, qu'il s'agisse du temps de présence des soignants auprès des résidents ou qu'il s'agisse du temps de réflexion sur l'accompagnement du résident.

### **2.3.2 La nouvelle organisation du travail**

L'organisation du travail a été adaptée en partant des besoins des résidents. Il a été décidé d'élaborer une nouvelle organisation et d'interroger les représentants des personnels et les organisations syndicales, sur la base de cette trame, sur les évolutions possibles<sup>81</sup>. Cette nouvelle organisation a deux finalités : augmenter le temps pour l'accompagnement des résidents et inciter les professionnels à travailler ensemble.

D'une part, la nouvelle trame d'organisation du travail proposée par le groupe de réflexion composé du directeur stagiaire, de la cadre supérieur de santé et des cadres de santé résout la plupart des problématiques évoquées au paragraphe précédent. De plus, cette trame encourage les professionnels à changer de regard sur le soin. La trame est proposée en page 33.

Tout d'abord, la nouvelle organisation du travail stabilise les plannings en rationalisant les temps de réunion. Ceux-ci sont désormais intégrés aux plannings ce qui facilitera la participation d'un agent aux réunions sans modifier les plannings. En contrepartie, l'organisation des réunions devient moins flexible : des jours de réunion sont identifiés – le mardi et le jeudi. Les réunions nécessitant la présence des soignants ne pourront donc se tenir que pendant ces deux journées.

Ensuite, l'organisation du travail concentre la présence des professionnels au moment crucial du milieu de matinée. Ceci implique de modifier les pratiques existantes concernant les pauses.

---

<sup>81</sup> Cette trame est présentée aux représentants du personnel au mois de septembre 2015.

En effet, les horaires de pause des agents en poste le matin sont décalés. Néanmoins, l'objectif de cette nouvelle organisation du travail étant d'harmoniser les pratiques entre les différents services de soin, les agents ne seront pas en pause seuls mais avec les collègues des autres services. Par ailleurs, la pause de l'agent en deux-fois ne répondaient pas à un impératif légal ; elle est donc décalée à la fin de service (12h) ce qui permet de réduire l'amplitude horaire de travail et d'obtenir des horaires de début et de fin de poste davantage favorables à la vie de famille des agents (par exemple : présence possible chez eux durant la pause méridienne).

Enfin, cette nouvelle organisation prévoit des temps pendant lesquels les professionnels réalisent des activités qu'ils n'avaient pas l'habitude de pratiquer jusqu'alors<sup>82</sup> : des Activités Relationnelles et Sensorielles (AR&S) avec les résidents de leur service. En effet, dans les groupes de travail thématiques, les professionnels ont exprimé l'impossibilité de pratiquer ce type d'activités avec les résidents, faute de temps disponible et ne souhaitant pas être mal considérés par le reste de l'équipe<sup>83</sup>. Un temps dédié est désormais institutionnalisé pour la réalisation d'activités autres que le soin infirmier, les pansements et les toilettes. Il pourra être consacré à la réalisation de soins individuels auprès de résidents agités tels que le toucher-massage favorisant l'apaisement et le bien-être<sup>84</sup> ou bien à la mise en œuvre d'une activité collective de lecture du journal afin de stimuler les fonctions cognitives des résidents. Ainsi, un changement de regard des professionnels sur le résident et réciproquement est-il escompté avec l'intégration de ce temps dans la journée de travail des professionnels.

La nouvelle organisation corrige, au passage, d'autres difficultés récurrentes identifiées dans l'établissement. En effet, le rôle et les actions que chacun doit mener sont désormais précisés. En fonction du type de poste qu'il occupe et de l'heure à laquelle il prend son service, l'agent a une idée claire de la répartition des missions entre chaque membre de l'équipe (qui accompagne les résidents aux animations ?, qui prend sa pause et à quelle heure ?). Auparavant, ces rôles n'étaient pas définis et nécessitaient une concertation de l'équipe, ce qui donnait lieu parfois à une mésinterprétation, non sans conséquences pour les résidents (pas de descente aux animations ou début de l'activité avec du retard). Par ailleurs, cette nouvelle organisation augmente le temps des relèves quotidiennes sans que cela ne s'opère au détriment du temps passé auprès du résident. Elle répond, en cela, à une demande des agents. Ainsi, les relèves de la mi-journée et du soir sont augmentées de trente minutes<sup>85</sup>. En contrepartie, un agent n'y participe plus. Il s'agit de l'agent qui participe à la réunion de l'après-midi ou aux soins relationnels.

---

<sup>82</sup> Actuellement, de telles activités sont parfois pratiquées dans les services. Cela n'est pas systématisé et dépend de la volonté de chaque agent.

<sup>83</sup> Les professionnels rapportent que ces initiatives peuvent être mal perçues par certains agents.

<sup>84</sup> Programme de formation prévu dans le volet « projet social » du projet d'établissement.

<sup>85</sup> La durée de la relève matinale demeure inchangée.

Journée - type pour le personnel des services de soin															
	Effectif AS					Effectif ASH				Effectif IDE					
Horaires	AS 1	AS 2	AS 3	AS 2X	AS 4	AS 5	ASH 1	ASH 2	ASH 3	ASH 4	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	
6h30	[Blue block]					[Grey block]				[Green block]					
7h															
8h															
9h															
10h	P.REPAS		P.REPAS						P.REPAS						
11h	Réfection des lits (en binôme)		P.REPAS						P.REPAS		P.REPAS				
12h	Repas des résidents					Repas des résidents									
13h	Relève					Relève				Relève					
14h						Réunions / Soins relationnels		Collation (binôme ASH)		Collation (binôme AS)		Réunions / Soins relationnels		Réunions / Soins relationnels	
15h															
16h															
17h															
18h															
19h															
20h															
21h						Relève				Relève					

Tableau 2 : Représentation de la journée-type pour les professionnels de l'hôpital

D'autre part, la nouvelle organisation du travail prévoit la réalisation de certains actes en binômes par les agents : c'est le cas de la réalisation des soins (binôme IDE-AS), de la distribution de la collation (binôme AS-ASH) ou encore de la réfection des chambres (binôme AS-ASH). Ainsi, des actes réalisés jusqu'ici de façon individuelle seront désormais opérés de manière pluridisciplinaire, ce qui facilitera la connaissance globale du résident et encouragera le partage d'information.

En outre, la collaboration sera renforcée entre les équipes soignantes et l'équipe animation et vie sociale. En effet, comme cela a été précisé plus haut, les soignants auront un temps dédié à la réalisation d'activités dans les services. Les animatrices viendront en appui, à la construction d'un programme d'activités propre à chaque service et répondant aux attentes des résidents. Le cadre de santé en supervisera l'élaboration. Par ailleurs, les animatrices pourront venir ponctuellement aider les agents à réaliser une activité. Le projet d'établissement a alors pour conséquences de faire évoluer la place et les méthodes de travail du service animation et vie sociale en resserrant les liens entre ce service et les unités de vie. Une définition de l'animation au sein de l'établissement a notamment été formulée par un groupe de travail thématique réunissant les animatrices et les soignants des services.

Par ailleurs, un projet d'animation et de vie sociale partagé sera élaboré par le service animation et vie sociale en concertation avec les agents volontaires dans les équipes de soin. Ainsi, cela témoigne-t-il de l'objectif de décloisonnement de l'accompagnement et de coordination des acteurs porté au plus haut niveau institutionnel. Des services qui, jusqu'ici, n'avaient pas pour habitude de travailler ensemble sont invités à penser un projet d'action en commun, centré sur un élément fédérateur : le résident.

