Diplôme d'Etablissement
« Direction d'EHPAD et
droits des Usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : **2015-2016**

La liberté d'aller et venir en EHPAD :

Freins et leviers pour le maintien du lien social autour de l'usager

Mireille LOUEMBA-LÉTI

Direction de mémoire :

Mme Karine CHAUVIN – Sociologue en Santé Publique

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à Monsieur Jean-Michel SYMPHOR, qui fût mon tuteur de stage à l'Ehpad « Logis Saint-Jean » de La Rivière-Salée (Martinique) et qui, par sa disponibilité et ses conseils avisés, m'a permis de cheminer dans ma réflexion.

Je tiens à remercier les résidents pour leur participation à l'enquête ; sans eux, ce travail n'aurait pu aboutir.

Je remercie également les professionnels, les représentants du Conseil de la Vie Sociale qui m'ont apporté leur appréciation.

Ma reconnaissance s'adresse également à Madame Karine CHAUVIN, pour son accompagnement et ses conseils quant à la rédaction de ce mémoire-projet.

Je remercie aussi l'ensemble des personnes que j'ai sollicitées au cours de ce travail, pour leur disponibilité et grâce à qui la réalisation de ce mémoire-projet a été possible.

Sommaire

Introduction **1**

1 LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR EN EHPAD **4**

1.1 Cadre réglementaire **4**

A. Les fondements de la liberté d'aller et venir 4

B. Les fondements de la sûreté, les mesures privatives et restrictives de liberté 4

1.2 Les recommandations de la conférence de Consensus **6**

1.3 Cadre jurisprudentiel **7**

1.4 Faute de surveillance et responsabilité de l'Ehpad **9**

2 DESCRIPTION ET ANALYSE DE L'EXISTANT **9**

2.1 Caractéristiques de l'établissement médico-social **9**

2.2 Caractéristiques du public accueilli **10**

2.3 Les outils de la loi 2002-02 et les évaluations **11**

A. Le projet d'établissement et les autres outils 11

B. Les évaluations interne et externe 12

C. La vie sociale dans et hors de l'établissement 13

2.4 La méthode **13**

2.5 Les résultats **15**

3 LEVIERS D'ACTIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR **19**

3.1 Politique de Bientraitance **21**

3.2 Aménagement des espaces individuels et collectifs **22**

3.3 Formation du personnel **22**

3.4 Désignation d'un Référent des usagers **25**

3.5 Démarche qualité et gestion des risques **26**

3.6 Géolocalisation **27**

3.7 Évaluation **27**

Conclusion **29**

Bibliographie **31**

Liste des annexes **34**

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen

CNBD : Comité National de la Bientraitance et des Droits

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DUDH : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

DIPC : Document Individualisé de Prise en Charge

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

FNG : Fondation Nationale de Gérontologie

HAS : Haute Autorité de Santé

GIR : Groupe Iso Ressources

GPS : Global Positioning System

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

PE : Projet d'Etablissement

PP : Projet Personnalisé

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

« Le concept : liberté, est un concept sociologique. Il est stupide de l'appliquer à des situations qui se trouvent en dehors de la formation sociale. [...] Nous n'avons pas affaire ici au problème de la liberté intérieure, associée à la naissance des actes de la volonté mais au problème de la liberté extérieure associée aux effets des actions. [...] C'est l'adaptation de l'individu aux nécessités de la vie sociale ; d'un côté limitation de la propre liberté d'action par rapport à autrui, de l'autre limitation de la liberté d'action d'autrui par rapport à l'individu ».

Jérémy Bentham[1]

[1] Jérémy Bentham (1748-1832) Philosophe britanique. Il s'exprime en faveur de la liberté individuelle, de la liberté d'expression.

Introduction

De nombreux débats sur les restrictions de libertés en maison de retraite[2] ont eu lieu ces dernières années en France. Les Ehpad sont-ils des lieux d'enfermement ? Si elle peut paraître choquante, la question est directement posée par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, qui rend public son rapport annuel, le 25 février 2013. Il fait un parallèle entre les prisons et les hôpitaux psychiatriques d'une part et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de l'autre, qu'il réclame de pouvoir contrôler. « *Juridiquement cela n'a rien à voir mais, dans le fonctionnement, cela a tout à voir* », dit-il.

Nées de la transformation des hospices à partir de 1975, les maisons de retraite accueillaient à l'origine des personnes âgées valides mais isolées. Dès 1978, ces établissements commencent à se médicaliser pour se transformer en 2001 (décret d'avril 1999[3]) en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)[4]. Aujourd'hui, les Ehpad accueillant de plus en plus de personnes âgées très dépendantes et/ou présentant des polypathologies et des maladies neurodégénératives avec des troubles psycho-comportementaux posent le problème de la sécurité qui devient de fait, une préoccupation majeure pour les familles, les personnels et notamment les directeurs.

Confronté quotidiennement au dilemme « Liberté/Sécurité » des résidents, le personnel soignant se retrouve contraint de concilier au mieux deux impératifs à priori opposés : respecter le principe de la liberté d'aller et venir des personnes âgées, de la citoyenneté et assurer la surveillance, avoir la vigilance nécessaire afin de leur garantir en intra et hors de l'établissement, la sécurité, en tenant compte des contraintes organisationnelles et architecturales. Un compromis permanent, qui peut parfois avoir des conséquences importantes aussi bien pour la personne âgée que pour le gestionnaire de maison de retraite et qui interroge.

Suite aux différents dysfonctionnements relevés dans certains Ehpad liés à un excès de sécurité (contention physique, chimique ou architecturale) ou à un défaut de surveillance, l'application de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 apparaît aujourd'hui plus que nécessaire afin de répondre au respect de ce droit fondamental au sein de ces lieux de vie.

Parallèlement, si le logement du résident doit être considéré comme un lieu privé, son caractère privatif ne doit pas faire oublier que l'une des missions de l'institution est aussi

---

[2] Laetitia Clavreul, Le Monde rubrique Société, 25 février 2013, p.2

[3] Décret n°99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret de 2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux modalités de tarification et de financement des Ehpad

[4] Jêrome Guedj, *Plaidoyer pour les vieux*, Edition JC Gawsewitch Editeur, 2013

d'assurer la sécurité des personnes et de leurs biens. Le droit à la sécurité qui est reconnu à l'article 7 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi qu'à l'article L.311-3 du code de l'Action sociale et des familles, est au même titre que le droit à la liberté d'aller et venir, un droit fondamental, particulièrement important au regard de la fragilité de ces populations et des attentes des familles.

Comme le soulignent les résultats de l'enquête réalisée par la Drees[5], « *le besoin de se sentir ou de savoir son proche en sécurité sont des éléments pouvant, parmi d'autres, motiver l'entrée en institution* ». L'enjeu est pour les résidents de se sentir en sécurité tout en conservant leur liberté, sans avoir l'impression d'être surprotégés.

C'est ainsi, qu'en tant que directrice d'Ehpad, j'ai été interpellée par cette question et ai décidé d'en faire le sujet de mon mémoire, d'autant que le dimanche suivant mon arrivée, profitant d'une marche dans la commune, je rencontre un résident dans les rues. Il est 7h30. Le lundi matin, je signale le fait au cadre de santé et lui demande s'il avait une autorisation de sortie, ce à quoi il me répond que les résidents ont le droit de sortir, sauf avis médical contraire, dans le respect des règles institutionnelles. Il me rappelle le principe d'aller et venir en Ehpad, qui constitue un droit fondamental de la personne accueillie : la maison de retraite médicalisée étant considérée comme un lieu de vie, un « chez soi ».

J'ai commencé à m'interroger sur ce qui est mis en place dans la structure, notamment sur la notion de la responsabilité de chacun : résident / institution / directeur.

Mon mémoire-projet s'articulera autour de trois axes, tout d'abord la présentation de l'Ehpad « A » terrain de mes recherches à travers une analyse de l'existant. Cette phase d'investigation porte sur les différents entretiens que j'ai menés auprès de résidents, du personnel et du directeur d'Ehpad ainsi que sur la recherche bibliographique ; j'aborderai ensuite le diagnostic avec les différentes stratégies possibles pour le directeur et j'évoquerai l'expérience d'autres établissements par rapport à cette équation « Respect de la liberté d'aller et venir / Protection et sécurité de la personne vulnérable » ; je complèterai enfin ma réflexion par un projet d'organisation de la liberté d'aller et venir en Ehpad avec notamment, des préconisations relatives à l'application des bonnes pratiques professionnelles sur le sujet.

J'entreprends alors de creuser la problématique : jusqu'où peut-on autoriser un résident à sortir au nom de ce principe ? Quelles en sont les limites, les responsabilités, les freins et les leviers ?

[5] Dress, Dossier Solidarité Santé n°18-2011, p. 45-46

.

J’enrichis mes recherches sur la question par des lectures sur la liberté d’aller et venir en Ehpad, la sécurité des usagers, les bonnes pratiques et la responsabilité du directeur.
Afin de recueillir des éléments me permettant de circonscrire ma réflexion et de vérifier certaines hypothèses, j’ai, dans un premier temps, réalisé une observation directe pendant une journée dans l’Ehpad que je dirige. J’ai complété la démarche lors de mon stage au sein de l’Ehpad « A », par une enquête de terrain par entretien auprès du directeur engagé dans cette problématique mais aussi auprès des acteurs de terrain. Mon observation a porté également sur le management du projet d’établissement et le fonctionnement de cet Ehpad.

1 LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR EN EHPAD

« Qu'est ce que, concrètement, la liberté d'aller et venir ? »

1.1 Cadre réglementaire

A. Les fondements de la liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir garantit le droit pour un individu d'aller d'un endroit à un autre. Cette liberté physique est inhérente à l'être humain qui doit pouvoir se déplacer quelle qu'en soit la raison. Elle est donc protégée en elle-même, mais elle est en outre indispensable à l'exercice d'autres libertés. **Il s'agit d'une liberté fondamentale**.

Les textes internationaux et le droit français font une distinction entre les **mesures restrictives de liberté** qui impliquent seulement la liberté d'aller et venir et **les mesures privatives de libertés** qui affectent quant à elles la liberté individuelle ou sûreté de la personne. La liberté d'aller et venir est un principe à valeur constitutionnelle, rattachée au principe de liberté posé par l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (DDHC) de 1789. Elle est confirmée par des textes internationaux introduits plus récemment dans l'ordre juridique français (Protocole additionnel n°4, art. 2, de la Convention européenne des droits de l'homme (Conv. EDH) selon lequel « *Quiconque se trouve régulièrement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et de choisir librement sa résidence*. [...] »

Le Pacte des Nations Unies du 16 décembre 1966 relatif aux droits civils et politiques, art.12, pose également un principe de libre circulation et de libre choix de la résidence, et envisage les restrictions à ces droits.

La liberté d'aller et venir est également reprise par d'autres traités internationaux, notamment à l'article 13 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) du 10 décembre 1948.

A l'analyse des fondements de la liberté d'aller et venir, un problème apparaît : les restrictions à la liberté de mouvement d'une personne âgée sont fréquentes en Ehpad et susceptibles d'affecter deux libertés fondamentales différentes : la liberté d'aller et venir au sens strict et la liberté individuelle (la sûreté de la personne).

B. Les fondements de la sûreté, les mesures privatives et restrictives de liberté

Le droit à la sûreté est un droit constitutionnel. Il est intégré dans la liberté individuelle défendue au titre de l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958 en vertu duquel « *nul ne peut être arbitrairement détenu* ». Cet article attribue une compétence exclusive à l'autorité judiciaire, en tant que gardienne des libertés individuelles, pour connaître des atteintes dont ce droit peut faire l'objet. Le droit à la sûreté bénéficie également de sources internationales. Il est ainsi garanti par les articles 3 et 9 de la DUDH de 1948 et

surtout par l'article 5 de la Convention EDH en vertu duquel « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté* ».

L'implication de la sûreté de la personne dépend du degré de contrainte que fait peser la mesure considérée sur la liberté d'aller et venir.

La Cour EDH fait ainsi une distinction entre la privation de liberté et les simples entraves à la liberté de circuler.

Ainsi, plusieurs situations sont susceptibles d'affecter la liberté d'aller et venir de la personne âgée dépendante en Ehpad : l'entrée en établissement et la circulation dans et hors de l'établissement durant le séjour.

⇨ ***L'entrée dans l'établissement :***

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fourni un cadre légal à l'entrée en établissement social et médico-social. Prenant note de la vulnérabilité de la population concernée et de sa situation « d'infériorité », le législateur a souhaité lui restituer une marge de choix.

Cependant, cette loi ne règle toutefois que la situation de la personne apte à exprimer son consentement, laissant de côté le problème du recueil du consentement des personnes âgées dénuées de volonté suffisante.

⇨ **La personne âgée apte à exprimer sa volonté**

En vertu de l'article L.311-3 du CASF, l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui est ainsi assuré le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. La loi a assorti les droits reconnus à l'usager d'un ensemble d'instruments destinés à en garantir l'exercice et notamment à prévenir tout risque de maltraitance, lors de l'accueil de la personne dans un établissement médico-social. Ainsi, il est remis au nouveau venu un **livret d'accueil** auquel sont annexés la **Charte des droits et libertés de la personne accueillie** et le **règlement de fonctionnement** de l'établissement. Un **contrat de séjour** doit être conclu, ou un document individuel de prise en charge doit être élaboré, avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Au regard de la loi du 2 janvier 2002, des traités internationaux et de la Constitution française, l'entrée en établissement d'hébergement relève en principe de la seule décision de la personne âgée concernée. Ces mêmes règles garantissent la liberté de la personne âgée de quitter définitivement l'établissement.

Ce principe est toutefois conditionné par l'aptitude de fait de la personne à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

⇨ **La personne âgée dénuée de volonté suffisante**

Lorsque l'usager n'est pas apte à exprimer un consentement éclairé, la loi du 2 janvier 2002 renvoie aux règles de la protection juridique des majeurs. À défaut d'aptitude de fait de la personne prise en charge par un établissement médico-social d'exprimer sa volonté et de participer à la décision, le consentement de son représentant légal est recherché.

La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection des majeurs légalise l'assistance à la personne. Elle pose expressément le principe d'autonomie du majeur pour toutes les questions touchant sa personne, tout en organisant son assistance ou sa représentation en cas de volonté défaillante.

⇨ ***Le séjour dans l'établissement :***

La liberté d'aller et venir en établissement n'est pas directement affirmée dans l'énumération des droits et libertés individuels garantis à l'usager. Seule la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui n'a pas de valeur juridique, la mentionne expressément. Son article consacré au droit à l'autonomie précise que « *dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement, il* ***est garanti à la personne la possibilité de circuler librement.*** *À cet égard, les relations avec la société, les visites dans et hors de l'institution sont favorisées* ».

La jurisprudence tient compte de la liberté d'aller et venir des personnes âgées hébergées lorsqu'elle examine la responsabilité contractuelle de l'établissement d'hébergement en cas de départ inopiné. Elle ne retient à la charge de l'établissement qu'une **obligation de sécurité de moyens.**

La liberté de circuler reconnue aux personnes hébergées s'oppose donc à toute **obligation de résultats** en ce domaine.

Le confinement injustifié, le manque de moyens et l'insuffisance de formation des professionnels sont les principales causes de maltraitance en établissement. Cependant, si très souvent, le manque de moyens est une réalité dans les Ehpad, il ne doit pas être une limite à la mise en œuvre des recommandations qui sont faites.

Ainsi, la conférence de Consensus de 2004 a tenté d'identifier les raisons pouvant légitimer une limitation.

1.2 Les recommandations de la conférence de Consensus

Tout d'abord celles qui tiennent à la sécurité et visent à protéger la personne d'elle-même ou les tiers. Puis, des raisons médicales ou paramédicales peuvent être retenues, enfin des contraintes de soins et d'organisation interne de l'établissement peuvent être alléguées. Elles doivent être **justifiées, précisées et connues.**

Ces recommandations éditées après la conférence de Consensus[6] sur le thème de la liberté d'aller et venir dans les établissements et obligations de soins et de sécurité le définissent comme « *une composante de la liberté individuelle, [...] inhérente à la personne humaine* ».

Cela signifie que la liberté d'aller et venir d'une personne accueillie dans un établissement médico-social s'apprécie tant au regard de la libre circulation à l'intérieur de la structure que de la possibilité qui lui est laissée de mener une **vie ordinaire.**

L'exercice de cette liberté s'applique après délivrance d'une information compréhensible, adaptée, recherchée par tout moyen en cas de trouble du discernement. Ainsi, la restriction d'aller et venir dans les établissements peut résulter de contraintes de différentes natures (organisationnelles, sécuritaires, architecturales, médicales, etc.). De même, les possibilités de sortir peuvent être différentes selon l'implantation de la structure d'hébergement (proximité ou non des commerces ou des services, des moyens de transport...).

De ce fait, il me semble essentiel de préciser que toute restriction ne peut s'envisager que **si le bénéfice tiré est supérieur aux risques éventuels induits**. La collaboration rapprochée du directeur et du médecin coordonnateur, son conseiller technique, prend tout son sens dans l'identification de ces risques et dans la mise en œuvre des mesures utiles à leur prévention et leur prise en charge.

1.3 Cadre jurisprudentiel

La jurisprudence doit être considérée avec circonspection car elle ne concerne que des cas de manquement à la sécurité, jamais des cas de manquement à la liberté. Le souci légitime des professionnels de se protéger peut alors entraîner des réactions sécuritaires privatives de liberté pour des centaines de milliers de nos concitoyens.

Le Comité National de la Bientraitance et des Droits (CNBD) a travaillé sur les thématiques de la liberté d'aller et venir et la question de la contention dans les missions qui lui étaient confiées : « *[…] faut-il interdire la contention pour délivrer un signal fort en direction des équipes ou bien peut on se contenter des bonnes pratiques ?* », a rapporté David Causse, coordonnateur du pôle santé social à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et Aide à la Personne privés non lucratifs, FEHAP, et membre du comité. [...] « *Sachant que les cultures professionnelle et institutionnelle françaises font prévaloir la sécurité et l'appréhension du risque, quitte à priver la personne de son reste d'autonomie mobilisable* ».

[6] Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité, 24 et 25 novembre 2004 (Texte de recommandions)

Le droit à la sécurité fait partie des droits et libertés garantis expressément à l'usager pris en charge dans les établissements médico-sociaux (article L.311-3 du CASF). Les directeurs tentent de trouver des compromis pour satisfaire l'obligation de sécurité qu'ils doivent aux résidents et la nécessité de respecter leur liberté d'aller et venir. Toutefois cette liberté peut être limitée pour des raisons de sécurité liées au comportement d'une personne désorientée, démente, suicidaire, à la protection des tiers ou à la sécurité des lieux.

Des procédures permettent aujourd'hui aux usagers ou à leur représentant de saisir les autorités de contrôle locales d'un recours en cas de restriction abusive de liberté.