L'organisation du travail ainsi présentée change le postulat initial. Elle ne part pas des effectifs budgétés et des dispositions de l'accord local pour adapter le dimensionnement et les horaires des équipes aux spécificités de chaque service. Au contraire, elle part des besoins des résidents pour proposer une organisation du travail qui y réponde, tout en tenant compte des contraintes budgétaires et réglementaires. Ainsi, introduit-elle de nouvelles pratiques (travail en binôme, par exemple) dont il conviendra d'expliquer aux agents le sens et les opportunités qu'elle présente.

\*

\* \*

Le projet d'établissement est un outil prospectif, stratégique et managérial. Prospectif, car il anticipe l'évolution des besoins et des attentes de la population à moyen-terme. Stratégique, parce qu'il préfigure l'évolution de la structure et des prises en charge en vue de s'adapter aux nouveaux besoins identifiés. Managérial, car il bénéficie de l'expertise des acteurs de la structure pour proposer un projet co-construit et – tant que faire se peut – partagé. Il appartient désormais à la direction et à l'encadrement intermédiaire d'accompagner étroitement les équipes dans cette période de changements.

### **3 La démarche participative : un bilan encourageant, confortant le rôle de l'encadrement de proximité**

La conception et la rédaction d'un projet d'établissement constituent une étape. La mise en œuvre de ce projet institutionnel en est une autre. Aussi, l'association des professionnels, des usagers et des partenaires de la structure favorise la pertinence des propositions développées (1).

Néanmoins, il convient de ne pas négliger la phase suivante, celle de la mise en œuvre du projet d'établissement : communication auprès des agents (2) et présence de relais sur le terrain (3) constituent autant d'étapes qu'il convient d'anticiper en amont. Il s'agit là d'une condition de réussite essentielle, tout projet d'établissement ayant pour finalité d'être porté par l'ensemble des acteurs de l'institution.

#### **3.1 Les avantages de la démarche participative**

Résolument participative, la démarche conduite dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement permet d'atteindre les objectifs initiaux.

##### **3.1.1 Une appropriation des objectifs du projet d'établissement facilitée par la démarche participative**

La démarche participative a été aidante dans la mesure où elle facilite la mise en œuvre ultérieure du projet d'établissement.

Tout d'abord, l'ensemble des acteurs concernés par le projet d'établissement – résidents, familles, professionnels et partenaires de l'hôpital – a été invité à prendre part au projet au cours des différentes étapes de son élaboration. Au total, ce sont près de 70 personnes qui sont intervenues. Le cadrage méthodologique initial a permis de préciser les thèmes abordés dans les groupes de travail thématiques ainsi que le nombre de réunions. Chacun s'est donc engagé en connaissance de cause.

Ensuite, la pluralité des modes de consultation utilisés offre différentes possibilités de s'impliquer : réponse à une enquête de satisfaction, boîte à idées, participation à des groupes de réflexion, entretiens individuels. Chacun a ainsi pu contribuer, à sa mesure, à l'élaboration du projet d'établissement. Il en est donc un des co-auteurs. Il devrait donc d'autant plus se l'approprier et être sensible à sa mise en œuvre.



Enfin, les contributions recueillies ont alors permis d'étayer certains constats, d'approfondir l'analyse des causes, de définir des axes d'amélioration ou encore d'établir un plan d'action opérationnel renforçant la pertinence des objectifs stratégiques développés dans le projet d'établissement. La thématique du traitement du linge des résidents illustre l'intérêt de croiser différents modes de consultation pour définir un plan d'action stratégique. En effet, cette thématique fait régulièrement l'objet d'échanges au CVS : le lavage du linge, la perte de vêtement ainsi que le choix des vêtements du résident sont critiqués par les résidents comme par les familles. L'enquête de satisfaction a permis de mieux identifier les points de satisfaction et d'insatisfaction des usagers. Un entretien réalisé avec la qualitiennne de l'établissement ainsi qu'avec la responsable de la blanchisserie a permis de retracer le circuit du linge depuis l'entrée de la pièce de textile dans l'établissement jusqu'à son nettoyage et son rangement dans l'armoire du résident<sup>86</sup>. Des points critiques ont été identifiés lors de ce parcours. Par l'intermédiaire des boîtes à idées, les professionnels ont été invités à proposer des actions pour corriger les faiblesses. La réflexion en groupe de travail thématique a été facilitée par ces actions menées en amont. Des axes d'amélioration ont ainsi pu être établis. Ils sont détaillés dans le paragraphe suivant. Ils témoignent des avantages de la démarche participative.

### **3.1.2 Deux nouvelles actions concrètes en faveur la personnalisation de l'accompagnement**

A travers deux illustrations, cette partie développe les nouveaux dispositifs créés à partir des résultats de la consultation de l'ensemble des acteurs de la prise en charge au CH de Saint-Galmier. Tous ont pour finalité d'améliorer la personnalisation de l'accompagnement des résidents.

Le groupe de travail portant sur la personnalisation de la réponse au besoin fondamental de se vêtir et de se dévêtir a travaillé sur les thèmes suivants : sécuriser le circuit du linge et rendre le résident acteur du choix de sa tenue vestimentaire.

Tout d'abord, en ce qui concerne le circuit du linge, deux aspects doivent être pris en compte : le traitement des textiles délicats et la perte de vêtement<sup>87</sup>. La blanchisserie interne, à l'instar de nombreuses structures, n'est pas en mesure de traiter les tissus Damart et Thermolactyl. Pour remédier à ce problème, la solution proposée par les familles dans la boîte à idées a été retenue par le groupe de travail : il s'agit de développer un partenariat avec une blanchisserie hospitalière ayant l'habitude de nettoyer ce type de textile ou bien avec un pressing de proximité afin de proposer aux résidents et à leurs familles une alternative pour le nettoyage de ces vêtements.

---

<sup>86</sup> Entretien avec la responsable de la blanchisserie et la qualitiennne, le 15 mai 2015.

<sup>87</sup> Points d'insatisfaction récurrents énoncés dans l'enquête de satisfaction.

De plus, la perte de vêtements fait l'objet de critiques régulières dans les enquêtes de satisfaction. L'entretien avec la responsable de la blanchisserie ainsi que les échanges en groupe de travail ont permis d'en identifier la principale cause : l'absence de marquage. En effet, le marquage nominatif de chaque pièce du trousseau évite la perte de linge. Il est assuré gratuitement par la blanchisserie. Or, à deux reprises, les vêtements peuvent être mis à nettoyer sans être marqués au préalable : les vêtements offerts au résident par des tiers et rangés directement dans son armoire ; les vêtements portés par le résident le jour de son entrée dans l'établissement. Pour ces derniers, le marquage est souvent oublié. Le groupe de travail thématique a apporté une réponse à ce problème en mettant en place dans chaque service des sacs de linge sale d'une couleur différente de ceux actuellement utilisés. La couleur de ces sacs indique qu'ils contiennent des vêtements non marqués.

En outre, l'objectif recherché consiste à rendre le résident acteur du choix de sa tenue vestimentaire. Il a été posé par l'ensemble des membres du groupe de travail (résident, professionnel, psychologue, MJPM). Il repose sur des constats partagés :

- ▶ la garde-robe du résident comporte des vêtements non adaptés à la saison,
- ▶ la tenue du résident est inadaptée aux conditions météorologiques,
- ▶ l'évolution de la morphologie du résident au cours de son séjour ainsi que l'usure des vêtements nécessiterait parfois de renouveler le trousseau,
- ▶ les demandes de renouvellement faites aux familles restent parfois sans réponse.

Face à ces constats, le plan d'action retenu dans le projet d'établissement comporte trois types d'actions.

La première action consiste en une sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques de bientraitance, parmi lesquelles celle d'accompagner le résident dans le choix de ses vêtements et non de les choisir à sa place. Il conviendra notamment d'abolir la pratique qui avait cours jusque-là dans certaines équipes : celle du choix de la tenue la veille pour le lendemain. La météorologie n'étant pas une science exacte, le résident risque ainsi de porter un short lors d'une journée pluvieuse et orageuse, par exemple. Les professionnels devront ainsi faire évoluer leurs pratiques sur ce point. En contrepartie, l'accompagnement du résident dans le choix de sa tenue devra se faire avec une garde-robe contenant des vêtements adaptés au résident et à la saison.

Aussi, la seconde action prévoit-elle qu'un tri de la garde-robe du résident soit opéré bi-annuellement par le résident et son l'AS référent. Un membre de la famille pourra être convié à cette occasion.

Au cours des échanges, une difficulté s'est faite jour : le manque de temps pour opérer ce tri. La nouvelle organisation du travail prévoit un temps dédié à l'accompagnement individuel des résidents. Durant ce créneau horaire, l'AS référent pourrait effectuer le tri de la garde-robe avec le résident. A cette occasion, les pièces qui ne sont plus de saison seraient relayées au fond de l'armoire, laissant place, devant, aux vêtements plus adaptés, les textiles usés seraient jetés et la liste des vêtements à racheter pour renouveler le trousseau serait élaborée par le résident et son AS référent.

Une troisième action concerne le renouvellement du trousseau. Une boutique de vêtement sera mise en place par le service animation et vie sociale. Elle proposera à la vente des vêtements à prix bas, grâce au partenariat avec les associations locales de recyclage de vêtements. Accessible par l'ensemble des résidents, même ceux ayant des difficultés à se déplacer, cette échoppe valorisera le résident qui effectuera un réel acte d'achat et de choix en payant une somme modeste pour acquérir le vêtement qui lui fait plaisir.

Ainsi, ce plan d'action contribue-t-il à rendre le résident acteur de ses choix vestimentaires en lui proposant un accompagnement et un moyen de renouveler sa garde-robe à prix abordable. Résultat de la consultation menée auprès des usagers et des professionnels de l'établissement, ce plan d'action va dans le sens de la personnalisation de l'accompagnement proposé en EHPAD. Des résultats similaires ont été obtenus dans d'autres domaines. C'est le cas, notamment, de la fin de vie.

L'action « patient-traceur » a révélé que l'accompagnement des résidents en fin de vie pouvait être amélioré. La part des directives anticipées rédigées dans l'établissement demeure très faible. Aucune étude ne permet d'identifier les raisons pour lesquelles les résidents ne rédigent pas leurs directives anticipées. L'action patient traceur a donc permis de réfléchir à la manière dont s'organise la communication autour de ce sujet dans l'établissement. En effet, à travers l'analyse des différentes étapes du parcours d'un résident dans l'établissement, plusieurs pistes d'amélioration ont pu être envisagées. Elles concernent les domaines de l'information de la personne, du recueil des directives anticipées, de la désignation de la personne de confiance et de la préservation de l'intimité au moment de la fin de vie.

Concernant l'information délivrée, les échanges du groupe de réflexion ont conclu à la nécessité de simplifier et d'expliquer le document relatif aux directives anticipées, remis au résident au moment de son admission. Reprenant la trame proposée par le ministère de la santé<sup>88</sup>, ce document reste difficile à lire.

---

<sup>88</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Les directives anticipées*. [consulté le 12 septembre 2015], disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_directives\\_anticipees.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_directives_anticipees.pdf).

De plus, ce document n'est pas précisément expliqué au résident au moment de son entrée – est-ce d'ailleurs le moment opportun ?

Par la suite, le recueil des directives anticipées doit pouvoir être individualisé, c'est à dire tenir compte du niveau d'information du résident sur le sujet, de son intention de communiquer ses directives anticipées ou, au contraire du besoin de réflexion.

Enfin, l'intimité de la personne et de ses proches au moment de la fin de vie a été améliorée par l'ouverture d'un studio des familles au sein de l'établissement. Cependant, l'existence de chambres à deux lits complexifie le respect de l'intimité de la personne en fin de vie et de ses proches. La situation peut aussi s'avérer délicate pour le résident survivant.

Ces pistes ont été présentées au groupe de travail thématique consacré à l'accompagnement des résidents au moment de la fin de vie. Fort de ces constats, le groupe de travail a formulé deux types de propositions destinées à améliorer l'accompagnement de chaque résident au cours de cette période délicate et à préserver son intimité et celle de ses proches. Elles concernent le recueil des directives anticipées et l'aménagement architectural.

D'une part, le recueil des directives anticipées peut être amélioré par une information des personnes âgées dépendantes, information délivrées par les équipes d'accueil au moment de l'entrée en institution, par les soignants au moment des entretiens d'adaptation et, en fin, par le médecin lors d'une visite médicale.

D'autre part, afin de préserver l'intimité des résidents en fin de vie hébergés dans des chambres doubles, des chambres individuelles sont identifiées. Elles pourront accueillir les résidents en fin de vie et leurs proches sur décision médicale.

Ainsi, la pluralité des actions menées dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement ont permis une consultation large de l'ensemble des acteurs de l'établissement et la formulation d'un plan d'action apportant des réponses concrètes aux problématiques rencontrées sur le terrain. Co-auteurs de ce plan d'action, les professionnels – du moins, ceux qui ont participé à l'élaboration du projet – ont pu s'approprier ces différentes pistes.

### **3.2 Un nécessaire effort de pédagogie auprès des « acteurs silencieux »**

L'élaboration du projet d'établissement est stimulante pour l'esprit, particulièrement pour le gestionnaire qui voit en ce document obligatoire l'occasion de dessiner les prochaines évolutions de sa structure. Ainsi, la phase d'élaboration du projet suscite un engouement qui, s'il est partagée par une partie des équipes, ne doit pas masquer le fait

que d'autres professionnels se trouvent en dehors de cette dynamique soit parce qu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour y prendre part (manque de temps, absence d'idées), soit parce qu'ils ne le souhaitent pas (désintérêt, faible sentiment d'appartenance à la structure, envie que la situation n'évolue pas).

Or comme son nom l'indique, le projet institutionnel reste celui de l'institution et de tous les agents qui la composent. Dès lors, chacun d'eux, même ceux qui ne se sont pas mobilisés doivent être informés des objectifs retenus et des motivations qui ont conduit à les retenir.

### **3.2.1 Le prisme du volontariat : l'existence « d'acteurs silencieux »**

En dépit de la diversité des modes de consultation, l'ensemble des acteurs de l'établissement ne s'est pas exprimé et, *a fortiori*, chaque professionnel impliqué n'a eu qu'une vision parcellaire des objectifs stratégiques de l'établissement, la vision du thème de la réunion à laquelle il participait. Dès lors, sans remettre en cause la notion de volontariat, il convient de ne pas négliger ceux que nous pourrions appeler les « acteurs – et les actrices – silencieux(es) ».

Tout d'abord, la démarche participative ne souffre pas de remise en question possible. La communication large et anticipée a laissé le temps aux professionnels comme aux usagers de prendre connaissance des enjeux et de la méthode. Le volontariat a eu un effet positif : seules s'impliquent les personnes souhaitant améliorer l'existant. Il en résulte un projet d'établissement et un plan d'action de qualité, comme le montrent les développements précédents.

Néanmoins, l'investissement de certains professionnels ne compense pas le non-investissement des autres. En effet, les « acteurs silencieux » ne s'investissent pas et peuvent résister au changement. Si le projet d'établissement a été construit avec les *adopteurs précoces* et les *convertis*, il ne pourra être mis en œuvre sans qu'il n'ait convaincu les *sceptiques*<sup>89</sup>. Cette phase ne doit ni être négligée, ni intervenir une fois que le projet d'établissement est finalisé. Dans ce dernier cas, les *sceptiques* seront placés devant le fait accompli ; ils auront l'impression que la solution s'est construite sans eux et auront donc un regard critique voire une réaction de rejet vis-à-vis de cette solution.