La jurisprudence a récemment rappelé de manière explicite la liberté d'aller et venir dont jouit le résident en institution médico-sociale. Le cas de madame Aziza C. l'illustre bien. Il s'agit d'une dame âgée, entrée en institution qui fait une chute dans un escalier, se casse le col fémoral puis décède. Le jugement rapporte que : « *La résidence la Colline qui est un Ehpad et non un établissement psychiatrique a conformément aux articles L.342-1 à L.342-3 du CAFS établi un contrat de séjour signé par le fils de madame Aziza C., dont l'avenant définit les conditions de la prise en charge ; ces conditions ne dérogent pas à l'article L. 311-3 dudit code. Si ce texte impose à l'établissement une obligation de sécurité, il ne peut s'agir d'une obligation de résultat qui serait inconciliable avec le respect de la liberté d'aller et venir qui est posé parallèlement ; seule une obligation de vigilance de moyens lui incombe […]. Alors même que les consorts C. n'avaient pas justifié de mesures spécifiques pour Mme Aziza C. lors de l'admission, […]. Les consorts C. doivent en conséquence, être déboutés, la preuve d'un manquement de l'établissement à ses obligations n'étant pas rapporté*[7] *».*

Ainsi, la garantie de la liberté d'aller et venir se concilie avec une obligation de moyens qui incombe à tout établissement, son application devant être précisée par le directeur, dans le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Il dispose ainsi d'une marge de manœuvre dans l'aménagement des droits et libertés des personnes accueillies[8]. La politique de l'établissement peut être plus ou moins coercitive, sous réserve de maintenir un équilibre entre liberté et sécurité. Bien évidemment, il ne peut aller jusqu'à vider de sa substance son devoir de protection, inhérent à sa mission de prise en charge, pas plus qu'il ne peut restreindre à l'excès la liberté de ses résidents. Les restrictions apportées, doivent être à la fois consenties, fondées sur un juste motif, notamment, d'ordre médical

[7] CA Aix-en-Provence, 14 février 2012, n° 09/04252 S. et Roger C. c/Fondation Casip-Cojasor

[8] JM. Lhuillier, « Libertés individuelles et règlement de fonctionnement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux », RDSS, 1999, p. 811

ou impératif de sécurité et proportionnées à son état (vulnérabilité, capacité de discernement, comportement et antécédents), comme l'illustre un arrêt récent[9].

1.4 Faute de surveillance et responsabilité de l'Ehpad

Comme il est démontré ci-dessus, la faute de l'établissement va être appréciée par le juge sur la base de plusieurs éléments. C'est principalement l'état de santé de la personne et ses antécédents qui vont permettre de qualifier ou au contraire d'exclure un manquement à l'obligation de surveillance. Il vérifie, conformément aux informations médicales dont disposait l'établissement lors de l'admission, après avoir fait le parallèle avec l'accident, que la surveillance était conforme à la situation particulière du pensionnaire. D'autres éléments peuvent perrmettre de qualifier le défaut de surveillance : les antécédents de fugue, le comportement anormal, violent ou dangereux de la personne imposeront au personnel une surveillance adaptée.

Il m'apparait que la question de la liberté d'aller et venir impose de savoir où l'on se place sur le continuum sécurité - liberté en sachant que plus de sécurité entraîne moins de liberté et que plus de liberté a des conséquences sur la sécurité. Assumer le **droit au risque** est déterminant, représente un élément constitutif de la liberté et des fondements du respect des personnes. Il nécessite alors de la part des équipes médico-soignantes une information pédagogique soutenue avec la famille ou les proches.

2 DESCRIPTION ET ANALYSE DE L'EXISTANT

2.1 Caractéristiques de l'établissement médico-social

Il s'agit d'une maison de retraite médicalisée associative agréée en tant qu'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. La structure, gérée par une association loi 1901 à but non lucratif, a pour vocation d'accueillir en hébergement permanent à temps complet 52 personnes âgées dépendantes, des deux sexes, d'au moins 60 ans sauf dérogation. Elle propose 4 places d'accueil de jour depuis 2015. Son rôle principal est d'assister la personne accueillie dans les divers actes de la vie quotidienne.

L'établissement est situé en centre ville d'un milieu rural de 12 700 habitants, proche des commerces, des lieux de cultes, des commodités et accessible à pied. D'une capacité de 56 lits et places autorisées, son taux d'occupation durant la période de mon stage était de 88,8%. Il s'est fixé comme priorité de promouvoir l'autonomie et la protection des

[9] CA Poitiers, 23 novembre 2011, n°691, 10/01090, Brigitte N. c/Ehpad Le Clos les Myosotis, RDS, n° 46, p. 289, obs. P. Veron

personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté. L'action médico-sociale y est conduite dans le respect de la dignité de la personne accueillie.
Pour assurer ses missions, l'Ehpad « A » dispose d'un effectif de 37,60 ETP (cf. annexe 6). L'équipe est composée majoritairement d'aide-soignants et d'une seule animatrice, **qui est au service de la vie sociale de l'établissement**. Elle n'a pas de formation d'animation sociale, mais le directeur précise qu'elle a bénéficié de plusieurs actions de formation et qu'il souhaite plutôt l'accompagner dans une formation d'éducateur spécialisé pour la coordination de la vie sociale de son Ehpad.

Pour ma part, l'éducateur spécialisé ne me semble pas avoir le profil adapté du professionnel en charge de l'animation sociale en Ehpad. La fonction du professionnel en animation gérontologique est intimement liée au projet d'animation, volet du projet d'établissement. En effet, l'animateur a pour mission l'expression et le développement de la relation sociale et/ou le maintien de l'autonomie des personnes âgées. C'est pourquoi les formations adaptées au métier d'animateur auprès des personnes âgées se sont fortement développées comme le souligne l'Anesm. Selon Bernard Hervy « *la finalité de l'animation est de maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle sociale et quotidienne en lui donnant une image positive de soi* ».

2.2 Caractéristiques du public accueilli

Les résidents de cet Ehpad sont à forte dépendance. En effet, selon la grille AGGIR, on relève 71% de résidents en GIR 1-2 qui regroupe les personnes très dépendantes ; 25% en GIR 3-4 pour les personnes dépendantes ; 4% en GIR 5-6 pour les résidents peu dépendants (cf. annexe 6). 75% des résidents présentent des maladies neurodégénératives avec des troubles cognitifs majeurs. L'âge moyen des personnes accueillies est de 90 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes. La durée moyenne de séjour est de 5 ans et 6 mois. La population accueillie concerne des personnes âgées pour lesquelles la vie à domicile n'est plus envisageable.

La forte dépendance des résidents justifie ainsi le recrutement de professionnels spécialisés tels que psychologue clinicien et orthophoniste qui grâce à leurs techniques peuvent engager le dialogue auprès de personnes qui ne sont pas en capacité de s'exprimer ou de bien comprendre, afin de recueillir leur consentement éclairé lors de la signature du contrat de séjour.

Pour mettre en œuvre l'accueil et l'accompagnement des usagers, le directeur s'appuie sur les outils de la qualité de la loi du 2 janvier 2002.

2.3 Les outils de la loi 2002-02 et les évaluations

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale dite loi 2002-02 a pour vocation de garantir le droit des usagers (autonomie, protection, cohésion sociale, exercice de la citoyenneté, prévention de l'exclusion) au moyen d'outils spécifiques mis en place à l'Ehpad « A » et dont j'ai pu observer l'utilisation par l'équipe de direction.

A. Le projet d'établissement et les autres outils

Le projet d'établissement de l'Ehpad « A », approuvé par les instances et diffusé auprès des différents acteurs institutionnels, usagers et professionnels, précise la stratégie de l'établissement pour les cinq prochaines années. Ce document institutionnel définit le cadre de référence du projet de vie et du projet de soins et énonce les missions, les orientations, les valeurs sur lesquelles les professionnels doivent s'appuyer dans leur action quotidienne. Les valeurs fondamentales de l'Ehpad « A » sont issues de la charte de la personne accueillie et de la charte de la personne âgée dépendante ou en situation de handicap, largement diffusées : respect de la dignité et de l'intimité du résident, liberté, principe qui s'affirme comme fort (liberté de circuler, liberté de ses actes), accompagnement de qualité.

Par la loi du 2 janvier 2002, le projet d'établissement est à la fois un outil de management pour le directeur et une contrainte qui renforce les droits des usagers sur le fondement du décret d'avril 1999. Il est complété par le livret d'accueil qui garantit l'exercice effectif des droits généraux des personnes accueillies, notamment la prévention de tout risque de maltraitance. Ce document est remis au futur résident dès l'entretien de la pré-admission. Il comporte la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement de l'établissement qui définit les droits et les obligations des personnes accueillies. Le directeur affirme que « *si la personne n'est pas en capacité de comprendre, les choses se font de manière très allégée en allant à l'essentiel* ». Le règlement de fonctionnement précise que le résident reçoit librement ses visites. Toutefois, pour des raisons de sécurité, les visiteurs doivent s'annoncer auprès du personnel, selon des tranches horaires définies.

Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, conclu avec l'usager ou son représentant légal, dès l'admission, marque « le passage d'une logique institutionnelle à une logique de service rendu ou de prestations offertes à la personne, en fonction de ses besoins… Il traduit la volonté d'individualiser, de personnaliser,

d'humaniser les rapports entre les représentants de la collectivité et le bénéficiaire[10]. S'appuyant sur les écrits de Jean-René Loubat[11], psychosociologue, cette circulaire considère que cette contractualisation répond à trois niveaux de préoccupations :

Le premier d'ordre **éthique** : *« Il concerne l'émergence des droits des bénéficiaires et des usagers (droit d'accéder à leur dossier, droit de choisir leurs prestataires, droit à participer à leur prise en charge »* ;

Le deuxième niveau est d'ordre **pragmatique** :*« Il renvoie à l'idée que l'on ne peut pas assurer un projet d'insertion sans l'adhésion participative du bénéficiaire »* ;

Le troisième niveau est d'ordre **socio-politique** : *« Il exprime l'évolution de la place du secteur social dans la société civile. Il ne s'agit plus de maintenir plus ou moins « enfermées » les personnes mais de les aider à être des citoyens à part entière ».*

Le projet de vie de l'usager (ou projet personnalisé) a pour vocation d'accueillir au mieux la personne âgée et d'envisager une prise en charge au plus près de ses attentes et de ses besoins.

Le Conseil de la Vie Sociale, lieu d'échange et d'expression traite toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement et les conditions de vie des résidents. Son rôle est d'informer les usagers de tout ce qui a une incidence sur les conditions de vie.

B. Les évaluations interne et externe

La loi 2002-02 dans son article 22 institue également une obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à s'inscrire dans une démarche d'évaluation régulière des activités et de la qualité des prestations délivrées.

⇨ L'Evaluation interne, démarche à laquelle les Ehpad doivent adhérer tous les 5 ans, permet cette appréciation. La dernière auto-évaluation de l'Ehpad « A » a été réalisée en septembre 2012, assistée d'un cabinet de consultant.

⇨ L'Evaluation externe touche les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF. Elle porte sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies[12]. L'évaluation externe de l'Ehpad « A » a été réalisée en avril 2014. Le rapport des évaluateurs externes a mis en évidence deux axes d'amélioration : la désignation du Référent Bientraitance et le projet d'établissement. Aujourd'hui ces deux actions sont inscrites comme prioritaires et le projet d'établissement qui est en cours d'écriture, doit intégrer un volet

[10] Circulaire DGAS/1A n°2006-324 du 20 juillet 2006

[11] Jean-René Loubat, Promouvoir la relation de service en action sociale et médico sociale-2ème édition (Politiques et dispositifs), Edition Dunod, 2007

[12] Décret n°2007-975 du 15 mai 2007

« Gestion des risques » sur les recommandations de l'évaluateur. Une proposition d'élaboration du plan « *de cet outil de communication et de planification* » m'a été demandée par la direction durant mon stage. (cf. annexe 2).

De mon point de vue, la désignation du Référent Bientraitance ne peut être effectuée sans une politique de Bientraitance[13] clairement définie par le directeur et diffusée auprès de tous les collaborateurs (soignants mais aussi administratifs).

C. La vie sociale dans et hors de l'établissement

Le règlement de fonctionnement précise que l'accessibilité des locaux[14] identifiés par une signalétique, est régie par le respect des obligations légales et réglementaires en vigueur (horaires, règles de sécurité…) notamment pour les locaux réservés aux activités collectives.

L'Ehpad « A » assure à ses résidents une vie sociale programmée avec des temps forts. Le planning mensuel des animations est validé par le directeur et affiché dans des points stratégiques de l'établissement. Des activités intergénérationnelles sont organisées avec les écoles sous forme de rencontres ou de spectacles et de prestations avec les élèves. Une convention avec la ville a été signée afin de mettre à disposition des résidents, les services proposés par la Médiathèque. De plus, deux fois par an une sortie institutionnelle est organisée à la plage avec tous les résidents. Le règlement de fonctionnement prévoit les modalités pour les sorties personnelles avec les familles.

Cependant, pour les résidents déambulants, le gestionnaire envisage la mise en place de la géolocalisation afin de limiter la restriction d'aller et venir de ce public à risque.

2.4 La méthode

⇨ **La note d'observation**

En novembre 2015, j'ai réalisé une journée d'observation dans mon établissement, ce qui m'a permis de répondre à certaines interrogations sur l'organisation de la liberté d'aller et venir et celle des sorties extérieures, à partir d'une grille d'observation que j'ai conçue (note d'observation – annexe 1).

[13] Circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS

[14] Locaux à usage professionnel : accueil/secrétariat de direction, direction, économat, infirmerie, pharmacie, cabinet médical, bureau cadre de santé, bureau de l'animatrice, bureau du chef cuisinier, blanchisserie, cuisine et ses annexes, salle de réunion, loge du gardien, vestiaires

⇨ **Le questionnaire**

J'ai élaboré un questionnaire (annexe 4) afin d'obtenir des informations précises concernant l'Ehpad « A » et le règlement de fonctionnement notamment sur l'existence d'article(s) relatif(s) à la liberté d'aller et venir. Ce questionnaire a été transmis par mail au directeur trois semaines avant le stage. Il m'a été remis le premier jour de mon stage afin d'étudier les modalités d'organisation du lien social autour du résident dans cet établissement lors de la visite du site.

⇨ **L'analyse des documents institutionnels de l'Ehpad « A »**

Afin d'analyser les procédures encadrant la liberté d'aller et venir à l'Ehpad « A », le recensement des documents institutionnels a été effectué auprès du directeur. Ils m'ont été transmis sans difficulté, durant la première semaine du stage. Ce sont le livret d'accueil, le rapport d'activité de la structure, le contrat de séjour, le projet d'animation, les compte-rendus du CVS (les deux de l'année 2016), le rapport des évaluations interne et externe.

Le projet d'établissement a été consulté sur place pendant mon stage qui s'est déroulé au mois de juin 2016. Je n'ai pas pu accéder au Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) relatif à l'évaluation externe. Différents documents qualité existent mais les procédures relatives aux sorties quant à elles ne sont pas formalisées.

Le directeur m'a fait une commande de procédure type pour formaliser la protocolisation des sorties des résidents, autonomes et dépendants (annexe 2).

⇨ **Les entretiens**

Afin de poser un diagnostic, des échanges avec les professionnels ont été nécessaires. Les premiers entretiens ont été réalisés avec des soignants pour recueillir leur représentation de la personne âgée et les modalités de mise en œuvre du principe de la liberté d'aller et venir. J'ai pu noter que certains soignants contractuels ne connaissaient pas les règles d'usage du service.

La méthode de l'entretien semi-directif a été privilégiée afin d'obtenir le point de vue des acteurs de terrain. Un guide d'entretien a été élaboré en fonction du public interviewé : le directeur, le cadre de santé, des professionnels soignants et non soignants (IDE, AS/AMP,secrétaire, agents d'entretien…), des résidents (annexe 5). J'ai eu par ailleurs l'opportunité de participer à des temps d'échanges avec les familles. Pour les résidents, les entretiens semi-directifs ont été plus courts laissant place à leur spontanéité. Il s'agissait pour moi de recueillir le discours de la personne interrogée c'est-à-dire ce qu'elle vit, ressent, pense à propos du respect de la liberté d'aller et venir dans l'Ehpad, sur les thématiques de l'organisation mais aussi sur les difficultés éventuelles rencontrées à l'application de ce droit. Avec le concours des soignants, les résidents susceptibles de participer à cette enquête ont été identifiés. Il s'agit de personnes sans troubles cognitifs

majeurs mais présentant tout de même des troubles psychiatriques et psycho-comportementaux.

Les entretiens, d'une durée d'une heure, se sont déroulés dans la salle de réunion, espace proposé au préalable aux interviewés. Ils ont été menés de manière à mettre en confiance les personnes interrogées et d'obtenir leur adhésion.

Les résidents ont été informés que l'entretien auquel ils ont donné spontanément leur consentement était enregistré et qu'ils pouvaient y mettre fin à tout moment.

Les interviews de l'infirmière et de l'aide-soignant, menés à la fin de leur service, après accord du cadre de santé ont été réalisés dans son bureau pour assurer la confidentialité de l'exercice. Les soignants ont tous donné leur accord pour l'enregistrement de leur discours après explications sur l'objectif de l'enquête (durée moyenne 1h10). L'enquête auprès du cadre de santé, a duré 1h30.

D'une durée de 2 heures 20, l'entretien avec le directeur s'est déroulé dans son bureau, selon ses disponibilités négociées au préalable.

2.5 Les résultats

Selon le directeur l'éthique fondatrice du projet d'établissement pose quelques difficultés au quotidien : « *La difficulté c'est qu'il y a une volonté de certaines personnes de ne pas se faire accompagner, d'où l'intérêt d'une mise sous tutelle avec autorisation préalable des parents. […] Dans ce cas, on peut exercer une contrainte sur cette personne et ainsi protéger l'Ehpad en n'attribuant pas de code à celui qui est sous tutelle. En revanche, les personnes qui sont autorisées par leur tutelle ou qui n'ont pas de contrainte particulière disposent d'un code d'accès* ».

A l'analyse des différents entretiens réalisés, j'observe que la problématique de la liberté d'aller et venir se situe au cœur du fonctionnement de l'établissement médico-social. En effet, de nombreux directeurs s'interrogent sur le sujet.

Le directeur interviewé indique : *« il s'agit d'un sujet qui est abordé déjà sous plusieurs angles. La problématique de la liberté d'aller et venir n'est pas réglée […] Un élément nouveau insuffisamment exploré nous est amené aujourd'hui par la technique. Il s'agit de la géolocalisation. Mais sa commercialisation n'est pas suffisamment développée en Ehpad. Or, sa généralisation notamment en Martinique s'avère nécessaire, du fait que nous serons le département le plus vieillissant de France avec inéluctablement une prévalence pour les personnes présentant des troubles cognitifs ».*

En effet, depuis 2007 la technique de géolocalisation prend une part importante dans la réflexion du gestionnaire, notamment en ce qui concerne les résidents dits « fugueurs ». Des tests sur deux types d'appareils de géolocalisation sont actuellement en expérimentation dans son établissement.

Tout au long de notre entretien, le directeur a exprimé la difficulté à concilier la liberté d'aller et venir des usagers et l'obligation de moyens de sécurité. Il considère que la remise du livret d'accueil et une pré-information sur le fonctionnement de l'établissement, dès l'entretien de la préadmission, restent des éléments phares de la relation qui s'instaurera entre l'institution et le futur résident. Lors de la signature du contrat de séjour, des informations complémentaires lui sont apportées.

Certes, les textes interdisent d'entraver la liberté d'aller et venir du résident sauf si elle représente un danger pour l'extérieur ou sauf si l'extérieur représente un danger pour lui, mais des alternatives comme les promenades collectives peuvent aider à favoriser les sorties des personnes atteintes de troubles cognitifs. *« Dans ce cas, l'intervention de professionnels munis d'un code d'accès est nécessaire pour l'organisation et l'accompagnement* » selon le directeur de l'Ehpad « A ».

Cependant, on peut trouver des limites à cette liberté d'aller et venir, même pour les résidents disposant d'un code d'accès, car la question de l'organisation et du suivi des sorties se pose :*« Il signale quand il sort et dit où il va à l'IDE ou à l'agent d'accueil* », ajoute le directeur […] « *Quand les gens sortent et rentrent, ils doivent en principe se signaler même si l'établissement est doté d'une vidéosurveillance* ».

Pour le cadre de santé, Mme B. en poste depuis 4 ans, qui encadre également les activités d'animation : « *Les projets personnalisés ont constitué une mutation voire une véritable révolution pour les maisons de retraite médicalisées. On est passé d'une démarche de soins stricte à un accompagnement personnalisé qui doit répondre aux attentes et aux besoins du résident… et notamment l'application de la liberté d'aller et venir à l'intérieur et à l'extérieur de l'instituion. Mais sur le terrain il s'agit plutôt d'une approche minimaliste […] Il est certain que le projet personnalisé se situe en amont de tous les autres projets : de soins, d'animation. […] La gestion des risques n'est pas encore un levier de la qualité en tout cas, n'est pas perçu ainsi par le personnel ; seules les fiches d'évènements indésirables permettent de tracer certains dysfonctionnements relatifs à la contention… parfois !* ».

De mon point de vue, le diagnostic posé par Mme B. met en évidence la complexité de faire vivre les projets personnalisés comme outil de respect des libertés et souligne un écart courant entre le contenu du projet personnalisé et sa réalisation concrète.

Mme « M », IDE depuis 5 ans et recrutée à l'Ehpad « A » depuis 2 ans, rapporte : *« Ici, à l'Ehpad les résidents ont la possiblité de sortir car ils sont chez eux. Pour l'organisation de sa sortie, le résident s'adresse au cadre de santé ou à l'infirmière. Nous notons l'heure du départ et l'heure du retour. Cela permet en fonction du comportement observé à son retour d'évaluer d'éventuelles mesures à prendre pour le responsabiliser. Pour moi, en tant qu'IDE, c'est difficile de prendre la décision d'interdire de sortir d'où la nécessité de*

nous référer à nos supérieurs pour établir une discussion. Face à un résident dit « fugueur », l'équipe doit observer une vigilance plus accrue sur les entrées et les sorties. C'est peut-être une contrainte pour eux, mais une sécurité pour nous ».

Au terme de cet entretien, je fais le constat que le professionnel joue la carte de la sécurité face à la contrainte imposée aux résidents. Il y a nécessité de proposer des actions de formation sur les techniques relationnelles avec les publics présentant des troubles cognitifs, afin que les professionnels se les approprient et les utilisent au quotidien.

M.« P », AS depuis 15 ans dans l'institution, témoigne : *« La liberté d'aller et venir en Ehpad est l'affaire de l'ensemble de l'équipe.Tout le monde doit se sentir concerné par le sujet. On doit trouver les mots adaptés en fonction du résident que l'on a en face de soi, même si cela n'est pas facile. Pendant des années, on exigeait des résidents une autorisation de sortie […] aujourd'hui, on applique la Charte de la personne âgée et les règles de bonnes pratiques. […]. Grâce aux actions de formation dont j'ai bénéficié, surtout Humanitude, j'ai pu mesurer la responsabilité qui nous incombe dans la relation à établir avec les résidents et leurs proches, et également en matière de déplacements internes et externes ainsi que la vigilance dont nous devons faire preuve constamment ».*

Selon les résidents interrogés, le droit à la liberté d'aller et venir est plutôt mitigé en Ehpad. Les réponses varient en fonction de la typologie et de la situation sociale antérieure de la personne, de son histoire de vie. La phase d'admission et d'accueil a un impact important sur le consentement et l'adhésion des limitations d'aller et venir.

Pour M. « *X* », résident de l'Ehpad depuis 5 ans, on retient que son admission n'a pas été réalisée selon ses attentes et il s'interroge encore aujourd'hui sur les raisons de sa présence dans l'Ehpad, malgré les visites qu'il y a effectuées avant son admission. Pour lui*, « les réponses n'ont pas été claires [...].* Il ne sait pas pourquoi, il est là : *« [...] Mon admission ici a été réalisée de façon arbitraire ».*

Dans son cas, il est difficile de recueillir les éléments permettant de construire avec lui son projet personnalisé car ses attentes et ses besoins n'ont pas été exprimés lors de la phase d'accueil. Néanmoins, l'équipe a pu recueillir ses souhaits tout au long des mois, afin de co-construire son projet personnalisé.

Il participe aux sorties collectives extérieures « *à condition d'être accompagné* ».

Concernant la barrière automatisée de l'établissement, il la voit comme « *une sécurité et un moyen de contrôle de l'accès face aux intrusions malveillantes* ». *« La présentation du règlement de fonctionnement est quelque peu floue* », mais il confirme avoir vu des affiches qu'il a lues dans l'enceinte de l'Ehpad.

Pour M. « Y », accueilli depuis 3 ans, le choix de l'établissement et son admission ont été effectués à sa demande. Il a participé à son projet personnalisé. Il aime les promenades et les sorties, sort plusieurs fois dans la journée, seul. Il a conscience qu'il est en maison de retraite et se considère comme chez lui. Il aime vivre à l'Ehpad car il s'y sent utile en exerçant sa tâche matinale : l'ouverture des portes des espaces collectifs.
Concernant la mise sous contrôle de la barrière, il en accepte bien le principe, puisque « *c'est pour la sécurité* ». Il ne se sent pas privé de sortie quand il en fait la demande.
Ses sorties favorisent sa participation à la vie de la cité grâce à ses rencontres avec les autres citoyens. *« Je sors après le repas du matin pour prendre le vent de la campagne et pour parler avec les copains de tout et de rien. Je fréquente un petit bar où je bois du coca. Plus je vois du monde et plus je m'agrandis ! ».*Les règles relatives au fonctionnement de l'Ehpad ne lui semblent pas inconnues.

En référence aux recommandations de l'Anesm, la HAS et Mobiqual, des protocoles de Bonnes pratiques viennent asseoir les règles de Bientraitance auprès des professionnels.
« *Des référents Bientraitance*[15] *sont chargés de s'assurer que les règles de Bientraitance sont bien respectées dans l'établissement* [...]. *La formation est aussi un levier pour les professionnels afin d'assurer le respect des droits et liberté du résident* ».
Plusieurs stratégies naissent de la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge dans cet établissement : « *La première action porte sur la formation Bientraitance dont l'objectif est le projet de labellisation Humanitude®* ».
« [...] Depuis 3 ans, une démarche de formation du personnel est mise en place en vue de la labellisation et j'estime que c'est un pan qui lui permet de voir autrement le résident, d'avoir avec lui une relation différente et plus respectueuse »

Ces propos confirment l'approche du philosophe André Comte-Sponville, lors du congrès du Synerpa[16] qui souligne l'importance de l'éthique dans la prise en charge des résidents : « *D'un côté, la liberté. De l'autre, la nécessaire protection des résidents atteints parfois de troubles susceptibles de les mettr e en danger* ». [...] « *Souvent opposées, elles sous-tendent les missions de tous les personnels d'Ehpad, directeurs et soignants. Pour autant, ces deux notions seraient-elles inconciliables ?* ».

La problématique de trouver un juste équilibre entre la sécurité et la liberté d'aller et venir a été également traitée au congrès du Synerpa, le 12 juin 2016 à Reims. Marick Fève, du groupe Humanis, a introduit la discussion sur le fait que les Ehpad « *sont confrontés à la*

[15] Référents Bientraitance : 4 AS ayant suivi la formation Référent Bientraitance

[16] Claire Beziau, *Liberté-sécurité des résidents : la voie de l'accompagnement éthique*. Article du 23/06/2016 Revue Gerontonews

gestion technique et administrative, avec de plus en plus de référentiels qualité et ce, afin de protéger au mieux la personne âgée ».

Des actions de formation relatives à la gestion des risques sont également des pistes d'actions pour assurer la sécurité de la prise en charge des résidents, comme le souligne le directeur de l'Ephad « A » : « *La problématique de la liberté d'aller et venir n'est pas nouvelle. S'il existe des pistes, on ne retrouve pas de textes précis pour l'encadrer. Cette notion anime l'état d'esprit de ceux qui prennent en charge les résidents et surtout la politique de l'établissement* ».

3 LEVIERS D'ACTIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR

Il est prouvé que la restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements médico- sociaux est rarement la conséquence de l'indifférence ou du manque d'humanité du personnel soignant. C'est pourquoi, l'application des recommandations appelle des changements de comportements individuels, des modalités de travail en équipe, des modifications de l'organisation et du fonctionnement des établissements. L'objectif n'est pas celui de la restriction des libertés des personnes accueillies mais celui de la **préservation et de la facilitation de l'exercice de leur liberté d'aller et venir** dans le cadre des nouvelles contraintes induites par l'allongement de la durée de vie humaine et l'accroissement de la vulnérabilité.

Les directeurs d'Ehpad[17] sont conscients en effet que des stratégies d'adaptation de l'offre de prise en charge sont nécessaires afin de tenir compte de l'augmentation du degré de dépendance et de dégradation de la santé des résidents.

Ainsi, le facteur humain est cité en premier et c'est d'abord la qualité de la relation des professionnels avec les résidents qui prime, mais cette condition requiert des personnels suffisants et bien formés. La conciliation entre la liberté d'aller et venir et la sécurité de la personne accueillie est une préoccupation quotidienne des établissements assurant la prise en charge des personnes vulnérables[18].

La qualité du bâti et du cadre de vie est également un axe stratégique primordial pour le respect de la liberté d'aller et venir (logements adaptés et sécurisés, activités « bien vieillir »...).

[17] KPMG, Ehpad : vers de nouveaux modèles ? Décembre 2015. kpmg.fr

[18] Causse [D*], Coord., Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité, Editions ENSP, 2006*

Le facteur humain pour promouvoir la Bientraitance

Au salon « Santé Autonomie »[19], une conférence organisée par la Fédération Française des Associations des Médecins coordonnateurs en Ehpad a fait le point sur les réflexions en cours concernant la promotion de la Bientraitance. « *La Bientraitance n'est pas l'opposé de la Maltraitance* » a résumé Stephen Meyer, vice-président de la FFAMCO. « *Même si c'est un concept toujours en évolution, il se résume parce qu'il favorise le respect et l'épanouissement et est organisé par tous les acteurs professionnels ou non, intervenant autour de la personne en Ehpad* ».

Pour favoriser un accompagnement personnalisé et individualisé, les directeurs, fortement attachés à la participation des résidents aux activités culturelles et à la vie sociale, affirment entre autres, leur besoin en personnels d'animation. Ces personnels leur permettent de maintenir les liens avec leurs proches, de garder une vie sociale et encouragent au respect de la liberté d'aller et venir. Les professionnels doivent également être garants de l'application du projet personnalisé, c'est-à-dire de ce que l'établissement met en place pour accompagner les résidents dans le but de satisfaire leurs besoins et attentes en lien avec leur histoire de vie et leurs capacités restantes. Cela leur garantit ainsi l'exercice de leurs droits et libertés individuels.

L'AD-PA rappelle avec force cette analyse de l'Anaes : « *la réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être humaine [...] ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels* ».

Le nombre de professionnels travaillant auprès des personnes âgées dépendantes est donc l'un des aspects majeurs du sujet en tant que cause et solutions aux difficultés actuelles. Il s'agit de « *toujours privilégier l'aspect relationnel et humain*[20] ».

La qualité du cadre de vie

Les travaux de rénovation voire de construction sont de plus en plus nécessaires pour répondre aux adaptations liées aux obligations réglementaires en matière de sécurité et d'accessibilité des lieux. En effet, l'accueil des personnes âgées plus dépendantes, à la santé plus fragile et souvent atteintes de maladies neurodégénératives et psychiatriques, entrainent depuis plusieurs années déjà des modifications profondes des Ehpad et ce, sur plusieurs volets (bâti, équipements, etc.).

Il faut par ailleurs, ajouter les nouvelles technologies de l'information et de la communication, la domotique, les objets connectés et les services numériques associés (géolocalisation) qui intègrent le cadre de vie.

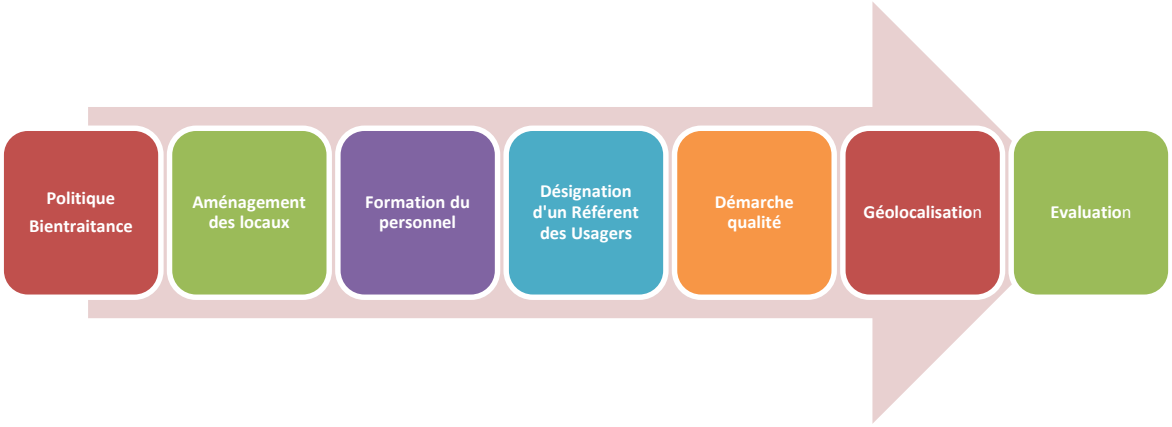
---

[19] Sandra Mignot, Hospimédia, 22 mai 2014

[20] Conférence de Consensus « Liberté d'aller et venir » 2004

Enfin, l'ouverture des Ehpad sur leur environnement n'est pas sans affecter leur organisation à travers notamment la mise en place d'espaces dédiés aux habitants et aux professionnels (salon de coiffure, jardin...).

Afin de piloter la « liberté d'aller et venir » tout en intégrant les deux composantes, un projet comportant 7 étapes peut être élaboré :



3.1 Politique de Bientraitance

Le directeur met en œuvre une politique de Bientraitance (volet du Projet d'établissement) en s'appuyant d'une part sur les attentes des personnes accueillies au regard de la liberté d'aller et venir et d'autre part, sur les recommandations de l'Anesm et de MobiQual qui reposent sur le triptyque suivant :

1. **Communiquer sur les droits de la personne accueillie :** communication interne des différents professionnels (soignants, socio-culturels, administratifs, techniques, logistiques) et se servir du CVS comme relais auprès des familles ;
2. **Désigner un Référent Bientraitance,** garant d'une organisation et de pratiques bientraitantes, en mesure notamment d'alerter ses collègues et de leur expliquer en quoi l'organisation est, ou pourrait être, maltraitante. Le référent Bientraitance participe ainsi activement à la conformité de sa structure, à l'amélioration de l'accompagnement des usagers et à la qualité de travail de l'équipe pluridisciplinaire.
3. **Promotionner les libertés** par la mise en place de **procédures de sorties extérieures**[21], validées en équipe pluridisciplinaire et diffusées, relatives aux différentes possibilités rencontrées à l'Ehpad ;
4. **Manager les équipes** en s'assurant de donner du sens à leurs pratiques professionnelles et à leur savoir-être (actions de formation, accompagnement de l'encadrement de proximité…).

[21] Procédures en annexe

3.2 Aménagement des espaces individuels et collectifs

Comme je l'ai précisé plus haut, la conciliation entre la liberté d'aller et venir et la sécurité de la personne accueillie est une préoccupation quotidienne des établissements assurant la prise en charge des personnes vulnérables[22]. Ainsi, les entraves à la libre circulation liées à l'architecture et à l'aménagement des bâtiments doivent être supprimées.

⇨**L'ouverture sur l'extérieur, la circulation intérieure et l'aménagement des espaces individuels et collectifs** doivent être des critères à prendre en compte soit lors de la conception d'un nouvel établissement, soit par des aménagements programmés, dans le cadre d'un établissement existant.

L'affichage de la charte des droits et libertés dans chaque chambre de résident peut constituer le moteur de communication non seulement sur ce principe mais également sur les obligations et devoirs du résident et du professionnel.

3.3 Formation du personnel

Il est nécessaire de développer pour les équipes soignante, administrative et technique, les compétences nécessaires leur permettant d'appliquer en toute connaissance de cause le principe de la liberté d'aller et venir.

Des actions de formation pourront compléter le plan pluri-annuel de formation sur les thèmes suivants :

- **Bientraitance** des personnes âgées avec l'outil MobiQual (principes généraux de la bientraitance, vidéos et pistes de débat pour l'animateur/formateur, fiches pratiques, diaporama de formation, ressources documentaires) destinée à l'ensemble des professionnels soignant et non soignant ;
- **Humanitude®** ou méthode Gineste-Marescotti, très développée dans les structures gérontologiques. Cette méthode repose sur une approche relationnelle et de son application en l'adaptant aux pratiques soignantes auprès des personnes atteintes de troubles psychiques ou non. Mais peu d'études concernant l'évaluation de la méthode existent avec une rigueur scientifique. On peut également regretter les méthodes marketing agressives de cette approche de soins. Cependant, elle peut être une solution pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées et fidéliser les personnels soignants[23].

[22] Causse [D*], Coord., Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité, Editions ENSP, 2006*

[23] Jean-Jacques Amyot, Travailler auprès des personnes âgées, 3e édition, Paris, Dunod, Juin 2008, p. 178-187

- **Accompagnement lors de son déplacement** (effectuer les déplacements en respectant les règles de sécurité et en stimulant l'autonomie, animation, communication…)
- **Gestion des risques** (développer une culture de prévention et de gestion des risques en EMS, mettre en place une organisation globale et coordonnée de la gestion des risques, s'approprier les outils de la gestion des risques dans une dynamique managériale)

Au-delà des compétences, il semble nécessaire d'accompagner le cheminement réflexif des agents, de les aider à travailler leurs représentations et de mesurer les effets et risques éventuels de la liberté d'aller et venir ; car c'est souvent par crainte de « ce qui pourrait arriver » que la liberté du résident est altérée, diminuée ou réduite par le personnel soignant notamment.

Dans le déroulement du stage, les représentations d'un panel de professionnels ont été investiguées, dans le but de mieux percevoir l'imagerie associée à l'idée d'une « sortie non autorisée du résident ». (cf annexe 8)

50 % des agents interrogés affirment que le résident n'est pas libre de sortir de l'établissement comme bon lui semble et qu'il doit au minimum en informer l'infirmière et/ou le médecin coordonnateur, voire même prendre leur avis. La moitié des agents pensent que le résident est libre d'aller et venir mais qu'il convient de tenir compte de certaines pathologies notamment psychiatriques avant d'autoriser la sortie en « liberté ».

100% des professionnels interrogés qualifient de « fugue » une sortie de l'ehpad sans prévenir quel que professionnel que ce soit. Le terme de « sortie non autorisée » n'est jamais proposé comme alternative de vocabulaire.