---

<sup>89</sup> Les termes en italique sont repris au vocabulaire de la psychologie clinique du travail qui étudie ces phénomènes de résistance au changement.

« La résistance au changement est inhérente à la nature humaine »<sup>90</sup>. Elle est d'autant plus forte dans le secteur médico-social où l'engagement des soignants est souvent dicté par un système de valeurs profondément ancrées en chacun, comme l'a montré le psychosociologue Daniel DICQUEMARE<sup>91</sup>. Cela a pour conséquence la pérennisation du système. Selon les sociologues, si une impulsion est donnée en faveur du changement, cette tendance à l'homéostasie peut entraîner l'apparition d'une force au moins équivalente destinée à résister au changement.

Ainsi, l'esprit humain a-t-il tendance à rejeter de prime abord toute nouvelle idée ou méthode de fonctionnement dès lors qu'il n'est pas réellement convaincu de son bien-fondé. Pour lutter contre ce phénomène, la communication autour du projet d'établissement apparaît donc nécessaire. Elle doit combiner l'information descendante (*top-down*) et un espace de dialogue (*bottom-up*) ouvert à l'échange sans toutefois remettre en cause le résultat du travail effectué, éclairé par l'analyse des documents et processus de la structure et les groupes de travail thématiques.

### **3.2.2 Communication, information et formation**

Au CH de Saint-Galmier, la phase de communication autour du projet d'établissement débute au second semestre 2015. Faute d'un recul suffisant, il n'est pas possible de commenter la pertinence de ce calendrier au moment de l'écriture de ces lignes. Néanmoins, il apparaît souhaitable d'effectuer au plus tôt des points d'étape avec l'ensemble des salariés.

La communication autour du projet d'établissement s'opère en trois phases. Au terme d'une information large sur la méthode retenue et les objectifs de l'élaboration du projet d'établissement, un point régulier est effectué sur l'avancement des travaux avant la communication du projet définitif aux acteurs de la structure.

La communication sur l'élaboration du projet d'établissement a débuté en janvier 2015 pour une élaboration qui a commencé au printemps. Cette campagne d'information a été effectuée par de multiples canaux :

- ▶ Annonce lors de la présentation des vœux du directeur,
- ▶ Forum des familles,
- ▶ Journal interne,
- ▶ Réunion des cadres et chefs de service,
- ▶ Note de service.

---

<sup>90</sup> DICQUEMARE D., 2000, « la résistance au changement, produit d'un système et d'un individu », *in les cahiers de l'actif* [en ligne], n°292-293, pp. 81-96. [consulté le 12 septembre 2015], disponible sur internet : [http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_dicquemare\\_292\\_293.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_dicquemare_292_293.pdf).

<sup>91</sup> *Ibid.*

Ces différents supports ont présenté le rôle du projet d'établissement, la démarche, les dates-clés et, à partir de la fin du mois de février, les premiers éléments du diagnostic interne et externe servant de base à la réflexion. Un appel à candidature pour participer aux groupes de travail thématique a été relayé par une note de service, par le journal interne et au moment de la réunion des cadres et des chefs de service.

La deuxième phase de communication a consisté à informer les acteurs de l'avancement du projet (thèmes traités, principaux constats, pistes d'amélioration envisagées). Cette phase de communication s'est traduite par plusieurs actions :

- ▶ Point d'étape régulier et synthétique à destination des acteurs de la structure, dans journal interne ;
- ▶ Organisation, au second semestre 2015, d'un forum du personnel afin de présenter les principales orientations retenues à la suite des travaux des groupes de travail thématique du premier semestre ;
- ▶ Diffusion d'une fiche-navette aux membres des groupes de travail thématique. Ce document reprend les propositions formulées par le groupe de travail et retenues par le COPIL ainsi que la suite donnée aux propositions non retenues.

Enfin, la dernière étape consiste à diffuser et expliquer le projet d'établissement définitif, validé en instance. Des forums d'information sont prévus avec les professionnels d'une part, les résidents et leurs proches d'autre part, afin de les informer des orientations stratégiques de la structure pour les cinq années à venir. Afin de faciliter la lecture et l'appropriation du projet par le plus grand nombre, un dépliant synthétique (quatre pages) résumant les points-clés du projet d'établissement finalisé sera réalisé.

A ce jour, ne disposant pas du recul nécessaire, il n'est pas possible d'apprécier les effets de ce plan de communication. Néanmoins, deux réflexions peuvent être envisagées.

Tout d'abord, concernant le suivi des propositions des groupes de travail thématiques. La diffusion des fiches-navette aurait pu être élargie. En effet, chacun des membres du groupe de travail reçoit la fiche complétée, après la validation des propositions en COPIL. Or, n'ayant pas un caractère confidentiel, celles-ci auraient pu être rendues accessibles à l'ensemble des professionnels de la structure, facilitant ainsi le suivi régulier de l'avancement des travaux. Le principal obstacle à cette communication est inhérent au réseau informatique de la structure. En effet, l'établissement ne dispose ni de site internet, ni du réseau informatique adéquat. Face à ces difficultés techniques, la diffusion des comptes-rendus de réunion par courriel et par voie papier a donc été privilégiée.

Ce *modus operandi* ne permet pas une diffusion large de ces documents. A l'avenir, si une telle démarche devait être conduite, il pourrait être judicieux de la faire précéder d'un audit du système d'information pour étudier les possibilités de diffusion à moindre coût de documents aux professionnels mais aussi aux usagers.

Ensuite, l'organisation d'un forum du personnel au mois de septembre 2015 a suscité des réactions parmi les professionnels, jugeant cette date tardive. L'objectif de ce forum est de réunir l'ensemble des agents pour leur communiquer les principales orientations stratégiques retenues<sup>92</sup>. Sur ce point, il a été décidé d'attendre que les instances compétentes aient validé les volets « projet médical et projet d'accompagnement<sup>93</sup> avant de les communiquer. Ceci conduit à ce calendrier. Quoiqu'il en soit, la diversité des moyens de communication utilisés ainsi que l'information de l'ensemble des professionnels et des usagers de la structure permet de présenter et d'expliquer les priorités stratégiques à moyen terme.

Une telle communication apparaît donc indispensable. Néanmoins, celle-ci n'est pas exclusive de l'accompagnement des équipes par les cadres de proximité, véritables relais de la direction en la matière – lorsqu'ils œuvrent dans le rôle qui leur dévolu.

### 3.3 Le rôle de pivot des cadres de proximité<sup>94</sup>

« Le juge est la bouche de la loi »<sup>95</sup> disait MONTESQUIEU. Ainsi, pour paraphraser le juriste aixois, est-il juste de dire que le cadre est la bouche du projet d'établissement. Au contact quotidien auprès des équipes, le cadre de proximité coordonne l'action de tous les professionnels au service de la prise en soin de chaque résident. Il veille à ce que les actions menées s'inscrivent en cohérence avec les bonnes pratiques professionnelles, avec les priorités stratégiques institutionnelles et, *de facto*, avec le projet d'établissement.

Néanmoins, la littérature contemporaine fait état du dévoiement de cette mission du cadre de proximité au profit de l'augmentation de missions de *reporting*. Un sentiment grandissant de lassitude se fait dès lors jour parmi les cadres de proximité. Le volet social du projet d'établissement peut, ainsi, être l'occasion de repositionner le cadre sur le terrain ; il aura alors d'autant plus de force pour appuyer la mise en œuvre des objectifs stratégiques inscrits dans le projet d'établissement.

---

<sup>92</sup> Les volets « projet social », « projet de gestion » et « projet architectural » sont élaborés entre septembre et novembre 2015.

<sup>93</sup> Le volet « projet d'accompagnement » regroupe le projet de soins, le projet de vie et le projet hôtelier du projet d'établissement.