Un tiers des professionnels déclarent qu'en cas de sortie non autorisée d'un résident ils préviendraient la hiérarchie et la Direction. Un tiers des agents ajoutent la précision d'une recherche immédiate du résident dans l'enceinte de l'ehpad puis à l'extérieur. Un tiers des professionnels répondent par les termes de « peur », de « crainte », de « panique » pour qualifier leur réaction à une sortie non autorisée.

Deux tiers des professionnels évoquent la crainte d'une mise en danger du résident, évoquant des accidents de circulation (se faire renverser), ou le fait de se perdre. Un tiers évoque l'impossibilité de retrouver le résident ou de le retrouver mais décédé.

L'ensemble des professionnels choisissent les qualificatifs négatifs (risque de danger, risque de décès, risque d'accident) proposés en association à l'expression « Sortie non

autorisée ». Un seul agent accole à ces réponses négatives la probabilité d'une forme de maintien de l'autonomie, l'un des qualificatifs « positifs » proposés dans la liste.

80% des professionnels ont vécu une telle situation (sortie non autorisée) et ont ressenti une détresse intérieure, une panique, une peur, un sentiment de culpabilité. 20% de professionnels déclarent ne jamais avoir eu à gérer une telle situation mais ils associent à leur réponse pour une moitié d'entre eux la peur qu'ils auraient face à un tel contexte.

La grande majorité des professionnels (75%) insistent sur le côté « complexe » de la question entre liberté et sécurité. L'accompagnement du résident est cité par quasiment tous les professionnels comme un élément de solution. Le rappel du règlement intérieur et l'individualisation du projet de vie sont également cités comme éléments majeurs de solution. 15% des professionnels soulignent la nécessité d'en parler de manière large et banalisée avec les professionnels ou d'organiser des formations sur ce thème ou des échanges d'ordre éthique. 10% des professionnels citent des pistes liées aux nouvelles technologies (bracelets électroniques, puces, …)

L'enquête menée met en lumière des représentations essentiellement liées à des craintes, et des peurs de la mise en danger du résident, sans toutefois faire écho à de réelles expériences traumatisantes de la part des professionnels.

Le signalement et l'analyse des évènements indésirables ainsi que la participation du personnel aux CREX[24] (Comité de Retour d'EXpérience) peuvent permettre à tout un chacun de réduire sa crainte du pire et de faire évoluer ses représentations en confrontant l'imaginé et le vécu.

De manière complémentaire, l'instauration de « cafés éthiques[25] » permet également aux professionnels des différentes filières de s'interroger sur la liberté d'aller et venir du résident et de faire part de leurs difficultés, de leurs interrogations voire de leur conflit de valeurs autour de cette notion. Sans doute, pour paraphraser Elie Wiesel, « *ne sommes-*

[24] Le CREX, initialement développé en aviation civile, est une méthode de gestion de la sécurité des soins pouvant être destinée à un service médical, à une équipe de soins. Il s'agit d'un groupe de professionnels qui se réunit en général chaque mois pour analyser rétrospectivement les évènements indésirables liés aux soins détectés et signalés en vue de les gérer. Des actions d'amélioration sont alors envisagées, planifiées et mises en œuvre par les équipes.

[25] Les « Cafés éthiques » ouvrent un espace et un temps de réflexion aux professionnels des EMS pour réfléchir ensemble à des problématiques éthiques dans un cadre interactif et convivial. Ils sont organisés mensuellement autour de débat entre les professionnels et des intervenants pouvant avoir des positions divergentes sur un même enjeu. Chaque invité présente son point de vue en une dizaine de minutes et participe ensuite au débat. L'ensemble du personnel soignant et non soignant y est convié.

nous véritablement libres nous-mêmes qu'à la condition que tous les autres le soient ? »
Par conséquent, si le Directeur peut « libérer » les professionnels de leurs craintes et de leurs appréhensions en consolidant leur « réfléchir » et leur « agir » par un raisonnement éthique, alors il rend réellement libre le résident d'aller et venir.
N'oublions jamais que pour faciliter l'action, il faut avant tout travailler en amont sur les représentations. Ces actions constituent ainsi une communauté de valeurs que tous les services doivent partager, dans le respect des pratiques professionnelles spécifiques de chacun.

3.4 Désignation d'un Référent des usagers

Le référent des usagers co-construit le projet personnalisé avec le résident en tenant compte de ses capacités et de ses attentes afin de lui garantir une **qualité de vie** en institution et **veille au respect de sa liberté d'aller et venir**. Il assure ainsi une continuité entre le Projet d'établissement et le projet personnalisé du résident (cf. annexe 7). Au travers de la réévaluation et de l'actualisation du projet de vie personnalisé, le référent est amené à se poser la question de la concrétisation de la liberté d'aller et venir du résident. Il peut solliciter l'équipe pluridisciplinaire afin d'envisager des solutions pratiques pour un plus grand respect de cette liberté.

La démarche de mise en œuvre du projet personnalisé se décompose en 4 étapes :

3.5 Démarche qualité et gestion des risques

Le directeur s'appuie sur les recommandations de la Conférence de consensus pour définir les différentes procédures :

⇨ **Apporter une réponse humaine, organisationnelle et architecturale** à la **nécessité de restreindre la liberté d'aller et venir**.

La contention doit être très strictement encadrée, rappelant aux médecins prescripteurs intervenant à l'Ehpad que « *pratiquée de façon systématique, elle est interdite* ».

L'organisation doit être collégiale et fondée sur le multi professionnalisme (médecin coordonnateur, cadre de santé, soignants, animateur...) en associant le référent des usagers. Toutes les solutions possibles doivent être recherchées et examinées en staff.

La restriction doit être adaptable dans le temps et l'espace. De plus, un cadre doit être prescrit et faire l'objet d'un protocole.

⇨ **Evaluation des capacités, des besoins et des souhaits de la personne**, quelque soit son âge et son état de santé. Nécessaire avant toute décision d'action, cette évaluation a pour but d'améliorer la qualité et les conditions de vie de la personne, de l'accompagner dans la réalisation d'une activité et de maintenir ses relations humaines et sociales.

L'évaluation des capacités doit être complétée systématiquement par une mise en situation afin d'adapter les aides humaines et techniques, d'élaborer et d'adapter les projets de soins et personnalisé du résident. La situation de la personne doit être reconsidérée systématiquement lors de tout changement de son état de santé.

⇨ **Analyse des fiches d'évènements indésirables et des déclarations de chutes**

Ces documents permettent d'identifier, d'analyser et de traiter les risques liés à l'activité de l'établissement. Ils servent également à évaluer les risques et à anticiper les évènements indésirables liés à la liberté d'aller et venir en intra et extra établissement.

⇨ **Mobilisation de la famille et de l'entourage :** la famille et l'entourage doivent être associés à ces différents temps d'évaluation, en particulier pour convenir de l'aide qu'ils pourraient apporter pour permettre l'exercice de la liberté d'aller et venir, en articulation avec les professionnels, d'une part et les **intervenants bénévoles** d'autre part.

3.6 Géolocalisation

Pour répondre aux besoins du personnel soignant, les nouvelles technologies, comme les systèmes de repérage basés sur le GPS avec des bracelets[26] peuvent être envisagées. Elles « *peuvent permettre de conjuguer les droits et aspirations fondamentales d'autonomie et d'améliorer sensiblement la qualité de vie et la liberté des personnes vulnérables dans les meilleures conditions de sécurité. Le CNBD a élaboré une charte[27], en vue d'une expérimentation auprès des établissements accueillant des personnes âgées* »[28]. Toutefois, il est important de rappeler que l'usage d'un dispositif de géolocalisation doit être encadré par des **règles éthiques avec l'avis écrit du médecin** et le consentement de la personne concernée. Il faudra également prévoir les conséquences sur le suivi.

En effet, Jérôme Guedj souligne que « *les bracelets ne doivent pas être des substituts et entraîner la baisse de vigilance du personnel soignant* ». Il ajoute que « *la force d'un Ehpad, c'est surtout sa force humaine* ». Il semble néanmoins favorable à cette technologie à condition qu'elle soit *« utilisée à bon escient avec la nécessité d'un encadrement voire d'un cahier des charges »*. Selon lui, les bracelets de géolocalisation ne doivent pas nécessiter une utilisation quotidienne mais seulement être des cas d'exception pour les personnes les plus désorientées. *« Ils ne remplacent en aucun cas la présence du personnel soignant »*.

Toute mesure nouvelle devra faire l'objet avant sa mise en place d'une étude d'impact. Celle-ci associera les Autorités tarifaires, les représentants des personnes âgées, des familles et des professionnels et évaluera le temps supplémentaire passé, les moyens en personnels nécessaires et les financements nouveaux qui l'accompagneront.

3.7 Évaluation

L'évaluation de ces projets sera réalisée annuellement à l'aide d'un tableau de bord avec les indicateurs qui permettront d'assurer le suivi des actions réalisées tout au long de leur mise en œuvre. Dans un souci de qualité, cet outil permettra de :

- comparer la situation actuelle à une situation initiale de référence (objectifs),
- faire des recommandations et proposer des améliorations autour des projets,
- rendre compte aux Autorités tarifaires, aux professionnels et au CVS (bilan),

[26] Lina Tchalabi, La géolocalisation dans les EHPAD ne remplace pas la vigilance du personnel, HOSPIMEDIA 02/04/13 [Enquête & Analyse]

[27] Charte de géolocalisation, mars 2014, annexe 3

[28] Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

- d’évaluer la satisfaction des usagers par une enquête de satisfaction annuelle dont les résultats seront communiqués au CVS et aux professionnels.

Conclusion

Selon Aurore Catherine[29], l'équilibre à trouver entre la liberté d'aller et venir et la sécurité des résidents en Ehpad est un objectif périlleux que s'efforcent d'atteindre les gestionnaires de ces établissements. Ceux-ci sont en effet confrontés à des exigences qui paraissent à priori antagonistes, entre celles qui imposent de respecter les droits des résidents et celles qui commandent de leur garantir leur intégrité physique et mentale. Ce dernier impératif peut en effet être considéré comme un risque de maltraitance lorsqu'il s'agit de protéger le résident contre lui-même ou encore de protéger les tiers contre ses faits et gestes.

Certes, si la valeur constitutionnelle de la liberté d'aller et venir confère à celle-ci une primauté sur le droit à la sécurité, il n'en demeure pas moins que le directeur d'Ehpad doit trouver un juste équilibre entre ces deux exigences, qui permet d'encadrer ses responsabilités en cas de dommages.

Le directeur est donc le premier à se mobiliser afin de faire entrer dans la démarche continue de la qualité, le respect des droits et libertés de la personne âgée[30] et dans son management pour promouvoir la Bientraitance. Pour cela, il doit s'en donner les moyens : organisation en intra et extra établissement, responsabilités des différents acteurs (soignants, animateur, médecin coordonnateur, cadre de santé, administration...), formation continue du personnel, implication du Conseil de la Vie Sociale. De plus, le rapport entre les risques réellement encourus par la liberté d'aller et venir et les risques d'aggravation de l'état de santé, conséquence du confinement, doit être évalué, discuté avec la famille et l'entourage et régulièrement reconsidéré.

La formation fait également partie des leviers. On ne peut diriger son établissement dans le sens de l'amélioration des droits et des libertés des personnes âgées si l'ensemble des professionnels méconnait les droits et s'il ne dispose pas d'une culture commune. Des actions de formation pluriannuelles sur la liberté d'aller et venir et la Bientraitance doivent être programmées pour l'ensemble des professionnels.

Un autre levier peut être envisagé, celui de la désignation d'un référent des usagers qui a pour mission de veiller à ce que la mise en œuvre de cette liberté d'aller et venir soit effective, individualisée.

Le respect des droits fondamentaux et de la liberté d'aller et venir de la personne âgée accueillie dans un établissement médico-social ne peut pas reposer sur le seul investissement des professionnels. Un véritable partenariat avec des bénévoles doit être

[29] Revue générale de droit médical, RGDM n°56, 2015, p. 129

[30] Charte de la personne âgée de la fondation nationale de gériatrie et gérontologie (FNGG)

développé en définissant avec eux le cadre et les limites de leur participation, en leur apportant la formation et le soutien nécessaires. Les Autorités tarifaires doivent intégrer également cette dimension et la favoriser notamment par la mise à disposition de moyens financiers pour le développement et la promotion de ces formes de partenariat et les nouvelles technologies de la Silver économie.

Les Ehpad se doivent donc de renforcer leurs offres de services et de soins de qualité, en quantité suffisante et ainsi se doter de personnels adaptés et bien formés. En même temps, ils doivent rester des « lieux de vie », avec des services adaptés et personnalisés, liés à la vie quotidienne, à la vie sociale et ouverts sur l'environnement proche.

Tournons en conclusion notre regard vers certaines terres dites « d'innovation » telles que le Canada où se sont mis en place ce que la France a nommé lorsqu'elle les a étudiés des « Villages Alzheimer ». L'expérience menée consiste à concevoir les lieux d'accueil et d'hébergement comme de véritables « villages » où les personnes âgées sont libres d'aller et venir. La clé de l'expérimentation réside dans le fait que « l'aller et venir » du résident s'inscrit dans le cadre d'une institution élargie à la taille d'un mini-village. En repoussant les frontières de l'institutionnel et en englobant l'externe, le résident est libre de ses mouvements dans un espace semblant ouvert. L'offre de service elle-même est repensée avec un espace restauration ressemblant à s'y méprendre à un restaurant classique, des espaces snacking, des boutiques aux personnels formés à l'accueil des personnes âgées. Le projet peut même prendre la configuration d'un quartier dans la ville, cas de Hogewey[31], quartier de la ville de Terminus Weesp en Hollande, réservé à des personnes âgées démentes, 100 % « dépendantes » du personnel soignant pour les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, etc.) et libre de mener leur vie entre supérette, restaurant, salle de concert…

L'une des pistes réside peut-être dans le fait non pas de chercher à sécuriser le passage du résident de son lieu de vie à la société qui l'attend à l'extérieur des murs institutionnels, mais plutôt de faire venir la société extérieure dans son espace de vie et de virtualiser les murs de l'établissement. Gageons que pour atteindre cet objectif, il sera nécessaire que les Autorités tarifaires envisagent de rendre plus « libre » d'agir les directions d'établissements car le coût de ces projets peut constituer un frein majeur à cette innovation.

« Un être humain est libre, non quand l'autre ne l'est pas, mais quand l'autre l'est aussi ».

Elie Wiesel[32]

[31] myeurop.info/2012/03/01/hogewey-le-quartier-de-la-douce-demence-4760

[32] Elie Wiesel (30 septembre 1928-02 juillet 2016), Ecrivain et philosophe américain, Prix Nobel de la paix en 1986

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=i

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF, disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248

Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L.311-7 du CASF. Disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000431059

Circulaire n°138 DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu par l'article L.311-4 du CASF. Disponible sur internet :
http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-15/a0151172.htm

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 CASF. Disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810047

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponbile sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, portant réforme de la protection des majeurs. Disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000430707&categorieLien=id

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Art. 4, Affirmer les droits et libertés des âgés : 4-1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés, 4-2. Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement). Disponible sur internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, art. 4

Déclaration Universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, art. 13

Protocole additionnel n°4, article 2, de la Convention européenne des droits de l'homme, 16 septembre 1963

Pacte des nations unies du 16 décembre 1966 relatif aux droits civils et politiques, art. 12
Constitution du 4 octobre 1958, art. 55

CA Aix-en-Provence, 28 décembre 2008, n°2009-27

CA Poitiers, 23 novembre 2011, n°691,10/01090

Codes

Code de l'Action sociale et des familles

Code de la Santé publique

Code Civil

Code Pénal

Rapports

ANAP, 2013, *le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir*, 126p.

ANESM, 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé*, 47p.

ANESM, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social*, 44p.

ANESM, 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 70p.

ANESM, 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 2), Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, 59p.

ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualié de vie en EHPAD (volet 3), La vie sociale des résidents en EHPAD*, 63p.

ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualié de vie en EHPAD (volet 4), L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, 109p.

APAVE Certification, Evaluateur externe, 2012, *Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD Logis-Saint-Jean de La Rivière-Salée*, 99p.

DRESS, 2011, *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, dossier solidarité et santé n°18-2011, 76p.

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

DELARUE J.-M. *Rapport sur les lieux de privations des libertés*, février 2013

Recommandations de la Conférence du Consensus. *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité*, 24 et 25 novembre 2004

Ouvrages

ARBORIO A.-M., FOURNIER P. *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*. 3ème édition Armand Colin, 2014, 127p.

DESANTI R., CARDON P. *Initiation à l'enquête sociologique*. Editions ASH, 2010, 161p.

DONNIO I. *La prise en compte des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, mars 2015, documents 1 et 2. EHESP

GUEDJ J. *Plaidoyer pour les vieux. Tout est politique*, Edition JCG, 2013, 224p.

LHUILLIER J.-M. *Libertés individuelles et règlement de fonctionnement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux*, RDSS, 1999, p.811

LOUBAT J.-R., *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico sociale,* 2ème édition (Politiques et dispositifs), Edition Dunod, 2007, p.272

PAUGAM S. *Le lien social*. Collection encyclopédique, Editions PUF, que sais-je 3ème édition 2013, 127p.

Sites Internet

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012,

www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

Plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2004-2019

www.hospimedia.fr

www.gazette-sante-social.fr

www.gerontonews.com

www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndinsights/.../Etude-EHPAD-2015.PDF

http://fr.myeurop.info/2012/03/01/hogewey-le-quartier-de-la-douce-demence-4760

Supports multimédia :

MobiQual : Trousse de Bientraitance Personnes âgées dépendantes, Promotion de l'amélioration des pratiques professionnnelles : DVD, guide de l'animateur, Documents imprimables, plaquette de présentation, tableau éphéméride, outils d'évaluation

Liste des annexes

Annexe N°1 : Note d'observation / Méthodologie / Photo

Annexe N°2 : Propostion de plan pour la réactualisation du Projet d'établissement / fiches procédures (stage juin 2016)

Annexe N°3 : Charte de géolocalisation

Annexe N°4 : Questionnaire Ehpad

Annexe N°5 : Guides d'entretien

Annexe N°6 : Résultats de l'enquête Ehpad « A » (stage juin 2016)

Annexe N°7 : Fiche de poste Référent des Usagers

Annexe N°8 : Représentations de la liberté d'aller et venir du résident pour les professionnels d'un ehpad

Annexe N° 1 : Note d'observation

NOTE D'OBSERVATION

« *C'est par le bien-faire que se crée le bien-être»*

Proverbe Chinois

L'Ehpad « Les Madrépores », de Les Anses d'Arlet en Martinique est une structure publique médico-sociale autonome hébergeant des personnes âgées dépendantes, où j'exerce ma fonction de directrice depuis le 1er mai 2013.
Compte tenu du thème de mon mémoire et de la commande qui m'est faite de réaliser cette journée d'observation, c'est donc le mercredi 18 novembre 2015, de 6h30 à 18 h que je me suis prêtée à l'exercice, en sachant que depuis 2014, j'avais annoncé à l'équipe que je passerais une journée dans l'établissement pour comprendre les modalités de la prise en charge des résidents, dans le cadre de l'animation et de la vie sociale. Aucune date n'avait été indiquée au préalable.
Ma question de départ est : comment s'organise la circulation de l'usager à l'intérieur et à l'extérieur de l'Ehpad dans le cadre de l'animation et la vie sociale ?
Pour conduire mon observation, je me suis installée séquentiellement, à plusieurs points stratégiques de l'établissement :

- sous le carbet (zone collective située entre les pavillons Mahogany et Flamboyant)
- sous la véranda du pavillon Mahogany donnant vue sur l'entrée automatisée de la structure, côté nord
- à l'accueil du bâtiment administratif
- au bureau infirmier (pavillon Mahogany), tout ceci pour avoir une vue sur toutes les activités de la structure d'une part et sur l'espace de vie des résidents, d'autre part. Ainsi, j'étais en mesure d'apprécier les allées et venues et les faits et gestes des professionnels autour des résidents et de leurs familles.

Ancienne maternité devenue pouponnière, puis dispensaire et ensuite Ehpad, l'établissement, d'architecture très ancienne, n'a pas bénéficié de réhabilitation. Sa reconstruction est actuellement en cours et la fin des travaux est prévue pour décembre 2016. D'une capacité de 38 lits, il héberge des personnes âgées d'au moins 60 ans, des deux sexes et offre un service d'accueil et d'accompagnement aux personnes âgées atteintes de troubles psycho-comportementaux en installant un lien de confiance avec les familles. Il est situé au centre-ville, à proximité de la plage, des commerces et des transports. Composé de deux bâtiments en « L » équipés de vérandas qui servent d'espace de déambulation : le pavillon Mahogany abrite 7 chambres triples équipées de toilettes et salles de bain communes et le pavillon Flamboyant, compte 1 chambre double et 5 chambres triples, les salles de bain et de douche sont placées au bout du bâtiment. L'établissement est doté de deux portails, donnant sur la rue, côté nord et côté sud, d'une cour intérieure, avec espace vert et jardin, où s'érige un « Carbet » (cf Annexe) ouvert, regroupant les activités de jour des résidents. Le pavillon administratif, les services généraux et le bureau du médecin coordonnateur sont indépendants les uns des autres.

En raison des travaux de la nouvelle structure contiguë au site actuel, les entrées et sorties sont réglementées. L'établissement ne dispose pas de vidéo surveillance. L'entrée principale se fait par le côté nord, à l'aide d'une sonnerie, que doivent activer les visiteurs. Le personnel dispose d'un bip d'accès qui lui permet d'ouvrir le portail également aux visiteurs. L'entrée par le côté sud est réservée aux résidents lors de leurs sorties collectives à pied vers la ville pour leur éviter un trop long parcours en passant par le côté nord. Les pavillons sont de plain-pied ce qui permet un accès direct et facile au jardin et au Carbet, favorisant ainsi la libre circulation des résidents pouvant se déplacer soit de manière autonome soit avec une aide-technique. Néanmoins, il existe de nombreux dénivelés qui nécessitent des précautions. La structure est dotée d'un espace bien-être, contigu au bureau infirmier sur le côté sud du pavillon Mahogany. Le bureau de l'animateur est implanté à côté de la petite salle de soins, tous deux ont accès à l'espace collectif (Salon télé). Il n'y a pas d'espace pour les familles. En fait, le carbet sert à la fois de lieu de rencontres et d'espace de vie. C'est l'endroit où sont réalisées certaines activités : socialisation, accueil des familles, activités manuelles, manifestations à thème, fêtes, anniversaires, animations, gym douce, culte etc. Il n'y a pas non plus d'espace de détente pour le personnel, le bureau infirmier ou le carbet jouent ce rôle.

Pour préparer ma journée, j'ai élaboré un guide sous forme de tableau proposant des indicateurs centrés sur l'usager et l'animation (cf. annexe « dans la peau de l'usager ? »). J'ai consulté les outils MobiQual afin de m'inspirer et de concevoir une feuille de route type pour l'observation. L'objectif de cette journée consiste à avoir une vision extérieure, différente de celle de ma fonction de gestionnaire afin de percevoir les logiques et les besoins des usagers en matière d'animation et vie sociale. Il s'agit de comprendre de manière la plus réelle possible comment l'usager vit, se sert, comprend, reçoit ce qui est fait pour lui, comment il développe sa propre utilisation des lieux et des services. Est-il considéré comme objet ou comme acteur par les professionnels ?

J'ai choisi de faire cet exercice dans mon établissement où j'ai adopté la posture d'observateur. Certains membres de l'équipe soignante ont paru étonnés voire amusés de me voir dans cette posture inhabituelle. En ce qui concerne les résidents, je n'ai pas eu de sollicitations d'emblée, hormis celles de Jenny, toujours très contente de me voir dans son champ d'action, mais chaque fois que j'en croisais un, un signe de la tête m'était adressé comme une marque d'attention. J'ai pu ainsi découvrir les aspects du service hôtelier au moment du petit-déjeuner et du déjeuner ainsi que l'évolution des résidents sur la journée.

En amont, j'ai échangé avec le médecin coordonnateur afin d'avoir ses appréciations relatives à cette journée, mais le concept ne lui était pas familier et j'ai finalisé ma préparation seule en utilisant les consignes transmises par l'animatrice de l'atelier mémoire DE.

La structure étant composée de deux pavillons, avec une prise en charge différente en fonction du profil des résidents j'ai dû finalement réduire le périmètre de mon observation pour me consacrer aux résidents autonomes ou semi-dépendants. J'ai également préparé des scénarii au cas où je devrais interagir avec les usagers et décidé ainsi d'observer les moments forts de la journée.

Afin de prendre des notes de manière précise, j'ai élaboré un planning avec une chronologie de la journée débutant à 6 heures 30 et finissant à 18 heures (cf. annexe).

Ce jour-là, dès 6 heures 30 certains résidents sont levés, le calme règne dans l'établissement. Quelques-uns sont déjà préparés par l'équipe de nuit et attendent au salon Télé, d'autres arrivent et prennent place petit à petit dans la salle de restauration. Jenny et Pierreline, résidentes très dynamiques, sont déjà à pied d'œuvre et aident à la

mise en place du réfectoire. Le silence règne encore, mais pas pour longtemps, car Constant tout guilleret, son poste de radio en main, audible par tout le monde, se rapproche de la salle à manger. La radio est là pour rappeler que la vie s'éveille aussi à l'extérieur. Elle égrène la diffusion des nouvelles du pays, l'énoncé des avis d'obsèques et des communiqués, tout cela entrecoupé de séquences musicales qui font fredonner Georges. Quant à Lily dans son fauteuil coquille, elle ne cesse pas de marquer le rythme de la biguine d'une de ses mains en écoutant la musique traditionnelle du pays.

8 heures 30, installés par les soignants, tous les résidents s'apprêtent à prendre leur petit déjeuner. L'IDE, tout en distribuant les médicaments du matin à prendre au petit déjeuner, échange quelques mots, répond aux sollicitations des résidents.

8heures 45, l'agent de cuisine organise le service en plateau individuel, sous l'œil vigilant de l'aide-soignant qui en vérifie la présentation et le contenu relativement copieux, par ailleurs : (café, chocolat, lait, beurre, charcuterie, pain et fruit frais). Il est attribué à chaque résident son verre ou sa timbale et le pichet d'eau est posé sur chaque table.

9 heures 20, les résidents se dispersent, soit vers le salon télé, soit vers le carbet pour les plus autonomes. Après le petit déjeuner, ce jour-là, il y a l'animation « Gym douce ». L'animateur, aidé du kiné accompagne certains résidents du bâtiment Flamboyant sous le carbet pour bientôt commencer la première activité de la journée. Entre temps, le moniteur sportif prépare les lieux pour cette activité : mise en place de la sono, du micro, sortie du matériel de sport (cerceaux, ballons, balles…) Deux résidents ont attiré mon attention et je propose d'observer leur mouvements, leurs relations avec le personnel en poste ce jour-là et avec les autres pensionnaires.

Il est 10 heures, la séance commence. Une majorité de résidents, en tenue (maillot vert), est présente en fonction de leur capacité. Lily et Monique en fauteuils y participent également selon leurs possibilités, à l'inverse de Georges et Modeste, dont ce n'est pas le hobby. Si Georges, plutôt discret, aide à la préparation des lieux, il s'en va dès le début des exercices, revêt sa tenue de jardinier (bottes, chemises à manches longues et pantalon de couleur sombre, casquette) pour s'occuper de ses plantes entre autres, les médicinales utilisées pour la préparation du traditionnel « té péyi », servi chaque soir dans un but thérapeutique. Je note que ce jardin est sa chasse-gardée.

Modeste, sandales aux pieds, vêtu d'un bermuda bleu jean et tee-shirt publicitaire blanc qui a déjà fait sa 1ère tournée en ville, ce matin, vient, regarde le groupe de sportifs et repart en direction de l'IDE, malgré l'insistance du moniteur. Le portail, côté nord s'ouvre.

11 heures, « après le sport, le réconfort… ». Une collation est servie à l'issue de cette séance de « Gym douce », il s'agit généralement d'une boisson fraiche faite d'eau aromatisée de sirop. Entre temps, l'IDE vient me trouver pour une signature d'un bon de commande de médicaments à la pharmacie de ville, quand arrivent en visite deux représentants du Lions Club avec des dons pour les résidents. Bien évidemment, j'ai dû interrompre mon observation pour les accueillir et les remercier. Jenny revient me manifester sa joie de m'avoir avec elle sous le carbet. Evidemment, très conviviale, elle a souhaité me dire sa satisfaction d'être avec nous à l'Ehpad de Les Anses d'Arlet. « *J'aime ici.. !* ».

11h35, je jette un regard en direction du portail pour voir Modeste qui revient de l'extérieur, un petit cabas à la main. Il rentre et fait sa distribution à Monique et à Pierrette, à qui il remet respectivement un paquet de cigarettes et un Coca Cola.

12 heures, les deux agents de la cuisine s'afférent pour organiser la mise en place du réfectoire pour le déjeuner. Tous les résidents regagnent le réfectoire pour déjeuner

sous le contrôle de l'aide-soignant. Le repas terminé, le temps de la sieste arrive et les soignants regagnent le bureau infirmier pour la transmission d'équipe, il est 13 h 45. Cet après-midi-là, une séance de dessin a été proposée aux résidents complétée par une activité de belotte.

Modeste repart en ville après sa sieste, pour une absence de 35 minutes environ. Il revient à 16 heures. Il échange avec ses voisins dans le salon télé.

C'est aussi l'heure du goûter servi par l'aide-soignant.

16h30, Georges s'adresse au Cadre de Santé qui actionne l'ouverture du portail situé au nord : « *Le diner sera servi à 17h 15, Georges*… » Comme pour un rappel et inscrit quelque chose sur un document.

17 h 15, Georges n'est pas revenu et le diner est servi. *« On pense à réserver le plateau de Georges… »* entend-on de l'aide-soignant. Il revient à 17h30. Son repas lui est servi sous le carbet en échangeant avec l'aide-soignant.

A l'issue du diner, certains résidents regagnent le salon télé, d'autres, leurs chambres où les soins pour la nuit sont dispensés. Entre 18 heures et 19 heures, c'est le rituel du «Té péyi » et peu à peu, le silence prend le dessus sur l'espace de vie, la nuit tombe et l'Ehpad « Les Madrépores » commence à s'endormir.

Au terme de mon observation, il convient de souligner les mises en évidence suivantes :

Je fais le constat en fin de journée qu'il est difficile d'effectuer un stage même durant une journée au sein de sa structure car j'ai été interrompue deux fois pour des besoins évidents.

La typologie des pathologies des résidents isole l'institution de son environnement social, bien que l'Ehpad « Les Madrépores » soit implanté au cœur de la cité. Peu de résidents valides manifestent le souhait de sortir hors les murs de l'Ehpad, d'où l'intérêt de mettre l'accent sur la qualité et le contenu de l'animation sociale.

S'agissant des sorties pour l'achat de produits non contrôlés par les soignants : cela peut constituer un risque non maitrisé pour les résidents qui présentent certaines pathologies.

S'agissant de l'organisation de l'espace de vie collective : l'architecture ancienne n'offre pas d'autres lieux d'activités, même si des efforts sont faits pour rendre l'espace attrayant et convivial. De plus, l'animateur présent, doit laisser sa place au moniteur sportif pour l'activité de « gym douce ».

J'observe que le contrôle de l'entrée principale de l'Ehpad peut échapper à la vigilance des professionnels s'ils n'accompagnent pas les allées et venues.

Le jardin ne doit pas être entretenu que par un seul résident. Le jardinage gagnerait à intégrer le plan d'animation de l'Ehpad, un projet de jardinage en bacs surélevés pourrait offrir une alternative d'animation à des résidents moins mobiles.

En conclusion, évoquer l'animation sociale en Ehpad, revient à se poser la question de sa propre vieillesse. La réponse appartient donc à chacun selon sa personnalité, son histoire et son environnement social et culturel. Au terme de cette observation, l'animation sociale au sein de l'établissement « Les Madrépores » de Les Anses d'Arlet m'amène à souligner son caractère contenant, au sens où les résidents exprimant leur satisfaction n'envisagent plus la sortie hors les murs. Il m'apparait donc nécessaire d'auditer prochainement l'équilibre entre animation interne et externe à l'établissement.

Annexe 1 Bis : Résumé

LOUEMBA-LETI	Mireille	29 Novembre 2016

Diplôme D'Etablissement

« Directeur d'Ehpad et Droits des Usagers : Enjeux, outils, méthodes »

« La liberté d'aller et venir en EHPAD :

Freins et leviers pour le maintien du lien social autour de l'usager »

Promotion 2015-2016

***Résumé** :*

Directrice par intérim dans un Ehpad Public Autonome d'une capacité de 42 lits autorisés mais 38 installés, j'ai choisi de suivre la formation du DE de « Direction d'Ehpad et droits des usagers : enjeux, outils, méthodes ». Cette formation m'offre l'opportunité de mieux comprendre l'aspect réglementaire dans le fonctionnement d'un Ehpad.

Ma motivation pour le sujet traité dans le cadre de mon mémoire-projet s'appuie sur une expérience vécue.

Ma question de départ est la suivante : ***comment concilier la liberté d'aller et venir en Ehpad et assurer la protection et la sécurité de la personne vulnérable. Quels sont les leviers et les freins pour le maintien du lien social autour de l'usager ?***

L'approche qualitative qui guide mon questionnement se fonde sur une journée d'observation en me mettant dans la peau de l'usager, de la recherche documentaire, des enquêtes de terrain par entretiens. Mon hypothèse de départ tourne autour de l'animation sociale, ce qui est offert aux résidents et comment ils se l'approprient.

Les outils méthodologiques utilisés m'ont permis de vérifier mon hypothèse et de mettre en parallèle l'organisation de l'Ehpad « les Madrépores » autour des résidents.

J'ai pu au terme de mon exploration faire des préconisations relatives à l'application des bonnes pratiques professionnelles sur le sujet.

Ainsi, la promotion de la bientraitance, la désignation d'un référent des usagers, la mise en place des procédures pour encadrer les sorties des résidents, le renforcement des compétences du personnel, à l'exemple du Canada : la mise en place de mini-villages Alzheimer, une réflexion sur la géolocalisation, la mise en des cafés éthiques sont autant de pistes permettant d'améliorer les pratiques

professionnelles.

La conduite de ce projet me servira de base à ma réflexion lors de l'intégration du nouveau bâtiment qui accueillera 50 résidents d'ici le 1 er trimestre 2017. A court terme, néanmoins, mes préconisations s'attachent à appliquer les outils de la loi du 2 janvier 2002 en tenant compte de la réalité du terrain.

Mots Clés :

EHPAD –Usagers – Résidents - Alzheimer - Animation Sociale -Liberté d'aller et venir - Offre de service

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.

Photo du « Carbet »

Journée d'observation « dans la peau de l'usager »

Structure médico-sociale	
Statut	
Adresse	

Groupe d'usagers	Tranche d'âge :
	Sex-ratio :
	CSP :
	GIR :

Date de la séance d'observation	
Emplacement ou adresse du site	
Durée de l'observation	

Présentation de la note d'observation	
Item d'observations	☑ La pratique ☑ Les espaces ☑ Les interactions ☑ Les demandes, etc.
Note d'observation (2 à 3 pages)	⇨Intro - Le choix du lieu (intérêt ?) - La question centrale que l'on se pose sur les usagers - La méthodologie d'observation utilisée
	⇨Analyse (les 2/3 de la note d'observation) : - Dire en quoi cela nous interroge concernant la place, les besoins ou les droits des usagers ?
	⇨Conclusion
	⇨Annexes : - Méthodologie en détail - Outils utilisés/guide d'observation, etc.
Construction d'une grille d'observation	- Descriptif des lieux, des acteurs… *(Cf. Doc 1)* - Plan des lieux, éventuellement plusieurs plans plus ciblés et des cartes de déambulation - Descriptif des activités d'animation *(Cf. Doc 3)* Chiffrer différents éléments : - le temps, - les flux, - la durée des interventions *(Cf. Doc 2)*
Prise de note sur le terrain	Noter également : - les bribes de conversation, en les datant (heure) et en notant systématiquement les circonstances dans lesquelles l'étudiant les a entendues, - le lexique indigène, - quelques interactions qui semblent particulièrement significatives (qu'elles impliquent ou non un échange verbal).

Photographies	Possibilité de recourir à la photographie (après autorisation).