<sup>94</sup> Le programme d'élaboration du projet d'établissement prévoit de commencer la réflexion sur le volet social du projet au mois de septembre 2015. Cette partie ne fait donc pas état des travaux menés en groupe de travail thématique. Il s'agit juste d'une analyse personnelle étayée par les observations effectuées sur le terrain de stage, les entretiens menés avec XXXXX et quelques réactions suite aux propositions formulées dans les groupes de travail portant sur le projet d'accompagnement.

<sup>95</sup> MONTESQUIEU, 1748, *de l'esprit des lois – tome 1*. Paris : Flammarion, 486 p.



### 3.3.1 Le rôle du cadre de proximité repensé à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement

Le projet d'établissement constitue un outil idoine pour traiter du sens de l'action de chaque professionnel et notamment du cadre de proximité.

Dans le secteur sanitaire et médico-social, l'encadrement de proximité tend à perdre sa fonction d'encadrement au profit de celle de coordination. L'hôpital de Saint-Galmier ne déroge pas à la règle.

L'inflation normative, l'objectif de sécurisation des circuits et des pratiques ainsi que la démarche d'amélioration continue de la qualité ont pour conséquences la multiplication des actions de *reporting*, le développement d'audits et des autres outils de contrôle interne. En conséquence, le temps de présence effectif<sup>96</sup> du cadre auprès des équipes diminue au profit d'un temps d'analyse effectué au bureau ou en réunion. Il ne s'agit pas ici de dénoncer une tendance vers une forme de « bureaucratie ». En effet, le temps d'analyse aboutit souvent à une amélioration des conditions de travail des équipes. Il est donc bénéfique. Néanmoins, force est de constater la réalité de cette situation, abondamment décrite dans les revues professionnelles et managériales. Il n'est pas envisageable de vouloir enrayer ce phénomène. Il convient plutôt d'engager une réflexion en interne pour apprécier la pertinence de la présence du cadre dans telle ou telle réunion. Cette « revue de pertinence » constitue l'un des moyens préconisé par le sociologue du travail Yves CLOS pour recentrer le cadre sur son cœur d'activité et ainsi favoriser la qualité de vie au travail étroitement liée à la qualité du travail<sup>97</sup>.

Dès lors, penser l'amélioration des prestations délivrées en EHPAD implique aussi de réfléchir aux conditions de travail de l'ensemble des collaborateurs en général et de leurs cadres en particulier. Le projet d'établissement apparaît, dans ce contexte, un outil intéressant pour engager la réflexion dans la mesure où il aborde l'ensemble de ces domaines (prise en soins du résident, management, ressources humaines, amélioration de la qualité) au service de l'atteinte des objectifs stratégiques identifiés. Le projet d'établissement constitue donc un outil idoine pour penser les problématiques managériales de la structure.

Beaucoup de structures, publiques comme privées, demeurent concernées par cette question à des échelles différentes. C'est aussi le cas au CH de Saint-Galmier comme en témoignent les données du baromètre social. Ainsi, les agents ne se sentent pas assez soutenus et accompagnés par leur cadre.

---

<sup>96</sup> Temps effectif. Bien que le temps passé au bureau soit au service des équipes, il n'est pas effectivement passé sur le terrain

<sup>97</sup> CLOS Y., 2014, *op. cit.*

Ces données corroborent le sentiment d'exposition aux risques professionnels relevés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels<sup>98</sup> : l'encadrement des soins estime regrette de ne pas être présent sur le terrain aussi longtemps qu'il le souhaiterait, ce qui est générateur de stress.

Au vu de ces éléments, un constat s'impose : la nécessité de recentrer le cadre de santé sur sa mission d'encadrement de proximité.

Le volet social du projet d'établissement devrait donc corriger cet élément. Les pistes d'action suivantes pourraient, notamment, être envisagées<sup>99</sup> :

- ▶ Organiser des sessions d'analyse de la pratique entre cadres de proximité avec l'appui d'un psychologue du travail. Ces ateliers, plébiscités par les soignants qui en bénéficient au sein de l'établissement, pourraient, sous une forme différente, être utiles aux cadres. Ces sessions auraient lieu en deux temps. Dans un premier temps, un psychologue du travail rencontrerait individuellement chaque cadre. Dans un second temps, des ateliers co-animés par un consultant externe et le psychologue seraient dédiés à la gestion des conflits, la gestion du temps et aux pratiques managériales. Cette animation à deux voix apporterait une double approche technique et clinique. Le psychologue, connaissant le ressenti et les difficultés de chacun proposerait des ateliers adaptés aux besoins du groupe. Par la suite, ce type de session pourrait être organisé en partenariat avec les établissements environnants. Une telle initiative pourrait être financée, en dépit du contexte budgétaire contraint évoqué plus haut<sup>100</sup>, dans le cadre d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, l'animation des ateliers par un consultant extérieur pourrait être financée dans le cadre du plan de formation interne.
- ▶ Renforcer les liens entre l'encadrement soignant et la direction. Structure importante du fait de son nombre de lits (256), l'hôpital Maurice André ne doit sa vocation sanitaire qu'aux 50 lits de long séjour hospitalier. Il se situe donc dans un entre-deux : soumis aux mêmes règles et obligations que les CH généraux, il dispose des moyens plus restreints du médico-social. C'est donc à la fois un établissement médico-social important et un petit CH.
- ▶

---

<sup>98</sup> L'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels correspond à une autre mission menée par l'élève directeur au cours du stage.

<sup>99</sup> Il s'agit ici de préconisations, compte tenu de la structure et des échanges menés. En aucun cas, il ne s'agit de plaquer ces pistes et de les appliquer sans concertation, ce qui irait d'ailleurs dans le sens opposé de la démarche qui a été menée au CH de Saint-Galmier pour l'élaboration du projet d'établissement depuis janvier 2015 : faire construire plutôt que d'apporter des solutions « clé-en-mains ».

<sup>100</sup> Voir *infra*

Ce positionnement particulier a une incidence sur la sollicitation de l'encadrement intermédiaire : chaque personne dispose d'une expertise dans différents domaines ; elle est donc souvent sollicitée en raison de ses différents champs de compétences. Ainsi, les mêmes personnes participent régulièrement à plusieurs projets. Les cadres demeurent concernés par la plupart de ces projets. Ils sont donc souvent conviés aux réunions et groupes de réflexion. Or, pendant ce temps – indispensable pour la structure – ils n'exercent pas leurs missions d'encadrement. Il convient donc de trouver le juste équilibre entre mobilisation des cadres sur les nouveaux projets et exercice des missions d'encadrement. Sur ce dernier point, il serait intéressant de définir un échéancier annuel des projets, en collaboration avec l'ensemble des chefs de service, l'Attachée d'Administration Hospitalière (AAH) et la qualitiennne. Cet échéancier pourrait préciser les évènements requérant une forte mobilisation des encadrants (occurrences annuelles telles que la préparation du budget, les recrutements d'été, les entretiens annuels d'évaluation, la politique de formation et les occurrences programmées telles que l'évaluation externe ou interne, par exemple), les évènements marquants de l'année et, enfin, les projets mobilisant une majorité de l'encadrement de la structure. Il ne s'agit pas de figer une organisation et de demeurer incapable de faire face aux différents imprévus : enquête à rendre aux tutelles, longue maladie d'un agent administratif, publication d'un appel à projets. Au contraire, il s'agit d'anticiper la planification des projets programmés, compte-tenu des informations disponibles, pour être en mesure de répondre aux sollicitations imprévues. Le projet d'établissement peut s'inscrire dans cette dynamique. En effet, dans la mesure où il en découle un plan d'action et des objectifs opérationnels, un échéancier pourrait être établi en tenant compte des différents évènements programmés de la structure. Cela implique une connaissance accrue du fonctionnement de la direction par l'encadrement intermédiaire et réciproquement. De ce point de vue, les réunions hebdomadaires entre le cadre supérieur de santé et les cadres de santé pourraient n'intervenir que bimensuellement, et le directeur pourrait participer à une troisième réunion avec les cadres de santé et les responsables des services administratifs. Cette réunion pourrait être consacrée aux problématiques communes telles que la gestion des effectifs, la gestion des lits et le suivi des principaux projets relevant de la démarche qualité. Elle permettrait à chacun de mieux appréhender la culture et les problématiques de l'autre.