Une journée en Animation…

Grille d'observation		
Le lieu	Décrire l'environnement du lieu :	
	Est-ce un lieu ouvert, public ?	
	L'entrée : libre, assistée, contrôlée ?	
	A quel usage le lieu est dédié ?	
	L'activité qu'on y observe correspond-elle à un usage ponctuel ou habituel de ce lieu ?	
	Quelle est son occupation ?	
	Faire un plan général du lieu.	
L'inventaire des objets	A la fois du décor, et noter aussi ceux qui sont mobilisés par les usagers ; et quel usage en est fait ?	
Les acteurs	Combien de résidents sont là ? Combien de personnel ? Leur qualité ? Noter leur position dans l'espace (faire un plan). Comment viennent-ils ? Noter le flux : entrées et sorties (avec si possible des marques temporelles, noter l'heure). Concernant les usagers, noter les caractéristiques apparentes : sexe, âge, tenue vestimentaire, etc. Existe-t-il des liens d'interconnaissances entre les personnes présentes ? Distinguer « les habitués », éventuellement l'accueil aux nouveaux venus… (si un nouveau est accompagné, y a-t-il des présentations faites ?)	
L'activité ou les activités	Les activités en cours répondent-elles à des règles formelles ? Quelles sont-elles ? (voir grille « Les différentes activités d'animation ») Comparer le déroulement effectif de l'activité à ces règles ? (Règles : projet d'animation institutionnel, charte de l'Animation en Gérontologie, etc.)	
Qui fait quoi ?	Noter s'il existe une activité centrale (celle qui réunit le plus de monde et/ou qui fait le plus de bruit et/ou vers laquelle les regards sont tournés), des activités secondaires ? Quels sont les rôles remplis par les différents acteurs (usagers/professionnels/bénévoles) ? Y a-t-il une division du travail ? Selon quels critères ? Sexe ? Âge ? CSP ? Si interactions verbales : noter les tours de prise de parole, la durée des interventions, la hauteur et le ton de la voix…	

Observation de l'usager pendant l'activité			
Communication verbale	**Communication non verbale**	**Communication avec les autres usagers**	**Communication avec les professionnels**
Comportement calme, apaisé	**Comportement détendu**	**Comportement agressif, agité**	**Comportement Aucun changement**
Expression du visage détendu	**Expression du visage souriant**	**Expression du visage soucieux**	**Expression du visage autres**

Une journée en Animation…

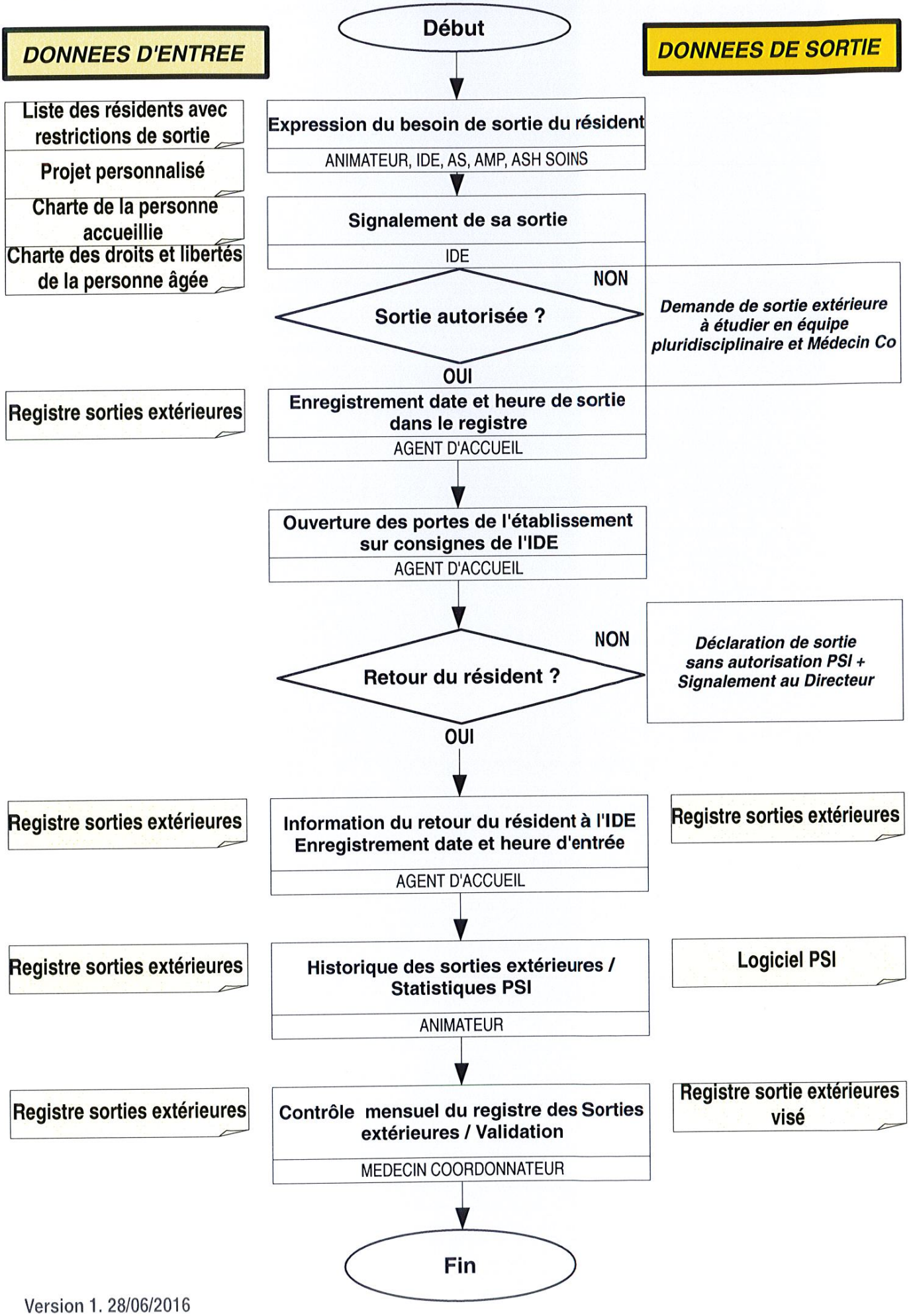
Planning des activités d'animation au fil de la journée			
Horaire	**Activités / Lieu**	**Acteurs**	
		Usagers	**Professionnels Bénévoles**
7h30			
8h00			
8h30			
9h00			
9h30			
10h00			
10h30			
11h00			
11h30			
12h00			
12h30			
13h00			
13h30			
14h00			
14h30			
15h00			
15h30			
16h00			
16h30			
17h00			
17h30			
18h00			

Les différentes activités d'animation		
TYPES D'ACTIVITES	**ACTIVITES PROPOSEES**	**OBSERVATIONS**
ACTIVITES MANUELLES	☐ Arts plastiques ☐ Travaux manuels ☐ Décoration ☐ Bricolage ☐ Pâtisserie ☐ Cuisine ☐ ……..… ☐……..	
ACTIVITES COGNITIVES	☐ Jeux ☐ Mémoire ☐ Jardinage ☐ Lecture ☐ …… ☐…….	
ACTIVITES SENSORIELLES	☐ Bien-être ☐ Socio-esthétique ☐ Musique (manipulation, écoute) ☐ Chant ☐ Dégustation de fruits ☐ Loto des odeurs/toucher ☐ …… ☐…….	
LIEN SOCIAL	☐ Journal ☐ Discussion ☐ Sorties ☐ Repas ☐ …… ☐ ……	
AUTRES ACTIVITES D'ANIMATION	☐ …… ☐ ……..……. ☐ …… ☐ ……..…….	

PROPOSITION DE PLAN POUR LA RÉACTUALISATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

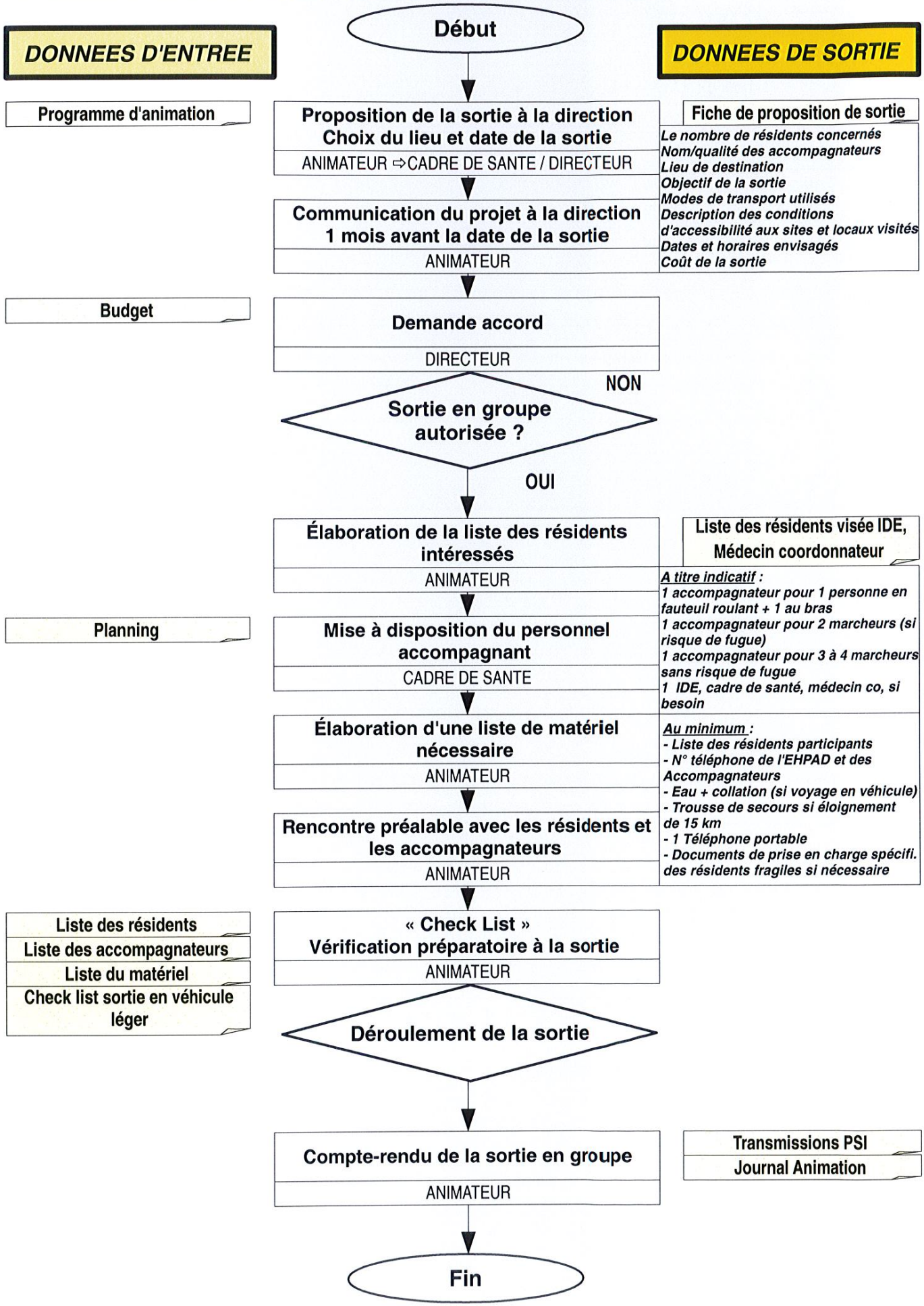
Projet institutionnel Conseil d'Administration Directeur	• Orientations stratégiques de l'établissement • Missions et Valeurs • Politique de Bientraitance
Projet d'accompagnement personnalisé Cadre de santé Equipes Résidents et familles	• Besoins sociaux des personnes accueillies • Projet personnalisé individualisé • Organisation de la vie • Communication
Projet médical et de soins Médecin coordonnateur Cadre de santé Paramédicaux	• Besoins médicaux des personnes accueillies • Soins préventifs, curatifs et palliatifs • Coordination entre les acteurs • Prise en charge de la douleur • Accompagnement de la fin de vie
Projet social Directeur Cadre de santé Administratifs	• Politique sociale de l'établissement • Plan pluriannuel de formation • Gestion prévisionnelle des emplois • Communication
Projet qualité et gestion des risques Référent qualité Directeur Professionnels Résidents et familles Partenaires	• Organisation de la démarche qualité • Politique qualité / gestion des risques • Démarche d'évaluation et dynamique d'amélioration

Procédure de sortie extérieure / résident autonome



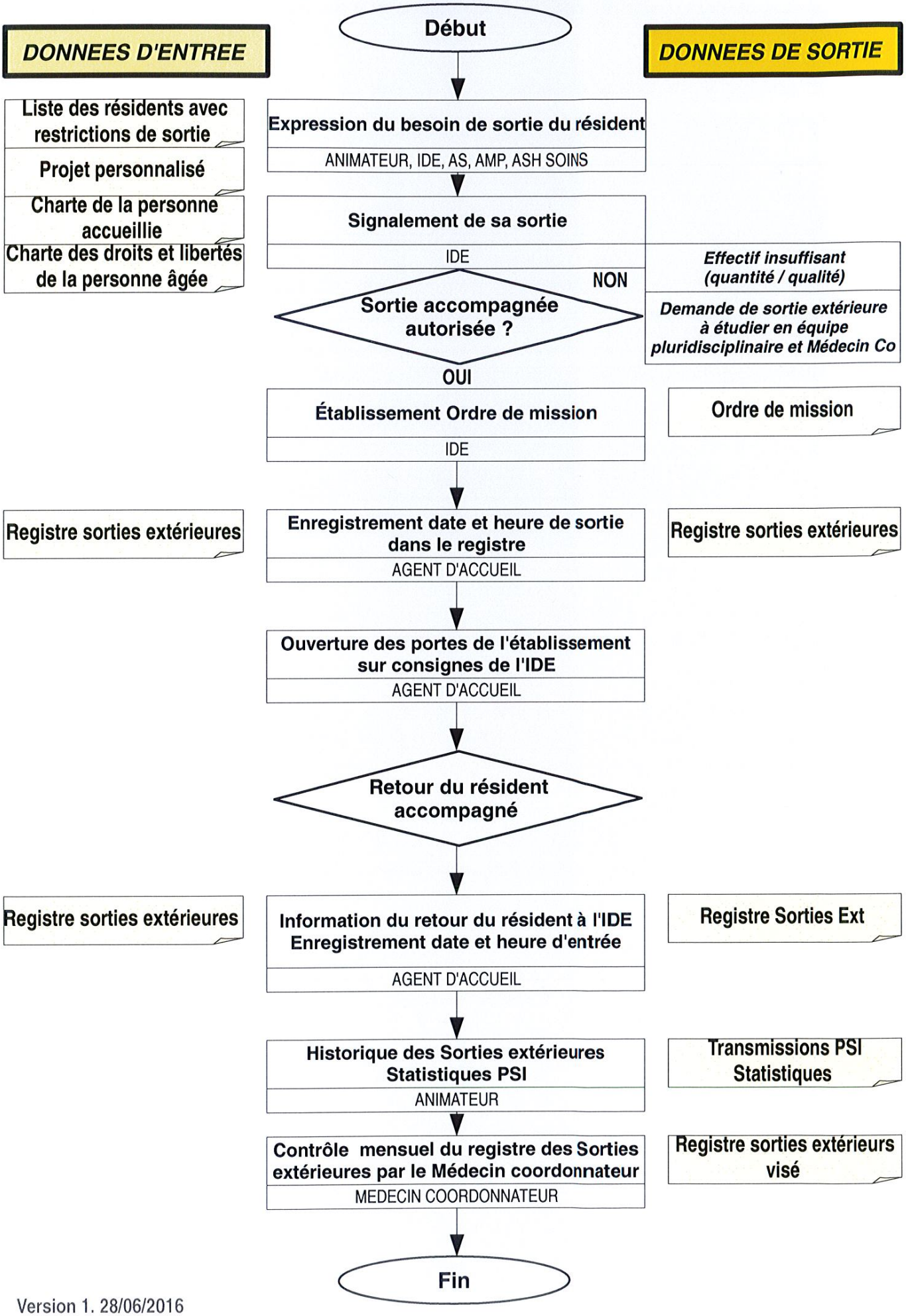
Version 1. 28/06/2016

Procédure de sortie extérieure en groupe de résidents



Version 1. 28/06/2016

Procédure de sortie extérieure / résident dépendant



Version 1. 28/06/2016

Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation en gérontologie au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles

Préambule sur les valeurs et objectifs de la présente Charte

Les technologies, quelle que soit leur nature, doivent être mises au service de l'homme et de son aspiration à aller et venir librement, et non l'inverse. Les technologies de géolocalisation peuvent contribuer à conjuguer les droits et aspirations fondamentales de liberté d'aller et de venir, de sécurité et de qualité de vie, et ce notamment des personnes vulnérables souhaitant bénéficier du meilleur niveau possible d'autonomie et de qualité de vie, tout en facilitant et en rendant moins astreignante la vigilance bienveillante de leurs proches ou des professionnels de santé et socio-éducatifs. La capacité de chacun d'organiser les différentes implications de son avancée en âge est ainsi facilitée.

La présente charte vise l'emploi le plus judicieux et équilibré de dispositifs de géolocalisation dont les usages professionnels sont encore en phase émergente, tandis que les technologies proprement dit sont disponibles et que leurs usages sociaux se développent rapidement dans le grand public. Le développement de ces technologies doit évidemment être respectueux des droits et garanties requis par les consommateurs et utilisateurs disposant par ailleurs pleinement des facultés leur permettant de les faire valoir et de les faire respecter. Le développement de ces utilisations en population générale est d'ailleurs un facteur important d'accessibilité financière et de réduction des coûts unitaires d'acquisition et d'abonnement, sans préjudice des efforts qui doivent être encore menés pour réduire le reste à charge. Tel est le cas également des progrès dans la mise en œuvre des technologies elles-mêmes, notamment dans leurs qualités intrinsèques de « continuité territoriale » tant à l'extérieur que dans des locaux d'habitation. Pour autant et concernant spécifiquement les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, il est apparu important de mettre en avant les valeurs et « bonnes pratiques » susceptibles de contribuer à structurer une offre de services encore émergente, et permettre d'aider à distinguer les solutions de qualité intégrant des dispositifs de géolocalisation.

Ces technologies ne sauraient évidemment se substituer à la nécessité de relations humaines suivies, et d'un accompagnement professionnel adapté pour les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles. Cet appui technologique est facilitateur par la réassurance qu'il procure à l'entourage et aux professionnels qui sont mobilisés. Pour autant, cet appui des technologies ne doit en rien dériver vers un usage de supervision continue ou de « pointage » des personnes concernées, en lieu et place des aides et interventions humaines adaptées, professionnelles ou non. Si la personne est désorientée, agressive, ou déambule sans but apparent, le premier rôle des proches et des soignants est de rechercher et d'identifier, voire de résoudre, les raisons de ce comportement afin de mieux répondre à ses besoins et comprendre ses désirs. De même et si la personne concernée se débarrasse continûment du dispositif de géolocalisation, alors il conviendra de considérer qu'il s'agit d'un refus et d'une cohérence qui doivent être respectés, quand bien même leur forme ne serait pas verbalisée ou écrite d'une manière directement intelligible. Pour que cette volonté puisse être respectée, il convient que le dispositif puisse être enlevé sans difficulté si la personne en exprime le désir. Dans ces situations, une réévaluation collégiale de la situation est menée, afin d'élaborer une approche alternative adaptée au contexte.

La mise en place d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation doit s'inscrire dans le cadre d'un projet personnalisé défini avec la personne concernée, et le cas échéant avec son curateur ou son tuteur ou son mandataire spécial, ou son mandataire dans le cadre de l'exécution d'un mandat de protection future, quand une décision de justice lui donne compétence pour ce faire. Bien évidemment, le projet personnalisé et sa temporalité tiennent compte des différences tenant aux différences de situation pour la contribution du dispositif de géolocalisation à l'atténuation et à la compensation de troubles cognitifs ou psychiques. Si la mise en place du dispositif de géolocalisation intervient dans le cadre d'un établissement ou d'un service sanitaire, social ou médico-social ayant fait le choix de proposer une solution de géolocalisation, elle doit s'inscrire également dans le cadre global et préalablement défini d'une politique institutionnelle explicitée dans le projet d'établissement ou de service ou le projet institutionnel, après concertation avec les instances de concertation avec les usagers et leurs associations représentatives (conseil de la vie sociale, commission des représentants des usagers et de la qualité de la prise en charge).

La technologie doit être placée au service du projet personnalisé et le projet doit être régulièrement réévalué. Un dispositif de « surveillance à demeure » mis en place sur la personne sans projet ni réévaluation de celui-ci ne ferait qu'identifier la personne vulnérable à son équipement électronique ou magnétique, à l'instar d'un objet.

La présente charte de bonnes pratiques relatives à l'emploi des solutions intégrant des dispositifs de géolocalisation au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles reprend en 10 points les valeurs et principes énoncés ci-dessus, qui en sont les clés de lecture et d'interprétation.

La présente charte se donne pour objectif également d'organiser un déploiement des solutions intégrant un dispositif de géolocalisation, aujourd'hui à leurs débuts, en valorisant à la fois :

- leur potentiel d'utilité et de promotion de l'autonomie et de la liberté d'aller et de venir pour les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, et leurs proches ;
- l'intérêt d'une maturation et d'une structuration des dispositifs techniques et des solutions qui les intègrent, tant du point de vue de la qualité de service et des garanties apportées aux utilisateurs, que de la possibilité d'engendrer des économies d'échelle et de peser ainsi à la baisse sur les coûts d'acquisition ou d'abonnement ;
- une réévaluation régulière des avancées et des difficultés de mise en application des principes de la présente charte de bonnes pratiques, et de son amélioration et de son actualisation continues, dans le cadre d'un comité de suivi réunissant les organisations signataires et les pouvoirs publics.