L'intérêt de la mise en œuvre de telles actions, ayant pour finalité le recentrage de l'encadrement de proximité sur son cœur de mission, revêtira un caractère stratégique pour la structure dans les tous prochains mois. En effet, à l'heure de la mise en œuvre du projet d'établissement, le cadre doit exercer, en étroite collaboration avec la direction, un rôle d'accompagnement des équipes pour la mise en œuvre du changement. Afin de mener à bien une telle mission, la présence de l'encadrement intermédiaire sur le terrain s'avèrera donc nécessaire.

### **3.3.2 Le cadre de proximité, *médiateur* de la stratégie d'accompagnement du résident**

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, la démarche d'élaboration du projet d'établissement a pour conséquence de poser des objectifs stratégiques forts en matière de soins – au sens large – dispensés aux résidents de l'établissement. L'atteinte de tels objectifs passe par la mise en œuvre de nouveaux outils et, surtout, par un nécessaire changement de regard des professionnels sur le soin.

Dès lors, ces derniers doivent être accompagnés au quotidien dans l'évolution de leur pratique. Tel est le rôle du cadre de proximité qui, du fait de sa position intermédiaire entre la direction et les professionnels de terrain, dispose de la connaissance de la stratégie de l'établissement et des pratiques existantes. Il demeure donc le meilleur *médiateur*<sup>101</sup> capable d'évaluer le chemin à parcourir entre les pratiques actuelles et ce vers quoi elles doivent tendre.

Les réflexions à engager dans le cadre de l'élaboration du volet social visent à conforter la place du cadre de proximité dans son cœur de métier. Il y a là un intérêt dans l'exercice des fonctions d'encadrement au quotidien et dans l'explicitation des orientations stratégiques institutionnelles.

\*

\* \*

Le projet d'établissement doit être compris et mis en œuvre par l'ensemble des acteurs de l'hôpital, y compris ceux qui n'ont pas pris part à son élaboration. Une communication et une information efficace ainsi que l'action de relais sur le terrain doivent permettre de donner un sens à l'utilisation de nouveaux outils et de nouvelles pratiques.

---

<sup>101</sup> Au sens philosophique de « celui par lequel s'exerce une médiation, c'est à dire la transmission d'une information ».

## Conclusion

Le projet d'établissement peut être vu comme une contrainte ou comme une opportunité.

Obligation légale, document étudié lors de l'évaluation externe, le projet d'établissement doit être renouvelé à intervalles réguliers, ce qui accroît d'autant plus la charge de travail du gestionnaire.

Outil stratégique, ce même projet institutionnel est également vecteur de sens. Formalisant un projet commun, partagé par les agents comme par les usagers, le projet d'établissement fixe le cap vers lequel doit tendre l'action des professionnels, en l'occurrence l'accompagnement des résidents de manière globale et personnalisée.

Ainsi, le projet d'établissement offre-t-il une formidable opportunité pour le directeur afin d'accompagner l'évolution des pratiques au sein de sa structure. Il ne s'agit pas d'une panacée mais d'un support à la communication managériale, indiquant un but commun.

Car là est bien l'enjeu dans nos ESSMS, ces institutions où des humains aident d'autres humains : communiquer et partager des valeurs, des angoisses, des joies, des doutes en interrogeant sans cesse l'intérêt du résident.

---

## Sources et bibliographie

---

### **Documents internes au CH de Saint-Galmier :**

- ▶ GRIEPS, 2014, *rapport d'évaluation externe de l'EHPAD du CH Maurice André – Saint-Galmier*. Lyon : GRIEPS, 96 p.
- ▶ Bilan social 2014.
- ▶ Fiche de poste des aides-soignants en vigueur dans l'établissement.
- ▶ Fiches de tâches, annexées à la fiche de poste des AS et des ASH.
- ▶ Procédure d'accompagnement du résident en fin de vie.
- ▶ Compte-rendu du comité de lutte contre la douleur (CLUD), 24 mars 2015.
- ▶ Compte-rendu de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du 15 décembre 2014.
- ▶ Éléments de diagnostic en vue de l'élaboration du projet d'établissement. Document validé en instance le 19 mars 2015.
- ▶ Compte-rendu des réunions du groupe de travail thématique « la personnalisation à chacune des étapes du parcours de la personne âgée », les 27 avril 2015 et 12 mai 2015. Secrétariat de séance assuré par la qualitiennne.

### **Décrets, lois, projets de loi et décisions administratives :**

- ▶ HAS, 2013, décision n°2013.0371/DC/CCES-8127 du Collège de la HAS relative à la procédure de certification V2010 de l'établissement de santé Hôpital Local de Saint-Galmier [consulté le 4 août 2014], disponible sur internet :  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_264816/en/hopital-local-de-saint-galmier](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_264816/en/hopital-local-de-saint-galmier).
- ▶ MINISTRE DE LA SANTÉ, *projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement*. [consulté le 12 avril 2015], disponible sur internet :  
[www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=2F1A5D85B912635BB3CAAFB64B41C159.tpdila11v\\_3?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14](http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=2F1A5D85B912635BB3CAAFB64B41C159.tpdila11v_3?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14).
- ▶ PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n°1, 3 janvier 2002. [consulté le 11 novembre 2014], disponible sur internet :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/jo/texte>.

- ▶ PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [en ligne]. Journal officiel, n°95, 23 avril 2005. [consulté le 28 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>.
- ▶ PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°80, 4 avril 2009. [consulté le 5 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>.
- ▶ PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques. Journal officiel, n°69, du 23 mars 2011 [consulté le 28 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023751262&categorieLien=id>.
- ▶ PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, [en ligne]. Journal officiel, n°115 du 18 mai 2011. [visité le 3 janvier 2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024021430&categorieLien=id>.
- ▶ PREMIER MINISTRE, décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal officiel, n°26, 31 janvier 2012. [consulté le 18 avril 2015], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025242073&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025242073&categorieLien=id)
- ▶ PREMIER MINISTRE, Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal officiel, n°26, 31 janvier 2012. [consulté le 18 avril 2015], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025242073&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025242073&categorieLien=id).

- ▶ PREMIER MINISTRE, Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°276, 27 novembre 2004. [consulté le 11 novembre 2014], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047&dateTexte=20150907](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047&dateTexte=20150907)

### **Articles de périodiques :**

- ▶ AHMED A et EKUNDAYO O., 2009, « Cardiovascular Disease Care in the Nursing Home: The Need for Better Evidence for Outcomes of Care and Better Quality for Processes of Care », *Journal of Post-Acute and Long-Term medicine* [en ligne], vol. 10, n°1, pp.1-3 [visité le 20/03/2015], disponible sur internet : [www.jamda.com](http://www.jamda.com).
- ▶ BARBERGER-GATEAU P., 1997, « PAQUID étude de la perte d'autonomie fonctionnelle », *actualité et dossier en santé publique* [en ligne], n°20, p. V. [visité le 16 mars 2015], disponible sur internet : [www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=42](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=42).
- ▶ BROOKER D., 2003, « What is person centred-care in dementia ? », *Reviews in Clinical Gerontology* [en ligne], vol. 13, n°3, pp.215-222 [visité le 12/01/2015], disponible sur internet : <http://journals.cambridge.org>.
- ▶ DELALIEUX P., JEGOU E., MALAQUIN PAVAN E. et al., 2001, « Soins, approche corporelle et toucher-massage », *Soins gérontologie*, n°27, pp.20-22.
- ▶ DICQUEMARE D., 2000, « la résistance au changement, produit d'un système et d'un individu », *in les cahiers de l'actif* [en ligne], n°292-293, pp. 81-96. [consulté le 12 septembre 2015], disponible sur internet : [http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_dicquemare\\_292\\_293.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_dicquemare_292_293.pdf).
- ▶ DONNIO I., 2005, « l'entrée en EHPA », *gérontologie et société* [en ligne]. Vol. 1, n°112, pp. 73-92. [consulté le 4 avril 2015], disponibilité : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page-73.htm>.
- ▶ DUMEZ I., 1998, « les 14 besoins fondamentaux de Virginia HENDERSON », *in la revue de l'infirmière*, vol. 10, n°42, pp 55-58.