Article 1er : Principe général

Il ne saurait être institué un recours systématique à la géolocalisation pour toutes les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, à domicile ou en établissement sanitaire, social ou médico-social : le recours de principe est donc exclu.

Le recours aux dispositifs de géolocalisation ne peut s'inscrire que dans le cadre d'un projet personnalisé de soins et d'accompagnement, dont les modalités d'élaboration rechercheront le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Le retrait ou les tentatives répétées d'enlèvement du dispositif de géolocalisation par la personne concernée doivent être considérés comme un refus de sa part, et cette cohérence doit être respectée, quand bien même elle ne serait pas directement intelligible. Dans le cadre d'un établissement ou d'un service sanitaire, social ou médico-social ayant fait le choix de proposer une solution de géolocalisation, l'usage d'un dispositif de géolocalisation doit s'inscrire préalablement dans le cadre global du projet d'établissement ou de service ou du projet institutionnel.

Dans le cadre du projet personnalisé, régulièrement réévalué, la géolocalisation peut apporter des réponses utiles à des situations et à des attentes particulières. Ainsi, l'utilisation de la géolocalisation doit être considérée et appréhendée comme un outil d'accès à une plus grande liberté d'aller et venir pour la personne concernée. Les troubles des fonctions intellectuelles doivent être médicalement attestées par un praticien ayant une compétence ou une expérience en ce domaine, préalablement à la mise en place d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation.

En aucun cas, un dispositif de géolocalisation ne doit avoir pour objet de pallier des besoins en aide humaine en diminuant leur quantification ou en influençant l'évaluation des besoins de soins et d'accompagnement, le droit au retrait du dispositif étant constant.

Article 2 : Bientraitance et promotion de l'autonomie : Subsidiarité et Proportionnalité

Le recours aux dispositifs de géolocalisation doit être inscrit dans le respect de la primauté de la personne, garantie par une appréciation médicale de son opportunité concernant les troubles des fonctions intellectuelles et par le recueil de son consentement libre et éclairé.
Conformément aux dispositions légales en vigueur, la personne concernée doit se voir garanties dans la mise en œuvre d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation :
- la préservation de sa dignité, de sa vie privée, de son intégrité, de son intimité, de sa liberté d'aller et venir,
- la préservation de sa sécurité, sur la base d'une identification et d'une prévention des risques qu'elle peut encourir, du fait des troubles de ses fonctions intellectuelles et des conditions de vie qui sont les siennes, ainsi que de ses projets.

L'utilisation des dispositifs de géolocalisation s'inscrit dans les logiques de subsidiarité et de proportionnalité, afin d'assurer un juste équilibre entre ces deux dimensions de recherche du plus haut niveau possible d'autonomie et de qualité de vie d'une part, et de recherche des meilleures conditions de sécurité, d'autre part. L'utilisation d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation s'intègre donc dans une évaluation bénéfices/risques et ne peut être assimilée à la possibilité d'un « risque zéro », ni être abordée comme une garantie d'évitement de tous accidents ou incidents pour les personnes concernées, leurs parents, leurs protecteurs et leurs proches. En effet, les causes de ces accidents ne sont pas toujours identifiables à l'avance, et leur survenance ne peut être toujours prévenue. Ainsi, leurs conséquences ne sont pas toujours évitables, dans le cadre d'une démarche normale de prévention des risques à laquelle participe l'emploi de dispositifs de géolocalisation.

Article 3 : Information adaptée

Toute personne présentant des troubles des fonctions intellectuelles, vivant à domicile ou dans un établissement sanitaire, social ou médico-social, doit être informée, de manière adaptée à sa capacité de discernement, sur la possibilité de disposer ou non d'une solution intégrant un dispositif de géolocalisation en rapport à sa situation, ses activités et ses aspirations. Si cette possibilité existe, cette information porte notamment sur les modalités d'utilisation et les alternatives possibles à la géolocalisation, en termes d'accompagnement et de prévention des risques d'accident. La personne est également informée que le dispositif de géolocalisation ne pourra être mis en place sans son consentement, dans les conditions prévues à l'article 6, et qu'elle peut revenir à tout moment sur son consentement. Le cas échéant, son curateur ou son tuteur ou son mandataire spécial, ou son mandataire dans le cadre de l'exécution d'un mandat de protection future, sont informés dans les mêmes conditions.

La famille et les proches de la personne, sous réserve de l'accord de celle-ci, bénéficient d'une information sur sa situation, personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part.

En cas d'accueil au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social, ou d'un accompagnement social ou médico-social à domicile, la politique institutionnelle d'usage ou de non usage d'un dispositif de géolocalisation et les modalités d'information et de concertation sont inscrites préalablement dans le cadre global du projet d'établissement ou de service ou institutionnel. Dans ce cadre, les modalités de cette information ainsi que la référence aux valeurs et principes de la présente charte de bonnes pratiques sur l'emploi des dispositifs de géolocalisation, figurent également dans le livret d'accueil, le règlement intérieur ou de fonctionnement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge le cas échéant.

Article 4 : Prévention et assistance

L'utilisation des solutions intégrant des dispositifs de géolocalisation doit toujours être envisagée comme un moyen d'accompagnement des personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles et de leur projet personnalisé, ce qui implique que la solution qui intègre un dispositif de géolocalisation est aussi destinée à assurer la prévention des risques et, le cas échéant, permettre de concourir concrètement à l'assistance à la personne concernée : il ne s'agit donc pas seulement d'employer un dispositif matériel ou logiciel, lequel n'a pas de fin en soi, mais de mettre en œuvre une solution organisationnelle intégrant un dispositif de géolocalisation, qui pourra être paramétré pour son activation ou les modalités d'intervention si besoin, en cohérence avec le projet personnalisé.

Article 5 : Qualité, sécurité et configuration de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation

Les solutions de géolocalisation pour des personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles - et les dispositifs sur lesquels ils s'appuient - devront assurer aux acquéreurs et utilisateurs les avantages escomptés, tout en garantissant l'absence de nuisances ou de dangers pour les personnes portant ces dispositifs, et pour leurs proches en précisant notamment :

- la configuration du dispositif qui doit être adaptable à la situation à traiter –paramétrage personnalisé - et dont la forme ou l'aspect ne doivent pas comporter d'éléments péjoratifs ou stigmatisants pour la personne concernée ou ses proches,
- les conditions de garantie technique, matérielle et logicielle, des dispositifs,
- les modalités d'emploi, lesquelles rechercheront une intelligibilité optimale, y compris aux moyens d'écriture et de communication adaptés aux personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, ainsi qu'une intégration aisée dans les pratiques des établissements et services utilisatrices de la solution,
- l'offre de formation proposée par le fournisseur pour maîtriser la solution et son adaptation aux situations à prendre en compte ;
- les garanties apportées du point de vue des libertés publiques, en termes d'archivage et d'effacement périodiques des données de localisation enregistrées, le cas échéant.

Article 6 : Mise en place du dispositif et consentement de la personne

Le recours à une solution intégrant un dispositif de géolocalisation nécessite l'avis favorable d'un médecin dont le rôle est d'attester que la personne présente des troubles des fonctions intellectuelles, ainsi que de

l'opportunité et de l'intérêt pour elle de recourir à un dispositif de géolocalisation dans le cadre de sa prise en charge.

Le consentement libre et éclairé de la personne est recueilli préalablement à la mise en œuvre de tout dispositif de géolocalisation. En aucun cas, il ne doit être exigé de la personne concernée d'expliquer les raisons d'un éventuel refus.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, et qu'elle est placée sous une mesure de protection juridique relative à la personne, la décision de mettre en œuvre une solution intégrant un dispositif de géolocalisation relève du juge des tutelles, ou du conseil de famille s'il a été constitué, sous réserve des décisions urgentes qui peuvent être prises par la personne chargée de la protection, dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil.

Dans tous les cas de figure, le retrait ou les tentatives répétées d'enlèvement du dispositif de géolocalisation par la personne concernée doivent être respectés et compris comme un refus dont la cohérence doit être accueillie, même si sa forme n'est pas directement intelligible.

Article 7 : Protocole d'activation de la solution et de déclenchement de la géolocalisation

Les modalités d'activation de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation et de déclenchement de celle-ci sont paramétrées lors de la mise en service avec l'accord de la personne intéressée, ou de la personne chargée de sa protection dans les cas prévus à l'article 6.

Le fournisseur de matériel ou le prestataire de service de géolocalisation doit contractuellement indiquer les fonctionnalités du dispositif et le périmètre du service fourni, ainsi que les différents types d'utilisateurs concernés par la mise en place et l'exploitation du service.

Dans le cas d'un service de géolocalisation, un protocole écrit de déclenchement d'alerte personnalisé doit être établi entre le prestataire, la personne concernée, et le cas échéant la personne chargée de la protection et/ou le directeur de l'établissement.

Une procédure écrite est définie par chaque établissement ou service sanitaire, social ou médico-social, en cohérence avec les dispositions contractuelles convenues avec le fournisseur de matériel ou prestataire du service de géolocalisation, après avis du conseil de la vie sociale ou de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. La procédure définit les modalités éventuelles –selon les situations- d'un signalement aux services de l'Etat.

La responsabilité du fournisseur de solution s'inscrit dans le périmètre des prestations contractuelles et des modalités d'intervention convenues, et il appartient au commanditaire de la solution intégrant un dispositif de géolocalisation de prendre les dispositions de prévention qui lui incombent.

Article 8 : Labellisation des solutions et dispositifs de géolocalisation

Les matériels utilisés dans le cadre de solutions de géolocalisation feront l'objet d'une démarche de labellisation dans le cadre prévu par l'action 1.4 du contrat de filière Silver économie, ainsi que d'une évaluation de la solution globale du service rendu décrite à l'article 10.

Article 9 : Traitement des données à caractère personnel

Le recours à une solution intégrant un dispositif de géolocalisation induit la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel sous le contrôle de la CNIL et dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité, dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978.

Pour rappel, lorsque la solution de géolocalisation est proposée et organisée par un établissement ou un service sanitaire, social ou médico-social, il revient au représentant légal de l'établissement ou du service d'effectuer les déclarations nécessaires auprès de la CNIL.

Lorsque la solution de géolocalisation est adoptée et acquittée par un particulier, il revient au représentant légal du fournisseur de matériel ou du prestataire de service d'effectuer les déclarations nécessaires auprès de la CNIL.

Article 10 : Evaluation

L'évaluation interdisciplinaire périodique des solutions de géolocalisation participe à la démarche qualité des prises en charge et des accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle soutient l'amélioration des recours aux dispositifs et des pratiques des acteurs engagés.

Questionnaire de terrain

Cette fiche est indispensable pour la connaissance de votre établissement médico-social

FICHE de PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL Date du projet d'établissement (PE) : /_____/_____/	
Identification	- Nom de l'Etablissement : EHPAD L. S. J. Statut juridique : Associatif Nom du directeur de l'établissement : M. S. Jean-Michel Adresse de l'établissement : 6 rue Nérée Péria Code postal : 97215 commune : Rivière-Salée Numéro FINESS : 970203 202 Tél standard : 0596 68 02 07 Tél direction : 0696 94 45 11 Tél cadre de santé paramédical : 0696 06 36 33 Tél médecin coordonnateur/référent médical : 0696 45 08 06 Fax : 0596 68 24 49 e-mail : logis.saint.jean@wanadoo.fr Site internet : non
Classification	- Établissement pour personnes âgées dépendantes : o **Hébergement permanent : oui** o Hébergement temporaire : non o UHR – Unité d'Hébergement Renforcée : non o PASA – Pôle d'Activité et de Soins Adaptés : non o **Accueil de jour : oui** o Autres :.....
Capacité d'accueil	- **Hébergement permanent nombre de lits : 52 lits** - Hébergement temporaire nombre de lits : lits - PASA - Pôle d'Activité et de Soins Adaptés nombre de places : places - UHR - Unité d'Hébergement Renforcée: nombre de lits : lits - **Accueil de jour nombre places : 4 places** o dont place pour la prise en charge Alzheimer : 6 - Autre, (précisez) _____ capacité : - **CAPACITE TOTALE AUTORISEE : 56 lits/places** - Habilitation à l'aide sociale : oui Si oui, quel est % : 100% - Payant(s) : oui Si oui, quel est le % : 9,6% - Taux d'occupation 2015 : 88,8%
Typologie de la population accueillie	**Proportion habituelle** de : o personnes à mobilité réduite (fauteuil roulant ou aide technique) : % o personnes âgées autonomes : % o personnes grabataires : % **GMP : 782** **PATHOS : 257**
Personnel de l'établissement	Effectif total du personnel de l'établissement en ETP : 37 ETP dont administratifs : 3 dont le Directeur Médicaux/paramédicaux : 15,60 Animateur : 1
Projet d'Etablissement	Mise en place du Projet d'Etablissement (PE) : oui validé : oui diffusé : oui
Livret d'accueil des usagers	Mise en place du Livret d'accueil des usagers : oui validé : oui
Règlement de fonctionnement	Mise en place du Règlement de fonctionnement : oui validé : oui Article relatif à la liberté d'aller et venir : oui
Contrat de séjour ou DIPC	Mise en place du Contrat de séjour / DIPC : oui
Conseil de la vie sociale	Mise en place du Conseil de vie sociale : oui Si oui, date de création du CVS : Renouvellement 16 janvier 2016 Fréquence des réunions du CVS : 1 fois/trimestre
Projet de vie individualise	Mise en place du Projet de vie individualisé : oui
Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Affichage de la charte : oui
Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance	Affichage de la charte : oui

Charte de la personne hospitalisée : usagers, vos droits	Affichage de la charte : non
Projet d'animation	Programme d'animation : oui (annuel et pour les temps forts) Programmation des activités extérieures culturelles et de loisirs : oui Activités intergénérationnelles : oui avec les écoles Véhicule dédié au transport des résidents : non Formation initiale de l'animateur : autodidacte Titulaire du BPJEPS spécialité « animation sociale » : non
Gestion des risques	- Gestion des risques : o Hébergement : oui o Soins : oui o Circuit du linge : oui o Information médicale et de la confidentialité : oui o Circuit des médicaments : oui o Restauration : oui o Environnement : oui - Outils de prévention : o DARI pour la maitrise du risque infectieux : oui o Plan Bleu : oui o Evaluations gérontologiques (évaluation du risque de chute, du risque nutritionnel, de la démence, des troubles du comportement, etc.) : oui (Rapport d'activités) o Recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm, HAS, societes savantes, MobiQual : oui o Evaluation interne : oui o Evaluation externe : oui Si oui, plan d'actions : oui
Plan de formation	Action de formation sur le respect des droits et libertés du résident : non Action de formation sur la bientraitance en EHPAD : oui Action de formation Humanitude® : oui Action de formation sur le projet de vie personnalise : oui Action de formation sur les risques en EHPAD : oui

1. **Ressources Humaines**

CATÉGORIE	ETP
Direction	
Administration	
Services généraux	
Animateur	
Psychologue	
ASH	
ASH diplôme AVS	
AS	
AMP	
AS/AMP certifie ASG	
IDE	
IDEC	
Cadre de sante	
Médecin coordonnateur	
Pédicure-podologue	
Autres	
TOTAL	

2. **Caractéristiques du public accueilli**

GIR	Nombre	%
GIR1-2		
GIR 3-4		
GIR 5-6		

Répartition de l'origine géographique:……

Âge moyen des résidents :…… ans

Durée moyenne de séjour :…… ans

3. Autres caractéristiques

Pathologies / Troubles	Nombre	%
Maladies neurodégénératives		
Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés		
Maladie de Parkinson		
Démences		
Maladies cardiovasculaires		
Troubles sensoriels (audition, DMLA…)		
Troubles psychiatriques		
Arthrose		
Cancer		
Troubles anxio-dépressifs		
Maladies ostéoarticulaires		
Incontinence urinaire		
Autres		

4. Gestion des réclamations/plaintes des usagers

Dispositif de recueil des réclamations/plaintes des usagers : oui☐ non☐

Si oui, quel est le dispositif :……

Nombre de réclamations/plaintes des usagers par an :……

Communication des données au CVS : oui☐ non☐

Répartition des réclamations/plaintes des usagers

Thèmes	Nombre	%
Alimentation		
Traitement du linge		
Animation		
Restriction d'aller et venir		
Actes de maltraitance		
Chutes		
Sortie à l'insu du personnel		
Autres		

5. **Existe-t-il une vie sociale hors de l'établissement :** oui☐ non☐

   Si oui, précisez :……

6. **Existe-t-il une politique de gestion des risques à l'EHPAD :** oui☐ non☐

   Si oui, la GDR est-elle un volet du projet d'établissement ? oui☐ non☐

Guide d'entretien avec le directeur

Date : |___|___|_____| ***Entretien n°*** |_____|

Début entretien : ___h___ ***Fin entretien :*** ___h___ ***Durée :*** _____ ***minutes***

NOM :	**Prénom :**	Âge :	Sexe : Feminin ☐ Masculin ☐
Fonction :		Ancienneté dans l'établissement : an(s)	

1er thème : Ouverture

- Rappel de l'objectif de l'entretien et présentation rapide de mon parcours

2ème thème : Le métier de directeur d'Ehpad

- Parcours de l'interlocuteur

3ème thème : La liberté d'aller et venir en Ehpad

- Projet d'établissement : « *volet spécifique portant sur les moyens de maintenir l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne, sociale, citoyenne [...] alliant la sécurité et liberté ?* »
  « *Comment concilier vous « libertés » et « sécurité » des résidents au sein de votre Ehpad ?* »
- Droits des usagers
- Droit à la sécurité
- Charte de la personne accueillie :
  Article 7 Droit à la protection
  Article 8 Droit à l'autonomie
  Article 10 Droit de l'exercice des droits civiques
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance : « *comment est appliquée la charte ?* »
- Cadre réglementaire de la liberté d'aller et venir
- Organisation de l'accompagnement personnalisé de l'usager à l'intérieur et à l'extérieur

4ème thème : Sécurité à l'Ehpad

- Modalités de la sécurité à l'Ehpad : « *votre Ehpad est situé au centre ville (atout = intégration dans la vie sociale, comment le valoriser ?* »
- Les différentes dimensions
- La géolocalisation
- Modalités de sortie des personnes accueillies : « *modalités clairement explicitées dans le PE et expliquées à la personne et à sa famille dès son admission ?* »
- Obligation de sécurité de moyens
- Faute de surveillance et responsabilité de l'Ehpad

5ème thème : Projet personnalisé

- Modalités de co-construction et de mise en œuvre du projet personnalisé
- Bientraitance
- Organisation spécifique pour favoriser cette démarche : « *personnel qualifié spécifiquement formé et avec des compétences, soutenu et en nombre suffisant pour accompagner les personnes âgées* »
- Ouverture de l'Ehpad sur et vers son environnement : comment, avec qui ?