### **Ouvrages :**

- ▶ BOILEAU N., 2012, *Art poétique* (ed.1850). Paris, Hachette Livres BNF, 68 p.
- ▶ BRIOUL M. (dir), 2014, « ce que soigner veut dire », *in BRIOUL M., Chroniques médico-sociales*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 63-68.



- ▶ DUBREUIL B., JANVIER R., 2015, *conduire le changement en action sociale*. Thiron : ESF, 240 p.
- ▶ CREPET A., 2010, *soignants en gériatrie : donner de la vie aux années*. Lyon : Chroniques Sociales, 288 p.
- ▶ LAPRIE B., MINANA B., BRISSONNET C. et al., 2010, *projet d'établissement : comment le concevoir et le rédiger*. Thiron : ESF, 253 p.
- ▶ LE DOUJET D., 2014, *pour une revalorisation du corps*. Rennes, Presses de l'EHESP, 272 p.
- ▶ MONTESQUIEU, 1748, *de l'esprit des lois – tome 1*. Paris : Flammarion, 486 p.
- ▶ OVIDE, 1992, *les métamorphoses*, ed. Jean-Pierre NERAUDAU. Paris, Gallimard, 620 p.

### **Rapports, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles :**

- ▶ ANESM, 2011, *qualité de vie en EHPAD (volet 1)*. Paris, ANESM, 70 p.
- ▶ ANESM, 2012, *qualité de vie en EHPAD (volet 3)*. Paris, Anesm, 64 p.
- ▶ ANESM, 2010, *élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Paris : Anesm, 76 p.
- ▶ ANESM, 2008, *les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Paris, ANESM, 47 p.
- ▶ ANESM, 2009, *Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bienveillance des résidents en EHPAD et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale (CVS) [en ligne]*. Paris, ANESM, 36 p. [visité le 6 septembre 2009], disponible sur internet : [www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?id\\_article=236&page=article](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?id_article=236&page=article).
- ▶ ANESM, 2011, *analyse documentaire relative à l'accueil et au projet personnalisé en EHPAD*. Paris, ANESM, 58 p.
- ▶ CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA), 2014, *les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS [en ligne]*, 2 p. [visité le 16 mars 2015], disponible sur internet : [www.cnsa.fr/documentation/](http://www.cnsa.fr/documentation/).
- ▶ CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA LOIRE, 2012, *schéma gérontologique*. Saint-Etienne, Conseil Départemental, 75 p.
- ▶ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, 2004, *charte des droits et libertés de la personne accueillie*. Paris : MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 4 p.

- ▶ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE, 2007, *les bonnes pratiques de soins en EHPAD*, Paris : Ministère de la Santé, 115 p.
- ▶ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Les directives anticipées*. [consulté le 12 septembre 2015], disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_directives\\_anticipees.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_directives_anticipees.pdf).
- ▶ OBSERVATOIRE DE LA FONDATION DE FRANCE, 2013, *enquête sur les solitudes en France en 2013*. Paris : Fondation de France, 28 p.

### **Actes de colloque :**

- ▶ CLOS Y., « Bien-faire son travail une condition au bien-être au travail et à la santé », *management et bien-être au travail*, colloque du 22 octobre 2014, Saint-Etienne, Saint-Chamond : CÔTÉ TRAVAIL, 2014, 10 p.

### **Mémoire :**

- ▶ ROCHE R., 2008, l'impact du travail en réseau sur la politique d'admission et d'accueil [en ligne]. Mémoire de fin de formation de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social : EHESP, [consulté le 3 mai 2015], disponible sur internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/dessms/roche.pdf>.

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 : Liste des personnes rencontrées.....	56
Annexe n°2 : Fiche préparatoire à la réunion d'un groupe de travail du projet d'établissement.....	57
Annexe n°3 : Synthèse des travaux portant sur la personnalisation de l'accompagnement des résidents à chaque étape de leur parcours.....	60

## **Annexe n°1 : Liste des personnes rencontrées**

Dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire, les personnes suivantes ont été rencontrées en entretien :

- ▶ Le cadre supérieur de santé ;
- ▶ Le médecin gériatre coordonnateur ;
- ▶ Trois cadres de santé ;
- ▶ L'AAH en charge des ressources humaines ;
- ▶ La qualitiennne ;
- ▶ La psychologue ;
- ▶ La responsable de la blanchisserie ;
- ▶ Un assistant de soins en gérontologie intervenant au PASA de l'établissement ;
- ▶ Un représentant des usagers membre de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- ▶ Le Maire de la commune de Saint-Galmier ;
- ▶ La Présidente du Conseil de Surveillance du CH de Saint-Galmier ;
- ▶ Une Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale.

Par ailleurs, les personnes suivantes ont été consultées lors de groupes de travail :

- ▶ Des Résidents ;
- ▶ Des Familles et des proches des personnes âgées hébergées ;
- ▶ Des IDE ;
- ▶ Des AS ;
- ▶ Des ASH ;
- ▶ Le MPJM ;
- ▶ Une animatrice ;
- ▶ Une hôtesse d'accueil du CH de Saint-Galmier.

## Annexe n°2 : Fiche préparatoire à la réunion d'un groupe de travail du projet d'établissement

<b>AXE D'ETUDE : Vers un projet d'accompagnement global et personnalisé</b>				
<b>THEME(S) : La personnalisation de la réponse aux besoins fondamentaux de « communiquer avec ses semblables » et de « s'occuper en vue de se réaliser »</b>				
Date des séances	Jeudi 12 mars 2015			
Animateur	directeur stagiaire			
Secrétaire	coordinatrice animation et vie sociale)			
Participants	IDE	animatrice	AS	
	ASH Hotelier	ASH soins	ergothérapeute	
	psychomotricienne	directeur stagiaire		
	Coord. animation et vie sociale			

### **Diagnostic initial**

#### Constats :

Le projet d'animation et les activités qui lui sont rattachées, est actuellement porté essentiellement par les animateurs. Il a été défini pour la première fois en 2011, lors du dernier projet d'établissement par la seule équipe d'animation en lien avec la direction.

Il poursuit plusieurs objectifs qui regroupent plusieurs actions/activités. Les principales orientations sont les suivantes :

- individualiser les animations,
- adapter les animations aux personnes âgées en situation de handicap / de dépendance,
- soutenir et développer la vie sociale des personnes âgées.

Depuis 5 ans, l'animation a beaucoup progressé dans l'établissement : animations facilitant l'accueil et l'intégration des résidents (pot d'accueil, résident tuteur), amorce de l'individualisation de l'animation (loisirs à la carte).

Par contre, il demeure plusieurs points à développer :

#### ***L'animation est basée sur une conception « classique »***

- elle privilégie les activités de groupe - au détriment de l'approche individuelle ;
- elle est portée *quasi* exclusivement par le personnel d'animation/les bénévoles au détriment des soignants,

- elle se déroule le plus souvent hors des lieux de vie des services, dans des lieux « périphériques » (salle polyvalente, kiosque, salle de réunion),

- elle n'est pas envisagée comme un soin à part entière, participant à la consolidation de l'état de santé des résidents, au même titre que les autres actes soignants.

**> Un projet d'animation porté par l'ensemble des professionnels (soignants comme non soignants) doit être élaboré.**

**> Ce que doit être « l'animation soignante quotidienne » doit être définie ainsi que les possibilités internes de faire de l'animation dans les services.**

#### ***L'individualisation des animations reste perfectible***

L'hôpital propose trois types d'animation aux résidents : des animations en groupe élargi (anniversaires du mois), des animations en groupe restreint (scrabble) et des animations individuelles. Ces dernières sont minoritaires aujourd'hui au sein de la structure.

**> Compte tenu du projet d'accompagnement visant à personnaliser la prise en charge, il conviendra de développer ces activités au niveau de l'animation, en coordination avec les équipes soignantes.**

#### ***Les activités qui se déroulent à l'extérieur doivent être développées***

Les animations en extérieur sont peu développées. Elles contribuent pourtant à préserver le lien social des personnes âgées, tout en stimulant leur mobilité.

**> Développer les activités physiques en extérieur présente un intérêt en termes de soin et de maintien du lien social.**

#### ***Pistes de travail principales à analyser par le groupe***

- ▶ Comment définir la vie sociale des résidents ?
- ▶ Individualiser les activités proposées aux résidents.
- ▶ Faire participer le résident à la vie de l'hôpital.
- ▶ Développer des activités physiques et sportives extérieures adaptées pour les résidents.
- ▶ Repenser la place de la famille.

--\*\*\*PARTIE DESTINÉE AU COMPTE-RENDU DES TRAVAUX\*\*\*--

*Diagnostic complémentaire formulé par le groupe de travail*

--

<b>Propositions</b>	<b>Opportunités et Risques / Avantages et inconvénients</b>	<b>Impacts économiques</b>
<i>Enregistrement du secrétariat de direction :</i>		

## Annexe n°3 : Synthèse des travaux portant sur la personnalisation de l'accompagnement des résidents à chaque étape de leur parcours

Les **outils** suivants sont mobilisés pour élaborer et actualiser le projet d'accompagnement personnalisé :

Outil et situation actuelle	Evolutions / Améliorations à prévoir
<p><b>Accueil du résident dans l'établissement</b></p> <p>Après avoir été orienté dans son service par l'accueil, le résident est accompagné dans son service et son installation par l'AS et l'IDE.</p> <p>Une première découverte de l'établissement et de son fonctionnement est opérée à cette occasion. L'équipe cherche à connaître les habitudes antérieures du résident, ses capacités. Elle identifie aussi les éventuels problèmes qui pourraient se poser.</p> <p>Une ébauche de plan de soins est réalisée par l'équipe soignante, pour assurer la continuité de la prise en soins.</p>	<p>Durant ce premier temps d'accueil, être vigilant et coordonner les interventions de chaque intervenant. En effet, le « trop d'informations-trop de questions » peut être difficile à vivre pour le nouvel arrivant.</p> <p><b><i>Dès lors, la coordination des AS et IDE devra être favorisée au moment de l'accueil : le résident serait accueilli par un binôme IDE-AS.</i></b></p> <p>Pour faciliter la continuité de la prise en soins, <b><i>les PH veilleront à demander le dossier médical de la personne admise auprès du médecin traitant.</i></b></p>
<p><b>Pot d'accueil</b></p> <p>Mis en place avec le projet d'établissement 2011-2015, le « pot d'accueil » organisé par les animatrices avec les nouveaux résidents de l'établissement constitue une étape supplémentaire dans la personnalisation de l'accueil en institution. Ce pot d'accueil réunit les nouveaux résidents et des résidents arrivés depuis plus longtemps à l'hôpital.</p>	<p><b><i>Le service animation et vie sociale devra développer les outils nécessaires au recueil de données sur les habitudes de vie et les attentes des résidents vis-à-vis de leur nouveau lieu de vie.</i></b></p> <p><b><i>Par ailleurs, le service devra réfléchir à l'exploitation de ces informations pour proposer aux résidents des animations conformes à leurs centres d'intérêt.</i></b></p>



**Pot d'accueil (suite) :**

Pour les nouveaux résidents, il facilite la prise de contact avec leur nouveau lieu de vie et donne l'occasion de nouer des connaissances avec d'autres usagers. Ce pot d'accueil permet aussi aux animatrices de mieux connaître les habitudes de vie des nouveaux résidents pour leur proposer des activités en adéquation avec leurs centres d'intérêt. Le recueil et l'exploitation de ces informations devront être approfondis au cours des prochains mois.

**Recueil de l'histoire de vie**

Dans les 3 semaines qui suivent l'entrée, l'AS propose au résident et/ou à sa famille de s'exprimer sur son histoire de vie et sur le vécu de l'entrée en institution.

*Un travail doit désormais être mené par l'encadrement des soins sur l'exploitation des données renseignées dans cette histoire de vie.*

**Synthèse pluridisciplinaire (équipe) et entretien d'adaptation avec le résident, sa famille et son représentant**

Environ 1 mois après l'entrée du résident, une réunion de synthèse réunit les différents intervenants autour de la personne hébergée, la personne elle-même et ses proches.

Cette rencontre permet d'élaborer et de formaliser le projet d'accompagnement personnalisé.

L'audit patient traceur, réalisé dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, a montré que cet entretien d'adaptation pourrait aussi être utilisé pour sensibiliser le résident au recueil de ses directives anticipées. *La procédure de recueil des directives anticipées ainsi que l'EBM correspondant devront être modifiées.*

## Outil et situation actuelle

## Evolutions / Améliorations à prévoir

**Agenda du résident**

Chaque résident dispose d'un « agenda » informatique. Ce document, personnalisé, détaille l'ensemble des activités de la journée du résident. Il doit être consulté par les équipes.

A chaque étape du parcours du résident et pour lui garantir une prise en soins de qualité, il est important que chaque intervenant consulte l'agenda du résident. ***Cette consultation de l'agenda permettra une cohésion pertinente et efficace dans l'accompagnement de la personne.***

**Entretien d'actualisation**

Réalisé chaque fois que l'état de santé du résident le justifie, l'entretien d'actualisation réunit les différents intervenants autour de la personne hébergée, la personne elle-même et ses proches. Cet entretien permet une actualisation du projet personnalisé du résident.

**Relèves approfondies**

Des relèves approfondies existaient au secteur Sud. Elles présentent un intérêt pour la personnalisation de l'accompagnement du résident.

Le groupe de travail pluridisciplinaire réuni dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement propose ***d'étendre ces relèves à l'ensemble des services.*** (Voir, sur ce point **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, page **Erreur ! Signet non défini.**).

MERCIER

Michaël

décembre 2015

**FILIERE DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENT  
SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL**

**Personnaliser l'accompagnement des personnes  
âgées dépendantes en institution :  
un enjeu de l'élaboration du projet d'établissement**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : néant

**Résumé :**

L'EHPAD contemporain a évolué. L'essor de la démocratie sanitaire a conforté la place centrale – et non moins légitime – du résident. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies neurodégénératives conduisent à la médicalisation des EHPAD. Néanmoins, la littérature confirme que les ESSMS demeurent des lieux de vie et qu'une vision globale de la personne doit être pratiquée (soin des pathologies, réponse aux besoins relationnels, bien-être).

Or, dépasser la tension entre médicalisation et humanisation suppose un engagement institutionnel fort mais non suffisant. En effet, il convient de donner du sens à l'action des professionnels et de co-construire avec eux les solutions facilitant la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement global et personnalisé de la personne hébergée et soignée. Le projet d'établissement apparaît, ainsi, comme un outil opportun et mobilisable.

**Mots clés :**

EHPAD, USLD, projet d'établissement, pratiques professionnelles, bientraitance, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

*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.*