6ème thème : Appréciation personnelle

- Amélioration du dispositif en cours à l'Ehpad : « *Souhaitez-vous apporter des améliorations pour maintenir le lien social de vos résidents à travers le renforcement de l'animation ?* »
- Suggestions pour répondre à ses attentes : « *Auriez-vous des suggestions pour permettre aux établissements médico-sociaux de mieux répondre aux attentes des usagers ?* »

7ème thème : Conclusion

- « *Nous arrivons à fin de notre échange, avez-vous quelque chose à rajouter ?* »
- Remerciements

Relances verbales prévues

1. Qu'évoque pour vous le terme : autonomie – entretien de la mobilité physique (gym, tai chi, jardinage, promenade) – libertés individuelles –
   Ethique (*réflexion éthique par l'équipe sur le niveau de risque acceptable et les conditions dans lesquelles elle peut assurer pour chaque personne accueillie un bon équilibre entre libertés de circuler et sécurité*)
   Ethique sur le port du bracelet électronique, caméra de surveillance
   Politique de gestion des risques
2. Pensez-vous qu'il convient de faire quelque chose ? Avec quels moyens ?
3. Comment pensez-vous que cela va évoluer ?

Guide d'entretien avec les résidents

Date : |___|___|_____| ***Entretien n°*** |_____|

Début entretien : ___h___ ***Fin entretien :*** ___h___ ***Durée :*** _____ ***minutes***

NOM :	**Prénom :**	DN : Âge :	Sexe : Feminin ☐ Masculin ☐
Milieu rural ☐ Milieu urbain☐		GIR : 1-2 3-4 5-6	

1er thème : Ouverture

- Rappel de l'objectif de l'entretien et présentation rapide de mon parcours

2ème thème : Admission et accueil à l'Ehpad

- Parcours de l'interlocuteur : « *Racontez-moi votre entrée à l'Ehpad* »
- Co-construction du projet personnalisé : « *Avez-vous collaboré à votre projet personnalisé (de vie) ?* »
- Organisation de l'accompagnement au quotidien : « *Comment se passe votre vie quotidienne dans l'établissement ?* »
  Achats, promenade, sortie à l'extérieur, jardinage, vote, vie associative, etc.

3ème thème : Sécurité à l'Ehpad

- Modalités de la sécurité à l'Ehpad
- Les différentes dimensions
- Satisfaction de l'usager : « *Etes-vous satisfait des systèmes de sécurité mis en place pour votre protection et celle des autres résidents ?* »

4ème thème : Liberté d'aller et venir en Ehpad

- Modalités : « *Réalisez vous des sorties ? De quel type ? A quel rythme ?* »
- « *Quand vous souhaitez sortir à l'extérieur de l'établissement, comment cela se passe ?* »
- Ouverture sur et vers son environnement : « *Avez-vous gardé des contacts avec vos relations avant votre arrivée à l'Ehpad (familles, amis, proches et autres) ?* »

5ème thème : Appréciation personnelle

- Amélioration du dispositif en cours à l'Ehpad : « *Souhaitez-vous apporter des améliorations au maintien de votre vie sociale hors de l'établissement ?* »
- Suggestions pour répondre à ses attentes : « *Auriez-vous des suggestions pour permettre à l'établissement de mieux répondre à vos attentes ?* »

6ème thème : Conclusion

- « *Nous arrivons à fin de notre échange, avez-vous quelque chose à rajouter ?* »
- Remerciements

Relances verbales prévues

1. Qu'évoque pour vous le terme : liberté d'aller et venir, sécurité, droits de la personne âgée, projet personnalisé, charte
2. Pensez-vous qu'il convient de faire quelque chose ? Avec quels moyens ?
3. Comment pensez-vous que cela va évoluer ?

Annexe N°6 : Résultats de l'enquête Ehpad « A »

Tableau n°1 : Répartition de l'équipe pluridisciplinaire

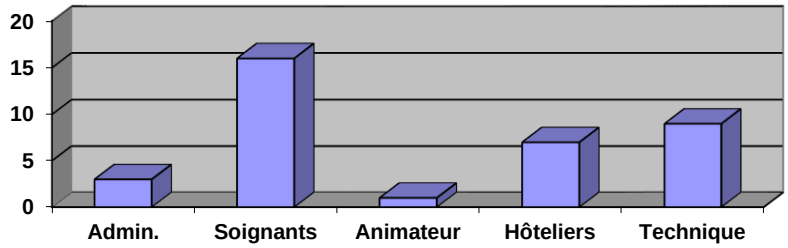


Tableau n°2 : Répartition du personnel

CATEGORIE	ETP
Direction	1
Administration	2
Services généraux : - Cuisinier - Veilleur de nuit - Agent tech - Diététicien	9,16
Animateur	1
Psychologue	0,50
ASH	6
ASH diplômé EAES	1
AS / AMP : dont 4 AMP dont 5 certifiés ASG	11,70
IDE	2,40
Cadre de santé	1
Médecin coordonnateur	0,50
Pédicure podologue	1 à la prestation
TOTAL	**37,60**

Tableau n°3 : Répartition des GIR

GIR	Nombre
GIR 1-2	38
GIR 3-4	12
GIR 5-6	2

Tableau n°4 : Répartition des GIR

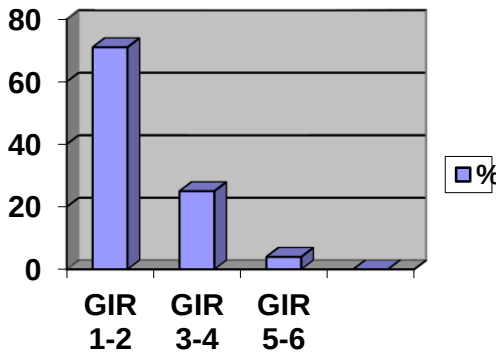


Tableau n°5: Répartition de l'origine géographique

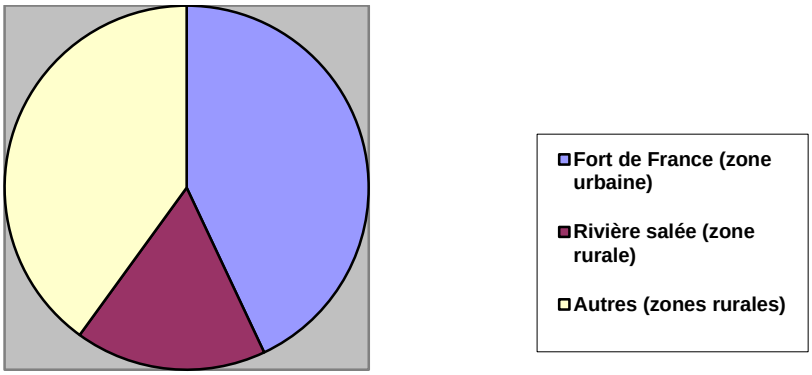


Tableau n°6 : Pathologies des résidents de l'Ehpad « A »

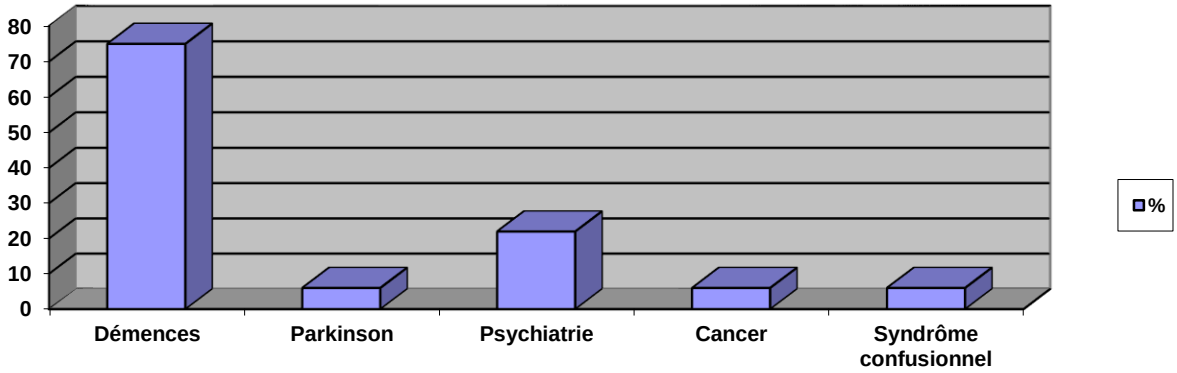


Tableau n°7 : Réclamations/plaintes des usagers de l'Ehpad « A »

Typologie des réclamations / plaintes
Alimentation
Traitement du linge
ANIMATION
RESTRICTION D'ALLER ET VENIR
Actes de maltraitance
Autres

FICHE DE POSTE RÉFÉRENT DES USAGERS

INTITULÉ DU POSTE

FONCTION ET GRADE : Référent des Usagers / AS/AMP

POSITION DANS LA STRUCTURE

- Liaisons hiérarchiques : Direction, Cadre de santé
- Liaisons fonctionnelles : Infirmière et équipe pluridisciplinaire

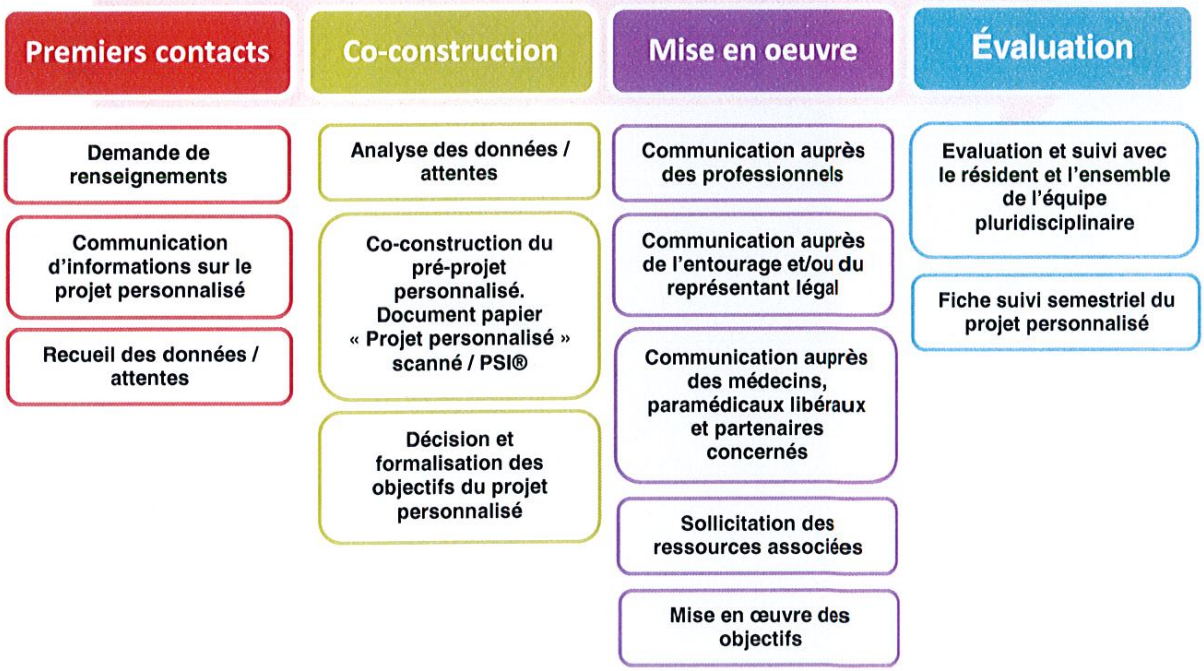
MISSION DU POSTE

MISSION PRINCIPALE

C'est dans ses Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de décembre 2008, "Les attentes de la personne et le projet personnalisé", que l'Anesm (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux) préconise la fonction de référent de l'usager.

Le rôle de Référent des usagers résulte des principes énoncés dans la loi 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Sa fonction fait notamment écho au **"droit de participation directe de l'usager ou de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne"**. Un droit également énoncé dans l'article 311-5 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles), qui permet à toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social, ou son représentant légal, de faire appel à une personne qualifiée. L'objectif étant, pour la personne accompagnée, d'être aidée à faire valoir ses droits.

Le Référent des usagers est chargé de l'accompagnement social des personnes accueillies à l'Ehpad. Il élabore et met en œuvre le **projet personnalisé** de l'usager en tenant compte de son autonomie et de ses attentes afin de garantir une **qualité de vie** en institution, et assure son suivi.
Le Référent des usagers co-construit le projet personnalisé avec le résident et/ou son représentant légal. Il structure les actions autour du projet de vie du résident et assure la co-animation avec l'usager et le professionnel référent (IDE, AS, AMP, ASG...). De plus, il structure le suivi et les indicateurs de pilotage du projet personnalisé et réalise le bilan du projet d'accompagnement, suivant les modalités suivantes :



Il assure ainsi une continuité entre le Projet d'établissement et le projet personnalisé du résident et veille au respect des droits et libertés des personnes accueillies.
Il/elle est l'interlocuteur privilégié du résident et de sa famille ou proches.
Il veille au respect des droits et libertés des personnes prises en charge (charte de la personne accueillie, charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance)
Respect et application des procédures, des fiches de bonnes pratiques, etc.
Signaler tout dysfonctionnement.
Encadrer et former des stagiaires.

MISSION ANNEXE

Le Référent des usagers accompagne la personne aux différents rendez-vous médicaux et paramédicaux, de même qu'aux ateliers et aux sorties extérieures. Il/elle participe aux séjours thérapeutiques.

INFORMATION / COMMUNICATION

Le Référent des usagers transmet ses observations orales et écrites sur les supports adéquats au vu de l'élaboration, la mise en œuvre du projet personnalisé, par le partage de ses observations avec le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire.
Participation aux réunions de service.
Participation à des actions de formation liées à sa fonction et au secteur gérontologique.
Le Référent des usagers est tenu au respect professionnel et au devoir de réserve.
Il/elle informe les familles/tuteurs à la demande du cadre de santé et/ou des infirmières.

COMPÉTENCES REQUISES	QUALITÉS REQUISES
- Capacités rédactionnelles - Connaissances du cadre réglementaire sur les droits et les devoirs des usagers	- Capacité à écouter, soutenir, informer et conseiller - Aptitude à travailler en équipe - Respect de la hiérarchie et des résidents - Goût de l'animation

Les Madrépores	**FICHE DE BONNES PRATIQUES** **Projet personnalisé**	Rédaction *Août 2016* Validation COPIL Qualité *Août 2016*

Intérêt

Le **PROJET PERSONNALISÉ** (terme retenu par l'Anesm) est une démarche de co-construction du projet d'accueil et d'accompagnement entre la personne âgée, son représentant légal et les équipes professionnelles.

Le projet personnalisé se définit par ce que l'établissement met en place pour accompagner le résident dans le but de satisfaire ses besoins / attentes. Il personnalise l'**accompagnement quotidien** en s'appuyant sur ses besoins et ses attentes, en lien avec son histoire de vie et sur ses **capacités restantes**.

Le projet personnalisé est un **droit de l'usager** et non une obligation.

La notion de projet personnalisé est inscrite au sein de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (art. L.311-3 du CASF), qui indique que l'exercice des droits et libertés individuelles de la personne doit notamment être assurée par : « *la participation directe ou à l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ».

Public concerné

- **L'équipe de direction**
- **Le référent des usagers**
- **Le personnel soignant et socio-culturel**
- **Le personnel de l'Ehpad**
- **L'usager**
- **La famille et/ou le représentant légal de l'usager**

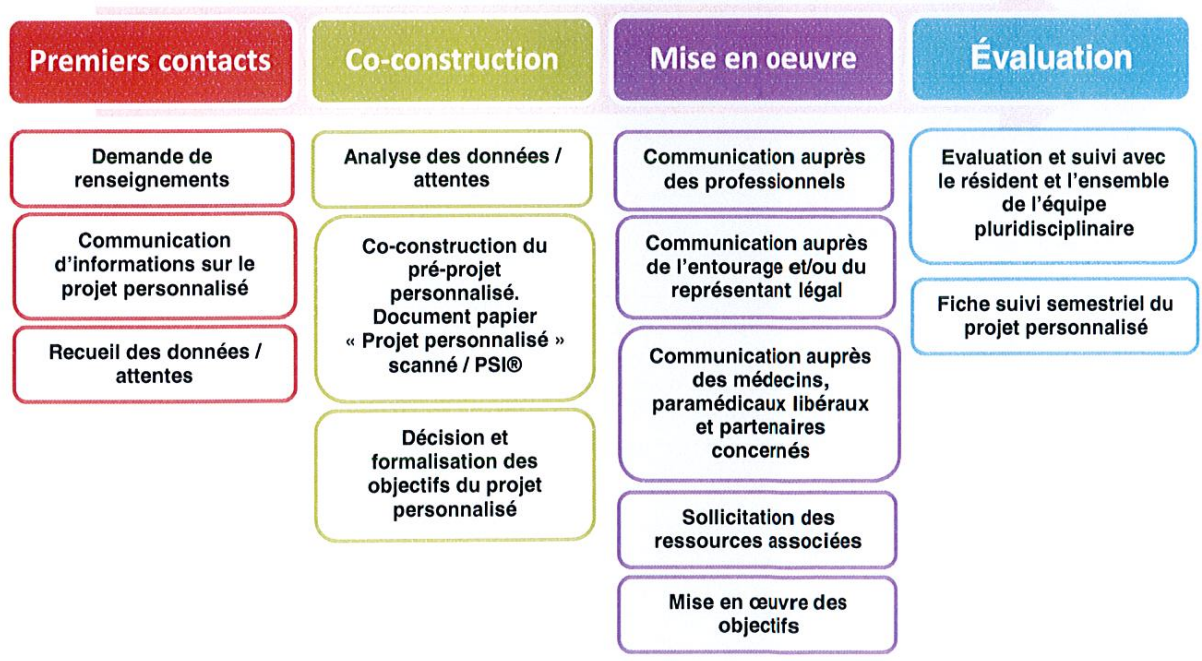
Référent des usagers

Le référent des usagers co-construit le projet personnalisé avec le résident en tenant compte de son autonomie et de ses attentes afin de lui garantir une **qualité de vie en institution**. Il structure l'organisation et les actions autour du projet personnalisé et individualisé et assure la co-animation avec l'usager. De plus, il structure le suivi et les indicateurs de pilotage du projet personnalisé et réalise le bilan du projet d'accompagnement.

Il assure ainsi une continuité entre le **Projet d'établissement** et le projet personnalisé du résident et veille au respect des droits et libertés des personnes accueillies.

Modalités

La démarche de mise en œuvre d'un premier projet personnalisé se décompose en 4 étapes :



Annexe N°8 : Représentation de la liberté d'aller et venir du résident pour les professionnels de l'Ehpad « A »

Questionnaire proposé aux professionnels

1/ D'après vous les résidents de l'EHPAD sont ils libres de sortir quand ils veulent et comme ils veulent de l'établissement ?

2/ Si un résident quitte l'établissement pour aller se promener en ville sans le dire à personne peut-on selon vous parler de fugue ?

3/ Si un résident venait à quitter sans le dire à personne l'établissement comment réagiriez-vous ?

4/ Quelles seraient vos craintes premières ?

5/ Parmi les 6 termes suivants, lequel vous semble le mieux s'associer à une sortie d'un résident de l'établissement sans prévenir personne ?

Une sortie non autorisée c'est …

A/ un danger potentiel B/ une occasion de prendre du bon temps

C/ un risque de décès D/ le moyen de vivre un instant de vie « normal »

E/ un risque d'accident F/ une façon de maintenir son autonomie

6/ Avez vous déjà vécu pareille situation et qu'avez vous ressenti ?

7/ Que faut-il faire selon vous pour que les résidents puissent sortir librement de l'établissement tout en minimisant les risques ?

8/ Avez-vous quelque chose de particulier à signaler ou à proposer quant à la liberté d'aller et venir du résident ?